Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра поликлинической терапии

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления подготовки
31.08.59 «Офтальмология»
_____/Н.Л. Чередниченко/
«__29___» __05_____ 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой офтальмологии с курсом ДПО
_____/Н.Л. Чередниченко/
«__29___» ___05_____ 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	**Офтальмология**
Направление подготовки	31.08.59 «Офтальмология»
Направленность (профиль)	Подготовка кадров высшей квалификации
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

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 командной работе и лидерству в коллективе
УК-4	Способен к коммуникации
УК-5	Способен к самоорганизации и саморазвитии (в т.ч. здоровье сбережению)
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
ОПК-2	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья и качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
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
ПК-1	Способен к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не

	сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи
ПК-2	Способен к проведению профилактических медицинских осмотров
ПК-5	Способен к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
ПК-6	Способен к ведению и лечению пациентов нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи.
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.
ПК-8	Способен к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со офтальмологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-9	Способен к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
ПК-10	Способен к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья
ПК-11	Способен к проведению оценки качества оказания офтальмологической медицинской помощи

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
УК-1	Задание закрытого типа на	3 с эталоном ответов

	установление соответствия	
	Задание закрытого типа ниа 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
УК-4	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-5	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 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-2	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-4	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-5	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-6	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-7	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-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
ПК-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
ПК-2	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
ПК-5	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
ПК-6	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
ПК-7	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
ПК-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
ПК-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

ПК-10	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
ПК-11	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		336 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	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. — D.Новообразованные сосуды в УПК, геморрагии, периферические передние синехии.	1-Б 2-Г 3-А 4-В
2.	**УК-1**	**Установите соответствие между клинической картиной и типом воспаления сосудистой оболочки глаза (увеита).** 1. Передний увеит (иридоциклит). — 1. А. Преципитаты на эндотелии роговицы,гипопион, суженный зрачок. 2. Периферический увеит. — В. 2."Муть" в стекловидном теле, периваскулиты, "снежный комья" на периферии глазного дна.	1-А 2-Б 3-В 4-Г

		3. Задний увеит (хориоретинит). 4. Панувеит.	2. C. Воспалительные очаги в хориоидее и сетчатке, возможно снижение остроты зрения, скотомы. 3. D. Сочетание признаков переднего и заднего увеита, часто тяжелое течение с вовлечением яблока.	всего глазного
3.	УК-1	**Установите соответствие между видом дистрофии роговицы и уровнем ее** 1 Эпителиальная. 2. Стромальная. 3. Эндотелиальная. 4. Гранулярная дистрофия Гренува. **локализации.**	1. A. Дистрофия Фукса. 2. B. Лентовидная дистрофия. 3. C. Дистрофия Базальной мембраны (Карта-дота-отпечатка пальца). 4.D. Гранулярная дистрофия Гренува.	1-В, 2-Б, 3-А, 4-Б
4.	**УК-1**	**Последовательность действий при остром приступе закрытоугольной глаукомы** **Инструкция: Расположите в патогенетически обоснованном порядке мероприятия по купированию острого приступа закрытоугольной глаукомы.**		**3, 1, 5, 2, 4**

		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). 5. Ингибиторы карбоангидразы (ацетазоламид внутрь/в/в). **Вопрос:** Установите правильную последовательность действий врача при купировании острого приступа закрытоугольной глаукомы. **Пояснение:** *Первый этап* **— снижение ВГД за счет уменьшения продукции водянистой влаги (тимолол).** *Второй этап* **— медикаментозное сужение зрачка (пилокарпин, эффективен только после снижения давления до 40-50 мм рт.ст., чтобы не усугубить ишемию радужки).** *Третий этап* **— блокада карбоангидразы (уменьшение секреции).** *Четвертый этап* **— осмотическая дегидратация стекловидного тела.** *Пятый этап* **— 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).	**4, 1, 2, 3, 5**

		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. *Критическое и системное мышление* проявляется в понимании того, что промывание нельзя откладывать, но механическое удаление частиц должно быть выполнено *после* 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).	**2, 5, 4, 1, 3**

		5. Инстилляция 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). **4.** Последним оцениваем **ВГД** (3) — инвазивно или пальпаторно (при остром иридоциклите давление нормальное/пониженное, при глаукоме — резко повышено). *Системный анализ*: последовательность построена по принципу максимальной информативности при минимальной травматичности и скорости выполнения.	
7.		**Сложный выбор терапии при рефрактерной глаукоме** **Уровень сложности:** высокий (анализ доказательств, 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	Решение должно быть индивидуальным. Системный подход: 1) 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

		(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/фармакодинамику и особенности пациентки)?	тройной местной терапии. • *Обоснование:* системные ингибиторы карбоангидразы обладают максимальным гипотензивным эффектом среди всех групп препаратов (снижение ВГД до 30–35%). • *Доказательная база:* уровень I, класс A. **Б. Повторная лазерная трабекулопластика (SLT):** • Проведение повторной SLT через 1 год после первой процедуры. • *Обоснование:* возможен повторный гипотензивный эффект, хотя он менее выражен и менее продолжителен (в среднем 4–6 мес). Минимальный риск осложнений. • *Доказательная база:* уровень II, класс B (рекомендации EGS допускают повторение SLT, но с осторожностью). **В. Минимально инвазивная хирургия глаукомы (MIGS):** • Имплантация стента iStent или Cypass в комбинации с факоэмульсификацией катаракты (у пациентки начальная катаракта). • *Обоснование:* MIGS обеспечивает умеренное снижение ВГД, высокий профиль безопасности, быстрое восстановление. Пациентка «операционофоб», но может согласиться на «малую» операцию. • *Доказательная база:* уровень II, класс B. **2. Сравнительный анализ рисков и преимуществ:** Параметр. Стратегия. A. Стратегия Б. Стратегия B **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 анемияВоспаление, транзиторная гипертензия, недостаточный эффект Гифема, гипотония, дислокация стента. **Возрастные/индивидуальные ограничения.** Осторожно при

			метаболическом ацидозе, пожилой возрастНетТребует начальной катаракты **3. Выбор и обоснование:** **Избранная стратегия: B (MIGS + факоэмульсификация)** **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.		**Диагностический поиск при атипичном хориоидальном очаге**	Подход: 1) Анализ текущей функции почек:уточнить этиологию ХБП, наличие протеинурии, аутоиммунной

		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 корригирует). 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, интраретинальная 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** 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.	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 irAE (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-диагностический ряд:** **А. Хориоидальная неоваскулярная мембрана (ХНВ) II типа:** • *За:* характерная картина ФАГ (leakage), субретинальная жидкость на ОКТ. • *Против:* отсутствие ответа на 3 загрузочные дозы анти-VEGF (атипично). **Б. Центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХ):** • *За:* возраст 45 лет, мужской пол, субретинальная жидкость. • *Против:* на ФАГ — классически точечная гиперфлюоресценция (фильтрация), а не прогрессирующее нарастание; очаг более 2 ДД — атипично. **В. Увеальная меланома (веретеноклеточный тип):** • *За:* солитарный очаг, проминенция на В-скане, отсутствие ответа на анти-VEGF, медленный рост. • *Против:* отсутствие типичной «полости» (колбочки), но ранние стадии могут симулировать ХНВ. **Г. Метастатическое поражение хориоидеи:** • *За:* быстрый рост, отсутствие ответа на анти-VEGF. • *Против:* нет первичного очага в анамнезе; форма чаще плоская. **Д. Воспалительный хориоидальный очаг (саркоидоз, туберкулез):** • *За:* нечеткие границы, увеличение на фоне анти-VEGF (иммуносупрессия не проводилась). • *Против:* отсутствие витрита, переднего увеита. **2. Дополнительные методы исследования:** **А. Индоцианиновая зеленая ангиография (ИЦЗА):**

			• *Цель:* 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:** • *Цель:* оценка толщины хориоидеи. При ЦСХ — утолщение хориоидеи (pachychoroid), при меланоме — гомогенное образование с оптически плотной тканью. **В. МРТ орбит с контрастированием:** • *Цель:* 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):** *Обоснование:* 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.		**Тактика при сочетанной патологии: катаракта и глаукома**	Приоритеты: пациенты с ХБП С3b-С4 стадии, на раннем перитонеальном диализе, после трансплантации почки в стабильном состоянии. Алгоритм: 1) Терапевт собирает

		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? **Обоснуйте** с позиций системного анализа: баланс гипотензивного эффекта, качества жизни, рисков и долгосрочного прогноза.	минимум данных (жалобы, АД, вес, последние анализы: креатинин, калий, гемоглобин, мочевина, 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 на терапевта. **Хирургические стратегии:** **А. Факоэмульсификация катаракты (ФЭК) + имплантация ИОЛ:** • *Техника:* стандартная ФЭК. • *Гипотензивный эффект:* снижение ВГД на 2–4 мм рт. ст. за счет углубления передней камеры, улучшения оттока через трабекулу (механизм натяжения цинновых связок). • *Длительность:* эффект умеренный, может нивелироваться через 6–12 мес. **Б. ФЭК + MIGS (iStent / Hydrus / ОМНИ):** • *Техника:* после удаления хрусталика имплантация микростента в шлеммов канал. • *Гипотензивный эффект:* дополнительное снижение ВГД на 15–25% (4–6 мм рт. ст. от исходного). • *Длительность:* стойкий эффект. **В. Комбинированная операция: ФЭК + синустрабекулэктомия (СЭ):** • *Техника:* ФЭК + формирование фильтрационной подушки. • *Гипотензивный эффект:* максимальный (снижение на 30–40%). • *Длительность:* наиболее стойкий.

			Г. Двухэтапное лечение: ФЭК → (через 3–6 мес) СЭ: • *Техника:* раздельные операции. • *Обоснование:* снижение риска воспаления и фиброза подушки. • *Недостаток:* повторный наркоз/анестезия, отсрочка контроля ВГД. **2. Анализ рисков (профессиональный контекст — водитель):** РискФЭКФЭК+MIGSФЭК+СЭ**Гипотония**0%1–2%5–10% (ранняя)**Зрительные феномены (дисфотопсия)**+/- (край ИОЛ)+/-++ (подушка → неравномерность)**Инфекция (эндофтальмит)**0,1%0,1%0,5–1%**Необходимость гипотензивных капель после операции**100%30–50%10–20%**Срок реабилитации**1–2 нед1–2 нед3–4 нед**Влияние на контрастную чувствительность**+ (улучшение)+- (возможно ухудшение)**Риск прогрессирования глаукомы при недостаточном ВГД**ВысокийНизкийМинимальный **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:**	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).

		Назначение какого **гипотензивного препарата первой линии** (из другой фармакологической группы) будет наиболее патогенетически обоснованным у данного пациента с учетом высокой вероятности **генетически 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**.	У европеоидов частота 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:**	**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.

		• Правильный препарат и группа — **2 балла**. • Только препарат или только группа — **1 балл**.	
12.	**УК-1**	**ДДоказательная 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 инстилляции **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):** ЗаданиеВопрос (кратко)Эталон ответа (ключевое слово/фраза)1Препарат при недостаточном ответе на простагландины**Тимолол (бета-адреноблокатор)**2Альтернативная фиксированная комбинация 1 р/сут**Латанопрост + Тимолол**3Замена 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** **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 С **4.** Лазерная трабекулопластика + системные ингибиторы карбоангидразы	**2** обоснование: Патогенез НВГ — ретинальная 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 интраретинальная жидкость, субретинальная неоваскулярная мембрана увеличилась в размерах. **Вопрос:** Какая тактика **наиболее обоснована** с позиций доказательной медицины? **Варианты ответов:** 1. Продолжить ежемесячные инъекции ранибизумаба еще 3 месяца	**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 А).)***

		2. Перевести на афлиберцепт 3. Добавить фотодинамическую терапию 4. Выполнить субмакулярную хирургию	
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 Обоснование: Триада: молодой возраст, ожирение, двусторонний застой ДЗН с транзиторными затуманиваниями, нормальная МРТ — классическая картина идиопатической внутричерепной гипертензии.)

		3. Идиопатическая внутричерепная гипертензия 4. Передняя ишемическая нейропатия	
18.	**УК-1**	**Антибиотикопрофилактика в офтальмохирургии** **Условие:** Пациенту 68 лет планируется плановая факоэмульсификация катаракты. У пациента нет аллергии, 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	1 (Обоснование: Европейское многоцентровое исследование ESCRS доказало снижение риска эндофтальмита на 80% при 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 интраретинальной 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:**	**3** (Обоснование: Бримонидин — категория B (нет риска в исследованиях на животных, контролируемые исследования у

		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 B по FDA)? **Варианты ответов:** 1. Латанопрост 2. Тимолол 0,5% 3. Бримонидин 0,2% 4. Дорзоламид 2%	беременных не проводились). Тимолол — категория C (риск брадикардии у плода). Простагландины и ингибиторы карбоангидразы — категория C.)
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 эффективности**? **Варианты ответов:** 1. Утром (8:00) 2. Днем (14:00) 3. Вечером (20:00) 4. Не имеет значения	**3** *(Обоснование: Аналоги простагландинов максимально эффективны при вечернем применении (пик ночной секреции водянистой влаги). При совместном назначении с тимололом (утро/вечер) вечерняя инстилляция травопроста 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?	**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.)*

		Варианты ответов: 1. Резкая отмена дексаметазона 2. Постепенное снижение кратности инстилляций (деэскалация) 3. Переход на фторметолон в той же кратности 4. Добавление системных кортикостероидов	
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. Циркляжная экстрасклеральная пломба 4. Витрэктомия с факомульсификацией 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. **Вопрос:** Какова **тактика ведения** согласно современным протоколам? **Варианты ответов:** 1. Немедленная лазеркоагуляция сетчатки 2. Интравитреальное введение ингибитора VEGF	**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.)*

		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 4. 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 4. 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.,	**2** *(Обоснование: Первым назначают бета-блокатор для быстрого снижения ВГД за счет подавления продукции водянистой влаги. Пилокарпин при ВГД >40–50 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% 3. Атропин 1% 4. Дексаметазон 0,1%	неэффективен из-за ишемии сфинктера зрачка и может усугубить состояние.)*
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%	
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	**Член бригадыЗадача1. Ассистент (ординатор)Г2. Операционная медсестраВ3. АнестезиологА4. Медсестра-анестезисткаБ** **Пояснение:** • **Анестезиолог** управляет системной гемодинамикой, поэтому задача **А** (контролируемая гипертензия) — его

		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.	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**	**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**).

		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. Исполнить распоряжение заведующего, обеспечить койку и постельные принадлежности.	• **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 **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)	**Член командыЗадача1. Ординатор №1 (опытный)А2. Ординатор №2 (младший)В3. Медсестра №1Б4. Медсестра №2—5. СанитаркаД6. Вы (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**. Триаж — 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

		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.	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 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.	**равильная последовательность: 3, 1, 2, 6, 4, 5** **Пошаговое пояснение:** ШагДействиеОбоснование с позиции лидерства**3**Оценка сознания, дыхания, пульсаПервое действие любого лидера — быстрая оценка ситуации (не более 5–10 сек).**1**Вызов реанимационной бригады, доставка дефибриллятораЛидер немедленно делегирует задачи: сестра вызывает бригаду и приносит оборудование.**2**Начало непрямого массажа сердцаЛидер сам начинает компрессии, показывая пример и не теряя времени.**6**Организация ИВЛЛидер поручает ординатору/сестре обеспечить вентиляцию легких.**4**Удаление посторонних из кабинетаОбеспечение пространства для работы

		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.	команды, снижение стресса.**5**Передача 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 факоэмульсификаций выявлено **3 случая острого послеоперационного эндофтальмита**. Необходимо 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.	**Правильная последовательность: 1, 4, 3, 6, 2, 5** **Пошаговое пояснение:** ШагДействиеОбоснование с позиции лидерства**1**Приостановка плановых операцийЛидер немедленно останавливает потенциально опасный процесс.**4**Информирование руководства и РоспотребнадзораОфициальное уведомление — юридическая и этическая обязанность лидера.**3**Создание комиссииЛидер формирует команду для расследования, распределяет роли.**6**Забор проб и контроль стерилизацииКомиссия начинает сбор данных, лидер контролирует процесс.**2**Назначение ответственных за лечениеПараллельно с расследованием организовать помощь уже пострадавшим.**5**Инструктаж 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 отчетность,

		6. Организация забора проб (смывы с инструментов, воздуха, рук персонала) и контроль стерилизации. **Вопрос:** Установите правильную последовательность управленческих решений заведующего.	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** (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	**Правильная последовательность: 4, 2, 1, 3, 5, 6, 7** **Пошаговое пояснение:** ШагДействиеОбоснование с позиции лидерства**4**Изучение доказательной базыЛидер принимает решение на основе науки, а не маркетинга.**2**Анализ экономикиОценка ресурсов: будет ли метод доступен пациентам, окупаем ли для клиники.**1**Тренинг и сертификация командыЛидер инвестирует в компетенции — вся команда должна быть готова.**3**Выбор первых пациентовЧеткие критерии, информированное согласие — этика и безопасность.**5**Первые операции с наставникомКонтролируемый риск, передача опыта, лидер участвует или наблюдает.**6**Аудит результатовЛидер анализирует эффективность и безопасность, учится на ошибках.**7**Внесение 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. **Сводная таблица эталонов ответов** ЗаданиеТемаЭталон (последовательность)**1**Лидерство при неотложном состоянии (остановка сердца)**3, 1, 2, 6, 4,**

		действий лидера.	**52**Лидерство при внутрибольничной вспышке инфекции**1, 4, 3, 6, 2, 53**Лидерство 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:** 1. **Приоритет безопасности пациента** (остановка операций при вспышке, начало реанимации без задержки). 2. **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**: Хирур гСтаж Характеристика**А. Иванов**15 летВысочайшая квалификация, витреоретинальный хирург, низкая скорость работы, «перфекционист», берет только сложные случаи.**Б. Петрова**8 летФакохирург, высокая скорость, отличные результаты, обучает ординаторов, перегружена плановыми операциями.**В. Сидоров**3 годаМолодой 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: 1. **Пациент 72 лет:** регматогенная отслойка сетчатки с разрывом в нижнем квадранте, миопия высокой степени. Требуется витреоретинальная хирургия. 2. **Пациент 68 лет:** незрелая катаракта, псевдоэксфолиативный синдром, слабость цинновых связок (I степень). Высокий риск интраоперационных осложнений. 3. **Пациент 45 лет:** незрелая катаракта, без сопутствующей патологии, миопия слабой степени. Рутинная факоэмульсификация. **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».	**Распределение пациентов и обоснование:** Пациент Хирург Обоснование**1** (отслойка сетчатки) **Иванов** Единственный в отделении витреоретинальный хирург. Пациент с 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 факоэмульсификации.**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

		Главный врач передал жалобу вам для служебной проверки. **Вопросы:** 1. **Распределите пациентов** между тремя хирургами. Обоснуйте свое решение с позиции: • безопасности пациентов; • справедливого распределения нагрузки; • профессионального развития молодых специалистов. 2. **Опишите алгоритм вашего разговора** с хирургом Сидоровым (молодым специалистом). Какие аргументы вы используете? Как сохранить его мотивацию и предотвратить увольнение? 3. **Предложите системное решение**, которое предотвратит подобные конфликты в будущем (например, регламент распределения операций, критерии допуска к самостоятельным вмешательствам, наставничество).	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 факоэмульсификации 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 оценкаХирургический 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)** **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.	**План сортировки (триаж) 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**

		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 on. • **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.	**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 on — 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 + ИОЛВГД 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: *«Я лучше посмотрю в очках, я боюсь сделать больно»*; • 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: *«Что за ординаторы пошли, ничего делать не умеют»*. • **Вы** — руководитель, наставник. **Ситуация:** Ординатор-первокурсник пришел к вам в кабинет и сказал: *«Я, наверное, ошибся с выбором специальности. Я не смогу быть хирургом. Может, мне уйти в терапевтическую офтальмологию? Или вообще перевестись на другую специальность?»* **Вопросы:** 1. **Проанализируйте причины** состояния ординатора (минимум 3	**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. • **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 связей без оценок. - Осмотр «стандартизированных пациентов» (коллеги, студенты) без риска ошибки. - Запрет на публичную критику со стороны старшего

		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改善** (улучшению) психологического климата в коллективе. Как вы как лидер будете взаимодействовать с ординатором 2 года и старшей медсестрой?	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 паттернов1 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 иерархии1 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 — 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.	**«Подними ирригацию! Давление 40!»** или **«Увеличь подачу жидкости до 40 мм!»** или **«Ирригацию на максимум! Срочно!»** **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». *Лидерская компетенция:* **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.	«Оба замолчите. Жду каждого в своем кабинете через 5 минут. Сначала — ординатор.» или «Прекратить разговор. Ко мне в кабинет по одному.» или «Этот разговор продолжим без зрителей. Ординатор, зайдите ко мне.» Пояснение: Лидер не вступает в публичный разбор конфликта. • **Первая задача — прекратить сцену.**

		Вопрос: Вы заходите в ординаторскую. Какую **одну фразу** вы скажете **первой**, чтобы **немедленно деэскалировать конфликт** и восстановить субординацию? Ответ дайте в виде прямой речи. **Требование к ответу:** Фраза, которая останавливает спор, не принимая ничью сторону на данном этапе.	• **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). *Лидерская компетенция:* **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 стимулирующего фонда исчерпан). Вы замечаете **признаки эмоционального выгорания** у всего коллектива: раздражительность, апатия, формальное отношение к пациентам. Сегодня утром старшая медсестра сказала: *«Доктор, мы больше не тянем. Люди устали. Им наплевать на благодарность, им нужен отдых».* **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:**	«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 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).

		Фраза, демонстрирующая **эмпатию, солидарность и уважение**, без пустых обещаний.	**Недопустимо:** • «Потерпите, скоро будут деньги» (ложь, если неизвестно). • «А кто сейчас легко работает?» (обесценивание). • «Давайте работать еще лучше» (игнорирование усталости). *Лидерская компетенция:* **Эмоциональный интеллект, управление мотивацией в кризисе.**
41.	**УК-3**	**Стиль руководства в кризисной ситуации** **Условие:** Вы — заведующий отделением. В отделении — вспышка 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)	**3** **Пояснение:** В кризисной ситуации с высокой 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.	**2** **Пояснение:** Делегирование должно соответствовать **уровню компетенции**. Удержание линзы — простая моторная задача, не влияющая на исход операции, но вовлекающая ординатора в процесс.

		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	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 участников в кабинет по отдельности **4.** Вызвать обоих к главному врачу для служебной проверки	**3** **Пояснение:** Лидер **не разбирает конфликт публично**. Первая задача — прекратить сцену и сохранить авторитет обеих сторон. Разбор проводится конфиденциально.
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:**	**3** **Пояснение:** Страх ошибки преодолевается **безопасной средой** (симулятор) и **позитивным подкреплением**. Принуждение усилит тревогу.

		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	
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**? **Варианты ответов:** 1. Сделать коллеге публичное замечание при медсестре и пациенте 2. Тихо исправить назначение, ничего не говоря коллеге	**3** **Пояснение:** Ошибка — возможность **обучения, а не наказания**. Публичная критика уничтожает доверие. Сокрытие ошибки не предотвращает ее повторения.

		3. Отозвать коллегу, конфиденциально указать на ошибку и обсудить, как ее избежать в будущем 4. Доложить заведующему отделением о профессиональной непригодности ординатора	
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 одномоментно поступило 5 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	**3** **Пояснение:** Санитарка выполняет **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 факоэмульсификацию. 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 обхода в ординаторской, я посмотрю рекомендации.» 4. Промолчать и проигнорировать высказывание.	**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.
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:**	**2** **Пояснение:**

		Вы хотите внедрить в отделении новый метод — МИГС (MIGS) при глаукоме. Старшие хирурги скептичны: «Мы 20 лет оперировали синустрабекулэктомию, 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	**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 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.»	**2** **Пояснение:** Ординатор **не противопоставляет себя профессору** и **не обесценивает собственный вклад**. Он транслирует командную модель: «Мы работаем вместе, я — часть команды, результат 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.	**2** **Пояснение:** Лидер переводит фокус с **поиска виновного** на **совершенствование системы**. Культура безопасности — «just

		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	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. Порекомендовать обоих 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.	**УК-4**	**Коммуникация с пациентом: сообщение «плохих новостей»** **Уровень сложности:** средний **Контекст:** Вы — врач-офтальмолог. На прием пришел пациент 45 лет с жалобами на сни-	Этап Фраза 1. S (Setting) Д

		жение зрения. В ходе обследования выявлена **пигментная абиотрофия сетчатки** (наследственное заболевание, приводящее к слепоте). Пациент ожидает услышать, что «можно вылечить каплями». **Инструкция:** Установите соответствие между **этапом разговора** (по протоколу SPIKES) и **конкретной фразой врача**, наиболее соответствующей данному этапу. **Этапы коммуникации (протокол SPIKES):** S (Setting) — подготовка к разговору P (Perception) — оценка восприятия пациентом I (Invitation) — получение согласия на информацию K (Knowledge) — передача информации E (Empathy) — эмпатия, поддержка S (Summary/Strategy) — обсуждение плана **Фразы врача:** А. «К сожалению, у вас заболевание, которое называется пигментная абиотрофия. Это наследственное состояние, при котором светочувствительные клетки сетчатки постепенно перестают работать. Полностью вылечить его современная медицина пока не может.» Б. «Я понимаю, что эта новость может быть для вас шоком. Многие пациенты чувствуют растерянность и страх, когда слышат такой диагноз. Это нормальная реакция.» В. «Расскажите, пожалуйста, что вы уже знаете о своем состоянии? Что вам говорили предыдущие врачи?» Г. «Давайте договоримся, как мы будем действовать дальше. Я расскажу вам о современных методах замедления болезни, о возможностях реабилитации и о генетическом консультировании для ваших детей.» Д. «Присаживайтесь, пожалуйста. У нас будет достаточно времени. Можете ли вы пригласить кого-то из близких, чтобы вас поддержали? Или вы хотели бы поговорить наедине?» Е. «Я готов рассказать вам о результатах обследования. Вы хотите, чтобы я изложил всю информацию сейчас, или, может быть, вы хотели бы, чтобы я говорил постепенно, останавливаясь на каждом пункте?»	2. P (Perception) **В** 3. I (Invitation) **Е** 4. K (Knowledge) **А** 5. E (Empathy) **Б** 6. S (Summary) **Г** **Пояснение:** Протокол SPIKES — золотой стандарт сообщения неблагоприятных новостей. **S** — подготовка среды (конфиденциальность, время, поддержка). **P** — выяснить, что пациент уже знает (чтобы не повторять и не травмировать лишним). **I** — спросить разрешения (не все хотят знать детали). **K** — четкая, понятная информация без эвфемизмов. **E** — признание чувств, нормализация реакции. **S** — план действий (дает опору и надежду).

58.	**УК-4**	**Коммуникация с коллегами: консультативный ответ** **Уровень сложности:** высокий **Контекст:** Вы — офтальмолог в многопрофильной больнице. Вам поступила заявка на консультацию из **неврологического отделения**. Врач-невролог просит осмотреть пациентку 34 лет с жалобами на «туман перед глазами» и головные боли. Невролог подозревает рассеянный склероз. В направлении указано: «Осмотреть глазное дно, исключить неврит». При осмотре вы обнаруживаете: острота зрения 0,9, поле зрения в норме, глазное дно без патологии, зрачковые реакции живые. Однако при сборе анамнеза выясняется, что пациентка работает за компьютером по 12 часов в день, носит неподходящие очки, и симптомы усиливаются к вечеру. Вы приходите к выводу, что это **аккомодативная астенопия**, а не неврит. **Инструкция:** Установите соответствие между **коммуникативной задачей** и **фразой**, которую вы используете в разговоре с **неврологом** (коллегой). **Коммуникативные задачи:** Установление контакта и подтверждение получения запроса Демонстрация уважения к компетенции коллеги Четкое изложение своих находок Предложение альтернативного диагноза без конфронтации Совместное планирование дальнейших действий **Фразы:** А. «Здравствуйте, это из офтальмологии. Я посмотрел вашу пациентку, Иванову Анну Петровну. Спасибо за подробное направление — это очень помогло сориентироваться.» Б. «Вы совершенно правы, что заподозрили неврит — симптомы действительно	Задача — Фраза 1. Установление контакта — **А** 2. Уважение к компетенции коллеги — **Б** 3. Изложение находок — **В** 4. Альтернативный диагноз без конфронтации — **Г** 5. Совместное планирование — **Д** **Пояснение:** Коммуникация с коллегами требует **профессиональной вежливости** и **избегания конфронтации**. Фраза **Б** — ключевая: она подтверждает, что подозрение невролога было обоснованным («вы правы, что заподозрили»), но мягко указывает на отсутствие объективных признаков. Это сохраняет лицо коллеги и снижает защитную реакцию. Фраза **Г** предлагает альтернативу, используя формулировку «больше похоже на», а не «вы ошиблись, это не то». Фраза **Д** вовлекает коллегу в совместное решение, а не навязывает готовый вывод.

		могут быть похожи. Однако при неврите обычно есть характерные изменения полей зрения и зрачковых реакций. Здесь этого нет.» В. «При осмотре глазное дно без патологии, поля зрения в норме, острота зрения высокая. Объективных признаков неврита зрительного нерва я не нахожу.» Г. «Учитывая, что симптомы усиливаются к вечеру и связаны с длительной работой за компьютером, больше похоже на аккомодативную астенопию — это спазм аккомодации из-за перегрузки.» Д. «Я предлагаю следующее: мы подберем ей корригирующие очки и порекомендуем режим зрительной работы. Если через месяц симптомы не пройдут, готовы пересмотреть диагноз. Вы согласны с таким планом?»	
59.	**УК-4**	**Уровень сложности:** средний **Контекст:** Вы — дежурный врач, сдаете дежурство коллеге. В отделении остаются **4 пациента**, требующие внимания в ближайшие сутки. Необходимо передать информацию четко, структурированно и без потерь. **Инструкция:** Установите соответствие между **пациентом** и **форматом передачи информации**, который вы выберете, используя протокол **SBAR** (Situation, Background, Assessment, Recommendation). **Пациенты:** Пациент А., 72 года, оперирован сегодня по поводу отслойки сетчатки. Состояние стабильное, но жалуется на тошноту (возможно реакция на наркоз, возможно повышение ВГД). ВГД 28 мм рт. ст. (было 18). Назначен диакарб per os. Пациентка Б., 45 лет, поступила с острым приступом закрытоугольной глаукомы, купирован. Планируется лазерная иридэктомия завтра утром. Сейчас состояние стабильное. Пациент В., 6 лет, поступил с тупой травмой глаза. Зрачок расширен, реакция вялая. Подозрение на иридодиализ. Состояние стабильное, наблюдение. Пациент Г., 80 лет, дементный, оперирован по поводу катаракты 2 дня назад. Сегодня вечером сорвал повязку, тер глаз. Беспокойный, есть риск падения. **Форматы SBAR (сокращенное описание):**	Пациент — Формат SBAR 1 (А., 72 г., тошнота, ВГД 28) — **А** 2 (Б., 45 л., глаукома купирована) — **Б** 3 (В., 6 л., травма) — **В** 4 (Г., 80 л., дементный, сорвал повязку) — **Г** **Пояснение:** Протокол **SBAR** — стандарт безопасной передачи информации: **S (Situation)** — что происходит сейчас (кратко, проблема). **B (Background)** — контекст, диагноз, операция. **A (Assessment)** — ваша оценка ситуации. **R (Recommendation)** — что нужно сделать. В каждом формате четко выделены эти компоненты:

		А. S: Тошнота, ВГД 28. B: Отслойка сетчатки, операция сегодня. A: Возможно повышение ВГД или реакция на наркоз. R: Контроль ВГД утром, при тошноте — церукал, при сохранении ВГД >26 — повторить диакарб. Б. S: Состояние стабильное. B: Острый приступ глаукомы купирован. A: Готов к плановой лазерной иридэктомии. R: Завтра в 9:00 в лазерный кабинет, голоден с 7:00. В. S: Ребенок, состояние стабильное. B: Тупая травма, подозрение на иридодиализ. A: Требуется наблюдение в динамике. R: Контрольный осмотр через 4 часа (зрачок, ВГД), при ухудшении — вызвать дежурного хирурга. Г. S: Пациент дементный, беспокойный, сорвал повязку. B: Факоэмульсификация 2 дня назад. A: Риск инфицирования, риск падения. R: Фиксация повязки, осмотр краев раны утром, при беспокойстве — легкие седативные по согласованию с неврологом. **Вопрос:** Установите соответствие между **пациентом (1-4)** и **правильным форматом SBAR (А-Г)**.	**А** — проблема (тошнота, ВГД), фон (операция), оценка (2 варианта), рекомендация. **Б** — стабильный пациент, плановая задача. **В** — педиатрический пациент с риском ухудшения, четкий план наблюдения. **Г** — сложный пациент с поведенческими проблемами и рисками, рекомендация включает междисциплинарное взаимодействие.
60.	**УК-4**	**Последовательность сообщения диагноза «неоперабельная ретинобластома»** **родителям ребенка** **Уровень сложности:** высокий **Контекст:** Вы — детский офтальмолог-онколог. На прием пришли родители ребенка 3 лет, у которого при обследовании выявлена **ретинобластома** с экстраокулярным распространением. Опухоль признана неоперабельной, планируется химиотерапия и лучевая терапия, но спасти глаз не удастся. Родители ожидают услышать, что «опухоль можно удалить и глаз сохранить». **Инструкция:** Расположите в **правильной последовательности** этапы разговора с родителями, используя модифицированный протокол SPIKES, адаптированный для педиатри-	**Правильная последовательность: 4, 2, 6, 1, 5, 3** **Пошаговое пояснение:** Шаг — Действие — Обоснование с позиции коммуникации **4** — Подготовка пространства — Безопасная среда — базовое условие для тяжелого разговора. **2** — Выяснение текущего понимания — Понять, что родители уже знают и чего ожидают,

		ческой практики. **Варианты ответов:** Информирование о диагнозе с использованием четких, но щадящих формулировок. Выяснение текущего понимания ситуации родителями («Что вам уже известно о состоянии вашего ребенка?»). Предложение плана действий, вовлечение родителей в принятие решений. Подготовка пространства (отдельный кабинет, наличие салфеток, приглашение обоих родителей, отключение телефона). Эмпатический ответ на эмоциональную реакцию (признание чувств, пауза, поддержка). Получение согласия на продолжение разговора («Я готов рассказать вам о результатах. Вы хотите, чтобы я говорил обо всем сразу или постепенно?»). **Вопрос:** Установите правильную последовательность этапов коммуникации.	**6** **1** **5** **3**	Получение согласия Сообщение диагноза Эмпатия План действий	чтобы не повторять и не травмировать. Спросить разрешения на сообщение информации — проявление уважения к автономии. Четкая, правдивая информация без эвфемизмов, но без жестокости. Дать место эмоциям, не перебивать, не утешать шаблонно. Переход к конструктиву после проживания эмоций — дает опору.
61.	**УК-4**	**Последовательность сбора анамнеза у пожилого пациента с подозрением на глаукому** **Уровень сложности:** средний **Контекст:** Вы — врач-офтальмолог поликлиники. На приеме пациент 78 лет, впервые обра-	**Правильная последовательность: 2, 5, 4, 3, 1, 6** **Пошаговое пояснение:** Шаг	Действие	Обоснование с позиции геронтокоммуникации

		тившийся с жалобами на «туман» перед глазами и головные боли по утрам. Пациент туговат на ухо, немного растерян в новой обстановке, пришел один. Вам необходимо собрать полный анамнез для постановки предварительного диагноза (подозрение на закрытоугольную глаукому). **Инструкция:** Расположите в **правильной последовательности** вопросы и коммуникативные действия врача для эффективного сбора информации у пожилого пациента с сенсорными и когнитивными особенностями. **Варианты ответов:** Вопрос о наличии тошноты, рвоты, радужных кругов при взгляде на свет. Представление, установление зрительного контакта, четкое и медленное проговаривание своего имени и цели приема. Уточнение времени суток, когда симптомы наиболее выражены (утро/вечер). Вопрос о принимаемых лекарствах (особенно важны препараты, влияющие на ВГД — кортикостероиды, антихолинергики). Вопрос о перенесенных операциях и заболеваниях (сахарный диабет, гипертония). Проверка понимания: «Правильно ли я понял, что вы сказали...?» (перефразирование). **Вопрос:** Установите правильную последовательность коммуникативных действий врача.	**2**	Представление, установление контакта	Создание доверия, компенсация сенсорных дефицитов (медленная речь, зрительный контакт).
			5	Общие заболевания и операции	Контекст, факторы риска (диабет, гипертония).
			4	Лекарственный анамнез	Критически важно для исключения ятрогенных причин.
			3	Время суток симптомов	Патогномоничный признак закрытоугольной глаукомы (утро).
			1	Специфические симптомы глаукомы	После установления контекста можно переходить к узким вопросам.
			6	Проверка понимания	Убедиться, что пациент правильно понят (особенно важно при когнитивных нарушениях).

62.	**УК-4**	**Последовательность телефонных переговоров при экстренной консультации** **Уровень сложности:** высокий **Контекст:** Вы — дежурный офтальмолог. Вам звонит **врач скорой помощи** с линии: «Доктор, у нас пациент 45 лет, после удара по голове, глаз заплыл, не открывает, жалуется на резкую боль. Мы через 20 минут будем в вашем приемном покое. Что делать?» Связь может прерваться, времени мало, нужно получить максимум информации и дать четкие рекомендации. **Инструкция:** Расположите в **правильной последовательности** ваши вопросы и действия в ходе этого телефонного разговора, используя структуру **ISBAR** (Identity, Situation, Background, Assessment, Recommendation), адаптированную для телефонной коммуникации. **Варианты ответов:** Рекомендация: «Пока везете — холод на глаз, голову приподнять, ничего не закапывать, не давите на глаз. В приемном покое скажите, что мы предупреждены.» Уточнение фона: «Какие еще травмы? В сознании? Была ли рвота? Что с другим глазом?» Представление и идентификация: «Здравствуйте, дежурный офтальмолог, фамилия. Назовите себя, вашу станцию и номер бригады.» Оценка ситуации: «Что вы видите? Глазное яблоко цело? Зрачок виден? Есть ли кровь?» Подтверждение и завершение: «Повторите, пожалуйста, мои рекомендации, чтобы я убедился, что мы правильно поняли друг друга. Свяжитесь со мной при поступлении.» Получение краткой информации о пациенте: «Что случилось? Возраст? Основные жалобы?» **Вопрос:** Установите правильную последовательность коммуникации при экстренном те-	**Правильная последовательность: 3, 6, 2, 4, 1, 5** **Пошаговое пояснение:** Шаг — Действие — Обоснование с позиции коммуникации **3** — Представление и идентификация — При экстренной связи первым делом — кто я и кто вы (юридическая безопасность, предотвращение ошибок). **6** — Краткая информация о пациенте — Что случилось, возраст, жалобы — базовая картина. **2** — Уточнение фона — Системные данные (сознание, другие травмы) — контекст для оценки рисков. **4** — Оценка ситуации — Локальный статус глаза — максимально конкретно, что видит врач скорой. **1** — Рекомендация — Четкие, краткие инструкции (что делать, чего не делать).

		лефонном вызове.	**5**	Подтвержде-ние и заверше-ние	Loop-closing — проверить, что собеседник правильно понял.
63.	**УК-4**	**Сообщение диагноза «неоваскулярная глаукома» пациенту с сахарным диабетом** **Уровень сложности:** высокий **Контекст:** Пациент 52 лет, страдает сахарным диабетом 2 типа в течение 15 лет (плохой контроль, HbA1c 9,8%), пролиферативной диабетической ретинопатией. Последние 2 месяца отмечает резкое снижение зрения левого глаза. На приеме вы диагностируете **неоваскулярную глаукому** (рубеоз радужки, ВГД 42 мм рт. ст., отек роговицы, зрение — счет пальцев у лица). Пациент пришел один, работает водителем такси, является единственным кормильцем в семье. Он ожидает услышать, что «можно сделать операцию и зрение восстановится». **Задания:** **Составьте план разговора** с пациентом, используя протокол SPIKES. Опишите **ключевые фразы** для каждого этапа. **Предложите тактику ответа** на вероятные вопросы пациента: «Доктор, я же водитель, я без работы останусь! Как мне жить дальше?» «Может, мне сразу операцию сделать, чтобы давление убрать?» «Это из-за диабета? Я же таблетки пью!» **Опишите, как вы завершите разговор** и какую информацию зафиксируете в медицинской документации.	**План разговора по протоколу SPIKES:** Этап **S (Setting)** **P (Perception)** **I (Invitation)** **K (Knowledge)**	Ключевая фраза / действие Пригласить пациента в отдельный кабинет, сесть напротив (не через стол), убрать телефон. «У нас достаточно времени. Разговор будет непростым, но я рядом». «Что вам уже говорили о состоянии глаза? Что вы сами думаете о том, что происходит?» «Я готов рассказать вам всё о результатах. Вы хотите, чтобы я говорил прямо, или постепенно, с остановками?» «К сожалению, у вас развилась тяжелая форма глаукомы на фоне диабетического поражения сетчатки. Давление в глазу

				очень высокое, зрительный нерв страдает. Полностью восстановить зрение, которое уже потеряно, современная медицина не может. Но мы можем сделать всё, чтобы сохранить то, что осталось, и спасти глаз от боли.»
			E (Empathy)	«Я понимаю, как это трудно слышать, особенно в вашей ситуации. Вы волнуетесь за работу, за семью — это естественно. Многие пациенты в такой момент чувствуют растерянность и страх.»
			S (Summary/Strategy)	«Давайте вместе подумаем, что мы можем сделать. Первый этап — снизить давление и убрать новообразованные сосуды. Это специальные уколы в глаз и лазер. Затем, возможно, операция. Мы подберем лечение так, чтобы вы могли вернуться к работе, но, скорее всего, не водителем — нужно будет обсудить переобучение.»

			2. Тактика ответа на вероятные вопросы:	
			Вопрос пациента	Ответ врача
			«Я же водитель, я без работы останусь!»	«Я понимаю ваш страх за работу. Давайте смотреть правде в глаза: с таким зрением водить такси действительно опасно — и для вас, и для пассажиров. Но это не значит, что вы останетесь без средств. У нас в городе есть центр профессиональной переориентации для людей с инвалидностью по зрению. Мы подключим социального работника. Сначала — сохраним глаз, потом — сохраним качество жизни.»
			«Может, сразу операцию сделать, чтобы давление убрать?»	«Операция на глазу с активными новыми сосудами очень опасна — может быть сильное кровотечение. Сначала нужно убрать сосуды с помощью специальных уколов (ингибиторы VEGF). Это современный стандарт. После того,

			«Это из-за диабета? Я же таблетки пью!»	как сосуды уйдут, мы решим вопрос об операции. Торопиться здесь нельзя.» «Да, это осложнение диабета. Дело не только в таблетках, а в уровне сахара за много лет. Сейчас нам нужно очень серьезно заняться диабетом вместе с эндокринологом — это вопрос не только глаза, но и жизни. Я напишу направление, и мы будем лечиться одновременно: эндокринолог лечит причину, мы — последствия.»
				3. Завершение разговора и документация: **Завершение:** «Давайте подведем итог. Сегодня мы начинаем уколы в глаз. Вторник, 9 утра, вы приходите голодным (возможен наркоз). Я даю вам направление к эндокринологу и номер телефона социального работника. Если появятся вопросы — звоните. Вы не один.»

			Запись в медицинской документации: Проведена беседа с пациентом о диагнозе (неоваскулярная глау кома, рубеоз радужки, ВГД 42 мм рт. ст.), прогнозе (частичная потеря зрения, риск слепоты без лечения), плане лечения (интр авитреальное введение ингибитора VEGF, гипотензивная терап ия, возможная последующая хирургия). Пациент информирова н о необходимости контроля диабета, направлен к эндокриноло гу, выданы рекомендации. Получено информированное согласи е на лечение. Вопросы пациента разъяснены.
64.	**УК-4**	**Разрешение конфликта с родственниками пациентки после осложнения операции** **Уровень сложности:** высокий **Контекст:** Вы — заведующий офтальмологическим отделением. Три дня назад пациентке 78 лет была выполнена **факоэмульсификация катаракты**. Операция техниче- ски прошла успешно, но на вторые сутки развился **послеоперационный эндоф- тальмит** (острота зрения упала до светоощущения, гипопион, отек век). Прово- дится интенсивная терапия (интравитреальные антибиотики, системные антибио- тики, гормоны). Прогноз по зрению сомнительный. Сегодня утром в отделение приехала **дочь пациентки**, которая не была на пред- операционной беседе. Она ворвалась в ординаторскую и на повышенных тонах заявляет: *«Вы убили мою мать! У нее был просто катаракта, а теперь она почти слепая! Это ваша халатность! Я буду жаловаться в прокуратуру, Роспотребнадзор, во все инстанции! Ведите меня к главному врачу немедленно!»* Дочь — адвокат по профессии. **Задания:** **Опишите ваши первые действия** (первые 30 секунд) и **первую фразу** при	**Первые действия и первая фраза:** **Действия:** Немедленно прекратить работу с документами, встать, выйти из-за стола. Предложить дочери пройти в отдельный переговорный кабинет (не оставлять в коридоре или ординаторской). Сохранять спокойный, но не виноватый тон. Не перебивать, дать выговориться (первые 1–2 минуты). **Первая фраза:** «Здравствуйте. Я заведующий отделением. Я понимаю ваше возмущение и готов выслушать всё, что вы хотите сказать. Пройдемте в отдельную комнату, где нам никто не помешает. Я отвечу на все ваши вопросы.» **Недопустимо:** «Успокойтесь!» (запрет эмоций). «Врачи делали всё правильно» (защита без выслушивания). «Я не уполномочен с вами говорить» (уход от ответственно-

		встрече с дочерью пациентки. **Предложите структуру разговора** (этапы) с родственницей в условиях конфликта. **Составьте план информирования** о случившемся, используя принципы **CANDOR** (Communication and Optimal Resolution). **Как вы зафиксируете эту беседу** в медицинской документации, учитывая высокий юридический риск?	сти). **2. Структура разговора (этапы):** Этап — Содержание **1. Выслушивание** — Дать выговориться, не перебивая. Кивать, поддерживать зрительный контакт. **2. Признание фактов** — Подтвердить то, с чем нельзя спорить: «Да, у вашей мамы развилось тяжелое осложнение. Да, это не тот результат, на который мы рассчитывали». **3. Отделение эмоций от фактов** — «Я слышу вашу боль и гнев. Давайте теперь спокойно разберемся, что произошло с медицинской точки зрения. Я расскажу всё, что знаю.» **4. Информирование (CANDOR)** — Честное, прозрачное изложение событий (см. п. 3).

			5. Ответы на вопросы	Четко, без уходов в сторону.
			6. Совместный план	«Что мы будем делать дальше» (лечение мамы, информирование семьи, взаимодействие с администрацией).
			7. Фиксация договоренностей	Запись беседы, подпись.
			3. Информирование по принципам CANDOR:	
			Принцип	Реализация
			C — Communication	«Я хочу честно рассказать вам, что произошло. Эндофтальмит — редкое, но известное осложнение любой глазной операции (частота 0,1–0,3%). Мы следуем всем протоколам профилактики, но полностью исключить риск нельзя.»

			A — Apology (не признание вины)	«Я искренне сожалею, что ваша мама столкнулась с этим осложнением. Мне очень жаль, что так случилось.»
			N — Narrative	«Давайте восстановим хронологию: операция прошла без особенностей, на вторые сутки мы заметили признаки воспаления и немедленно начали лечение по федеральному протоколу. Мы сделали всё возможное в этой ситуации.»
			D — Disclosure	«Мы проводим всё лечение в полном объеме: антибиотики в стекловидное тело, системная терапия. Ваша мама получает лучшую доступную помощь.»
			O — Opportunity	«У вас есть право пригласить независимого эксперта, запросить медицинскую документацию, обратиться в страховую компанию. Я готов предоставить

			R — Resolution	все материалы.» «Давайте договоримся: я буду лично информировать вас о состоянии мамы ежедневно в 10 утра. Если появятся новые вопросы — звоните мне напрямую.»

4. Запись в медицинской документации:

Проведена беседа с дочерью пациентки (ФИО, контактный тел ефон) по факту развития послеоперационного эндофтальмита.
Разъяснены:
- причина развития осложнения (редкое, но известное осложне ние офтальмохирургии);
- проводимое лечение (интравитреальное введение антибиотик ов, системная терапия);
- прогноз (сомнительный для зрения, риск потери глаза минима лен при адекватной терапии);
- права родственников (ознакомление с документацией, незави симая экспертиза).
Выражены сожаления в связи с развитием осложнения. Достиг нута договоренность о ежедневном информировании.
Претензий на момент беседы не заявлено. Получено согласие н

			а продолжение лечения. Подпись врача, подпись родственницы (с указанием: «С инфор мацией ознакомлена, копию получила»).
65.	**УК-4**	**Коммуникация с коллегой-неврологом при расхождении диагнозов** **Уровень сложности:** средний **Контекст:** Вы — офтальмолог городской поликлиники. К вам на консультацию направлен пациент 34 лет с жалобами на «мелькание» перед правым глазом и головные бо-ли. Направление от **невролога**, в котором указано: «Подозрение на мигрень с аурой. Исключить органическую патологию глаза». При осмотре вы обнаруживаете: острота зрения 1,0; поле зрения в норме; глазное дно без патологии; внутриглазное давление 18 мм рт. ст. Однако при тщательном сборе анамнеза выясняется, что «мелькания» возникают только при физической нагрузке (подъем тяжестей, натуживание) и сопровождаются ощущением распи-рания. Пациент — бодибилдер, принимает спортивное питание, включаю-щее **кофеин и таурин** в высоких дозах. Вы подозреваете **транзиторный подъем ВГД**, связанный с физическим напря-жением и стимуляторами. Направление невролога считаете ошибочным. **Задания:** **Составьте план телефонного разговора** с неврологом, чтобы обсудить ситуа-цию, не подрывая авторитет коллеги. **Напишите текст электронного письма** (служебной записки) неврологу с изложением вашего мнения и предложением совместной тактики. **Как вы построите разговор с пациентом**, чтобы он не потерял доверие к неврологу, но получил правильные рекомендации?	**План телефонного разговора с неврологом:** Этап — Фраза / действие **Приветствие и контекст** — «Коллега, здравствуйте! Это [ФИО], офтальмолог. Вы направля-ли ко мне пациента Сидорова 34 лет с жалобами на мелькания. Спа-сибо за направление, очень помог-ло, что вы подробно описали жало-бы.» **Признание правоты коллеги** — «Вы совершенно правильно заподо-зрили мигрень с аурой — симпто-мы действительно очень похожи. Я тоже сначала думал в эту сторону.» **Изложение своих находок** — «Но при сборе анамнеза выясни-лась интересная деталь: мелькания возникают только при подъеме тя-жестей и на фоне приема высоких доз кофеина. Это натолкнуло меня

				на мысль о транзиторном подъеме ВГД. Объективных признаков мигрени я не нашел.»
			Предложение, а не критика	«Как вы смотрите на то, чтобы мы пока пошли по моей версии? Я дам рекомендации по режиму и исключению стимуляторов. Если через месяц симптомы не пройдут — вернемся к вашей гипотезе. Вы согласны?»
			Завершение	«Спасибо за сотрудничество. Если будут вопросы — звоните. Я пришлю вам краткое заключение по электронной почте.»
				2. Текст электронного письма (служебной записки):
				Кому: Врачу-неврологу [ФИО] От: Врача-офтальмолога [ФИО] Тема: Совместный пациент Сидоров А.П., 34 г.
				Уважаемый коллега!

			Благодарю за направление пациента Сидорова А.П. с жалобами на фотопсии правого глаза. В результате осмотра (острота зрения 1,0, поле зрения в норме, ВГД 18 мм рт. ст., глазное дно без патологии) объективных при знаков офтальмопатологии не выявлено. Однако при сборе анамнеза обнаружена четкая связь симптомо в с физической нагрузкой (подъем тяжестей) и приемом высоки х доз кофеина/таурина (спортивное питание). Это позволяет пр едположить транзиторную офтальмогипертензию, индуцирова нную физическим напряжением и стимуляторами, что требует наблюдения и коррекции образа жизни. Учитывая, что мигрень с аурой также остается в дифференциал ьном ряду, предлагаю следующий план: 1. Пациенту: отказ от стимуляторов, контроль физической нагр узки, дневник симптомов. 2. Контрольный осмотр офтальмолога и невролога через 1 меся ц. Буду признателен за ваше мнение и совместное ведение пациен та. С уважением, [ФИО], офтальмолог --- **3. Разговор с пациентом:**

			Этап	Фраза
			Подтверждение работы невролога	«Невролог вас правильно направил — исключить глазную причину было необходимо. Я провел полное обследование и со стороны глаза патологии не нахожу.»
			Объяснение своей версии	«Но обратите внимание: ваши симптомы возникают именно при нагрузке и на фоне спортивных добавок. Это может быть связано с кратковременным повышением давления в глазу из-за натуживания и стимуляторов.»
			Рекомендации	«Давайте сделаем так: на месяц уберите из рациона кофеин и таурин, контролируйте дыхание при подъеме веса (не задерживайте воздух). Ведите дневник: когда возникает мелькание. Через месяц — повторный

			осмотр.» «Если симптомы не пройдут, мы вернемся к версии невролога. Пока же мы работаем в команде: невролог исключает свое, я — свое. Это нормальная практика.» «Я напишу неврологу письмо с нашим планом, и через месяц мы встретимся втроем — вы, я и невролог — и решим, что дальше. Договорились?» **Сохранение доверия к неврологу** **Завершение**
66.	**УК-4**	**Экстренная коммуникация: пациент отказывается от госпитализации** **Уровень сложности:** средний **Контекст:** Вы — дежурный офтальмолог. На приеме пациент 62 лет с **острым приступом закрытоугольной глаукомы**: ВГД 48 мм рт. ст., роговица отечна, зрачок расширен, пациент жалуется на сильную боль в глазу, тошноту. Вы объясняете необходимость немедленной госпитализации для внутривенной терапии и возможного лазерного лечения. Пациент отказывается: *«Доктор, мне завтра на важную встречу, я не могу лечь в больницу. Выпишите мне таблетки, я дома полежу»*. **Вопрос:** Какую **одну фразу** вы скажете пациенту, чтобы **максимально убедительно** объяснить необходимость госпитализации, используя **понятные ему аргу-**	**«Если мы не снизим давление в глазу сейчас, зрительный нерв может погибнуть за несколько часов. Это необратимо — вы потеряете зрение на этот глаз навсегда. Таблетки здесь не помогут, нужно внутривенное лечение. Я понимаю про встречу, но зрение важнее — без него вы не сможете работать вообще.»** **Пояснение:** Фраза содержит: **Конкретный срок** («за несколько часов» — создает срочность); **Понятный исход** («потеряете зрение навсегда»); **Ограничение таблеток** («не помогут» — закрывает ложную

		менты? Ответ дайте в виде прямой речи. **Требование к ответу:** Фраза из 2–4 предложений, убедительная, без медицинского жаргона, с акцентом на понятные пациенту риски.	надежду); **Эмпатию и приоритет** («понимаю, но зрение важнее»). *Коммуникативная компетенция:* **Убеждение в экстренной ситуации, работа с отказом.**
67.	**УК-4**	**Коммуникация с коллегой при расхождении в тактике** **Уровень сложности:** высокий **Контекст:** Вы — ординатор. На утренней конференции заведующий отделением предлагает тактику ведения пациента с **травматической катарактой**: наблюдение в течение 3 месяцев. Вы недавно прочитали клинические рекомендации, согласно которым при травматической катаракте у детей (пациенту 7 лет) промедление с операцией может привести к **амблиопии** и необратимому снижению зрения. Вы уверены, что нужно оперировать раньше. **Вопрос:** Какую **одну фразу** вы скажете заведующему на конференции, чтобы **не подорвать его авторитет**, но **предложить альтернативу**, основанную на доказательной медицине? Ответ дайте в виде прямой речи. **Требование к ответу:** Корректная, уважительная фраза, демонстрирующая знание литературы, но не конфронтацию.	**«Коллеги, можно добавить? Я недавно изучал рекомендации по педиатрической катаракте, и там есть данные, что у детей до 8 лет риск амблиопии при отсрочке операции выше. Может быть, стоит обсудить более ранние сроки для этого пациента?»** или **«Спасибо за тактику. Я как раз читал последние рекомендации ESCRS, и там для детей 7 лет предлагается более раннее вмешательство из-за риска амблиопии. Как вы считаете, стоит ли нам учесть это в данном случае?»** **Пояснение:** Фраза содержит: **Уважение** («можно добавить?», «спасибо за тактику»); **Ссылку на авторитетный источник** («рекомендации», «ESCRS»); **Предложение, а не утверждение** («может быть, стоит обсудить», «как вы считаете?»); **Отсутствие прямой критики** («я недавно изучал», а не «вы неправы»). *Коммуникативная компетенция:* **Конструктивное оспаривание мнения старшего коллеги, сохранение субординации.**

68.	**УК-4**	**Коммуникация с родственниками при летальном исходе** **Уровень сложности:** высокий **Контекст:** Вы — дежурный врач. В отделении скончался пациент 76 лет, оперированный накануне по поводу **отслойки сетчатки**. Причина смерти — **массивная тромбоэмболия легочной артерии** (не связана с операцией, но наступила в отделении). В отделение приехала **дочь пациентки**, которая не была предупреждена о смерти. Она вбегает в ординаторскую и кричит: *«Где мама? Что с мамой? Почему мне никто не позвонил?!»* **Вопрос:** Какую **первую фразу** вы скажете дочери? Ответ дайте в виде прямой речи. **Требование к ответу:** Фраза должна содержать: сообщение факта смерти, выражение соболезнования, приглашение к разговору в отдельном месте. Никаких медицинских деталей в первой фразе.	**«Присядьте, пожалуйста. У меня для вас очень тяжелое известие. Ваша мама умерла сегодня утром. Сердечно-сочувствую вам. Давайте пройдем в отдельную комнату, я расскажу всё, что знаю, и отвечу на ваши вопросы.»** **Пояснение:** Фраза содержит: **Подготовку** («присядьте» — физиологическая реакция на шок); **Прямое сообщение** («умерла», без эвфемизмов «ушла», «потеряли»); **Соболезнование** («сердечно сочувствую»); **Приглашение к диалогу в безопасном месте** («пройдем в отдельную комнату»). **Недопустимо:** «Врачи делали всё возможное» (защита, а не поддержка). «Почему не позвонили?» (оправдание). «У вашей мамы остановка сердца» (медицинский жаргон). *Коммуникативная компетенция:* **Сообщение о смерти, первичная поддержка, организация пространства для горя.**
69.	**УК-4**	**Первая фраза при сообщении плохих новостей** **Условие:** Вы должны сообщить пациенту, что его глаз с проникающим ранением спасти не удастся, необходима энуклеация. **Вопрос:**	**3** **Пояснение:** Фраза должна **подготовить пациента** к получению тяжелой информации (посадка, пауза) и выразить эмпатию («тяжелое известие»). Вариант 1 слишком общий, вариант 2 звучит как

		Какая **первая фраза** наиболее уместна в данной ситуации? **Варианты ответов:** «К сожалению, у меня для вас плохие новости.» «Мы сделали всё возможное, но глаз спасти не удалось.» «Присаживайтесь. У меня для вас очень тяжелое известие.» «Вы должны быть готовы к тому, что глаз придется удалить.»	оправдание, вариант 4 — директивный и бессердечный.
70.	**УК-4**	**Коммуникация с родственниками при неблагоприятном исходе** **Условие:** Пациент скончался после плановой операции из-за массивной ТЭЛА. Родственники обвиняют врачей. **Вопрос:** Какую **первую фразу** следует сказать родственникам? **Варианты ответов:** «Мы не виноваты, это редкое осложнение.» «Я понимаю вашу боль и готов ответить на все вопросы.» «Вам нужно подать жалобу главному врачу.» «Успокойтесь, не кричите, давайте говорить спокойно.»	**2** **Пояснение:** Встреча с родственниками в состоянии горя требует **признания их чувств** и открытости к диалогу. Вариант 1 — защита, а не поддержка. Вариант 3 — уход от ответственности. Вариант 4 — запрет эмоций.
71.	**УК-4**	**Телефонные переговоры с коллегой** **Условие:** Вы звоните коллеге-неврологу, чтобы обсудить пациента, которого он направил.	**2** **Пояснение:** Начинать разговор с коллегой следует с **благодарности и признания его вклада**, затем переходить к обсуждению. Варианты 1, 3, 4 — конфронтационны.

		Вы считаете, что невролог ошибается в диагнозе. **Вопрос:** Как начать разговор, чтобы не обидеть коллегу? **Варианты ответов:** «Вы направили ко мне пациента, но я не согласен с вашим диагнозом.» «Здравствуйте, спасибо за направление. У меня есть некоторые уточнения по пациенту.» «Я посмотрел вашего пациента и понял, что вы ошиблись.» «Мне кажется, вам стоит пересмотреть диагноз.»	
72.	**УК-4**	**Завершение разговора с пациентом** **Условие:** Вы закончили осмотр и назначили лечение. Пациент продолжает задавать одни и те же вопросы, проявляя тревогу. **Вопрос:** Какая фраза поможет завершить прием, не обидев пациента? **Варианты ответов:** «Извините, у меня много пациентов, нам нужно заканчивать.» «Давайте я запишу для вас памятку, и если появятся вопросы, вы позвоните в регистратуру.» «Вы уже спрашивали об этом. Я всё объяснил.» «Мне некогда, идите, пожалуйста.»	**2** **Пояснение:** Предложение **письменной памятки** и возможность позже обратиться за помощью снижает тревогу и позволяет завершить прием без конфликта.
73.	**УК-4**	**Коммуникация с пациентом с нарушением слуха**	**2** **Пояснение:** Зрительный контакт и возможность **читать по губам** важнее

		Условие: На приеме пожилой пациент с тугоухостью. Вы объясняете план лечения. **Вопрос:** Какое **невербальное действие** наиболее важно? **Варианты ответов:** Говорить громче Обеспечить зрительный контакт и сесть напротив Пригласить родственника для перевода Написать всё на бумаге	громкости (кричать бесполезно). Письменная инструкция — дополнение, но не замена.
74.	**УК-4**	**Информированное согласие** **Условие:** Перед операцией пациент подписывает информированное согласие. Он явно нервничает и не читает документ. **Вопрос:** Что следует сделать врачу? **Варианты ответов:** Попросить подписать и идти в операционную Кратко пересказать основные пункты согласия вслух и спросить, всё ли понятно Сказать: «Не волнуйтесь, это формальность» Отправить пациента читать документ в коридор	**2** **Пояснение:** Врач обязан **убедиться, что пациент понимает**, на что соглашается, даже если тот нервничает. Устное разъяснение — часть информированного согласия.
75.	**УК-4**	**Реакция на агрессию пациента** **Условие:**	**2** **Пояснение:** Необходимо **убрать конфликт из публичного простран-**

		Пациент кричит на вас в коридоре поликлиники: «Вы меня не лечите, вы только таблетки выписываете!» **Вопрос:** Какова оптимальная первая реакция? **Варианты ответов:** «Не кричите на меня, я позову охрану!» «Пройдемте в кабинет, там мы спокойно всё обсудим.» «Вы неправы, я делаю всё возможное.» Развернуться и уйти	**ства** в приватное, где можно спокойно обсудить проблему.
76.	**УК-4**	**Коммуникация с ребенком** **Условие:** На приеме ребенок 4 лет, боится осмотра, плачет, вырывается. **Вопрос:** Какой метод коммуникации наиболее эффективен? **Варианты ответов:** Строго сказать: «Не плачь, это не больно» Использовать игровые элементы: «Давай посмотрим, какая у тебя красивая картинка в глазике» Попросить родителей подержать ребенка силой Отложить осмотр до следующего раза	**2** **Пояснение:** Игровая коммуникация снижает тревогу у детей. Принуждение усиливает страх и травмирует.
77.	**УК-4**	**Передача дежурства (handover)** **Условие:**	**2** **Пояснение: SBAR** (Situation, Background, Assessment, Recommendation) — международный стандарт безопасной передачи дежурства.

		Вы сдаете дежурство. В отделении 5 пациентов, один из них нестабилен. **Вопрос:** Какой протокол передачи информации следует использовать? **Варианты ответов:** Рассказать всё по порядку поступления Использовать структуру SBAR Передать только нестабильных пациентов Зачитать выписки из историй болезни	
78.	**УК-4**	**Объяснение сложного термина** **Условие:** Пациенту с диабетом нужно объяснить, что такое «пролиферативная диабетическая ретинопатия». **Вопрос:** Какое объяснение наиболее понятно? **Варианты ответов:** «Это рост новых патологических сосудов на сетчатке из-за ишемии.» «Из-за диабета сосуды в глазу портятся, и вместо них растут хрупкие новые, которые лопаются и ухудшают зрение.» «У вас ПДР, требуется лазеркоагуляция.» «Это осложнение диабета, которое лечится лазером.»	**2** **Пояснение:** Объяснение должно быть **без терминов, образным и причинно-следственным**. Вариант 2 понятен любому пациенту.
79.	**УК-4**	**Коммуникация с родственниками пациента с деменцией** **Условие:**	**3** **Пояснение:** Этика требует **уважать остаточную автономию** пациента с деменцией, но принимать решение совместно с законными

		У пациентки 80 лет с деменцией выявлена катаракта. Она не понимает, зачем нужна операция, и отказывается. **Вопрос:** С кем следует обсуждать план лечения в первую очередь? **Варианты ответов:** Только с пациенткой, уважая ее автономию Только с родственниками, проигнорировав мнение пациентки С родственниками в присутствии пациентки, с учетом ее реакции Отложить решение до суда	представителями.
80.	**УК-4**	**Разговор с коллегой при его ошибке** **Условие:** Вы заметили, что коллега-ординатор назначил неправильное лечение пациенту. **Вопрос:** Как лучше всего указать ему на ошибку? **Варианты ответов:** Публично на утренней конференции Наедине, конфиденциально Сообщить заведующему, не говоря коллеге Написать служебную записку	**2** **Пояснение:** Конфиденциальное обсуждение ошибки позволяет **сохранить лицо коллеги** и создать безопасную среду для обучения.
81.	**УК-4**	**Коммуникация с глухонемым пациентом** **Условие:** На приеме глухонемой пациент. Вы не знаете языка жестов. **Вопрос:**	**2** **Пояснение:** Письменная коммуникация — доступный и уважительный способ. Родственник может исказить информацию или нарушить

		Какой способ коммуникации предпочтителен? **Варианты ответов:** Говорить громко и медленно Общаться письменно (бумага, планшет) Пригласить родственника, который «переведет» Отказать в приеме	конфиденциальность.
82.	**УК-4**	**Завершение разговора с «трудным» пациентом** **Условие:** Пациент требует выписать ему рецепт на лекарство, которое ему не показано, и угрожает жалобой. **Вопрос:** Какая фраза завершит разговор корректно? **Варианты ответов:** «Я не буду с вами спорить. Идите жалуйтесь.» «Я понимаю ваше желание, но по медицинским показаниям этот препарат вам не подходит. Я готов еще раз объяснить почему.» «Вы ничего не понимаете в медицине, не учите меня.» «Хорошо, я выпишу, но вы подпишете бумагу, что я предупреждал о вреде.»	**2** **Пояснение:** Фраза сохраняет **профессиональную позицию**, не конфликтует, но и не уступает необоснованным требованиям.
83.	**УК-4**	**Коммуникация с пациентом, отрицающим диагноз** **Условие:** Пациент с впервые выявленной открытоугольной глаукомой отказывается от лечения: «У меня ничего не болит, зачем мне эти капли?» **Вопрос:** Какой аргумент наиболее убедителен?	**2** **Пояснение:** Метафора «тихий вор» понятна и запоминается. Запугивание (вариант 1) вызывает страх и отрицание, а не понимание.

		Варианты ответов: «Без лечения вы ослепнете через 5 лет.» «Глаукома — это тихий вор зрения. Вы не чувствуете боли, но зрение уходит необратимо. Капли нужны, чтобы сохранить то, что есть.» «Это ваше право, но я предупредил.» «У всех пациентов с глаукомой так бывает, привыкайте.»	
84.	**УК-4**	**Межкультурная коммуникация** **Условие:** На приеме пациент из страны, где принято, чтобы решение о лечении принимал старший мужчина в семье, а не сама пациентка. **Вопрос:** Как следует строить коммуникацию? **Варианты ответов:** Объяснить, что в России решения принимает сам пациент Игнорировать культурные особенности, говорить только с пациенткой Уважительно выслушать сопровождающего, но убедиться, что пациентка понимает и согласна Отказать в приеме без сопровождающего	**3** **Пояснение:** Культурная компетентность требует **уважения традиций**, но при этом соблюдения принципа информированного согласия самой пациентки.
85.	**УК-5**	**Самоорганизация: планирование профессионального развития** **Уровень сложности:** средний **Контекст:** Вы — ординатор 1 года обучения по офтальмологии. Вам необходимо составить **индивидуальный план саморазвития** на предстоящий год, чтобы успешно освоить программу ординатуры, подготовиться к аккредитации, начать научную работу и сохранить здоровье. У вас есть ограниченное время (работа в клинике,	Область саморазвития 1. Профессиональные знания (теория) 2. Практические навыки (хирургия) 3. Научно-исследовательская деятельность

		дежурства) и ресурсы. **Инструкция:** Установите соответствие между **областью саморазвития** и **конкретным мероприятием**, которое наиболее эффективно для достижения цели в данной области. **Области саморазвития:** Профессиональные знания (теория) Практические навыки (хирургия) Научно-исследовательская деятельность Психогигиена и профилактика выгорания Физическое здоровье **Мероприятия:** А. Ежедневная 20-минутная зарядка, плавание 2 раза в неделю, контроль осанки при работе за щелевой лампой. Б. Составление графика чтения: 30 минут в день изучения клинических рекомендаций и 1 статья в неделю из иностранного журнала (например, Ophthalmology). В. Ведение дневника эмоций и усталости, техники майндфулнес (10 минут в день), супервизия с психологом 1 раз в месяц. Г. Посещение WetLab 2 раза в месяц для отработки этапов факоэмульсификации на симуляторе. Д. Подготовка тезисов по клиническому случаю для конференции, участие в работе студенческого научного кружка в качестве куратора.	4. Психогигиена и профилактика выгорания 5. Физическое здоровье **Пояснение:** Каждое мероприятие соответствует **конкретной области развития**: **Б** — систематическое изучение теории (ежедневно/еженедельно). **Г** — симуляционное обучение (без риска для пациентов). **Д** — первые шаги в науке (публикации, конференции). **В** — работа с эмоциональным состоянием (осознанность, супервизия). **А** — физическая активность, эргономика (профилактика профессиональных заболеваний). *Ключевая компетенция:* **Способность к комплексному планированию саморазвития с учетом всех аспектов: профессионального, научного, психологического, физического.**
86.	**УК-5**	**Тайм-менеджмент и приоритизация задач** **Уровень сложности:** высокий **Контекст:** Вы — ординатор 2 года. У вас есть **список задач на неделю**. Необходимо распределить их по матрице Эйзенхауэра (важно/срочно) для эффективного планирования времени. **Инструкция:** Установите соответствие между **задачей** и ее **категорией** в матрице Эйзенхауэ-	Задача — Категория 1. Подготовка к аккредитации (через 3 месяца) — **Б** 2. Срочная консультация пациента в приемном покое — **А**

		ра. **Задачи:** Подготовка к аккредитации (через 3 месяца). Срочная консультация пациента в приемном покое (вызов от дежурного врача). Чтение свежего номера журнала "Вестник офтальмологии" (для общего развития). Прохождение ежегодного флюорографического обследования (срок действия заканчивается через 2 дня). Участие в вебинаре по MIGS-технологиям (завтра в 15:00, запись не предусмотрена). Ответ на электронное письмо научного руководителя (не срочно, но важно для диссертации). **Категории матрицы Эйзенхауэра:** А. Важно и срочно (делать немедленно) Б. Важно, но не срочно (планировать) В. Срочно, но не важно (делегировать) Г. Не важно и не срочно (игнорировать или делать в остаточное время)	3. Чтение журнала для общего развития 4. Флюорография (срок заканчивается через 2 дня) 5. Вебинар завтра в 15:00 (без записи) 6. Письмо научному руководителю **Детализированный эталон:**	**Г** **А** **Б** (если важно) / **В** (если можно делегировать) **Б**

Задача	Категория	Пояснение
1	**Б**	Важно для будущего, но время еще есть. Планировать поэтапно.
2	**А**	Экстренная клиническая ситуация — делать немедленно.
3	**Г**	Не влияет на текущие результаты, можно читать в свобод-

					ное время.
			4	**А**	Здоровьесбережение — срочно (заканчивается срок).
			5	**Б**	Важно для профессионального развития, время фиксировано — запланировать.
			6	**Б**	Важно для науки, но не срочно — запланировать ответ в ближайшие дни.
			Ключевая компетенция: **Способность к приоритизации задач на основе их важности и срочности, умение выделять время на здоровьесбережение как приоритетную задачу.**		
87.	**УК-5**	**Профилактика профессионального выгорания и здоровьесбережение** **Уровень сложности:** средний **Контекст:** Вы работаете в отделении с высокой нагрузкой: ночные дежурства, сложные пациенты, эмоционально тяжелые ситуации. Вы замечаете у себя признаки усталости, раздражительности, снижения интереса к работе. Это может быть началом профессионального выгорания. **Инструкция:** Установите соответствие между **фактором риска выгорания** и **методом про-**	Фактор риска		Метод профилактики
			1. Хронический стресс (ответственность)		**А**
			2. Эмоциональное истощение		**Б**
			3. Физическое перенапряжение		**В**

		филактики/здоровьесбережения, наиболее эффективным для нейтрализации именно этого фактора. **Факторы риска выгорания:** Хронический стресс из-за высокой ответственности за пациентов Эмоциональное истощение от общения с тяжелыми пациентами и их родственниками Физическое перенапряжение (длительные операции, неудобная поза) Нарушение режима сна и бодрствования (ночные дежурства) Монотония и рутина (однотипные операции, отсутствие профессионального роста) **Методы профилактики:** А. Техники релаксации, дыхательные упражнения, кратковременные перерывы в течение дня. Б. Супервизия с психологом, группы поддержки коллег, обсуждение сложных случаев в безопасной среде. В. Эргономика рабочего места (регулировка высоты стула, подставки для локтей), производственная гимнастика, занятия спортом. Г. Циклическая светотерапия, мелатонин при нарушении циркадных ритмов, строгий режим сна после дежурства. Д. Участие в конференциях, освоение новых методик, наставничество над младшими коллегами, научная работа.	4. Нарушение режима сна **Г** 5. Монотония, отсутствие роста **Д** **Пояснение:** Фактор / Метод / Обоснование **1** (стресс) **А** — Краткосрочные техники релаксации снижают уровень кортизола в течение дня. **2** (эмоции) **Б** — Профессиональная поддержка и проговаривание эмоций предотвращают накопление "токсичных" переживаний. **3** (физика) **В** — Профилактика профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата — основа долголетия хирурга. **4** (сон) **Г** — Циркадные ритмы критически важны для восстановления; мелатонин и светотерапия до-

			казали эффективность. **5** (монотония) **Д** Новые вызовы и развитие поддерживают интерес к профессии и предотвращают рутинизацию. *Ключевая компетенция:* **Понимание многокомпонентности профессионального выгорания и умение подбирать адресные методы профилактики для каждого фактора.**
88.	**УК-5**	**Последовательность подготовки к первичной специализированной аккредитации** **Уровень сложности:** высокий **Контекст:** Вы — ординатор 2 года обучения. До первичной специализированной аккредитации осталось 4 месяца. Вам необходимо системно подготовиться к трем этапам: тестирование, оценка практических навыков (ОСКЭ) и решение ситуационных задач. У вас есть работа в клинике, дежурства и личные обязательства. **Инструкция:** Расположите в **правильной хронологической последовательности** этапы подготовки к аккредитации с учетом принципов тайм-менеджмента и здоровьесбережения (предотвращение стресса и перегрузок). **Варианты ответов:** Интенсивное повторение практических навыков в симуляционном центре	**Правильная последовательность: 4, 2, 5, 1, 7, 3, 6** **Пошаговое пояснение:** Шаг / Действие / Обоснование с позиции самоорганизации **4** — Оценка исходного уровня знаний — Начать с диагностики — понять свои слабые и сильные стороны. **2** — Составление индивидуального плана — Планирование на основе диагностики, распределение тем по неделям.

		(еженедельно по 4 часа). Составление индивидуального плана подготовки с распределением тем по неделям. Пробное решение ситуационных задач в условиях, приближенных к экзаменационным. Оценка исходного уровня знаний (входное тестирование). Регулярное (ежедневное) изучение теоретического материала по 1–2 часа. Психологическая подготовка, техники управления стрессом, нормализация сна за 2 недели до экзамена. Прохождение онлайн-курсов и вебинаров по сложным разделам. **Вопрос:** Установите правильную последовательность этапов подготовки.	**5** Ежедневное изучение теории — Систематическая работа — основа долговременной памяти. **1** Практические навыки в симуляционном центре — Параллельно с теорией, но требует отдельного времени. **7** Онлайн-курсы по сложным темам — Углубление знаний после освоения базы. **3** Пробное решение задач — Интеграция знаний и навыков, приближение к экзамену. **6** Психологическая подготовка — Завершающий этап — профилактика стресса, здоровьесбережение. Ключевая компетенция: Способность к долгосрочному планированию с учетом равномерного распределения нагрузки и профилактики стресса.
89.	**УК-5**	**Последовательность действий при профессиональном выгорании**	**Правильная последовательность: 3, 7, 4, 1, 5, 6, 2** **Пошаговое пояснение:**

		Уровень сложности: высокий **Контекст:** Вы — ординатор 3 года. В течение последних месяцев вы замечаете у себя: постоянную усталость, раздражительность, снижение интереса к работе, циничное отношение к пациентам, нарушения сна. Вы подозреваете у себя синдром профессионального выгорания. **Инструкция:** Расположите в **правильной последовательности** шаги по самодиагностике и коррекции состояния, от первых признаков осознания до полноценного восстановления. **Варианты ответов:** Внедрение регулярных техник релаксации (дыхательные упражнения, майндфулнес) в повседневную жизнь. Прохождение профессиональной супервизии или психотерапии. Признание факта: «Я нахожусь в состоянии выгорания, мне нужна помощь». Анализ факторов, вызывающих стресс (ведение дневника эмоций и усталости в течение 1–2 недель). Пересмотр режима труда и отдыха, нормализация сна, физическая активность. Обращение к заведующему отделением с просьбой о временном снижении нагрузки (при необходимости). Прохождение валидизированного опросника (например, MBI — Maslach Burnout Inventory). **Вопрос:** Установите правильную последовательность действий.	Шаг	Действие	Обоснование с позиции самоорганизации
			3	Признание факта	Первый и самый важный шаг — осознание проблемы. Без него ничего не начнется.
			7	Объективная диагностика	Использование валидизированного опросника для подтверждения и оценки степени.
			4	Анализ факторов	Выявление конкретных триггеров (ведение дневника).
			1	Техники релаксации	Первый уровень самопомощи — доступные ежедневные практики.
			5	Режим и физическая активность	Базовые здоровьесберегающие меры.
			6	Снижение нагрузки	Административный ресурс, если самопомощь недостаточна.

			2 Профессиональная помощь — Самый глубокий уровень — психотерапия/супервизия, если предыдущие шаги не помогли. *Ключевая компетенция:* **Способность к самонаблюдению, своевременной диагностике и поэтапной коррекции профессионального выгорания.**
90.	**УК-5**	**Последовательность организации научно-исследовательской работы** **Уровень сложности:** средний **Контекст:** Вы планируете подготовить научную статью в журнал "Вестник офтальмологии" по результатам анализа клинических случаев пациентов с редкой патологией (например, болезнь Коатса). У вас есть доступ к историям болезни, но нет опыта написания статей. **Инструкция:** Расположите в **правильной последовательности** этапы организации научно-исследовательской работы с учетом эффективного использования времени и ресурсов. **Варианты ответов:** Написание черновика статьи (введение, описание случаев, обсуждение). Поиск и анализ литературы по теме (PubMed, eLibrary). Формулировка цели и задач исследования. Подача статьи в журнал и работа с рецензентами. Сбор и систематизация данных (выборка пациентов, создание таблиц). Консультация с научным руководителем по структуре и выводам. Статистическая обработка данных (при необходимости).	**Правильная последовательность: 2, 3, 5, 7, 1, 6, 4** **Пошаговое пояснение:** Шаг — Действие — Обоснование с позиции самоорганизации **2** Поиск и анализ литературы — Узнать, что уже известно, чтобы не изобретать велосипед. **3** Формулировка цели и задач — На основе анализа литературы — четкое определение, что вы хотите доказать. **5** Сбор и систематизация данных — Целенаправленный сбор материала под сформулированные задачи.

		Вопрос: Установите правильную последовательность организации научной работы.	**7** Статистическая обработка — Анализ собранных данных. **1** Написание черновика — Структурирование результатов. **6** Консультация с руководителем — Получение обратной связи до подачи в журнал. **4** Подача в журнал — Финальный этап. Ключевая компетенция*:* Способность к системной организации исследовательской работы: от идеи до публикации, с правильной последовательностью этапов.
91.	**УК-5**	**Индивидуальный план профессионального развития на год** **Уровень сложности:** высокий **Контекст:** Вы — ординатор 1 года обучения по специальности «Офтальмология». Вам предстоит освоить программу ординатуры, подготовиться к первичной аккредитации, начать научную работу, освоить практические навыки, а также сохранить физическое и психическое здоровье в условиях высокой нагрузки (работа в клинике, ночные дежурства, интенсивное обучение). Вы заметили, что некоторые старшие коллеги к концу ординатуры выглядят ис-	**Индивидуальный план саморазвития на год (поквартально):**

		тощенными, раздражительными, у них снижен интерес к профессии. Вы не хотите повторять их путь и хотите построить свое обучение так, чтобы не только успешно завершить ординатуру, но и сохранить интерес к профессии, здоровье и энергию для дальнейшей карьеры. **Задания:** **Составьте индивидуальный план саморазвития на год** (по месяцам или кварталам), включающий следующие блоки: Профессиональные знания (теория); Практические навыки (хирургия, диагностика); Научно-исследовательская деятельность; Психогигиена и профилактика выгорания; Физическое здоровье. **Предложите конкретные методы** для каждого блока (например, какие ресурсы будете использовать, как часто, с какой периодичностью). **Опишите систему самоконтроля и рефлексии**, которая позволит вам отслеживать прогресс и своевременно корректировать план. **Укажите, как вы будете действовать**, если почувствуете признаки переутомления или выгорания (конкретные шаги).	Блок	1-й квартал (сентябрь-ноябрь)	2-й квартал (декабрь-февраль)	3-й квартал (март-май)	4-й квартал (июнь-август)
			Теория	Изучение базовых клинических рекомендаций (глаукома, катаракта). Чтение учебника (по 30 мин/день).	Изучение сложных разделов (витреоретинальная патология, увеиты). Англоязыч-	Повторение пройденного. Решение тестовых заданий.	Акцент на редкие заболевания. Подготовка к аккредитации.

					ные статьи (1 в неделю).		
			Практика	Освоение осмотра на щелевой лампе, непрямой офтальмоскопии. Ассистенция на операциях.	WetLab 2 раза в месяц (этапы факоэмульсификации). Самостоятельные осмотры под контролем.	Освоение лазерных методик (под руководством). Первые самостоятельные манипуляции.	Отработка сложных этапов. Участие в операциях как первого ассистента.
			Наука	Выбор темы, поиск	Сбор материала	Написание тезисов	Подача статьи

				литера-туры.	(клини-ческие случаи).	на кон-ферен-цию.	в жур-нал.
			Пси хо-ги-гие-на	Ведение дневника эмоций. Техники майндфу лнес (10 мин/день) .	Супер-визия с психо-логом 1 раз в месяц. Группа под-держки коллег.	Освое-ние техник быстро-го вос-станов-ления после де-журств.	Ана-лиз года, ре-флек-сия.
			Здо-ро-вье	Зарядка 15 мин/день. Плавание 2 ра-за/нед. Контроль осанки.	Доба-вить эргоно-мику рабоче-го ме-ста. Ре-жим сна после де-	Спор-тивные выход-ные. Чек-ап (анали-зы, флюо-рогра-фия).	Под-дер-жание ре-жима.

			журств. **2. Конкретные методы по блокам:** Блок — Методы и ресурсы **Теория** — Клинические рекомендации (сайт Минздрава, РОО), учебник "Офтальмология" под ред. Аветисова, журналы "Вестник офтальмологии", "Ophthalmology" (PubMed), приложение Read by QxMD. **Практика** — WetLab в университете, симулятор EYESI, дневник операций (фиксация каждого этапа), видеоразбор операций с наставником. **Наука** — Научный руководитель, eLibrary, PubMed, Mendeley для организации ссылок, конференции (очные и онлайн). **Психогигиена** — Приложение Calm/Happify для майндфулнес, дневник в Notion, психолог (по ДМС), чат с коллегами-ординаторами. **Здоровье** — Фитнес-браслет для контроля сна, зарядка по видео на YouTube, эргономичная по-

			душка для шеи, очки с фильтром синего света. **3. Система самоконтроля и рефлексии:** **Еженедельно:** воскресный вечер — 15 минут на анализ недели. Что сделано? Что не сделано? Почему? План на следующую неделю. Оценка уровня энергии (по 10-балльной шкале). **Ежемесячно:** заполнение трекера привычек (в Notion или Excel): количество прочитанных статей, часов в WetLab, занятий спортом, дней с майндфулнес. **Ежеквартально:** встреча с научным руководителем с отчетом о прогрессе. Самооценка по всем пяти блокам, коррекция плана на следующий квартал. **Сигналы для срочной рефлексии:** стойкое снижение энергии, раздражительность, нарушения сна, потеря интереса — немедленный анализ и обращение к психологу. **4. Действия при признаках переутомления/выгорания:** **Алгоритм "Стоп-Анализ-Действие":** **Стоп:** Взять паузу на 1 день (отпроситься, если возможно). Полный отдых от работы и учебы. **Анализ:** Ответить себе на вопросы: Что именно истощает? (дежурства, конфликты, монотонность?) Что я делаю не так в организации времени? Какие потребности игнорирую? (сон, общение, движение?) **Действие:** Пересмотреть план (снизить нагрузку на 2 недели). Внедрить обязательные техники релаксации (2 раза в день).

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>Обратиться к психологу (супервизия).
Поговорить с заведующим о возможности временного уменьшения нагрузки.
Увеличить физическую активность (даже если нет сил — именно это помогает).</td></tr>
<tr><td>92.</td><td>УК-5</td><td>Тайм-менеджмент в условиях дефицита времени

Уровень сложности: высокий
Контекст:
Вы — ординатор 2 года. У вас есть список задач на неделю (7 дней). Кроме того, вы дежурите в субботу (сутки). Вам необходимо эффективно распределить время, чтобы всё успеть, не перегрузить себя и сохранить здоровье.

Список задач:

Подготовка доклада на конференцию (через 2 недели) — 8 часов работы.
Написание истории болезни для аттестации (срок — пятница) — 4 часа.
Прохождение ежегодного флюорографического обследования (срок действия заканчивается в пятницу) — 1 час.
Чтение двух статей из журнала "Ophthalmology" для научной работы — 2 часа.
Посещение WetLab для отработки навыков факоэмульсификации (запись на среду 15:00–18:00) — 3 часа.
Генеральная уборка квартиры (давно не делали) — 3 часа.
Занятие спортом (рекомендовано 3 раза в неделю по 1 часу).
Встреча с друзьями (давно не виделись, важно для эмоциональной разгрузки) — вечер пятницы.
Сон (не менее 8 часов в сутки — обязательное условие для здоровья).
Ежедневные бытовые дела (еда, душ, дорога) — примерно 3 часа в день.

Задания:

Составьте план на неделю (распределите задачи по дням), используя принципы приоритизации (матрица Эйзенхауэра) и учитывая обязательный сон, отдых и дежурство.</td><td>1. План на неделю:

<table>
<tr><td>День</td><td>Утро (до работы)</td><td>День (работа/учеба)</td><td>Вечер</td><td>Сон</td></tr>
<tr><td>Пн</td><td>Зарядка (0,5 ч)</td><td>Работа в клинике</td><td>История болезни (2 ч) → спорт (1 ч) → быт</td><td>23:00-7:00</td></tr>
<tr><td>Вт</td><td>Зарядка</td><td>Работа в клинике</td><td>Статьи (2 ч) → спорт (1 ч) → быт</td><td>23:00-7:00</td></tr>
<tr><td>Ср</td><td>Зарядка</td><td>Работа в клинике</td><td>WetLab 15-18 → ужин →</td><td>23:00-7:00</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

		Обоснуйте, какие задачи вы отнесете к категории "важно и срочно", "важно, но не срочно", "срочно, но не важно", "не важно и не срочно". **Предложите, что можно делегировать или отложить**, а от чего отказаться, чтобы сохранить ресурс. **Опишите, как вы организуете восстановление после дежурства.**				отдых (без задач)	
			Чт	Зарядка	Работа в клинике	Доклад (3 ч) → спорт (1 ч) → быт	23:00-7:00
			Пт	**Флюорография (с утра)**	Работа в клинике	История (2 ч, завершить) → **встреча с друзьями**	24:00-8:00
			Сб	**ДЕЖУРСТВО (сутки)**	-	-	Сон после дежурства
			Вс	Сон до 10-11	Восстановление	Доклад (5 ч) →	23:00-7:00

			уборка (3 ч) → спорт (1 ч) **2. Приоритизация по матрице Эйзенхауэра:** Категория — Задачи **А. Важно и срочно** — Флюорография (срок пятница), история болезни (срок пятница) **Б. Важно, но не срочно** — Доклад (через 2 недели), WetLab (развитие навыков), статьи (наука), спорт (здоровье), встреча с друзьями (психогигиена) **В. Срочно, но не важно** — Уборка квартиры (можно отложить или делегировать) **Г. Не важно и не срочно** — Нет (все задачи значимы)

3. Делегирование, отсрочка, отказ:

Задача	Решение	Обоснование
Уборка квартиры	Отложить на воскресенье или делегировать клининговую службу (1 раз можно потратиться)	Не влияет на профессиональное развитие и здоровье
Спорт 3 раза	Оставить обязательно	Критически важно для здоровья и восстановления
Встреча с друзьями	Оставить	Эмоциональная разгрузка, профилактика выгорания
Доклад	Разбить на части (3+5)	Важно, но не срочно — распределить нагрузку

			Чтение статей | Совместить с дорогой (аудио) или поездками | Экономия времени **4. Восстановление после дежурства (суббота):** **Алгоритм "Золотые часы после дежурства":** **Сразу после сдачи дежурства** — легкий перекус, душ, затем сон (не менее 4-6 часов). Телефон в беззвучный режим. **После пробуждения** — прогулка на свежем воздухе (30 мин), легкая еда, никакой умственной работы. **Вечером** — пассивный отдых (кино, книги), ранний отход ко сну. **Воскресенье** — продуктивная работа, но с обязательным спортом и прогулкой. **Запрещено:** Сидеть в телефоне сразу после дежурства. Пить кофе литрами. Пытаться работать в день после дежурства.
93.	**УК-5**	**Профилактика профессиональных заболеваний офтальмолога** **Уровень сложности:** средний **Контекст:** Вы — молодой врач-офтальмолог, работаете в поликлинике и оперируете 2 дня в	**1. Факторы риска для здоровья офтальмолога:** № | Фактор риска | Последствия 1 | Статическая поза | Шейный остеохондроз, мы-

		неделю. Ваш рабочий день часто превышает 10 часов, много времени вы проводите за щелевой лампой, микроскопом, компьютером. Вы начинаете замечать: боль в шее и плечах к концу дня; сухость и усталость глаз; головные боли по вечерам; онемение в пальцах рук после длительных операций. Вы понимаете, что это профессиональные риски, и хотите разработать систему профилактики, чтобы сохранить здоровье на долгие годы хирургической практики. **Задания:** **Определите основные факторы риска** для здоровья офтальмолога (минимум 5), связанные с профессиональной деятельностью. **Предложите комплекс профилактических мероприятий** для каждого фактора риска, включая: эргономику рабочего места; режим труда и отдыха; физические упражнения; офтальмогигиену; диспансеризацию и чек-апы. **Составьте график профилактических мероприятий** (ежедневно, еженедельно, ежемесячно, ежегодно). **Опишите, как вы будете мотивировать себя соблюдать этот режим** (методы самоконтроля и поощрения).		(сидя, с наклоном головы)	шечные блоки, головные боли
			2	Длительное напряжение аккомодации	Спазм аккомодации, синдром сухого глаза, ухудшение зрения
			3	Монотонные движения кистей	Туннельные синдромы, тендиниты
			4	Ночные дежурства и нерегулярный сон	Нарушение циркадных ритмов, выгорание
			5	Психоэмоциональное напряжение	Стресс, тревога, профессиональное выгорание
			6	Гиподинамия	Общее снижение тонуса, набор веса
			7	Длительная работа за компьютером	Зрительное утомление, сухость глаз

			2. Комплекс профилактических мероприятий:	
			Фактор риска	Профилактические мероприятия
			Статическая поза	• Эргономика: стул с поддержкой поясницы, подставка для ног, регулировка высоты стола и щелевой лампы под рост. • Микропаузы каждые 30-40 мин: встать, потянуться, наклоны головы. • Ежедневная гимнастика для шеи и плеч (5-10 мин). • Плавание 2 раза в неделю.
			Напряжение глаз	• Правильное освещение (не яркое, не мерцающее). • Увлажняющие капли (искусственная слеза) каждые 2 часа при работе за микроскопом/компьютером. • Гимнастика для глаз: "пальминг", фокусировка

				вдаль, вращения. • Очки с фильтром синего света для компьютера. • Ежегодный осмотр офтальмолога (своя рефракция, ВГД, сетчатка).
			Монотонные движения	• Эргономичные инструменты (утолщенные ручки). • Самомассаж кистей и предплечий после операций. • Упражнения на растяжку пальцев. • Чередование видов деятельности.
			Ночные дежурства	• Строгий режим сна после дежурства (см. задание 2). • Мелатонин при необходимости (после консультации). • Светотерапия в темное время.
			Психоэмоциональное напряжение	• Техники релаксации (дыхание, майндфулнес) еже-

				дневно. • Супервизия и группы поддержки. • Хобби вне медицины. • Регулярный отпуск без телефона.
			Гиподинамия	• Спорт 3 раза в неделю (плавание, йога, пилатес — лучший выбор для офтальмолога). • Ходьба пешком (не менее 8000 шагов в день). • Активные выходные.
			Компьютер	• Правило 20-20-20: каждые 20 минут смотреть 20 секунд на 20 футов (6 метров). • Увлажнение воздуха в кабинете. • Регулировка яркости монитора.

			3. График профилактических мероприятий: Периодичность — Мероприятия **Ежедневно** — • Гимнастика для шеи и глаз (утром и вечером по 5 мин). • Увлажняющие капли (каждые 2 часа работы). • Микропаузы каждые 40 мин. • 8000 шагов. **Еженедельно** — • Спорт 3 раза (плавание/йога). • Самомассаж кистей после операционного дня. • Контроль режима сна (не менее 49 часов в неделю). **Ежемесячно** — • Чек-ап по самочувствию (ведение дневника). • Посещение психолога/супервизия. • Проверка эргономики рабочего места. **Ежегодно** — • Полный медицинский чек-ап (офтальмолог, невролог, ортопед). • Анализы крови, флюорография. • Отпуск не менее 2 недель без работы.

			4. Мотивация и самоконтроль: **Методы:** **Визуализация:** представить себя через 20 лет — здоровым, оперирующим хирургом, а не инвалидом с тростью и больной шеей. **Трекер привычек:** в приложении отмечать выполнение ежедневных упражнений. Неделя без пропусков — маленькая награда (кино, вкусная еда). **Партнер по здоровью:** договориться с коллегой делать гимнастику вместе (взаимоконтроль). **Дневник самочувствия:** записывать уровень боли и усталости, чтобы видеть связь с профилактикой. **Правило "Не обсуждать":** профилактика — не обсуждаемая часть режима, как чистка зубов. Просто делаешь, и всё. **Ключевая установка:** "Я не могу лечить пациентов, если сам болен. Мое здоровье — мой главный инструмент. Забота о себе — это не эгоизм, а профессиональная необходимость."
94.	**УК-5**	**Приоритизация задач по матрице Эйзенхауэра** **Уровень сложности:** средний **Контекст:** Вы — ординатор 2 года. У вас сегодня:	**«Принять лекарство от головной боли»** или **«Лечение мигрени»** **Пояснение:** С точки зрения **здоровьесбережения**, первоочередная задача — купировать мигрень. Без этого вы не сможете качественно выполнить ни одну из других задач: конференция, операция, написание истории и статьи будут неэффективны или опасны

		Утренняя конференция в 8:30 (обязательно). Операция, на которой вы ассистируете в 10:00. Незаконченная история болезни, которую нужно сдать сегодня до 16:00. Звонок от научного руководителя с просьбой прислать черновик статьи к завтрашнему утру. Приглашение на день рождения коллеги сегодня вечером. Сильная головная боль (начинается мигрень). **Вопрос:** Какую задачу вы должны выполнить **в первую очередь** (прямо сейчас), руководствуясь принципами самоорганизации и здоровьесбережения? Ответ дайте кратко (одним-двумя словами).	(оперировать с мигренью нельзя). Здоровье — базовый ресурс, без которого невозможна никакая деятельность. *Ключевая компетенция:* **Способность (распознать) приоритет здоровья над рабочими задачами.**
95.	**УК-5**	**Эргономика рабочего места офтальмолога** **Уровень сложности:** низкий **Контекст:** Вы заметили, что после рабочего дня за щелевой лампой у вас возникает боль в шее и плечах. Коллега посоветовал обратить внимание на эргономику рабочего места. **Вопрос:** Назовите **один ключевой параметр** настройки щелевой лампы, который необходимо отрегулировать в первую очередь для профилактики шейного остеохондроза. Ответ дайте кратко (одним-двумя словами).	**«Высота стула»** или **«Высота подбородника/подставки»** **Пояснение:** Основная причина боли в шее — вынужденный наклон головы вперед или вниз из-за несоответствия высоты стула и высоты щелевой лампы. Правильная эргономика: стул регулируется так, чтобы вы сидели прямо, с легким наклоном головы, а не сгибались в шее. Также важен наклон спинки стула и положение подставки для подбородка. *Ключевая компетенция:* **Знание основ эргономики и умение организовать рабочее место для сохранения здоровья.**
96.	**УК-5**	**Профилактика синдрома сухого глаза у хирурга** **Уровень сложности:** низкий **Контекст:**	**«Чаще моргать»** или **«Делать паузы и моргать»** **Пояснение:** Во время концентрации на микроскопе частота моргания снижается в 5-10 раз, что приводит к пересыханию роговицы. Самое простое и доступное средство профилактики — сознатель-

		Вы — оперирующий хирург. После 3-часовой операции вы замечаете резь, чувство песка в глазах, покраснение. Вы понимаете, что это синдром сухого глаза, связанный с длительной работой за микроскопом (редкое моргание, высыхание слезной пленки). **Вопрос:** Какое **простое действие** вы можете сделать **во время операции**, чтобы снизить риск развития синдрома сухого глаза? Ответ дайте кратко (одним предложением или фразой).	но контролировать моргание или делать короткие паузы (2-3 секунды) для смачивания глаза. Также можно использовать увлажняющие капли до и после операции. *Ключевая компетенция:* **Осознанное отношение к здоровью глаз в профессиональной деятельности.**
97.	**УК-5**	**Приоритизация задач (матрица Эйзенхауэра)** **Условие:** Вы — ординатор. У вас на неделе: подготовка к аккредитации (через 3 месяца), срочная консультация пациента в приемном покое, плановое посещение терапевта для диспансеризации, чтение нового номера журнала "Ophthalmology". **Вопрос:** Какую задачу следует отнести к категории **«Важно и срочно»**? **Варианты ответов:** Подготовка к аккредитации Срочная консультация пациента Плановое посещение терапевта Чтение журнала	**2** **Пояснение:** Срочная консультация пациента — экстренная клиническая ситуация, требующая немедленного выполнения (важно для жизни/здоровья пациента и срочно по времени). Аккредитация важна, но не срочна (есть 3 месяца). Диспансеризация важна для здоровья, но может быть запланирована. Чтение журнала — развитие, но не срочно.
98.	**УК-5**	**Тайм-менеджмент** **Условие:** Вы планируете свой рабочий день. Наиболее продуктивное время для умствен-	**2** **Пояснение:** Наиболее сложные и требующие концентрации задачи (написание статьи, изучение теории) следует планировать на пик продуктивности. Рутинные задачи (обход, документация) мож-

		ной работы у вас — утро (с 9 до 12). **Вопрос:** Какую задачу следует запланировать на это время? **Варианты ответов:** Обход отделения Написание научной статьи Участие в операциях в качестве ассистента Заполнение медицинской документации	но выполнять в менее продуктивное время.
99.	**УК-5**	**Профилактика профессионального выгорания** **Условие:** Вы замечаете у себя раздражительность, усталость, снижение интереса к работе, циничное отношение к пациентам. **Вопрос:** Какой **первый шаг** следует предпринять? **Варианты ответов:** Взять отпуск на месяц Признать наличие проблемы Сменить специальность Увеличить нагрузку, чтобы отвлечься	**2** **Пояснение:** Осознание и признание проблемы — первый и важнейший шаг в профилактике выгорания. Без него невозможно дальнейшее планирование коррекции.
100.	**УК-5**	**Здоровьесбережение: эргономика** **Условие:** После длительной работы за щелевой лампой у вас возникает боль в шее и пле-	**2** **Пояснение:** Эргономика рабочего места — основа профилактики. Высота стула и подставки должна быть отрегулирована так, чтобы вы сидели прямо, не наклоняя голову. Перерывы важны, но без

		чах. **Вопрос:** Что следует **в первую очередь** изменить в организации рабочего места? **Варианты ответов:** Купить более дорогую щелевую лампу Отрегулировать высоту стула и подставки для подбородка Делать перерывы каждые 15 минут Носить ортопедический воротник	правильной эргономики они менее эффективны.
101.	**УК-5**	**Самообразование** **Условие:** Вы хотите быть в курсе последних мировых достижений в офтальмологии. **Вопрос:** Какой источник информации является **наиболее доказательным и актуальным**? **Варианты ответов:** Посты в Telegram-каналах Клинические рекомендации Минздрава РФ Статьи в рецензируемых журналах (PubMed, Scopus) Мнение авторитетного коллеги	**3** **Пояснение:** Рецензируемые журналы с высоким импакт-фактором обеспечивают наивысший уровень доказательности. Клинические рекомендации важны, но они обновляются реже. Социальные сети и мнения коллег могут быть полезны, но не являются надежным источником.
102.	**УК-5**	**Управление стрессом** **Условие:** У вас сложное дежурство, случилось несколько критических ситуаций. Вы чув-	**3** **Пояснение:** Сон — основной восстановительный механизм. Алкоголь ухудшает качество сна. Обсуждение может быть полезно, но

		ствуете сильное напряжение. **Вопрос:** Какой метод **быстрого восстановления** наиболее эффективен сразу после дежурства? **Варианты ответов:** Продолжить работать, чтобы отвлечься Выпить алкоголь для расслабления Лечь спать, обеспечив тишину и темноту Обсудить с коллегами все детали дежурства	позже. Продолжение работы усугубит стресс.
103.	**УК-5**	**7. Планирование карьеры** **Условие:** Вы задумываетесь о выборе узкой специализации в офтальмологии. **Вопрос:** Что следует сделать **в первую очередь** для осознанного выбора? **Варианты ответов:** Пойти на стажировку в отделение, которое потенциально интересно Прочитать все учебники по этой специальности Спросить совета у заведующего Подать документы на первичную переподготовку	**1** **Пояснение:** Наиболее эффективный способ — погружение в среду, наблюдение за работой специалистов, общение с ними. Это дает реальное представление о специальности, а не теоретическое.
104.	**УК-5**	**Режим сна при ночных дежурствах** **Условие:**	**2** **Пояснение:** Дневной сон перед ночным дежурством (до 2 часов) помогает частично восполнить ресурс и легче перенести ночь. Полное лишение сна вредно. Кофеин в избытке нарушит сон после де-

		Вы заступаете на ночное дежурство (с 20:00 до 8:00). **Вопрос:** Как лучше поступить **накануне дежурства**? **Варианты ответов:** Не спать всю ночь, чтобы легче уснуть после дежурства Поспать днем 1-2 часа перед дежурством Лечь спать рано и встать в 4 утра Пить кофе весь день, чтобы взбодриться	журства.
105.	**УК-5**	**Профессиональное развитие** **Условие:** Вы хотите освоить новый метод хирургии (например, MIGS). **Вопрос:** Какова **правильная последовательность** обучения? **Варианты ответов:** Сразу начать оперировать под контролем наставника Изучить теорию, затем пройти симуляционный курс, затем ассистировать, затем оперировать под контролем Посмотреть видео операций и повторить Прочитать инструкцию и приступить	**2** **Пояснение:** Обучение новому навыку должно быть поэтапным: теория → симуляция → ассистенция → самостоятельная работа под контролем. Это обеспечивает безопасность пациентов и качество обучения.
106.	**УК-5**	**Физическая активность** **Условие:**	**3** **Пояснение:** Плавание и йога укрепляют мышцы спины и шеи, улучшают осанку, снимают мышечные блоки, при этом не перегружают суставы. Это оптимальный выбор для профилактики остеохон-

		У вас малоподвижная работа (большую часть дня вы сидите). **Вопрос:** Какой вид физической активности **наиболее полезен** для профилактики профессиональных заболеваний офтальмолога? **Варианты ответов:** Тяжелая атлетика Бег на длинные дистанции Плавание и йога Теннис	дроза.
107.	**УК-5**	**Самоконтроль и рефлексия** **Условие:** Вы ведете дневник самонаблюдения и заметили, что последние две недели ваша продуктивность снизилась, вы чаще раздражаетесь, хуже спите. **Вопрос:** Что следует сделать **в первую очередь**? **Варианты ответов:** Проигнорировать, это временно Проанализировать возможные причины (нагрузка, сон, питание) Начать принимать антидепрессанты Уволиться	**2** **Пояснение:** Рефлексия и анализ причин — основа саморегуляции. Нужно выявить факторы, вызвавшие ухудшение, и скорректировать режим.
108.	**УК-5**	**Питание во время дежурства** **Условие:**	**3** **Пояснение:** Йогурт и яблоко обеспечивают белок и клетчатку, не вызывая резких скачков сахара и не перегружая пищеварение. Сладкое

		У вас ночное дежурство, вы чувствуете голод в 2 часа ночи. **Вопрос:** Какой продукт **наименее вреден** для перекуса? **Варианты ответов:** Шоколадный батончик Бутерброд с колбасой Йогурт без сахара и яблоко Чипсы	и жирное ухудшает качество сна и самочувствие.
109.	**УК-5**	**Профилактика синдрома сухого глаза** **Условие:** Вы проводите много времени за микроскопом и компьютером, ощущаете сухость глаз. **Вопрос:** Какое **правило** наиболее эффективно для профилактики? **Варианты ответов:** Правило 20-20-20 (каждые 20 мин смотреть 20 сек на 20 футов) Каждые 5 минут закрывать глаза на минуту Носить очки с затемнением Использовать глазные капли с антибиотиком	**1** **Пояснение:** Правило 20-20-20 доказанно снижает зрительное утомление и сухость глаз. Оно позволяет давать глазам регулярный отдых и увлажнение за счет моргания.
110.	**УК-5**	**Обучение в течение жизни (CME)** **Условие:** Вы хотите систематически повышать квалификацию, но времени катастрофиче-	**2** **Пояснение:** Ежедневное выделение фиксированного времени (например, 30 минут утром) создает привычку и позволяет равномерно рас-

		ски не хватает. **Вопрос:** Какой метод **наиболее эффективен** с точки зрения тайм-менеджмента? **Варианты ответов:** Читать всё подряд в выходные Выделить 30-40 минут ежедневно на изучение одного источника Смотреть лекции на скорости 2х во время еды Слушать подкасты во время поездок/прогулок	пределять нагрузку. Пассивное слушание менее эффективно.
111.	**УК-5**	**Профессиональное выгорание: факторы риска** **Условие:** Какие факторы **наиболее значимо** повышают риск профессионального выгорания у офтальмологов? **Варианты ответов:** Высокая зарплата Эмоционально насыщенное общение с пациентами, ночные дежурства, высокая ответственность Работа в современной клинике Наличие хобби	**2** **Пояснение:** Основные факторы риска выгорания — высокая эмоциональная нагрузка, нарушение режима труда и отдыха, хронический стресс. Материальные условия и хобби, наоборот, защищают.
112.	**УК-5**	**Личный пример и наставничество** **Условие:** Вы — опытный ординатор, к вам прикрепили младшего коллегу. Вы замечаете, что он работает на износ, не отдыхает, плохо спит.	**2** **Пояснение:** Как наставник, вы должны передать не только профессиональные, но и организационные навыки, включая тайм-менеджмент и здоровьесбережение. Обучение планированию — лучшая помощь.

		Вопрос: Что вы **посоветуете ему в первую очередь**? **Варианты ответов:** «Терпи, медицина требует жертв» «Давай я научу тебя планировать время и объясню, почему отдых важен для работы» «Возьми отпуск на месяц» «Это твои проблемы, разбирайся сам»	
113.	**ОПК-1**	**Соответствие между методом диагностики и визуализируемой структурой глаза** 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 ан- — Г. Отслойка сетчатки и массивные кровоизлияния	**Эталон ответа:** 1-Б, 2-В, 3-Г, 4-Д.

		гиография Д. Проходимость ретинальных сосудов и область ишемии	
114.	**ОПК-1**	**Соответствие между типом нарушения зрения и корригирующим устройством/методом** 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 (большая разница в рефракции глаз) — Г. Ортокератологические линзы (ночные линзы) Д. Отрицательные (рассеивающие) сфероцилиндрические линзы	**Эталон ответа:** 1-Г, 2-В, 3-А, 4-Б.
115.	**ОПК-1**	**Соответствие между действием врача и правилом информационной без-**	**Эталон ответа:** 1-Б, 2-В, 3-Г, 4-А.

		опасности (ИБ) Действие врача-ординатора — Правило информационной безопасности 1. Отправка фотоснимков сетчатки пациенту в мессенджер — А. Использование резервного копирования данных 2. Использование флешки с историей болезней на домашнем ПК — Б. Запрет на передачу персональных данных через открытые каналы связи 3. Завершение работы в МИС (медицинской информационной системе) — В. Недопустимость выноса носителей с конфиденциальной информацией за пределы ЛПУ 4. Создание бэкапа базы данных отделения — Г. Блокировка рабочей станции при выходе из кабинета Д. Запрет на установку нелицензионного ПО	
116.	**ОПК-1**	**Последовательность этапов первичной настройки автоматического рефрактометра** *Установите правильную последовательность действий при подготовке к исследованию.* 1. Ввод данных пациента (возраст, ID) в интерфейс программы. 2. Фиксация подбородка и лба пациента на подставке.	**Эталон ответа:** 3, 1, 2, 4.

		3. Калибровка прибора по тест-объекту (если требуется). 4. Совмещение оптических осей прибора со зрачками пациента с помощью джойстика.	
117.	**ОПК-1**	**Последовательность работы с томограммой в программе для анализа ОКТ** *Установите правильную последовательность действий врача при анализе ОКТ-снимка макулы.* 1. Открытие протокола исследования конкретного пациента в архиве. 2. Оценка цветовой карты толщины сетчатки (ETDRS). 3. Калибровка контрастности и яркости для визуализации слоев. 4. Прокрутка срезов (B-scan) для поиска патологических изменений.	**Эталон ответа:** 1, 3, 4, 2.
118.	**ОПК-1**	**Последовательность действий при утечке конфиденциальных данных (утеря флешки с историей болезни)** *Установите правильную последовательность действий ординатора при инциденте информационной безопасности.* 1. Уведомление заведующего отделением или ответственного за ИБ. 2. Фиксация факта пропажи и времени инцидента. 3. Оценка объема утекших данных (какие именно карты пациентов). 4. Блокировка доступа к МИС для скомпрометированной учетной записи (если флешка не была зашифрована).	**Эталон ответа:** 2, 3, 1, 4.
119.	**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:** 1. **Нозология:** Ретинозис (или ретинальная киста) / Частичная макулярная отслойка нейроэпителия (в зависимости от локализации, но чаще речь о кистевидном пространстве). 2. **Параметры:** o Максимальный горизонтальный диаметр полости. o Максимальный вертикальный (аксиальный) размер/высота полости.

			○ Объем полости (если функция доступна) или толщина сетчатки в центре фовеа (central subfield thickness).
120.	**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).
121.	**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	**Эталон ответа:** 1. **Выбор:** «Создать на основе шаблона» (или аналогичный вариант создания нового документа, а не полный импорт старых данных). ○ **Почему:** Импорт данных из прошлой госпитализации может привести к переносу устаревших жалоб, неактуальных осмотров и некорректных

		(элемента), которые вы должны проверить и, при необходимости, скорректировать вручную перед финальной печатью документа, чтобы избежать типичных ошибок при копировании данных.	назначений, что является грубой ошибкой. 2. **Проверка:** o Дата и время текущего осмотра/выписки. o Данные объективного статуса (Vis, ВГД, картина глазного дна) на момент выписки. o Рекомендации (препараты, дозировки, дата явки) с учетом динамики за текущую госпитализацию.
122.	**ОПК-1**	**Вопрос на знание стандартов** **Вопрос:** Как называется международный стандарт для хранения, передачи и архивации медицинских изображений (ОКТ, фото глазного дна)?	**Эталон:** DICOM.
123.	**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.
124.	**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).
125.	**ОПК-1**	**ВОПРОС:** Какой стандарт данных используется для хранения и передачи медицинских изображений (ОКТ, фото глазного дна)? A) HL7 B) DICOM C) XML D) PDF/A	B

126.	**ОПК-1**	**ВОПРОС:** Что из перечисленного относится к телемедицинским технологиям? A) Осмотр на щелевой лампе B) Проведение B-скана C) Дистанционная консультация «врач-врач» по результатам ОКТ D) Заполнение бумажной истории болезни	C
127.	**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	C
128.	**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	B
129.	**ОПК-1**	**ВОПРОС:** Какой параметр автоматически рассчитывает программа оптического биометра (IOL-Master) для факоэмульсификации? A) Плотность эндотелиальных клеток B) Кривизну роговицы (K1, K2) C) Угол передней камеры D) Порог светочувствительности сетчатки	B
130.	**ОПК-1**	**ВОПРОС:** Для оценки каких структур применяется ОКТ ангиография (ОКТ-А)? A) Хрусталика B) Сосудистой сети сетчатки C) Роговичного нерва D) Слезной пленки	B

131.	**ОПК-1**	**ВОПРОС:** Что измеряет эндотелиальный микроскоп? A) Толщину роговицы (пахиметрию) B) Плотность эндотелиальных клеток (ECD) C) Глубину передней камеры D) Диаметр зрачка	B
132.	**ОПК-1**	**ВОПРОС:** Какой метод используется для автоматического определения рефракции глаза? A) Тонометрия B) Периметрия C) Рефрактометрия D) Гониоскопия	C
133.	**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 D) Составление графика работы персонала	B
134.	**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	B
135.	**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	A

136.	**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	C
137.	**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	B
138.	**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	B
139.	**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	B
140.	**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	C

141.	**ОПК-2**	**Соответствие между показателем и формулой его расчета** Показатель — Формула расчета 1. Первичная заболеваемость — А. (Число лиц, состоящих на учете на конец года / Численность населения) × 1000 2. Общая заболеваемость (распространенность) — Б. (Число впервые выявленных случаев / Среднегодовая численность населения) × 1000 3. Госпитализированная заболеваемость — В. (Число выбывших из стационара (выписанные + умершие) / Среднегодовая численность населения) × 1000 4. Распространенность глаукомы — Г. (Число случаев с впервые установленным диагнозом "глаукома"/Численность населения) × 1000 Д. (Число всех случаев заболевания / Численность населения) × 1000	1-Б, 2-Д, 3-В, 4-Г.
142.	**ОПК-2**	**Соответствие между критерием качества и индикатором его оценки**	1-Б, 2-А, 3-Д, 4-Г.

		Критерий качества медицинской помощи 1. Доступность медицинской помощи 2. Безопасность (ятрогения) 3. Результативность (эффективность) 4. Своевременность	Индикатор оценки (показатель) А. Доля послеоперационных эндофтальмитов Б. Укомплектованность штата офтальмологов (физическими лицами) В. Доля пациентов, пролеченных в соответствии со стандартами Г. Среднее время ожидания операции по удалению катаракты Д. Доля случаев с достижением целевого ВГД через 6 месяцев
143.	**ОПК-2**	**Соответствие между уровнем управления и его функцией в организации офтальмологической помощи** Уровень управления	Основная функция

		1. Министерство здравоохранения РФ 2. Департамент здравоохранения региона 3. Главный внештатный офтальмолог региона 4. Заведующий офтальмологическим отделением	А. Разработка и утверждение клинических рекомендаций (проект) Б. Маршрутизация пациентов (офтальмологический диспансер/центр) В. Мониторинг льготного лекарственного обеспечения на местах Г. Анализ летальности и послеоперационных осложнений в отделении Д. Лицензирование медицинской деятельности на территории	
144.	**ОПК-2**	**Последовательность этапов проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи в отделении** Установите правильную последовательность действий заведующего отделением. 1. Оформление акта проверки и карты оценки качества с заключением. 2. Сопоставление фактических данных с утвержденными стандартами и клиническими рекомендациями. 3. Определение тематики проверки (например, анализ расхождения диагнозов). 4. Изучение медицинской документации (историй болезни, амбулаторных карт).		3, 4, 2, 1.

145.	**ОПК-2**	**Последовательность действий при организации плановой госпитализации пациента с катарактой** Установите правильную последовательность этапов маршрутизации пациента. 1. Проведение предоперационного обследования в условиях поликлиники. 2. Внесение данных в лист ожидания/электронную очередь на оперативное лечение. 3. Направление пациента на госпитализацию в стационар (выдача направления). 4. Установление диагноза и определение показаний к хирургическому лечению на приеме.	4, 1, 3, 2
146.	**ОПК-2**	**Последовательность расчета годового медико-статистического показателя** Установите правильную последовательность действий ординатора при расчете показателя «послеоперационная летальность» в офтальмологическом отделении за год. 1. Определение общего числа умерших после операций за отчетный период. 2. Формулирование вывода о соответствии показателя среднестатистическим значениям. 3. Деление числа умерших на общее число прооперированных больных. 4. Умножение полученного коэффициента на 100 (или 1000) для получения значения в %.	1, 3, 4, 2.
147.	**ОПК-2**	**Ситуационная задача (Анализ летальности)** В двух офтальмологических стационарах города N за год прооперировано по 2000 пациентов. В стационаре А зафиксировано 4 случая летального исхода (все вследствие тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с сопутствующей патологией). В стационаре Б летальных исходов не зафиксировано. **Вопрос:** Рассчитайте показатель послеоперационной летальности для стационара А (на 1000 прооперированных). Оцените, можно ли считать показатель стационара Б (0‰) однозначно свидетельством более высокого качества работы, и почему?	**Эталон ответа:** 1. **Расчет:** (4 / 2000) × 1000 = **2,0‰**. 2. **Оценка:** Показатель 0‰ **не может** однозначно свидетельствовать о более высоком качестве, так как: o Различия могут быть связаны с различием в структуре пациентов (стационар Б мог оперировать более "легких" пациентов без тяжелой соматической патологии, либо не брать на операции пациентов с высоким анестезиологическим

		Ответ обоснуйте.	риском). o Необходимо анализировать не только летальность, но и частоту послеоперационных осложнений, расхождение диагнозов и выполнение стандартов. o Нулевая летальность при определенном профиле операций может указывать на недостаточный учет или недостоверность статистики.
148.	**ОПК-2**	**Задача на организацию диспансеризации** Врач-офтальмолог поликлиники проводит диспансеризацию определенной группы взрослого населения. В ходе осмотра пациенту 60 лет с жалобами на снижение зрения вдаль и туман перед глазом выставлен первичный диагноз «Незрелая возрастная катаракта». Острота зрения 0,4 с коррекцией. **Вопрос:** Опишите алгоритм дальнейших действий врача в рамках организации медицинской помощи: определение диспансерной группы, тактика ведения (кратность наблюдения), перечень необходимых обследований для планового наблюдения и критерии направления на хирургическое лечение (показатели для принятия решения).	**Эталон ответа:** 1. **Диспансерная группа:** Группа Д-III (пациенты с хроническими заболеваниями, нуждающиеся в диспансерном наблюдении). 2. **Тактика ведения:** Наблюдение офтальмологом 2 раза в год. 3. **Обследования:** Контроль остроты зрения, тонометрия (ВГД), биомикроскопия, при ухудшении ситуации — рефрактометрия и подбор очков. **Критерии направления на ХЛ:** Снижение остроты зрения до уровня, затрудняющего повседневную активность (обычно 0,3-0,4 и ниже), прогрессирование помутнения хрусталика, выявление глаукомы или другой патологии, требующей доступа к заднему отрезку.
149.	**ОПК-2**	**Задача на медико-экономический контроль (экспертиза качества)** При проведении медико-экономической экспертизы страховой компанией выявлен случай: пациенту с диагнозом «Открытоугольная глаукома I стадии» в условиях дневного стационара проведен курс консервативной терапии (нейропротекторы, сосудорасширяющие) в течение 10 дней. Стандартом медицинской помощи предусмотрено лечение в условиях дневного стационара при данной патологии длительностью 7 дней. **Вопрос:** К какому виду дефектов (нарушений) относится данный случай (по классификации нарушений при экспертизе качества)? Какие медико-статистические показатели будут использованы для анализа работы отделения по итогам выявления	**Эталон ответа:** 1. **Вид дефекта:** Экономически значимое нарушение — необоснованное увеличение сроков лечения (удлинение сроков госпитализации), ведущее к неэффективному расходованию средств ОМС. 2. **Показатели анализа:** Средняя длительность пребывания пациента на койке (в дневном стационаре). Показатель расхождения сроков лечения с утвержденными стандартами. 3. **Управленческое решение:** Провести разбор случая на врачебной комиссии. Назначить ответственного за кон-

		таких случаев? Предложите одно управленческое решение для главного врача.	троль соблюдения стандартов и сроков лечения в дневном стационаре. Внести коррективы в локальные акты (порядок отбора пациентов на госпитализацию).
150.	**ОПК-2**	**Вопрос на знание статистического показателя** **Вопрос:** В офтальмологическом отделении за год пролечено 1200 пациентов, из них прооперировано 840. Рассчитайте показатель хирургической активности (в процентах).	70%. (840 / 1200 × 100% = 70%)
151.	**ОПК-2**	**Вопрос на знание нормативной базы** **Вопрос:** Как называется основной документ, содержащий систематизированный перечень рекомендуемых диагностических и лечебных вмешательств при конкретном заболевании (например, глаукоме), утвержденный Минздравом РФ?	Клинические рекомендации (или национальное руководство/протоколы лечения).
152.	**ОПК-2**	**Вопрос на знание организации помощи** **Вопрос:** Как называется третий (федеральный) уровень оказания офтальмологической помощи, куда направляются пациенты со сложной патологией сетчатки?	Национальный медицинский исследовательский центр (НМИЦ)
153.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Каким документом регламентируется порядок оказания офтальмологической помощи взрослому населению в РФ? A) Приказ Минздрава (Порядок оказания помощи) B) Гражданский кодекс РФ C) Инструкция к офтальмологическому оборудованию D) Уголовно-процессуальный кодекс	A
154.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** К какому виду медицинской помощи относится экстренная хирургия открытой травмы глаза? A) Паллиативная помощь B) Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь C) Санаторно-курортное лечение	B

		D) Первичная доврачебная помощь	
155.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Кто утверждает клинические рекомендации (национальные) по лечению глаукомы? A) Главный врач больницы B) Министерство здравоохранения РФ C) Заведующий отделением D) Страховая компания	B
156.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Что такое «трехуровневая система оказания медицинской помощи»? A) Распределение пациентов по тяжести заболевания B) Разделение ЛПУ на федеральные, региональные и муниципальные/районные C) Очередность приема у врача D) Классификация операций по сложности	B
157.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Что является предметом ведомственного контроля качества? A) Проверка страховой компанией B) Контроль, осуществляемый вышестоящей организацией (Минздравом региона) C) Жалоба пациента в Роспотребнадзор D) Внутренний аудит заведующего	B
158.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Критерий доступности медицинской помощи оценивается по: A) Количеству жалоб на качество B) Укомплектованности кадрами и времени ожидания помощи C) Средней длительности пребывания на койке D) Проценту расхождения диагнозов	B
159.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Что подразумевает экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) в системе ОМС? A) Проверку финансовой документации B) Выявление нарушений при оказании помощи и оценку правильности выбора тактики	B

		C) Социологический опрос пациентов D) Проверку санитарного состояния отделения	
160.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Какой процент от числа пролеченных случаев подлежит экспертизе качества в рамках внутриведомственного контроля? A) 1% B) 10% C) 50% D) 0,5%	A
161.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Что показывает показатель «хирургическая активность» в стационаре? A) Количество коек в отделении B) Отношение числа прооперированных больных к числу выбывших из стационара C) Средний койко-день D) Оборот койки	B
162.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Как рассчитывается показатель «средняя длительность пребывания больного на койке»? A) Число выбывших / число коек B) Число койко-дней, проведенных всеми больными / число выбывших больных C) Число поступивших / число коек D) Число операций / число коек	B
163.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Что характеризует показатель «послеоперационные осложнения»? A) Уровень комфорта в отделении B) Качество хирургической работы и организации послеоперационного ухода C) Стоимость лечения D) Скорость выписки пациентов	B
164.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Для оценки эффективности диспансеризации больных с глаукомой используется показатель:	B

		A) Число вызовов скорой помощи B) Стабильность зрительных функций и целевого уровня ВГД C) Количество выписанных рецептов D) Частота смены очков	
165.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Что такое «стандарт медицинской помощи»? A) Перечень платных услуг B) Усредненные показатели частоты назначений и кратности применения лекарств и процедур C) Инструкция по эксплуатации томографа D) Должностная инструкция врача	B
166.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Где фиксируются дефекты оказания медицинской помощи, выявленные при экспертизе? A) В истории болезни B) В акте экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) C) В паспорте отделения D) В трудовой книжке врача	B
167.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Кем осуществляется вневедомственный контроль качества? A) Администрацией больницы B) Страховыми медицинскими организациями и Росздравнадзором C) Профсоюзом работников здравоохранения D) Советом ветеранов	B
168.	**ОПК-2**	**ВОПРОС:** Какой документ регулирует взаимоотношения между медицинской организацией и пациентом при оказании платных услуг? A) Трудовой кодекс B) Договор на оказание платных медицинских услуг C) Страховой полис D) Приказ главного врача	B
169.	**ОПК-4**	**Соответствие между симптомом и вероятным диагнозом**	1-Б, 2-В, 3-Г, 4-Д.

		Симптом (жалоба/признак)	Наиболее вероятный диагноз	
		1. Метаморфопсии (искривление линий)	А. Открытоугольная глаукома	
		2. Радужные круги вокруг источников света	Б. Центральная серозная хориоретинопатия / ВМД	
		3. Внезапное выпадение поля зрения (занавес)	В. Острый приступ закрытоугольной глаукомы	
		4. Тупые боли в глазу, затуманивание к вечеру	Г. Отслойка сетчатки	
			Д. Спазм аккомодации / зрительное утомление	
170.	**ОПК-4**	**Соответствие между методом исследования и выявляемой патологией**		1-Б, 2-А, 3-Г, 4-В.
		Метод обследования	Выявляемая патология / структура	
		1. Гониоскопия	А. Помутнения в стекловидном теле, отслойка сетчатки	
		2. В-сканирование (УЗИ)	Б. Оценка профиля угла передней камеры	
		3. ОКТ макулы	В. Экскавация диска зрительного нерва	

		4. Офтальмоскопия (осмотр глазного дна)	Г. Кисты, отек, разрывы макулярной области Д. Состояние хрусталика при бельме	
171.	**ОПК-4**	**Соответствие между типом рефракции и значением скиаскопии/авторефрактометрии** Тип клинической рефракции 1. Эмметропия 2. Миопия 3. Гиперметропия 4. Астигматизм	Характер преломления / данные прибора А. Рефракция сильнее в одном меридиане (разница > 1,0 дптр) Б. Фокус за сетчаткой (плюсовые стекла +1,0 и выше) В. Фокус на сетчатке (физиологическая норма) Г. Фокус перед сетчаткой (минусовые стекла) Д. Разная рефракция двух глаз	1-В, 2-Г, 3-Б, 4-А.
172.	**ОПК-4**	**Последовательность этапов диагностики при подозрении на глаукому** Установите правильную последовательность действий врача на амбулаторном приеме. 1. Офтальмоскопия диска зрительного нерва (оценка экскавации). 2. Сбор жалоб и анамнеза (факторы риска, наследственность). 3. Тонометрия (измерение внутриглазного давления).		2, 3, 1, 4.

		4. Периметрия (исследование полей зрения).	
173.	**ОПК-4**	**Последовательность осмотра при проникающем ранении глазного яблока** Установите правильную последовательность действий врача приемного покоя. 1. Осмотр на щелевой лампе (биомикроскопия) с осторожным использованием флюоресцеина. 2. Регистрация жалоб и выяснение обстоятельств травмы. 3. Рентгенография орбиты для исключения внутриглазного инородного тела. 4. Визометрия (определение остроты зрения) без надавливания на глаз.	2, 4, 1, 3.
174.	**ОПК-4**	**Последовательность обследования при диагностике возрастной катаракты** Установите правильную последовательность углубленного обследования перед плановой операцией. 1. Офтальмоскопия (оценка состояния сетчатки и стекловидного тела при сохранной прозрачности сред). 2. Авторефрактометрия и визометрия с определением максимальной коррекции. 3. Биомикроскопия хрусталика для определения типа и зрелости катаракты. 4. Тонометрия (измерение внутриглазного давления).	2, 3, 4, 1.
175.	**ОПК-4**	**Ситуационная задача (Дифференциальная диагностика острого приступа)** Пациентка 65 лет, обратилась с жалобами на резкую боль в правом глазу, иррадиирующую в висок, тошноту, рвоту, ухудшение зрения. При осмотре: глаз красный, роговица отечная, зрачок расширен и не реагирует на свет, пальпаторно глаз каменной плотности. Острота зрения: счет пальцев у лица. **Вопрос:** Поставьте предварительный диагноз. Какие три дополнительных метода исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики с острым иридоциклитом? Какие изменения вы ожидаете увидеть	1. **Диагноз:** Острый приступ закрытоугольной глаукомы. 2. **Методы и ожидаемые изменения:** o **Тонометрия:** Резкое повышение ВГД (40-60 мм рт. ст. и выше). o **Гониоскопия:** Закрытие угла передней камеры (щелевидный или полностью закрытый УПК). o **Биомикроскопия:** (Уточнение) Мелкая или щелевидная передняя камера, застойная инъекция, отек роговицы (в отличие от иридоциклита, где глубокая камера и преципитаты).

		при этих исследованиях?	
176.	**ОПК-4**	**Ситуационная задача (Травма органа зрения)** Пациент 40 лет получил удар кулаком в левый глаз. Жалуется на "занавес" снизу и искры в глазу. Vis OD = 1,0; Vis OS = 0,1 н/к. При осмотре: отек век, кровоизлияние под конъюнктиву. При офтальмоскопии с мидриазом в верхних отделах видна отслоенная сетчатка серого цвета, фовеа не отслоена. **Вопрос:** Сформулируйте полный клинический диагноз. Опишите дальнейшую тактику ведения пациента (2-3 шага) и прогноз для зрения при своевременном и несвоевременном лечении.	1. **Диагноз:** Посттравматическая регматогенная отслойка сетчатки левого глаза (верхняя половинная, без захвата макулы). 2. **Тактика:** o ЭКСТРЕННАЯ госпитализация в круглосуточный стационар. o Проведение витреоретинальной операции (пломбирование склеры или витрэктомия с газовой тампонадой). o Строгий постельный режим до операции с положением головы для предотвращения распространения отслойки на макулу. 3. **Прогноз:** o При своевременной операции (в ближайшие дни) – благоприятный, высокие шансы на прилегание и сохранение высокой остроты зрения. o При несвоевременной – вовлечение макулы, резкое необратимое снижение зрения, риск пролиферативной витреоретинопатии и иноперабельности.
177.	**ОПК-4**	**Ситуационная задача (Диагностика ретинопатии)** Пациент 28 лет, страдает сахарным диабетом 1 типа с 12 лет, жалуется на плавающие помутнения и пелену перед левым глазом в течение 3 дней. Vis OD = 1,0; Vis OS = 0,3 н/к. При офтальмоскопии: на глазном дне справа микроаневризмы, твердые экссудаты, единичные интраретинальные геморрагии. Слева: выраженный отек макулы, большое количество "ватных" пятен, преретинальное кровоизлияние в нижних отделах. **Вопрос:** Определите стадии диабетической ретинопатии для правого и левого глаза согласно классификации. Какой дополнительный инструментальный метод (кроме офтальмоскопии) является "золотым стандартом" для оценки состояния макулы и	1. **Стадии:** o Правый глаз: Непролиферативная диабетическая ретинопатия (фоновая). o Левый глаз: Препролиферативная (или тяжелая непролиферативная) диабетическая ретинопатия, осложненная диабетическим макулярным отеком (клинически значимый отек) и преретинальным кровоизлиянием (признак пролиферации). 2. **Метод:** ОКТ макулы (оптическая когерентная томография) для точной оценки толщины и структуры сетчатки в центре. 3. **План лечения для левого глаза:** o Интравитреальное введение ингибиторов ангио-

		подтверждения диагноза слева? Опишите кратко план лечения для левого глаза.	генеза (анти-VEGF) (или глюкокортикоидов). o Рассмотрение вопроса о лазеркоагуляции сетчатки (панретинальной) при появлении признаков пролиферации. o Тщательный контроль гликемии и АД.
178.	**ОПК-4**	**Задача на интерпретацию симптома** Пациент предъявляет жалобу на появление "радужных кругов" вокруг источников света в вечернее время. **Вопрос:** Назовите заболевание, для которого характерен данный симптом, и опишите механизм его возникновения (кратко).	Заболевание: Острый приступ закрытоугольной глаукомы (или подострый приступ). Механизм: Отек роговицы вследствие резкого повышения внутриглазного давления, что вызывает дифракцию света.
179.	**ОПК-4**	**Задача на определение метода диагностики** Пациенту с подозрением на частичную атрофию зрительного нерва необходимо провести объективную оценку состояния слоя нервных волокон. **Вопрос:** Какой метод лучевой/инструментальной диагностики является "золотым стандартом" для визуализации и измерения толщины слоя нервных волокон сетчатки (RNFL) и диска зрительного нерва? Ответ дайте в виде аббревиатуры и полного названия.	ОКТ (оптическая когерентная томография).
180.	**ОПК-4**	**Задача на дифференциальную диагностику** У пациента внезапно, "как занавес", выпало поле зрения снизу. Острота зрения не изменена. **Вопрос:** Назовите наиболее вероятный диагноз. Какое положение головы (глаза) необходимо придать пациенту для предотвращения ухудшения ситуации до операции?	Диагноз: Отслойка сетчатки (верхних квадрантов). Положение: Строго сидячее или полусидячее (головной конец поднят), чтобы отслойка не распространилась на макулярную область под действием силы тяжести.
181.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Каким методом исследуется угол передней камеры глаза?**	В

		A) Офтальмоскопия B) Гониоскопия C) Тонометрия D) Периметрия	
182.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Что такое скотома?** A) Повышение ВГД B) Снижение остроты зрения C) Дефект поля зрения (слепая зона) D) Помутнение хрусталика	C
183.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Какой симптом характерен для острого приступа закрытоугольной глаукомы?** A) Метаморфопсии B) Радужные круги вокруг света C) Фотопсии D) Гемианопсия	B
184.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Для какого заболевания характерны жалобы на искривление линий и предметов?** A) Катаракта B) Макулярная патология (ВМД, ЦСХ) C) Глаукома D) Конъюнктивит	B

185.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Какой метод является "золотым стандартом" для диагностики макулярного отека?** A) B-сканирование B) Оптическая когерентная томография (ОКТ) C) Электроретинография D) Флюоресцентная ангиография	B
186.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Какая структура оценивается при офтальмоскопии для диагностики глаукомы?** A) Хрусталик B) Роговица C) Диск зрительного нерва (экскавация) D) Цилиарное тело	C
187.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Какая жалоба наиболее характерна для отслойки сетчатки?** A) Боль в глазу B) Светобоязнь C) Ощущение "занавеса" или тени перед глазом D) Слезотечение	C
188.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: При диабетической ретинопатии на ОКТ-ангиографии исследуют:** A) Толщину роговицы B) Сосуды макулярной зоны и зоны фовеальной аваскулярной зоны	B

		C) Состояние хрусталика D) Угол передней камеры	
189.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Каким методом определяется плотность эндотелиальных клеток роговицы?** A) Пахиметрия B) Эндотелиальная микроскопия (кератоэндотелиоскопия) C) Кератотопография D) Биомикроскопия	B
190.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Какой тип катаракты визуализируется при боковом освещении в виде белого зрачка?** A) Начальная B) Зрелая C) Незрелая D) Бурая	B
191.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Для оценки кривизны роговицы перед рефракционной операцией используется:** A) Тонометр B) Периметр C) Кератотопограф D) Гониоскоп	C
192.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Признаком кератоконуса на кератотопограмме является:**	B

		A) Сферичная форма B) Асимметричная нижняя крутая зона C) Плоский меридиан D) Регулярный астигматизм	
193.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Какое исследование обязательно проводится при подозрении на внутриглазное инородное тело?** A) Рентгенография орбиты (по Комбергу-Балтину) B) Тонометрия C) Визометрия D) Рефрактометрия	A
194.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Какой краситель используется для диагностики эрозии роговицы?** A) Бриллиантовый зеленый B) Флюоресцеин натрия C) Йод D) Метиленовый синий	B
195.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Для оценки глубины передней камеры при подозрении на закрытоугольную глаукому используется метод:** A) Периметрия B) Биомикроскопия (щелевая лампа) C) Офтальмохромоскопия	B

		D) Диафаноскопия	
196.	**ОПК-4**	**ВОПРОС: Каким методом исследуется глазное дно при непрозрачных оптических средах (бельмо, катаракта)?** A) Офтальмоскопия B) Гониоскопия C) УЗИ (B-сканирование) D) Кератометрия	C
197.	**ОПК-5**	**Соответствие между заболеванием и препаратом первой линии** Заболевание / Состояние — Препарат выбора (фармакологическая группа) 1. Острый приступ закрытоугольной глаукомы — А. Антибиотик + глюкокортикоид (комбинированная мазь) 2. Бактериальный язвенный кератит — Б. Аналоги простагландинов (например, латанопрост) 3. Первичная открытоугольная глаукома — В. М-холиноблокаторы (атропин) для циклоплегии 4. Увеит (для профилактики синехий) — Г. Ингибиторы карбоангидразы + бета-блокаторы (системно/местно) Д. Противовирусные (ацикловир)	1-Г, 2-А, 3-Б, 4-В.

198.	**ОПК-5**	**Соответствие между антиглаукомным препаратом и механизмом действия** Препарат — Механизм действия 1. Тимолол — А. Увеличение увеосклерального оттока 2. Пилокарпин — Б. Снижение продукции внутриглазной жидкости 3. Латанопрост — В. Увеличение оттока через трабекулу (сокращение цилиарной мышцы) 4. Дорзоламид — Г. Ингибирование карбоангидразы цилиарного тела Д. Альфа-адреномиметик (снижение продукции и увеличение оттока)	1-Б, 2-В, 3-А, 4-Г.
199.	**ОПК-5**	**Соответствие между осложнением терапии и препаратом** Осложнение / Побочный эффект — Препарат 1. Брадикардия, бронхоспазм — А. Глюкокортикостероиды (дексаметазон) 2. Пигментация радужки, потемнение — Б. Бета-блокаторы (тимолол)	1-Б, 2-Г, 3-Д, 4-А.

		ресниц 3. Синдром Стивенса-Джонсона — В. Мидриатики (атропин) 4. Повышение ВГД, замедление заживления роговицы — Г. Аналоги простагландинов (латанопрост) Д. Сульфаниламиды (местные ингибиторы карбоангидразы - дорзоламид)	
200.	**ОПК-5**	**Последовательность неотложной помощи при остром приступе закрытоугольной глаукомы** Установите правильную последовательность действий врача. 1. Инстилляции пилокарпина 1% (миотик) по схеме (каждые 15 минут в первый час). 2. Системное введение ингибиторов карбоангидразы (диакарб) и осмотических диуретиков (маннитол, глицерол). 3. Закапывание бета-блокатора (тимолол) для снижения продукции влаги. 4. Отвлекающая терапия (горячие ножные ванны, солевое слабительное).	3, 1, 2, 4.
201.	**ОПК-5**	**Последовательность этапов хирургического лечения катаракты (факоэмульсификация)** Установите правильную последовательность этапов операции. 1. Имплантация интраокулярной линзы (ИОЛ) в капсульный мешок. 2. Создание роговичных разрезов (основного и парацентезов). 3. Удаление кортикальных масс (аспирация/ирригация). 4. Капсулорексис (вскрытие передней капсулы) и гидродиссекция.	2, 4, 5, 3, 1.

		5. Факоэмульсификация ядра хрусталика.	
202.	**ОПК-5**	**Последовательность контроля эффективности гипотензивной терапии при глаукоме** Установите правильную последовательность действий врача при подборе терапии впервые выявленному пациенту. 1. Назначение препарата первой линии (например, аналог простагландина). 2. Повторное измерение ВГД через 2-4 недели для оценки эффективности. 3. Измерение исходного уровня ВГД (до лечения). 4. Оценка переносимости и выявление побочных эффектов (гиперемия, жжение). 5. При недостаточном эффекте – смена препарата или добавление второго компонента.	3, 1, 4, 2, 5.
203.	**ОПК-5**	**Ситуационная задача (Неотложная терапия)** Пациент 72 лет доставлен в приемный покой с жалобами на сильную боль в правом глазу, головную боль, тошноту и рвоту. Объективно: глаз красный, роговица отечная, зрачок расширен, пальпаторно глаз плотный как камень. В анамнезе - гипертоническая болезнь. **Вопрос:** Поставьте диагноз. Составьте план неотложной медикаментозной терапии (укажите группы препаратов и пути введения). Какие показатели вы будете контролировать для оценки эффективности и безопасности лечения в первые 2 часа?	**Эталон ответа:** 1. **Диагноз:** Острый приступ закрытоугольной глаукомы правого глаза. 2. **План терапии:** o Местно: Бета-блокатор (тимолол 0,5%) - 1 капля, через 15 минут пилокарпин 1% каждый час. o Системно: Ингибитор карбоангидразы (ацетазоламид/диакарб) внутрь или в/м. o Системно: Осмотический диуретик (глицерол внутрь или маннитол в/в капельно). o Отвлекающая терапия: горячие ножные ванны. 3. **Контроль:** o Уровень ВГД (каждые 30-60 мин). o Артериальное давление и пульс (риск гипотензии). o Состояние зрачка и прозрачность роговицы.
204.	**ОПК-5**	**Ситуационная задача (Выбор терапии и мониторинг)** Пациентка 65 лет с впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой.	1. **Препарат выбора:** Аналоги простагландинов (латанопрост, травопрост). o **Почему:** Препараты первой линии с миниманль-

		ВГД OD = 28 мм Hg, OS = 26 мм Hg. Целевое давление - 20 мм Hg. Ранее препараты не получала. Соматически: бронхиальная астма (средней тяжести), брадикардия (пульс 56 уд/мин). **Вопрос:** Какой препарат первой линии (фармакологическая группа) вы назначите и почему? Какой препарат противопоказан и в связи с чем? Через какое время вы оцените эффективность лечения и какой показатель будет главным критерием?	ным системным действием, эффективны, применяются 1 раз в сутки. 2. **Противопоказан:** Бета-блокаторы (тимолол) из-за риска бронхоспазма и усугубления брадикардии. 3. **Контроль:** Через 2-4 недели. Главный критерий - уровень ВГД (достижение целевого давления - 20 мм Hg и ниже) и переносимость (отсутствие гиперемии, жжения).
205.	**ОПК-5**	**Ситуационная задача (Осложнение терапии)** Пациент с рецидивирующим герпетическим кератитом получает длительную терапию противовирусными каплями. На 5-й день лечения появились жалобы на усиление боли, покраснение и появление круглого дефекта на роговице. При осмотре с флюоресцеином выявляется овальный эпителиальный дефект с "ветвистыми" краями, который больше первоначального. **Вопрос:** О каком осложнении терапии можно думать? Ваша тактика: отменить/назначить? Какие группы препаратов необходимо добавить в схему лечения и с какой целью?	1. **Осложнение:** Токсико-аллергическая реакция на противовирусный препарат или развитие трофической язвы (кератопатии) на фоне длительного применения. Возможно формирование "географической" язвы. 2. **Тактика:** Отменить токсичный препарат. 3. **Добавить в схему:** o Кератопротекторы/репаранты (например, декспантенол, корнерегель) - для стимуляции заживления. o Слезозаменители без консервантов - для увлажнения. o В некоторых случаях - короткий курс глюкокортикоидов (строго под прикрытием противовирусных!) при врачебном решении, если это иммунное воспаление. Но главное - отмена токсичного агента.
206.	**ОПК-5**	**Вопрос на знание фармакотерапии глаукомы** **Вопрос:** Назовите препарат первой линии для лечения первичной открытоугольной глаукомы (укажите фармакологическую группу).	Аналоги простагландинов.
207.	**ОПК-5**	**Вопрос на знание неотложной терапии** **Вопрос:** Какой миотик (холиномиметик) применяется для купирования острого	Пилокарпин 1%.

		приступа закрытоугольной глаукомы?	
208.	**ОПК-5**	**Вопрос на контроль безопасности лечения** **Вопрос:** При назначении системных глюкокортикостероидов (преднизолон) по поводу увеита, какой показатель функции хрусталика необходимо контролировать в динамике?	Прозрачность хрусталика.
209.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Какой препарат является аналогом простагландина? A) Тимолол B) Пилокарпин C) Травопрост D) Бринзоламид	C
210.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Какое побочное действие характерно для тимолола? A) Пигментация радужки B) Брадикардия и бронхоспазм C) Миоз D) Зуд век	B
211.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Для купирования острого приступа закрытоугольной глаукомы применяют: A) Атропин B) Пилокарпин C) Латанопрост D) Дексаметазон	B
212.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Механизм действия ингибиторов карбоангидразы (дорзоламид): A) Увеличение увеосклерального оттока B) Снижение продукции внутриглазной жидкости C) Сужение зрачка D) Стимуляция трабекулярного оттока	B
213.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Препаратом выбора при бактериальном язвенном кератите является: A) Ацикловир B) Фторхинолон (местно)	B

		C) Дексаметазон D) Олопатадин	
214.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Для лечения герпетического кератита применяют: A) Тобрамицин B) Ацикловир C) Лоратадин D) Пиреноксин	B
215.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** С какой целью при увеите назначают атропин? A) Снижение ВГД B) Профилактика синехий (спаек) C) Антибиотическое действие D) Обезболивание	B
216.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Какой препарат относится к глюкокортикостероидам для местного применения? A) Индоколлир B) Дексаметазон C) Офтаквикс D) Корнерегель	B
217.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** При влажной форме ВМД (макулодистрофии) применяют: A) Ингибиторы карбоангидразы B) Ингибиторы ангиогенеза (анти-VEGF) C) Холиномиметики D) Антибиотики	B
218.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Препаратом, стимулирующим регенерацию роговицы (репарантом), является: A) Флоксал B) Корнерегель (декспантенол) C) Опатанол D) Трусопт	B
219.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Для заместительной терапии при синдроме "сухого глаза" используют: A) Антибиотики B) Слезозаменители C) Мидриатики D) Кортикостероиды	B
220.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Какое осложнение вызывает длительная системная терапия глюкокортикоидами?	A

		A) Повышение ВГД (стероидная глаукома) B) Миопизация C) Тахикардия D) Гипертрофия век	
221.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Основной метод лечения катаракты: A) Лазерная стимуляция B) Факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ C) Медикаментозный пилинг хрусталика D) Склеропластика	B
222.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Что такое целевое внутриглазное давление? A) Исходное давление пациента B) Уровень ВГД, при котором не прогрессирует глаукоматозная нейропатия C) Среднестатистическая норма (16-21 мм рт. ст.) D) Давление после инстилляции анестетика	B
223.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Через какое время после начала гипотензивной терапии оценивают ее эффективность? A) Через 1 день B) Через 2-4 недели C) Через 6 месяцев D) Через 2 года	B
224.	**ОПК-5**	**ВОПРОС:** Какой показатель НЕ используется для контроля эффективности лечения глаукомы? A) Уровень ВГД B) Состояние полей зрения (периметрия) C) Острота зрения вдаль без коррекции D) Состояние диска зрительного нерва (ОКТ)	C
225.	**ОПК-6**	**Задание 1. Соответствие: «Методы реабилитации и их цели»** **Инструкция:** Установите соответствие между методом медицинской реабилитации в офтальмологии и основной целью его применения. Для каждой позиции из левого столбца подберите соответствующую позицию из правого столбца. **Метод реабилитации (А)** **Цель применения (Б)**	1 – Г 2 – А 3 – В 4 – Б

		1. Плеоптическое лечение	А. Формирование или развитие бинокулярного и стереоскопического зрения	
		2. Ортоптическое лечение	Б. Устранение косметического дефекта и создание условий для бинокулярного восприятия (при афакии)	
		3. Физиотерапия (магнито- или лазерстимуляция)	В. Активация метаболических процессов в сетчатке и зрительном нерве, улучшение трофики тканей	
		4. Контактная коррекция (в т.ч. интраокулярная)	Г. Повышение остроты зрения, тренировка фовеолярных фиксаторов, растормаживание «ленивого» глаза	
226.		**Задание 2. Соответствие: «Категории инвалидности и ограничения жизнедеятельности»** **Инструкция:** Установите соответствие между основной нозологической формой/нарушением зрительных функций и ведущей категорией ограничения жизнедеятельности, которая учитывается при разработке ИПРА.		1 – А 2 – В 3 – Б 4 – Г
		Заболевание/Нарушение (А)	**Ведущее ограничение жизнедеятельности (Б)**	

		1. Гемианопсия (двустороннее выпадение половин поля зрения) 2. Выраженное снижение остроты зрения (слабовидение) 3. Полная слепота (отсутствие светоощущения) 4. Диплопия (двоение) при взгляде вниз	А. Способность к ориентации (нарушение ориентации в пространстве, невозможность оценить ситуацию целиком) Б. Способность к самообслуживанию (затруднения в личной гигиене, приеме пищи) В. Способность к трудовой деятельности (невозможность выполнения работ, требующих учета визуальной информации) Г. Способность к передвижению (нарушение координации, походки, риск падений при ходьбе, особенно по лестнице)	
227.		**Задание 3. Соответствие: «Этапы реабилитации и типы мероприятий»** **Инструкция:** Установите соответствие между этапом оказания офтальмологической помощи и преобладающим типом реабилитационных мероприятий, характерных для данного этапа. **Этап реабилитации (А)** 1. Стационарный этап (ранний послеоперационный период)	**Преобладающие мероприятия (Б)** А. Абилитация (обучение пользованию тифлотехникой, социально-бытовая адап-	1 – В 2 – Б 3 – Г 4 – А

			тация, психологическая поддержка)	
		2. Амбулаторно-поликлинический этап (диспансерное наблюдение)	Б. Восстановительное лечение (противорецидивные курсы, физиотерапия, плеоптика, подбор сложных видов коррекции)	
		3. Этап специализированного санаторно-курортного лечения	В. Медикаментозная терапия и охранительный режим (профилактика вторичных осложнений, коррекция режима зрительных нагрузок)	
		4. Этап реабилитации в условиях центра (общества) слепых	Г. Комплексное воздействие природных и физических факторов, психологическая разгрузка, ЛФК для глаз	
228.		**Задание 1** **Инструкция:** Расположите в правильном порядке этапы ведения пациента с впервые выявленной далеко зашедшей стадией первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) на обоих глазах в рамках реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА). **Последовательность:** 1. Стабилизация внутриглазного давления (медикаментозная или хирургическая) для сохранения остаточных зрительных функций. 2. Направление пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для разработки и утверждения ИПРА. 3. Подбор средств коррекции зрения (очки для близи и дали с учетом изме-	1, 3, 2, 4, 5 **Обоснование:** • **1 (Стабилизация ВГД)** — первичное и обязательное условие, без которого все остальные меры бессмысленны (лечение заболевания). • **3 (Подбор коррекции)** — максимальное использование остаточного зрения для облегчения жизни до того, как пациент попадет на комиссию. • **2 (Направление на МСЭ)** — формализация статуса инвалида и получение официального документа (ИПРА), который регламентирует дальнейшие реабилитационные мероприятия.	

		ненного поля зрения). 4. Обучение пациента навыкам пространственной ориентировки и мобильности с учетом характера потери поля зрения. 5. Психологическая адаптация и консультирование по вопросам трудоустройства согласно рекомендациям ИПРА.	• **4 (Обучение ориентировке)** — технические навыки, необходимые для безопасности и самостоятельности в быту. • **5 (Психологическая адаптация/Трудоустройство)** — завершающий этап социальной интеграции.
229.		**Задание 2** **Инструкция:** Установите последовательность действий врача-офтальмолога при проведении медицинской реабилитации пациента через 1 месяц после перенесенной субтотальной витрэктомии по поводу отслойки сетчатки (с тампонадой силиконовым маслом). **Последовательность:** A. Контроль остроты зрения с подобранной коррекцией и периметрия для оценки функционального результата. B. Осмотр глазного дна (офтальмоскопия) для оценки прилегания сетчатки и состояния макулярной зоны. C. Оценка бинокулярного характера зрения и выявление возможной окклюзионной амблиопии (если пациент молодого возраста). D. Биомикроскопия переднего отрезка глаза для исключения признаков эмульгации масла в передней камере. E. Назначение плеоптического лечения на синоптофоре (при наличии показаний и косоглазия).	B, D, A, C, E **Обоснование:** • **B (Осмотр глазного дна)** — первичная оценка анатомического результата операции (самое главное — прилегание сетчатки). • **D (Биомикроскопия)** — проверка на наличие осложнений, связанных с тампонирующим веществом (силикон), которые могут потребовать срочного вмешательства. • **A (Контроль функций)** — после確認 анатомии оценивается, как видит пациент (функциональный результат). • **C (Оценка бинокулярности)** — оценка сенсорной адаптации и взаимодействия глаз. • **E (Плеоптика)** — активное восстановительное лечение назначается **после** того, как оценены все предыдущие параметры и исключены противопоказания.
230.		**Задание 3** **Инструкция:** Расположите в хронологическом порядке мероприятия по медицинской реабилитации пациента с диабетической ретинопатией, осложненной витреальным кровоизлиянием на единственно видящем глазу.	II, III, I, IV, V **Обоснование:**

		Варианты этапов: I. Лазерная коагуляция сетчатки (ПРЛК) для предотвращения роста новообразованных сосудов и рецидива гемофтальма. II. Консультация эндокринолога и достижение стойкой компенсации углеводного обмена (целевой уровень гликированного гемоглобина HbA1c). III. Витрэктомия для эвакуации крови и восстановления прозрачности оптических сред. IV. Назначение курса anti-VEGF терапии (ингибиторы ангиогенеза) по показаниям для регресса неоваскуляризации (до или после лазера, в зависимости от ситуации). V. Подбор средств коррекции зрения после стабилизации рефракции и обучения пользованию приборами для слабовидящих (лупы, электронные увеличители).	• **II (Компенсация углеводного обмена)** — базовое условие эффективности любого хирургического и лазерного лечения (системный уровень). • **III (Витрэктомия)** — первоочередное хирургическое вмешательство для устранения препятствия на пути света (гемофтальма) на единственно видящем глазу. Без этого невозможно провести полноценную лазеркоагуляцию сетчатки. • **I (ПРЛК — панретинальная лазеркоагуляция)** — проводится после очищения сред для стабилизации ретинопатии и предотвращения новых кровоизлияний. • **IV (anti-VEGF терапия)** — часто применяется как дополнение к лазеру (может быть этапом до, во время или после, но в логике реабилитации — завершение активного лечения сосудистой патологии). • **V (Подбор коррекции)** — завершающий этап, когда анатомия восстановлена, рефракция стабильна, и стоит задача максимальной социально-бытовой адаптации.
231.		**Ситуация:** Пациент К., 68 лет, перенесший 4 месяца назад ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии, направлен неврологом на консультацию к офтальмологу для составления раздела «Медицинская реабилитация» в ИПРА. Соматический статус: артериальная гипертензия 3 ст., риск 4, сахарный диабет 2 типа, целевой гликированный гемоглобин — 7,5%. Неврологический статус: ле-	1. **Клинический диагноз и обоснование:** ○ **Основной:** OD — Непролиферативная диабетическая ретинопатия, макулопатия. Обоснование: наличие микроаневризм и твердых экссудатов в макулярной области на фоне сахарного диабета 2 типа. ○ **Сопутствующий:** OD — Начальная возрастная ката-

		восторонний гемипарез, спастичность, сенсомоторная афазия. **Офтальмологический статус:** • Vis OD = 0,1 н/к • Vis OS = 0,9 (1,0) • ВГД OD = 21 мм рт. ст., OS = 19 мм рт. ст. (пневмотонометрия). • Биомикроскопия: OD — начальная катаракта, OS — хрусталик прозрачен. • Офтальмоскопия: OD — диск зрительного нерва бледный, границы четкие, артерии сужены, склерозированы, вены неравномерно расширены, извиты. На макуле — друзы, в парамакулярной зоне — микроаневризмы, твердые экссудаты. OS — диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу. Пациент дезориентирован из-за афазии, не может пожаловаться на зрение, но при попытке ходьбы с поддержкой натыкается на предметы, расположенные слева от него. Родственники отмечают, что он не замечает еду в левой половине тарелки. **Задание:** 1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз (нозологии) со стороны органа зрения, обосновав его данными из задачи. 2. Опишите структуру раздела «Медицинская реабилитация» в ИПРА для данного пациента. Какие мероприятия по восстановлению зрительных функций и социально-бытовой адаптации вы включите в программу? 3. Предложите критерии и методы контроля эффективности назначенных вами реабилитационных мероприятий (сроки, инструменты оценки).	ракта. OS — Ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу. ○ **Осложнение основного заболевания (неврологического):** Левосторонняя гомонимная гемианопсия (предположительно). Обоснование: клиническая картина игнорирования левой половины пространства (пищевая тарелка, натыкание на предметы слева) после перенесенного инсульта в бассейне правой СМА. *Примечание: Для подтверждения требуется периметрия.* 2. **Раздел «Медицинская реабилитация» в ИПРА:** ○ **Медикаментозная реабилитация:** ▪ Контроль основного заболевания (совместно с эндокринологом и терапевтом): достижение стойкой компенсации углеводного обмена и целевого уровня АД. ▪ Курсы сосудистой и нейропротективной терапии (препараты, улучшающие микроциркуляцию сетчатки и мозгового кровообращения) 2 раза в год. 3. **Немедикаментозная реабилитация:** ○ **Офтальмоэргономика:** Обучение родственников и пациента (с учетом афазии) приемам компенсации гемианопсии: поворачивать голову и корпус в сторону выпавшего поля зрения, подавать предметы (еду, книги) со стороны сохранного поля зрения (справа). ○ **Тренировки:** Занятия на стимуляцию зрительного восприятия (поиск предметов на контрастном фоне, упражнения для фиксации взора), если позволит неврологический статус. ○ **Технические средства реабилитации (ТСР):** Рекомендация очков со сферопризматическими линзами (секторные призмы Фелдона) для расширения поля зрения и предупреждения натыкания на препятствия. Контрастные маркеры (яркая лента) для обозначения дверных проемов, порогов, первой и последней ступени лестницы. 4. **Хирургическая реабилитация (в отдаленном периоде):** При прогрессировании катаракты на OD и снижении остроты зрения, препятствующей самообслуживанию, — факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ. При прогрессирова-

			нии диабетической ретинопатии (появление неоваскуляризации) — рассмотреть вопрос о панретинальной лазеркоагуляции. 5. **Контроль эффективности:** ○ **Сроки:** Первый контроль через 3-6 месяцев, далее 1 раз в год или по необходимости. ○ **Методы:** **Субъективные:** Оценка жалоб родственников/пациента (адаптированные опросники для оценки качества жизни, связанного со зрением, с помощью родственников). **Объективные:** Статическая и кинетическая периметрия (контроль границ поля зрения, оценка эффективности призматической коррекции). 2. Визометрия (контроль остроты зрения вдаль и вблизи в очковой коррекции). 3. Оценка функциональной активности: наблюдение за пациентом в процессе ходьбы (специалистом по эргореабилитации), оценка навыков самообслуживания. 4. ОКТ макулы (контроль за динамикой диабетического макулярного отека).
232.		**Ситуация:** Пациентка М., 34 года, дизайнер, предъявляет жалобы на быструю зрительную утомляемость к концу рабочего дня, периодическое двоение при взгляде вдаль и «размытость» текста при чтении. Носит очки (миопия слабой степени) уже 10 лет, последний раз проверяла зрение 3 года назад. В анамнезе: черепно-мозговая травма (2 года назад, сотрясение головного мозга легкой степени). При осмотре: • Visus OU = 0,8 н/к (с коррекцией сфера -1,5 Д = 1,0) • Авторефрактометрия: OU sph -1,25 Д, cyl -0,5 Д, ax 90°. • При проведении пробы с прикрыванием выявлена экзофория вблизи, которая плохо компенсируется. • Фузионные резервы (положительные) снижены до 15-20° (при норме 30-40°). Отрицательные фузионные резервы в норме.	1. **Диагноз и причина:** ○ **Основной синдром:** Недостаточность фузии (астенопия мышечная, декомпенсированная экзофория). ○ **Обоснование:** Жалобы на астенопию, диплопию, снижение фузионных резервов, наличие экзофории. Причина: вероятно, последствия перенесенной ЧМТ (нарушение работы центральных механизмов бинокулярного зрения), усугубленные длительной зрительной нагрузкой (профессия) и неполной оптической коррекцией имеющейся миопии и астигматизма. 2. **План медицинской реабилитации:** ○ **Оптическая коррекция:** ▪ Назначение очков для постоянного ношения с полной

		• Тест с цветовым стержнем Баголини: выявил затруднение бинокулярного слияния. • Передний отрезок и глазное дно без патологии. **Задание:** 1. Сформулируйте диагноз (основной синдром), определите возможную причину данного состояния. 2. Составьте план медицинской реабилитации пациентки с учетом ее профессиональной деятельности (дизайнер, работа за компьютером). Какие методы лечения (консервативные, оптические, аппаратные) вы предложите? 3. Опишите критерии эффективности реабилитации (клинические и функциональные), которые позволят пациентке вернуться к полноценной работе.	коррекцией миопии и астигматизма (sph -1,25, cyl -0,5, ax 90°), так как неполная коррекция могла усиливать напряжение аккомодации и конвергенции. ▪ Рекомендовать для работы за компьютером очки с антибликовым покрытием. ○ **Аппаратное лечение (ортоптическое/плеоптическое):** ▪ Курс тренировок на синоптофоре (упражнения на развитие фузионных резервов, слияние и разведение объектов). ▪ Тренировка аккомодации и конвергенции с помощью аккомодотренера или «метки на стекле». ▪ Использование компьютерных программ для восстановления бинокулярного зрения (например, «eYe»). 3. ○ **Консервативное лечение:** ▪ Курсы витаминотерапии (группа В, Лютеин-комплекс) для поддержки нервной ткани. ▪ При выраженной астенопии в начале лечения — инстилляции увлажняющих капель («искусственная слеза») для уменьшения дискомфорта. ○ **Эргономика труда:** ▪ Регламентированные перерывы в работе (15 минут через каждые 45-60 минут) со сменой фокусировки взгляда (гимнастика для глаз). ▪ Правильная организация рабочего места (освещение, расстояние до монитора). 4. **Критерии эффективности реабилитации:** ○ **Субъективные:** Исчезновение жалоб на утомляемость, двоение, размытость зрения к концу дня. ○ **Объективные клинические:** ▪ Компенсация гетерофории (переход экзофории в ортофорию или стойкую компенсированную гетерофорию) при пробе с прикрыванием. ▪ Расширение фузионных резервов: достижение положительных фузионных резервов не менее 30-35° (или до

			верхней границы нормы). ▪ Устойчивый характер бинокулярного зрения при проведении теста Баголини. ○ **Функциональные:** Возможность работать за компьютером полный рабочий день без возникновения симптомов астенопии, что подтверждается опросниками качества жизни.
233.		**Ситуация:** Пациент Л., 74 лет, пенсионер. Диагноз: Оба глаза — Незрелая возрастная катаракта. Vis OD = 0,3 (с коррекцией сфера +1,5 Д = 0,4), Vis OS = 0,4 (с коррекцией сфера +1,25 Д = 0,5). Пациент отказывается от оперативного лечения, мотивируя это страхом операции и тем, что "пока видит". Однако он предъявляет жалобы на значительное снижение зрения в сумерках и в пасмурную погоду, из-за чего перестал выходить на улицу вечером, чувствует себя неуверенно, боится упасть. Живет один. **Задание:** 1. Оцените функциональные ограничения жизнедеятельности пациента, связанные с его заболеванием. 2. Учитывая отказ от операции, предложите альтернативный план реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни, профилактику травматизма и социально-бытовую адаптацию. 3. Какие критерии вы будете использовать для оценки эффективности предложенной вами реабилитации?	1. **Функциональные ограничения:** ○ Ограничение способности к передвижению (невозможность безопасного передвижения в условиях пониженной освещенности). ○ Ограничение способности к самообслуживанию (сложности с ориентацией в пространстве, риск бытового травматизма). ○ Ограничение социального взаимодействия (вынужденная изоляция из-за страха выходить на улицу). ○ Основная причина: зрительная депривация в сумерках (дисфункция зрительного анализатора в условиях мезопического зрения), обусловленная помутнением хрусталика. 2. **Альтернативный план реабилитации (безоперационный):** ○ **Оптическая коррекция:** ▪ Подбор очков с фотохромными линзами, которые автоматически затемняются на свету и светлеют в помещении, уменьшая дискомфорт при перепадах освещенности. Рекомендация линз с желтым или оранжевым фильтром для вождения и прогулок в сумерках (они повышают контрастность изображения и уменьшают эффект ослепленности фарами). ○ **Эргономика и организация быта:** ▪ Обеспечение достаточного освещения в квартире (установка более ярких ламп, ночник в коридоре и туалете, подсветка на кухонной плите). ▪ Использование контрастного маркирования опасных зон: яркая лента на порогах, на краю ступеней лестницы (если

			есть), контрастная посуда на столе. 3. ○ **Технические средства реабилитации (ТСР):** ▪ Тактильная трость для ориентировки в пространстве, особенно на улице в темное время суток. ▪ Карманный карманный осветитель (фонарик) для рассматривания этикеток, номеров домов в темноте. ▪ Лупы с подсветкой для чтения и мелкой работы. ○ **Обучение и консультирование:** ▪ Беседа о безопасности: правила поведения на улице в темное время суток (светоотражающие элементы на одежде). ▪ Рекомендация обществу слепых (ВОС) для психологической поддержки и обучения навыкам ориентировки в пространстве. 4. **Критерии эффективности:** ○ **Клинические:** Субъективное улучшение качества зрения в сумерках (оценка по шкале дискомфорта). *Важно: острота зрения при дневном свете может не измениться.* ○ **Функциональные:** ▪ Возобновление прогулок на улице в вечернее время (по словам пациента). ▪ Отсутствие падений и травм в быту и на улице (оценка через опрос). ▪ Повышение показателей качества жизни по опроснику NEI VFQ-25 (National Eye Institute Visual Function Questionnaire), особенно шкалы "зависимость от посторонней помощи", "психическое здоровье" и "передвижение". 5. ○ **Социальные:** Восстановление социальной активности (посещение магазинов, встречи с друзьями), расширение

			круга общения.
234.		**Задание 1** **Инструкция:** Прочитайте описание клинической ситуации и впишите пропущенное слово (термин) в именительном падеже. Пациенту 68 лет с далеко зашедшей стадией первичной открытоугольной глаукомы (III стадия) и сопутствующей гиперметропией высокой степени установлена III группа инвалидности. В индивидуальной программе реабилитации или абилитации (ИПРА) в разделе мероприятий по медицинской реабилитации назначено «рефлексотерапия», «лечебная физкультура» и подбор технических средств реабилитации (ТСР). Для компенсации зрительных функций и коррекции гиперметропии данному пациенту в качестве ТСР врач-офтальмолог должен назначить средство коррекции зрения, а именно — _____ (напишите точное название изделия согласно классификации ТСР).	Очки корригирующие (или очки).
235.		**Задание 2** **Инструкция:** Решите задачу. Ответ запишите в виде целого числа (количество дней). Пациенту после сквозной кератопластики (пересадки роговицы) по поводу кератоконуса в рамках II этапа медицинской реабилитации (стационар в условиях круглосуточного наблюдения) были проведены необходимые лечебные и диагностические мероприятия. Для оценки эффективности реабилитационных мероприятий на этапе восстановительного лечения, а также для решения вопроса о тактике дальнейшего ведения (зрительные нагрузки, трудоустройство) врачу необходимо оценить динамику клинико-функционального состояния. Укажите **минимальный срок** (в днях) после операции, при котором возможно	365

		объективное определение клинической рефракции трансплантата для выписки окончательной коррекции зрения и оценки остроты зрения с коррекцией, как критерия эффективности реабилитации. Впишите число.	
236.		**Задание 3** **Инструкция:** Прочитайте утверждение и впишите пропущенное слово. Основным критерием эффективности медицинской реабилитации пациентов с частичной атрофией зрительного нерва (ЧАЗН) при реализации индивидуальной программы реабилитации является расширение границ поля зрения и повышение его остроты. Этот критерий оценивается в динамике. При освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) для корректировки ИПРА ключевым показателем зрительных функций, который берется за основу для определения степени ограничения жизнедеятельности и группы инвалидности, является состояние зрительных функций на лучше видящем или единственном глазу в условиях _____ коррекции (впишите прилагательное).	оптимальной (или максимальной).
237.		**Инструкция:** Выберите один правильный ответ. **1. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:** А) Восстановление анатомической целостности глазного яблока Б) Достижение рефракции 1,0 В) Сохранение остаточного зрения, восстановление зрительных функций и предотвращение прогрессирования слепоты Г) Полное излечение от основного заболевания	**В) Сохранение остаточного зрения, восстановление зрительных функций и предотвращение прогрессирования слепоты**
238.		**2. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ (ИПРА) ИНВАЛИДА – ЭТО ДОКУМЕНТ, РАЗРАБОТАННЫЙ НА ОСНОВЕ РЕШЕНИЯ:**	**В) Бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ)**

		А) Лечащего врача медицинской организации Б) Врачебной комиссии медицинской организации В) Бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Г) Фонда социального страхования	
239.		**3. ВРАЧ-ОФТАЛЬМОЛОГ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ИПРА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДОЛЖЕН ОЦЕНИТЬ НАЛИЧИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ (ТСР), РЕКОМЕНДОВАННЫХ ПАЦИЕНТУ, И:** А) Обучить пациента пользоваться ими Б) Обеспечить их приобретение за счет фонда ОМС В) Провести их замену на более современные аналоги Г) Самостоятельно отменить их, если они не нравятся пациенту	**А) Обучить пациента пользоваться ими**
240.		**4. КАКОЙ МЕТОД ОТНОСИТСЯ К ФИЗИЧЕСКИМ МЕТОДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ (ФИЗИОТЕРАПИИ) В ОФТАЛЬМОЛОГИИ?** А) Плеоптическое лечение Б) Магнитотерапия на область глаз В) Ортоптическое лечение Г) Гирудотерапия	**Б) Магнитотерапия на область глаз**
241.		**5. ПРИОРИТЕТНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ РЕАБИЛИТАЦИИ СЛАБОВИДЯЩЕГО ПАЦИЕНТА С ТРУДНОСТЯМИ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ (ИЗ-ЗА СЛАБОВИДЕНИЯ) ЯВЛЯЕТСЯ:** А) Санаторно-курортное лечение Б) Профессиональная ориентация В) Обучение ориентировке в пространстве и мобильности Г) Медикаментозное лечение основного заболевания	**В) Обучение ориентировке в пространстве и мобильности**
242.		**6. КАКОЕ ТЕХНИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ (ТСР) НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ПАЦИЕНТУ С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ ДЛЯ ЧТЕНИЯ ПЛОСКОПЕЧАТНЫХ ТЕКСТОВ?** А) Очки с большими диоптриями Б) Электронный ручной видеоувеличитель В) Трость тактильная Г) Смартфон с голосовым помощником (как средство для прослушивания, а не чтения)	**Б) Электронный ручной видеоувеличитель** (для чтения плоскопечатного текста при тотальной слепоте ТСР неэффективны, нужны аудиокниги, но из списка ТСР для незрячих — это *звуковой* способ. Видеоувеличитель для остаточного зрения. В контексте тотальной слепоты правильнее было бы сказать "аудиоплеер", но в вариантах его нет. Поэтому Б - как техника для слабовидящих. Важно: при тотальной слепоте чтение плоского текста невозможно, реабилитация - аудиоформаты или шрифт Брайля. В задании вопрос сформулирован "для чтения", поэтому подразумевается использование технологий, преобразующих текст в речь, но среди ответов этого нет. Корректный ответ из предложенных - Б, если считать, что речь о слабовидящих.)

243.		**7. ПЛЕОПТИКА — ЭТО РАЗДЕЛ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА:** А) Развитие фузионных резервов Б) Лечение амблиопии и повышение остроты зрения В) Восстановление правильного положения глаз (лечение косоглазия) Г) Тренировку аккомодации	**Б) Лечение амблиопии и повышение остроты зрения**
244.		**8. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕННЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:** А) Исчезновение геморрагий по данным офтальмоскопии Б) Стабилизация процесса, отсутствие неоваскуляризации и улучшение/стабилизация зрительных функций В) Нормализация уровня глюкозы в крови Г) Снижение внутриглазного давления	**Б) Стабилизация процесса, отсутствие неоваскуляризации и улучшение/стабилизация зрительных функций**
245.		**9. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О НУЖДАЕМОСТИ В МЕРОПРИЯТИЯХ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ИПРА ВРАЧ-ОФТАЛЬМОЛОГ ДОЛЖЕН УКАЗАТЬ:** А) Желание пациента и его родственников Б) Вид, объемы и сроки проведения необходимых реабилитационных мероприятий В) Наличие свободных мест в стационаре Г) Диагноз основного заболевания	**Б) Вид, объемы и сроки проведения необходимых реабилитационных мероприятий**
246.		**10. КАКОЙ ВИД РЕАБИЛИТАЦИИ НАПРАВЛЕН НА ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ?** А) Медицинская реабилитация Б) Социально-средовая реабилитация В) Профессиональная реабилитация Г) Физическая реабилитация	**Б) Социально-средовая реабилитация** (включает обучение самообслуживанию)
247.		**11. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ:** А) Миопия средней степени Б) Наличие внутриглазных металлических инородных тел В) Начальная катаракта Г) Ангиопатия сетчатки	**Б) Наличие внутриглазных металлических инородных тел**
248.		**12. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИМ ПОРЯДОК ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ В РФ, ЯВЛЯЕТСЯ:**	**Б) Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в РФ" и распоряжения Правительства РФ** (определяют перечни ТСР)

		А) Клинические рекомендации Минздрава РФ Б) Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в РФ" и распоряжения Правительства РФ В) Приказ Минтруда о проведении МСЭ Г) Гражданский кодекс РФ	
249.		**13. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ЭНУКЛЕАЦИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА КЛЮЧЕВЫМ ЭТАПОМ ЯВЛЯЕТСЯ:** А) Ношение солнцезащитных очков Б) Первичное или отсроченное протезирование для формирования культи и опорно-двигательной культи В) Постоянное закапывание антибиотиков Г) Ограничение физической нагрузки пожизненно	**Б) Первичное или отсроченное протезирование для формирования культи и опорно-двигательной культи**
250.		**14. ВРАЧ-ОФТАЛЬМОЛОГ ПРИ КОНТРОЛЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДОЛЖЕН ИСПОЛЬЗОВАТЬ:** А) Только субъективную оценку пациента Б) Данные инструментальных методов исследования (визометрия, периметрия, электрофизиология) в динамике В) Только данные выписного эпикриза Г) Отзывы родственников	**Б) Данные инструментальных методов исследования (визометрия, периметрия, электрофизиология) в динамике**
251.		**15. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РОГОВИЦЫ?** А) Лазерная коагуляция сетчатки Б) Сквозная кератопластика (пересадка роговицы) В) Факоэмульсификация катаракты Г) Синустрабекулэктомия	**Б) Сквозная кератопластика (пересадка роговицы)**
252.		**16. ЕСЛИ В ИПРА ПАЦИЕНТА РЕКОМЕНДОВАНЫ ТИФЛОТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА (ТСР), НО ПАЦИЕНТ ОТ НИХ ОТКАЗЫВАЕТСЯ, ВРАЧ ОБЯЗАН:** А) Проигнорировать отказ и выписать направление на их получение Б) Провести беседу о целях и важности их применения, разъяснив последствия отказа, и зафиксировать отказ в меддокументации В) Вычеркнуть их из рекомендаций Г) Сообщить об отказе пациента в полицию	**Б) Провести беседу о целях и важности их применения, разъяснив последствия отказа, и зафиксировать отказ в меддокументации**
253.	**ОПК-7**	**Задание 1. Экспертиза временной нетрудоспособности**	1 – **Б** 2 – **В**

		Инструкция: Установите соответствие между клинической ситуацией в практике офтальмолога и сроком временной нетрудоспособности (ориентировочными сроками ВН), который является наиболее обоснованным для данной патологии согласно клиническим рекомендациям. К каждому элементу левого столбца подберите один соответствующий элемент из правого столбца. Клиническая ситуация (диагноз/вмешательство) **1.** Факоэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ (неосл ненный послеоперационный период) **2.** Консервативное лечение острого приступа закрытоугольной укомы **3.** Сквозная кератопластика (пересадка роговицы) **4.** Травматическая отслойка сетчатки (хирургическое лечение)	3 – **Г** 4 – **А**
254.		**Задание 2. Направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ)** **Инструкция:** Установите соответствие между офтальмопатологией и обоснованием для направления пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для установления инвалидности. К каждому элементу левого столбца подбе-	**ответ к заданию 2:** 1 – **А** (Наиболее тяжелая степень, соответствует I группе инвалидности по критерию способности к ориентации) 2 – **В** (Анатомический дефект сам по себе не всегда дает I группу, но является основанием для МСЭ) 3 – **Г** (Прогрессирующее течение глаукомы с нестабилизированным ВГД – показание для МСЭ) 4 – **Б** (Единственный глаз с патологией макулы ведет к ограничениям, требующим МСЭ)

		рите один соответствующий элемент из правого столбца. Патология / Состояние **1.** Абсолютная (полная) слепота на единственный или лучше видящий глаз (острота зрения 0 - 0,04) **2.** Двусторонняя тугоухость (для примера, ошибка) – в контексте офтальмологии является некорректным. Заменим на: **Посттравматическая анофтальмия (отсутствие глазного яблока) с косметическим дефектом** **3.** Далеко зашедшая стадия первичной открытоугольной глаукомы обоих глаз с тенденцией к прогрессированию и ВГД на верхней границе	Обоснование для направления на МСЭ (критерий) **А.** Выраженное нарушение функций органа зрения, приводящее к значительному ограничению способности к ориентации и самообслуживанию (I группа инвалидности) **Б.** Прогрессирующее снижение зрительных функций, несмотря на проводимое лечение, с умеренными ограничениями основных категорий жизнедеятельности **В.** Умеренные нарушения функций (стойкие анатомические изменения), сочетающиеся с невозможностью коррекции косметического дефекта контактными линзами	

		нормы на фоне максимального медикаментозного режима	
		4. Высокая осложненная миопия с дистрофическими изменениями в макулярной области на единственном глазу	**Г.** Стойкие, значительно выраженные нарушения зрительных функций, требующие социальной защиты и реабилитации (II или III группа инвалидности)
		Задание 3. Военно-врачебная экспертиза (ВВЭ) **Инструкция:** Установите соответствие между офтальмологическим заболеванием (или его последствиями) и категорией годности к военной службе, которая выносится по итогам освидетельствования (согласно требованиям «Расписания болезней»). К каждому элементу левого столбца подберите один соответствующий элемент из правого столбца.	
		Заболевание / Состояние	Категория годности (предполагаемая)
		1. Острота зрения одного глаза 0,1, другого глаза 0,2 (с коррекцией)	**А.** «В» (ограниченно годен к военной службе) или «Б-3» (годен с незначительными ограничениями) – зависит от стойкости изменений. Выберем «ограниченно годен» как наиболее вероятный исход при неэффективности лечения.
			ответ к заданию 3: 1 – **Г** (Так как острота зрения с коррекцией менее 0,3 на один глаз и менее 0,3 на другой, это, как правило, статья 34 или 35, категория «В») 2 – **А** (Инородное тело внутри глаза даже при хороших функциях обычно является основанием для категории «В» (ограниченно годен) по статье 31) 3 – **В** (При прогрессирующих заболеваниях сетчатки с риском отслойки, особенно на единственном глазу, призывник признается ограниченно годным – «В») 4 – **Б** (Двусторонняя афакия со столь низкой остротой зрения (0,3) с коррекцией ведет к стойким нарушениям функций, что соответствует категории «Д» (не годен) или «В» в зависимости от пункта статьи 34. В данном случае выбрана «Д» как наиболее тяжелый вариант для понимания)

		2. Инородное тело внутри глаза, не вызывающее воспаления или снижения функций	**Б.** «Д» (не годен к военной службе)	
		3. Ангиоматоз сетчатки (болезнь Гиппеля — Линдау) с прогрессирующим снижением зрения	**В.** «В» (ограниченно годен к военной службе) или «Б» – индивидуально. Берем как пример: **Отслойка сетчатки травматической этиологии на парном (здоровом) глазу в анамнезе с хорошим функциональным результатом после операции**	
		4. Афакия (отсутствие хрусталика) на обоих глазах после травмы, острота зрения с коррекцией 0,3 на лучше видящем глазу	**Г.** Категория годности определяется в зависимости от функций глаза (остроты зрения, полей зрения). В данном случае зрение 0,1 и 0,2 – скорее всего **«В» (ограниченно годен)**	

255.		**Задание 1** **Инструкция:** Установите правильную последовательность этапов медико-социальной экспертизы (МСЭ) пациента с офтальмопатологией. Запишите соответствующую последовательность цифр. **Содержание задания:** Расположите в хронологическом порядке этапы направления пациента со стойкими нарушениями зрительных функций на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для установления инвалидности. 1. Проведение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в медицинской организации при отсутствии эффекта лечения. 2. Оформление направления на МСЭ (форма 088/у) лечащим врачом и утверждение его врачебной комиссией. 3. Первичное обращение пациента с жалобами на снижение зрения и установление диагноза врачом-офтальмологом. 4. Оценка критериев стойкого нарушения функций органа зрения (острота зрения, поле зрения, электрофизиологические показатели) для определения степени выраженности ограничений жизнедеятельности. 5. Проведение обследования в стационарных или амбулаторных условиях для уточнения клинико-функционального диагноза.	3, 1, 5, 4, 2 (Пояснение: Сначала устанавливается диагноз, затем проводятся лечебные мероприятия, для уточнения состояния может потребоваться дополнительное обследование, после чего оценивается степень нарушений и оформляется направление).

256.		**Задание 2** **Инструкция:** Установите правильную последовательность действий врача-офтальмолога при проведении экспертизы временной нетрудоспособности (ЭВН) пациенту с кератитом. Запишите соответствующую последовательность цифр. **Содержание задания:** Определите алгоритм действий врача при первичном обращении пациента с диагнозом «острый кератит» и последующем продлении листка нетрудоспособности. 1. Фиксация жалоб, данных осмотра (биомикроскопия, визометрия) и обоснование временной нетрудоспособности в первичной медицинской документации. 2. Единовременное продление листка нетрудоспособности на срок не более 15 дней при повторном осмотре и положительной динамике. 3. Выдача листка нетрудоспособности при первом обращении сроком до 10 дней (или до 15, в зависимости от решения врача, но в рамках установленных сроков единоличного продления). 4. Оценка клинического и трудового прогноза, определение предполагаемых сроков временной нетрудоспособности (ориентировочные сроки при кератитах). 5. При сроке заболевания свыше 15 дней направление пациента на врачебную комиссию (ВК) для решения вопроса о дальнейшем лечении и продлении листка нетрудоспособности.	1, 3, 4, 2, 5 (Пояснение: Сначала фиксируются данные, затем выдается первичный листок, оценивается прогноз, при следующем визите продлевается, и если срок превышает возможности единоличного продления — пациент направляется на ВК).
257.		**Задание 3** **Инструкция:** Установите правильную последовательность критериев оценки степени нарушения зрительных функций при проведении медико-социальной	3, 4, 2, 1 (Пояснение: Установлена последовательность от легкой (I ст.) до наиболее тяжелой (IV ст.) степени нарушений зрительного анализатора).

		экспертизы (от наименее тяжелой к наиболее тяжелой степени). Запишите соответствующую последовательность цифр. **Содержание задания:** Расположите критерии выраженности стойких нарушений зрительных анализатора в порядке увеличения их тяжести (от I к IV степени), согласно классификациям, используемым в МСЭ. 1. Значительные нарушения (IV степень): острота зрения 0 (ноль) — отсутствие светоощущения, или сужение поля зрения до 0-5° от точки фиксации. 2. Выраженные нарушения (III степень): острота зрения лучше видящего глаза от 0,01 до 0,05, или концентрическое сужение поля зрения до 10-20°. 3. Незначительные нарушения (I степень): острота зрения лучше видящего глаза от 0,5 до 0,8, небольшие скотомы в парацентральных отделах поля зрения. 4. Умеренные нарушения (II степень): острота зрения лучше видящего глаза от 0,1 до 0,4, или гемианопсии, или концентрическое сужение поля зрения до 40°.	
258.		**Задача 1 (Экспертиза временной нетрудоспособности)** **Условие:** На амбулаторном приеме у врача-офтальмолога пациент К., 38 лет, водитель маршрутного такси. Предъявляет жалобы на снижение зрения вдаль правого глаза, двоение при взгляде вправо. Из анамнеза: три дня назад получил удар кулаком в область правой глазницы. При осмотре: на правом глазу — гематома век, отек, субконъюнктивальное кровоизлияние. При движении глазного яблока ограничение отведения кнаружи, при попытке отведения возникает горизонтальная диплопия. Глазное дно без патологии. Острота зрения правого глаза 0,3 (до травмы 1,0), не корригирует. Острота зрения левого глаза 1,0.	**ответ к задаче 1:** 1. **Оценка трудоспособности:** Пациент утратил трудоспособность, так как его профессия (водитель) требует высокой остроты зрения обоими глазами и бинокулярного характера зрения (отсутствие двоения). Наличие монокулярного зрения с низкой остротой на травмированном глазу и диплопии является абсолютным противопоказанием к управлению транспортным средством. Выдача листка нетрудоспособности показана. 2. **Предполагаемые сроки:** При травматическом неврите/парезе отводящего нерва (что наиболее вероятно при

		Задания: 1. Оцените степень утраты трудоспособности и необходимость выдачи листка нетрудоспособности (ЛН) данному пациенту. 2. Каковы предполагаемые сроки временной нетрудоспособности (ориентировочно)? 3. Составьте план экспертного обследования и лечения для решения вопроса о продлении ЛН или направлении на МСЭ (медико-социальную экспертизу).	ограничении подвижности) сроки ВН могут составлять от 3-4 недель до 1.5-2 месяцев, в зависимости от динамики восстановления функции мышцы и остроты зрения. Ориентировочно — **30-45 дней**. 3. **План экспертного ведения:** ○ **Лечение:** Противовоспалительная, противоотечная, нейротрофическая терапия, физиолечение. ○ **Экспертиза:** ▪ Контрольный осмотр через 7-10 дней для оценки динамики (острота зрения, поле взора, диплопия). ▪ Консультация невролога для исключения более глубокого поражения (перелом основания черепа?). ▪ При отсутствии положительной динамики в течение 30-40 дней, наличии стойкого пареза и диплопии, стабильно низкой остроты зрения (не корригируемой очками) — постановка вопроса о направлении на МСЭ для определения процента утраты профессиональной трудоспособности или установления инвалидности.
259.		**Задача 2 (Медико-социальная экспертиза)** **Условие:** На прием направлена пациентка М., 52 года, работает бухгалтером (работа с документами и компьютером 8 часов в день). Диагноз: Первичная открытоугольная III «В» (далекозашедшая, с умеренно выраженными изменениями) обоих глаз. Острота зрения Vis OD = 0,1 с коррекцией cyl -2,0 = 0,4; Vis OS = 0,2 с коррекцией sph -1,5 = 0,6. Поле зрения (периметрия): концентрическое сужение до 30 градусов от точки фиксации на оба глаза. Внутриглазное давление (ВГД) компенсировано на максимальном медикаментозном режиме (инстилляции 3 раза в день двумя препаратами). **Задания:** 1. Есть ли у пациентки основания для направления на медико-социальную	**ответ к задаче 2:** 1. **Обоснование направления на МСЭ:** Да, основания есть. У пациентки далекозашедшая стадия глаукомы (III стадия), что характеризуется значительным снижением зрительных функций даже с максимальной оптической коррекцией. Наблюдается стойкое сужение полей зрения (до 30 градусов — это функциональный класс III), что существенно ограничивает способность к полноценной работе с документацией и за компьютером (трудно охватить взглядом рабочую поверхность, требуется постоянное движение головой, зрительное утомление). 2. **Критерии оценки (ОСТД):** ○ **Основной критерий:** Функциональный класс зрительных нарушений (определяется по классификации МСЭ). Сочета-

		экспертизу (МСЭ)? Обоснуйте. 2. Какие критерии оценки степени ограничения способности к трудовой деятельности (ОСТД) будут учитываться при освидетельствовании? 3. Какое экспертное решение вероятнее всего вынесет бюро МСЭ (определите группу инвалидности или процент утраты трудоспособности) и почему?	ние снижения остроты зрения лучшего глаза до 0,4 и концентрического сужения поля зрения до 30 градусов соответствует **III (третьему) функциональному классу** (умеренные нарушения функций). ○ **Способность к трудовой деятельности:** Оценивается возможность выполнения работы по профессии бухгалтера. Сужение полей зрения требует постоянного напряжения, снижает скорость и точность работы. Пациентка не может работать в полном объеме в обычных производственных условиях без создания специально оборудованного рабочего места (специальное освещение, организация рабочего пространства). 3. **Вероятное экспертное решение:** ○ Учитывая III функциональный класс и необходимость работы по профессии с высокой зрительной нагрузкой, пациентка имеет **стойкие умеренно выраженные ограничения жизнедеятельности**. ○ Вероятнее всего, ей будет установлена **III группа инвалидности** (в связи со снижением способности к трудовой деятельности первой степени). Это позволит ей продолжать работу в щадящих условиях: сокращение рабочего дня, исключение работы в вечернее и ночное время, регламентированные перерывы. ○ *Альтернатива:* Если комиссия посчитает, что пациентка может работать только при создании специальных условий на рабочем месте, ей также может быть установлена III группа.
260.		**Задача 3 (Военно-врачебная экспертиза)** **Условие:** На военно-врачебную комиссию (ВВК) военкомата явился призывник А., 19 лет. Жалобы на плохое зрение вдаль с детства. Носит очки. Диагноз: Миопия высокой степени, сложный миопический астигматизм обоих глаз.	**ответ к задаче 3:** 1. **Статья и категория годности:** ○ Данная патология относится к **статье 34** «Нарушения рефракции и аккомодации» Расписания болезней. ○ У призывника миопия высокой степени (более 6,0 D и до 12,0 D) на обоих глазах. Согласно пункту «В» статьи 34,

		Данные осмотра: • Vis OD = 0,05 co sph -7,0 D cyl -2,0 D ax 175° = 0,8 • Vis OS = 0,04 co sph -8,0 D cyl -2,5 D ax 5° = 0,7 • Рефракция (скиаскопия/рефрактометрия): OD: миопия 7,5 D, астигматизм 2,0 D; OS: миопия 8,5 D, астигматизм 2,5 D. • Длина передне-задней оси глаз (ПЗО) по данным УЗИ: 27,5 мм на оба глаза. • Глазное дно: миопические конусы с височной стороны дисков зрительных нервов, умеренная перипапиллярная атрофия хориоидеи. Дистрофических изменений в макуле нет. **Задания:** 1. К какой статье Расписания болезней (Постановление Правительства РФ № 565) относится данная патология? Определите категорию годности к военной службе. 2. Какая анатомическая характеристика (помимо диоптрий) является критической для принятия решения в данном случае и почему? 3. Может ли категория годности измениться, если при повторном осмотре через год острота зрения с коррекцией снизится до 0,5 на лучшем глазу? Обоснуйте.	миопия любого глаза от 6,0 до 12,0 диоптрий предусматривает категорию годности **«В» — ограниченно годен к военной службе** (освобождение от призыва в мирное время, зачисление в запас). 2. **Критическая анатомическая характеристика:** ○ Критической является **длина передне-задней оси глаза (ПЗО)**. В данном случае 27,5 мм указывает на осевую форму миопии. ○ Значение: Длина ПЗО более 27 мм косвенно свидетельствует о значительном растяжении склеры и высоком риске развития дистрофических изменений сетчатки (периферических витреохориоретинальных дистрофий — ПВХРД) и отслойки сетчатки. Наличие миопических конусов и атрофии хориоидеи на глазном дне (стафиломы) подтверждает анатомические изменения, характерные для прогрессирующей близорукости, что утяжеляет диагноз и подтверждает необходимость освобождения от службы. 3. **Возможность изменения категории:** ○ **Да, категория может измениться, но не в сторону повышения.** ○ Если через год острота зрения с коррекцией на лучшем глазу (OS) станет 0,5 (при той же рефракции -8,5 D), это будет соответствовать критериям пункта «Б» статьи 34 (миопия высокой степени с понижением остроты зрения). Категория годности останется **«В»**, так как пункт «Б» также предусматривает категорию «В» или «Д» (в зависимости от степени снижения), но в данном случае снижение остроты корригированного зрения подтверждает наличие выраженных анатомических изменений и прогрессирование процесса, что не дает оснований для признания годным к строевой службе (категория «Б»). Категория «В» сохраняется, либо, при выявлении грубых необратимых изменений на глазном дне со снижением функций, может быть поставлен вопрос о категории **«Д»** (не годен).

261.		**Задание 1 (Экспертиза временной нетрудоспособности)** **Условие:** Пациент С., 40 лет, водитель общественного транспорта (автобуса), обратился к офтальмологу поликлиники с жалобами на резкую боль в правом глазу, светобоязнь и слезотечение. Объективно: OD — смешанная инъекция, на роговице в оптической зоне определяется поверхностный инфильтрат, прокрашивающийся флюоресцеином. Зрение: Vis OD = 0,7 (не корр.), Vis OS = 1,0. Внутриглазное давление (ВГД) пальпаторно в норме. Диагноз: Поверхностный кератит правого глаза. **Вопрос:** Определите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности (ВН) для данного пациента и укажите, требуется ли перевод на облегченные условия труда (трудоустройство) после выписки на работу, учитывая его профессию. Ответ обоснуйте.	**Эталон ответа:** 1. **Сроки ВН:** Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при поверхностном кератите составляют **14–21 день (2–3 недели)**. Этот срок необходим для эпителизации роговицы и купирования воспалительного процесса. 2. **Необходимость трудоустройства:** ○ **Да, требуется.** Пациент работает водителем автобуса. После перенесенного кератита (даже поверхностного) в течение некоторого времени могут сохраняться остаточные явления (снижение чувствительности роговицы, нечеткость контуров, светобоязнь), что является противопоказанием для управления транспортным средством категории D. ○ Пациенту необходимо выдать решение ВК (врачебной комиссии) о переводе на облегченные условия труда (например, работа слесарем, механиком, диспетчером) на срок **1–2 месяца**, либо до полного клинического выздоровления и восстановления зрительных функций.
262.		**Задание 2 (Медико-социальная экспертиза. Критерии инвалидности)** **Условие:** На прием к офтальмологу МСЭ направлен пациент К., 68 лет, с диагнозом: Открытоугольная III (далеко зашедшая) глаукома обоих глаз. Объективные данные: • Vis OD = 0,1 (не корр.) • Vis OS = 0,3 (не корр.) • Поле зрения (периметрия): OD — концентрическое сужение до 30° от точки фиксации; OS — концентрическое сужение до 45°. • ВГД на максимальном гипотензивном режиме: OD = 26 мм рт. ст., OS =	1. **Да, основания есть.** У пациента имеются стойкие умеренно выраженные нарушения зрительных функций. 2. **Обоснование:** ○ У пациента выявлено **умеренное нарушение зрительных функций** (II степень). Это подтверждается: ▪ Снижением остроты зрения лучше видящего глаза до 0,3 (входит в критерии II степени: 0,1–0,3). ▪ Концентрическим сужением поля зрения лучше видящего глаза до 45° (входит в критерии II степени: от 40 до 50° включительно). ○ Данные нарушения приводят к **ограничению способно-**

		24 мм рт. ст. Пациент предъявляет жалобы на трудности при передвижении на улице (натыкается на предметы), не может работать за компьютером более 15 минут. Работает программистом. **Вопрос:** Есть ли у пациента основания для установления инвалидности (какой группы)? Обоснуйте ответ, используя классификацию степеней нарушения зрительных функций и ограничений жизнедеятельности.	**сти к трудовой деятельности 1 степени** (не может работать по основной профессии программиста из-за зрительного утомления) и **ограничению способности к ориентации 1 степени**. 3. **Группа инвалидности:** При II степени нарушения функций организма и указанных ограничениях жизнедеятельности устанавливается **III группа инвалидности**.
263.		**Задание 3 (Экспертиза профессиональной пригодности)** **Условие:** Пациентка Л., 25 лет, поступает на работу в ювелирную мастерскую на должность сборщицы часовых механизмов (точные, прецизионные работы). Проходит предварительный медицинский осмотр. В анамнезе: миопия слабой степени (миопия слабой степени). Visus с коррекцией: Vis OD = 0,4 / sph -1,5 = 1,0 Vis OS = 0,5 / sph -1,0 = 1,0 Рефрактометрия: миопия 1,5 D на оба глаза. Глазное дно: миопические конусы с височной стороны ДЗН. Бинокулярное зрение сохранено. **Вопрос:** Является ли данная пациентка годной к работе сборщицы часовых механизмов (высокоточные работы)? Если да, то с каким условием (категория годности)? Ответ обоснуйте ссылкой на приказ о противопоказаниях.	1. **Годна (ограниченно).** Пациентка может быть допущена к работе. 2. **Условие и категория:** Она относится к категории годности **Б** (годен к работе, но с определенными ограничениями/условиями). 3. **Обоснование:** o Согласно приказу Министерства здравоохранения (например, Приказ 29н), для работ, требующих высокой точности (зрительно-напряженный труд), острота зрения с коррекцией должна быть не ниже 1,0 на лучшем глазу. У пациентки этот показатель выполняется. o Однако миопия (близорукость) более 1,0 D (в данном случае 1,5 D) является относительным противопоказанием для работ, связанных с постоянным напряжением аккомо-

			дации и рассматриванием мелких деталей, так как существует риск прогрессирования миопии. ○ **Заключение:** Годна к работе **с обязательным использованием средств коррекции (очков или контактных линз)** и прохождением динамического наблюдения у офтальмолога. Работа противопоказана без оптической коррекции.
264.		**Задание 1.** При каких заболеваниях пациент может быть направлен на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для установления инвалидности не ранее, чем через 4 месяца непрерывного лечения (если нет очевидно неблагоприятного клинического и трудового прогноза)? 1. При остром конъюнктивите 2. При травматической катаракте с планируемым хирургическим лечением 3. При декомпенсированной глаукоме с торпидным течением 4. При неосложненной миопии слабой степени	3 Пояснение: Максимальный срок ВН перед направлением на МСЭ при заведомо неблагоприятном прогнозе — 4 месяца. Декомпенсация глаукомы часто требует длительного лечения и имеет неясный прогноз.
265.		**Задание 2.** Лечащий врач единолично имеет право выдать листок нетрудоспособности пациенту сроком до: 1. 30 календарных дней 2. 15 календарных дней 3. 10 календарных дней 4. 12 календарных дней	2 Пояснение: Согласно порядку выдачи листков нетрудоспособности, лечащий врач единолично может продлевать больничный до 15 дней включительно.

266.		**Задание 3.** Врачебная комиссия медицинской организации имеет право продлить листок нетрудоспособности на срок: 1. До 6 месяцев 2. До 10 месяцев (в отдельных случаях до 12) 3. Не более 30 дней единовременно 4. На любой срок по требованию пациента	2 Пояснение: Максимальный срок, на который может быть продлен листок нетрудоспособности решением врачебной комиссии — до 10 месяцев, а в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций) — до 12 месяцев.
267.		**Задание 4.** Какие категории нетрудоспособности существуют в офтальмологической практике? 1. Полная и частичная 2. Временная и стойкая 3. Постоянная и переменная 4. Профессиональная и бытовая	2 Пояснение: В экспертизе выделяют два основных вида: временная утрата трудоспособности (состояние, когда функция может восстановиться) и стойкая (инвалидность).
268.		**Задание 5.** Пациенту с отслойкой сетчатки проведено хирургическое лечение (пломбирование). Средний ориентировочный срок временной нетрудоспособности (СОЛ) при данном виде оперативного вмешательства составляет: 1. 2-3 недели 2. 1-2 месяца 3. 4-6 месяцев 4. Более 6 месяцев	2 *Пояснение: Лечение отслойки сетчатки и послеоперационная реабилитация требуют длительного времени (в среднем 30-60 дней), так как включает ограничения зрительных нагрузок и длительный период адаптации.*
269.		**Задание 6.** В каком случае листок нетрудоспособности НЕ выдается при амбулаторном лечении? 1. При остром приступе глаукомы	3 Пояснение: Если заболевание или состояние на момент осмотра не приводит к нарушению функций организма и пациент может выполнять свою работу, листок нетрудоспособности не выдается (например, мелкие поверхностные инородные тела, не нарушающие зрение,

		2. При проведении лазерной коагуляции сетчатки 3. При обращении пациента с ячменем в день обращения, если трудоспособность не утрачена 4. При кератите	начальные стадии ячменя без выраженного отека и боли).
270.		**Задание 7.** Критерием для определения второй группы инвалидности по зрению является: 1. Острота зрения лучше видящего глаза с коррекцией 0,1 2. Острота зрения лучше видящего глаза с коррекцией от 0,1 до 0,3 3. Острота зрения лучше видящего глаза с коррекцией от 0,04 до 0,1 4. Острота зрения лучше видящего глаза с коррекцией 0,5	3 *Пояснение: II группа инвалидности устанавливается при выраженном нарушении функций. Для зрения это снижение остроты зрения лучше видящего глаза до 0,04-0,1 с коррекцией.*
271.		**Задание 8.** Какое понятие используется для оценки степени нарушения зрительных функций при направлении на МСЭ? 1. Степень тяжести заболевания 2. Процент утраты профессиональной трудоспособности 3. Степень выраженности стойких нарушений функций организма 4. Количество обращений за медицинской помощью	3 Пояснение: МСЭ оценивает именно стойкие нарушения функций (зрительных), приводящие к ограничению жизнедеятельности.
272.		**Задание 9.** Пациенту с тотальной (полной) необратимой слепотой на один глаз и остротой зрения 1,0 на другой глаз: 1. Инвалидность устанавливается бессрочно 2. Инвалидность не устанавливается, так как второй глаз обеспечивает нормальную жизнедеятельность 3. Устанавливается III группа инвалидности сроком на 1 год 4. Устанавливается II группа инвалидности	2 Пояснение: Инвалидность устанавливается при стойких нарушениях функций, приводящих к ограничению жизнедеятельности. При сохранной функции парного органа (здоровый глаз) критерии инвалидности не выполняются.

273.		**Задание 10.** Что такое "концентрическое сужение поля зрения" и как оно влияет на экспертизу? 1. Это расширение границ поля зрения, не влияющее на трудоспособность 2. Это равномерное сужение границ поля зрения со всех сторон; является критерием инвалидности при сужении до 20 градусов от точки фиксации 3. Это выпадение половины поля зрения, всегда дает 1 группу инвалидности 4. Это изменение цветоощущения	2 Пояснение: Концентрическое сужение поля зрения (до 20° и менее) является значимым критерием для определения инвалидности (часто II или I группы), особенно при пигментной дегенерации сетчатки, глаукоме.
274.		**Задание 11.** При каком заболевании пациенты чаще всего направляются на МСЭ для определения необходимости в постоянном постороннем уходе (I группа инвалидности)? 1. Прогрессирующая миопия высокой степени 2. Практическая слепота (острота зрения лучше видящего глаза до 0,04) или полная слепота 3. Косоглазие 4. Начальная катаракта	2 Пояснение: I группа инвалидности устанавливается при значительном или резко выраженном нарушении функций, когда пациент нуждается в постоянной посторонней помощи и уходе. Это соответствует практической или абсолютной слепоте.
275.		**Задание 12.** Категория годности к военной службе «В» (ограниченно годен к военной службе) при офтальмологической патологии означает: 1. Полностью годен, но с незначительными ограничениями 2. Освобождение от призыва в мирное время, зачисление в запас 3. Полная негодность к службе с исключением с воинского учета 4. Временная негодность, требуется лечение	2 Пояснение: Категория «В» — освобождение от призыва на срочную службу в мирное время. Гражданин зачисляется в запас.
276.		**Задание 13.** Какая офтальмологическая патология (призывной возраст) соответствует категории годности «Д» (не годен к военной службе)?	*3* Пояснение: Отслойка сетчатки на обоих глазах является тяжелой патологией и подпадает под критерии категории «Д» (негоден), так как несет высокий риск потери зрения и внезапного ухудшения состояния.

		1. Миопия любого глаза 3,0 дптр 2. Острота зрения 0,5 на оба глаза без коррекции 3. Отслойка сетчатки на обоих глазах нетравматической этиологии 4. Хронический блефарит в стадии ремиссии	
277.		**Задание 14.** Для оценки категории годности при аномалиях рефракции (близорукость, дальнозоркость, астигматизм) основным критерием является: 1. Жалобы пациента на головную боль 2. Рефракция (степень аметропии) по данным скиаскопии или рефрактометрии в условиях циклоплегии 3. Желание самого призывника служить в определенных войсках 4. Наличие или отсутствие очков	2 Пояснение: Расписание болезней (Постановление Правительства РФ 565) предписывает оценку степени миопии, гиперметропии и астигматизма в состоянии циклоплегии (для исключения аккомодации).
278.		**Задание 15.** Пациент предъявляет жалобы на «туман» перед глазом, снижение зрения вдаль. Объективно: внутриглазное давление 32 мм рт. ст., диск зрительного нерва бледный, экскавация 0,8. Какая экспертиза показана в первую очередь для решения вопроса о годности к профессии водителя? 1. Экспертиза временной нетрудоспособности 2. Медико-социальная экспертиза для оформления инвалидности 3. Экспертиза профессиональной пригодности 4. Военно-врачебная экспертиза	3 Пояснение: В данном случае речь идет о прогрессирующей глаукоме с изменениями ДЗН. Это является противопоказанием к управлению транспортом. Проводится экспертиза профпригодности для решения вопроса о допуске к работе водителем.
279.		**Задание 16.** Какой документ регламентирует порядок выдачи листков нетрудоспособности в Российской Федерации? 1. Приказ Минздрава РФ "Об утверждении порядка проведения диспансеризации" 2. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"	3 Пояснение: Действующий порядок регламентируется ведомственным приказом Минздравсоцразвития (сейчас Минздрав), например, Приказом 624н (хотя на данный момент действуют

		3. Приказ Минздравсоцразвития РФ "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" (действующая редакция) 4. Трудовой кодекс РФ	новые правила, важно понимать, что это подзаконный акт Минздрава).
280.	**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. **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).	1 2 3 4 Г В Б А
281.		**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)	1 2 3 4 А Б Б В
282.		**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)). 3. Использование накладок или окклюдеров, ношение очков по назначению, выполнение «мозаики» и рисование для стимуляции работы глаза.	1 2 3 4 В Г Б А

		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.	
283.		**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** *Обоснование:* 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.
284.		**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 близо-	Правильная последовательность цифр: **В, А, Б, Г** *Обоснование:* 1. **В:** Начало коммуникации (организационный момент, введение в тему). 2. **А:** Мотивационная часть (объяснение *почему* это важно и что может случиться, создание интереса).

		рукости в правильной логической и педагогической последовательности. **А.** Объяснение анатомо-физиологических особенностей глаза в доступной форме и причин, по которым при длительной 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.	3. **Б:** Основная содержательная часть (выдача конкретных инструкций *как* делать правильно). 4. **Г:** Завершающий этап (обратная связь и закрепление материала).
285.		**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.	Правильная последовательность цифр: **В, Б, Г, А** *Обоснование:* 1. **В:** Первичный отбор (формирование групп риска) на основе документации и опроса. 2. **Б:** Проведение быстрого скринингового теста (измерение ВГД) у лиц из группы риска. 3. **Г:** Консультация узкого специалиста для верификации предварительного диагноза при отклонениях от нормы. 4. **А:** Назначение высокоспецифичных инструментальных методов для окончательной диагностики и определения тактики наблюдения.

		Г. Осмотр врачом-офтальмологом пациентов с впервые выявленным повышенным ВГД, включающий осмотр глазного дна и гониоскопию (осмотр угла передней камеры).	
286.		**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 A, C, E, 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).	
287.		**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%. **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.	**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 глаз растет и появляется миопия? (Простое объяснение про «растянутое яблоко» и фокусировку). Влияние зрительной нагрузки вблизи. ○ **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. ○ **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). ○ **Блок 4 (5 мин): Питание и витамины.** ○ **Заключение (5 мин):** Ответы на вопросы, раздача памяток. 2. **Интерактивная часть (упражнения для родителей):** ○ **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. ○ **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).
288.		**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:** Возраст (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:** 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 токси-

			нами, 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? ○
289.		**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 рекомендовать данной пациентке для снижения риска прогрессирования синдрома «сухого гла-	**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 аккомодативной нагрузки и частоты моргания. 2. **Оптимизация рабочего места и эргономика:** Коррекция положения монитора (ниже уровня глаз, чтобы веки были прикрыты, уменьшая испарение слез-

		за» и зрительного утомления.	ной 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.
290.		**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 кроватке 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.
291.		**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 использова-

			нии тюбиков с каплями — следить, чтобы носик флакона не касался ресниц или глаза.
292.		**Вопрос 1.** Для профилактики гонобленнореи (гонококкового конъюнктивита) новорожденным непосредственно после рождения инстиллируют в глаза раствор: 1. Сульфацила-натрия 30% 2. Левомицетина 0,25% 3. **Сульфацила-натрия 20%** 4. Фурациллина 1:5000	
293.		**Вопрос 2.** Основным путем передачи вирусного конъюнктивита в организованных коллективах является: 1. Воздушно-капельный 2. Половой 3. Трансмиссивный 4. **Контактно-бытовой**	
294.		**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	
295.		**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	
296.		**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	
297.		**Вопрос 6.** При проведении сварочных работ поражение глаз (электроофтальмия) возникает вследствие воздействия: 1. Инфракрасного излучения 2. Видимого света высокой интенсивности 3. **Ультрафиолетового излучения** 4. Ионизирующего излучения	
298.		**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	

299.		**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	
300.		**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	
301.		**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)	

302.		**Вопрос 11.** Курение является доказанным фактором риска развития следующего тяжелого заболевания глаз: • Ячмень • **Возрастная макулярная дегенерация (ВМД)** • Конъюнктивит • Ячмень	
303.		**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? • Молоко и творог • Свинина и говядина • **Шпинат, брокколи, яичный желток** • Белый хлеб и макароны	
304.		**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	
305.		**Вопрос 14.** Критерием эффективности профилактических мероприятий по снижению инфекционной заболеваемости в офтальмологическом стационаре является:	

		• Увеличение количества коек • **Отсутствие случаев внутрибольничных инфекций** • Высокая зарплата персонала • Проведение ежедневной влажной уборки	
306.		**Вопрос 15.** При оценке эффективности санитарно-просветительной работы (лекции о вреде самолечения глаз) основным показателем служит: • Количество розданных брошюр • Громкость голоса лектора • **Снижение числа обращений с осложнениями от самолечения** • Красота презентации	
307.		**Вопрос 16.** При проведении профилактического осмотра в школе критерием эффективности работы врача является: • Количество осмотренных детей за час • **Полнота выявления детей с пониженной остротой зрения и их направление к специалисту** • Отсутствие жалоб от учителей • Исправность офтальмологического оборудования	
308.	**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.	1 – В, 2 – А, 3 – Г, 4 – Б

		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)	
309.		**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, заполнение паспортной части санаторно-курортных карт). 2. Проведение бесконтактной тонометрии и регистрация ее результатов. 3. Определение остроты зрения с коррекцией и без (визометрия). 4. Распределение потока пациентов и регулировка очередности приема к врачу. **КАТЕГОРИЯ ПЕРСОНАЛА:** А. Врач-офтальмолог	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 согласно профстандартам, что и требуется для проверки знания ординатором границ компетенции подчиненных.)

		Б. Медицинская сестра (оптометрист) / Средний медперсонал	
310.		**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:** 1. Жалоба на внезапное появление «занавески» перед одним глазом, искажение предметов. 2. Жалоба на боль в глазу, тошноту, рвоту, радужные круги при взгляде на свет. 3. Данные тонометрии: внутриглазное давление 36 мм рт. ст. 4. 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.)
311.		**Задание 1**	**2, 4, 6, 1, 3, 5**

		Инструкция: Расположите действия врача-офтальмолога при первичном осмотре пациента в порядке, 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).	**Обоснование:** • **2 (Согласие):** Без 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.
312.		**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	**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 исполнение своих указаний (делегирование не снимает ответственности). • **2 (Запись):** Фиксация факта оказания помощи в документе (медицинская карта).

		057/у-04). 4. Срочный осмотр пациента и оценка уровня внутриглазного давления (пальпаторно или тонометром). 5. Контроль правильности выполнения назначений медсестрой (проверка кратности инстилляций). 6. Вызов бригады скорой помощи для транспортировки пациента в стационар.	• **6 (Вызов скорой):** Обеспечение дальнейшего маршрута пациента. • **3 (Направление):** Оформление документации для передачи в стационар (заполняется после принятия решения о госпитализации).
313.		**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:** 1. Проверка готовности автоматического рефрактометра и тонометра (поверка оборудования). 2. Инструктаж медицинской сестры о количестве пациентов и объеме исследований (визометрия, авторефрактометрия, бесконтактная тонометрия) на сегодня. 3. Заполнение статистического талона (форма № 025-1/у) и карты учета диспансеризации после завершения осмотра пациента. 4. Получение у старшей медсестры списка пациентов, подлежащих осмотру, и их амбулаторных карт. 5. Сверка паспортных данных пациента и полиса ОМС с записями в медицинской карте перед началом приема. 6. 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.
314.		**Ситуация:** Вы — врач-офтальмолог стационара. В отделение поступил пациент К., 72 лет, с диагнозом «Зрелая возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная ката-	1. **Организация работы медперсонала:**

		ракта 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.	▪ 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 инстилляции, 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: ▪ Дата, время. ▪ «При осмотре: пациент в сознании, контактен, ориентирован. Отказывается от вечерней инстилляции 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.» ▪ «Проведена 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.» ▪ Подпись 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:** Представиться, присесть на уровень пациента, проявить эмпатию («Я понимаю ваше волнение перед операцией, это нормально»). 2. **Разъяснение цели манипуляции:** Объяснить 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 инстилляции на раннее утро (с обязательным условием согласования с оперблоком).
315.		**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 (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?	1. **Оценка ситуации и ошибка руководителя:** ▪ Ошибка врача заключается в недостаточном контроле за работой неопытного сотрудника и преждевременном делегировании ответственности за 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.

		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.	▪ **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 стан-

			дартных 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.
316.		**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 суетится, 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 суетится):** 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).

317.		**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 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.	**Эталон ответа:** 1. **Организация деятельности персонала:** Ординатор 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:** Устанавливается 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.
318.		**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 со старшей медсестрой поликлиники.	**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 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). 4. **Контроль:** Дать указание медсестре разъяснить пациентке правила хранения препарата и напомнить дату следующей явки для контроля внутриглазного давления.
319.		**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 медсестр 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.
320.		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	**Эталон ответа:** А, В, Д (При экстренной госпитализации важны паспортные данные, время травмы/поступления и адрес происшествия для страховых случаев и статистики травматизма).

		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	
321.		**2. Медицинский работник (медицинская сестра) находится в непосредственном подчинении врача-ординатора. Ординатор дал задание медсере провести закапывание капель пациенту с подозрением на глаукому, используя препарат Тимолол. Медсера сообщает, что у нее закончились перчатки и нет одноразовых пипеток. Действия ординатора:** А) Отдать медсере 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 инфицирования низкий	**Эталон ответа:** В (Ординатор обязан организовать безопасную среду и оснащение для персонала, либо временно приостановить процедуру до устранения дефицита).
322.		**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)
323.		**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	**Эталон ответа:** Б (Необходимо применить воспитательные меры и контроль. Перекладывание обязанностей создаст перегрузку другому сотруднику).

		В) Переложить его обязанности по уборке на второго санитара, оставив первому только помощь пациентам Г) Игнорировать, так как пациенты довольны его помощью	
324.		**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).
325.		**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).
326.		**7. Информированное добровольное согласие (ИДС) на операцию факоэмульсификации катаракты должно содержать сведения о:** А) Вероятности аллергии на анестетики Б) Возможных интраоперационных и послеоперационных осложнениях В) Стоимости хрусталика, если операция платная Г) Факте разъяснения пациенту цели операции и альтернативных методов лечения Д) Точной дате и времени выписки из стационара	**Эталон ответа:** А, Б, Г (ИДС должно информировать о рисках, целях и альтернативах. Стоимость указывается в договоре, а дата выписки прогнозируется, но не является обязательным пунктом ИДС).
327.		**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).
328.		**9. В отделение поступил пациент с ожогом глаз щелочью. Медсестра замешкалась и неправильно подготовила промывную систему. Ваши действия по организации неотложной помощи:**	**Эталон ответа:** Б, Г (В экстренной ситуации главное — помощь пациенту, затем — разбор ошибок и дисциплинарное воздействие).

		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	
329.		**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).
330.		**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).
331.		**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).
332.		**13. При выявлении у пациента признаков инфекционного заболевания (например, аденовирусного конъюнктивита с подозрением на COVID-19), ординатор должен организовать:** 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	**Эталон ответа:** А, Б, В, Г (При подозрении на ООИ или карантинные инфекции действует строгий протокол изоляции и оповещения).

		Д) Продолжить прием в общей очереди, надев маску	
333.		**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).
334.		**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).
335.		**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).
336.	**ПК-1**	**Установите соответствие между клинической картиной и типом кератита.** **Клиническая картина** — **Тип кератита** 1. Множественные точечные дефекты эпителия, окрашивающиеся флюоресцеином, поверхностная инъекция, чувство "песка". А. Глубокий стромальный кератит (без неоваскуляризации)	1 – Б 2 – Г 3 – А 4 – В

		2. Единичный инфильтрат в поверхностных слоях стромы с дефектом эпителия над ним, выраженная перикорнеальная инъекция.	Б. Поверхностный точечный кератит (кератопатия)	
		3. Отек стромы, складки десцеметовой мембраны, интактный эпителий (не окрашивается), "сальное" помутнение.	В. Язва роговицы (бактериальный кератит)	
		4. Гнойный инфильтрат с изъязвлением, гной в передней камере (гипопион), врастание сосудов.	Г. Поверхностный краевой кератит (при блефарите)	
337.		**Установите соответствие между степенью ожога и неотложными лечебными мероприятиями.**		1 – Б 2 – В 3 – А 4 – Г
		Степень ожога	**Первоочередная помощь**	
		1. Ожог I степени (гиперемия конъюнктивы, отек эпителия роговицы, эрозии нет).	А. Некрэктомия (удаление некротизирован форсированная промывка, госпитализация	
		2. Ожог II степени (эрозия роговицы, ишемия конъюнктивы на ограниченном участке, поверхностные помутнения).	Б. Местные антибиотики, слезозаменители, средства (кератопротекторы). Амбулаторно	
		3. Ожог III степени (помутнение глубоких слоев стромы, выраженная ишемия	В. Обильное промывание, инстилляции цит (атропин), антибиотики, наблюдение в дне	

		конъюнктивы более 50% лимба). 4. Ожог IV степени (поражение всех слоев, "фарфоровая" роговица, некроз конъюнктивы и склеры). — Г. Экстренная госпитализация в офтальмохирургическое отделение для проведения ранней кератопластики или этапного лечения.	
338.		**Установите соответствие между диагнозом и тактикой ведения пациента.** **Диагноз / Клиническая картина** — **Тактика лечения** 1.Халязион (градина) верхнего века в стадии обострения (воспаление, болезненность, покраснение, но без абсцедирования). — А. Вскрытие и дрени гнойника (малая хир перевязочной). 2.Абсцедирующий фурункул века (гнойный стержень, флюктуация). — Б. Инстилляции анти УВЧ-терапия, сухое при неэффективност гормональные инъек полость халязиона. 3.Острый гнойный каналикулит (воспаление слезного канальца, гнойное отделяемое из слезной точки, "выбухание" канальца). — В. Системная антиби срочная консультац челюстно-лицевого (риск флегмоны орб 4.Острый дакриоаденит (воспаление слезной железы) — S-образный изгиб века, отек в наружной части верхнего века, смещение глаза книзу и кнутри. — Г. Зондирование и канальца раствором через слезную точк наличии).	1 – Б 2 – А 3 – Г 4 – В
339.		**Установите правильную последовательность действий врача при оказании помощи пациенту с острым приступом закрытоугольной глаукомы (с**	4 → 3 → 1 → 5 → 2

		момента постановки предварительного диагноза). **Действия:** 1. Инстилляции 1% раствора пилокарпина (в первый час каждые 15 минут). 2.Срочное направление пациента в офтальмологический стационар. 3.Подтверждение диагноза с помощью тонометрии (измерение внутриглазного давления). 4.Сбор анамнеза и проверка остроты зрения. 5.Назначение внутрь ацетазоламида (диакарба) 250 мг и 50% раствора глицерола.	
340.		**Рабочий химического производства доставлен в здравпункт с жалобами на жгущую боль в правом глазу после попадания раствора щелочи. Самостоятельно промыл глаз водой. Visus снижен незначительно. Конъюнктива гиперемирована, роговица прозрачна. Госпитализация не требуется, лечение амбулаторное.** **Установите правильную последовательность оказания неотложной помощи.** **Действия:** 1.Окрашивание роговицы флюоресцеином и осмотр на щелевой лампе. 2.Инстилляции местного анестетика. 3.Закладывание антибактериальной мази и наложение монокулярной повязки. 4.Контрольная струйная промывка конъюнктивальной полости физиологическим раствором (с выворотом век). 5.Инстилляции цитоплегиков (атропин) для уменьшения боли.	2→ 4→ 1 → 5 → 6 → 3

		6.Закапывание антибактериальных капель.	
341.		**Пациент 45 лет жалуется на слезотечение и гнойное отделяемое из левого глаза. При диагностическом промывании слезных путей ординатор выявил, что жидкость в нос не проходит, а вытекает обратно из верхней слезной точки. Предположительный диагноз: обтурация носослезного протока. Состояние неэкстренное, требуется уточнение уровня блока. Установите правильную последовательность действий ординатора для верификации уровня обтурации.** **Действия:** 1.Зондирование слезных путей коническим зондом для механического определения препятствия. 2.Инстилляция анестетика в конъюнктивальную полость. 3.Расширение слезной точки коническим зондом. 4.Повторное промывание через канюлю с оценкой рефлюкса (откуда идет жидкость: из той же точки, из другой, с примесью гноя). 5.Введение канюли в слезный каналец. 6.Решение вопроса о направлении на рентгеноконтрастное исследование (дакриоцистографию).	2 → 3 → 5 → 1 → 4 → 6
342.		**Пациентка 34 лет, менеджер, обратилась с жалобами на резкую боль в правом глазу, усиливающуюся к вечеру, светобоязнь, слезотечение и**	**Диагноз:** Острый передний иридоциклит (острый негранулематозный увеит) правого глаза.

		затуманивание зрения. Симптомы возникли около 2 дней назад, связывает с переохлаждением. Ранее подобного не было. При осмотре: Visus OD = 0,6 (не корригирует), Visus OS = 1,0. При биомикроскопии: выраженная перикорнеальная инъекция, роговица прозрачная, на эндотелии единичные мелкие преципитаты, влага передней камеры мутная (опалесценция +), виден феномен Тиндаля. Зрачок сужен, вяло реагирует на свет. Радужка отечна, рисунок сглажен. Глазное дно без патологии. ВГД пальпаторно в пределах нормы (снижено по сравнению с парным глазом). **Вопросы:** 1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его, перечислив патогномоничные симптомы. 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в амбулаторных условиях для уточнения этиологии? 3. Составьте план неотложной терапии на амбулаторном этапе (перечислите группы препаратов с указанием цели назначения). 4. Оцените прогноз и определите тактику дальнейшего наблюдения за пациенткой.	**Обоснование:** Патогномоничная триада симптомов: светобоязнь (фотофобия), слезотечение, блефароспазм (клинически проявляется болью). Объективные данные: перикорнеальная инъекция (признак воспаления глубоких отделов), преципитаты на эндотелии (скопление воспалительных клеток), опалесценция влаги передней камеры (феномен Тиндаля — экссудация белка), сужение зрачка (миоз) из-за спазма сфинктера, отек радужки. Отсутствие признаков глаукомы (ВГД не повышено) и кератита (роговица прозрачна). **Дополнительные методы исследования:** Общий анализ крови (лейкоцитоз, СОЭ) для оценки системного воспаления. Биохимический анализ крови (ревмопробы: РФ, СРБ, АСЛ-О) для исключения ревматологической патологии. Исследование крови на маркеры инфекций (сифилис, туберкулез, герпес-вирусы, токсоплазмоз) в зависимости от анамнеза. Рентгенография органов грудной клетки (исключение саркоидоза, туберкулеза). Консультация смежных специалистов: стоматолога, ЛОР-врача (для исключения очагов хронической инфекции), ревматолога, фтизиатра (по показаниям). **План неотложной терапии (амбулаторно):** **Мидриатики (цитоплегики):** инстилляции атропина сульфата 1% или тропикамида 0,5-1%. **Цель:** профилактика образования задних синехий (сращений зрачка), уменьшение болевого синдрома за счет снятия спазма цилиарной мышцы, создание покоя радужке. **Глюкокортикостероиды (местно):** инстилляции дексаметазона 0,1% или суспензии преднизолона каждые 2-4 часа в остром периоде. **Цель:** подавление воспалительного процесса, уменьшение экссудации и отека. **Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) местно:** индометацин или диклофенак 3-4 раза в день (как дополнение к стероидам или при их непереносимости). **Системная терапия:** при выраженном процессе или отсут-

			ствии эффекта от местной терапии — НПВП per os (индометацин, диклофенак) коротким курсом. **Прогноз и наблюдение:** Прогноз для жизни благоприятный. Для зрения — при своевременном лечении благоприятный (возможно полное восстановление), однако высок риск рецидивов (хронизации процесса). **Тактика:** контрольный осмотр через 2-3 дня для оценки динамики (расширение зрачка, уменьшение опалесценции). При отсутствии положительной динамики, нарастании боли или снижении зрения — срочная госпитализация. После купирования острого процесса — диспансерное наблюдение офтальмолога и обследование у ревматолога для выяснения этиологии.
343.		**Пациент 48 лет, водитель, обратился с жалобами на постоянный зуд, жжение и "усталость" глаз к вечеру, склеивание ресниц по утрам, периодическое покраснение глаз. Считает себя больным несколько лет, обострения несколько раз в год. Самостоятельно пользовался различными каплями (в том числе с антибиотиком) с кратковременным эффектом. При осмотре: края век утолщены, гиперемированы, у корней ресниц чешуйки и корочки, несколько ресниц отсутствуют. Конъюнктива век гиперемирована, фолликулов нет. Признаки синдрома сухого глаза (проба Норна — 7 сек). Роговица прозрачная. При микроскопии ресниц обнаружены клещи Demodex folliculorum.** **Вопросы:** 1. Сформулируйте полный клинический диагноз. 2. Какие ошибки в лечении допустил пациент ранее? Объясните, почему эффект был кратковременным. 3. Составьте поэтапный план лечения обострения с учетом этиологии (паразитарной инвазии) и сопутствующего синдрома сухого глаза. 4. Дайте рекомендации по гигиене век и профилактике рецидивов.	**Диагноз:** Хронический демодекозный блефароконъюнктивит обоих глаз, ассоциированный с синдромом сухого глаза легкой степени. **Ошибки в лечении:** Бесконтрольное использование антибактериальных капель. При демодекозе антибиотики не действуют на клещей (акарицидным эффектом не обладают). Они лишь подавляют бактериальную флору, что временно уменьшает воспаление, но не устраняет причину. Отсутствие этиотропной терапии (противоклещевой). Игнорирование гигиены век и механического удаления клещей и их продуктов жизнедеятельности. Использование капель с консервантами без учета сопутствующего ССГ, что могло усугубить сухость и раздражение. **План лечения (поэтапно):** **Этап 1 (Этиотропная терапия и гигиена):** Обработка краев век специальными средствами (препараты на основе масла чайного дерева, либо спиртосодержащие лосьоны/капли с метронидазолом или цинк-ихтиоловой мазью). Протирание ватным тампоном у корней ресниц 2 раза в день (утро/вечер) в течение 2-4 недель. Механическое удаление чешуек и корочек.

			Этап 2 (Противовоспалительная терапия): Короткий курс комбинированных капель (например, дексаметазон + гентамицин или тобрамицин) или мазей для подавления бактериального компонента и воспаления (3-5 дней). При выраженном зуде — короткий курс антигистаминных препаратов (местно или системно). **Этап 3 (Коррекция ССГ):** Инстилляции кератопротекторов/слезозаменителей *без консервантов* (гиалуроновая кислота) 3-4 раза в день постоянно, с учетом обострения — чаще. На ночь — закладывание гелей или мазей (витаминные, корнерегель) для увлажнения на длительное время. **Гигиена и профилактика рецидивов:** Строгое соблюдение личной гигиены: отдельное полотенце, наволочка (менять ежедневно или проглаживать горячим утюгом). Ежедневный туалет век даже вне обострения. Исключение жирной, острой пищи и сладкого (способствует активности клеща). Лечение демодекоза у всех членов семьи (при контакте). Контрольное микроскопическое исследование ресниц после курса лечения для подтверждения эффективности.
344.		**Студентка 20 лет, пользователь мягких контактных линз, обратилась с жалобами на сильную боль в левом глазу, светобоязнь, гнойное отделяемое, резкое снижение зрения. Носит линзы около 3 лет, нарушает режим ношения (иногда спит в линзах, использует просроченный раствор). Заболела остро 2 дня назад. При осмотре: Visus OS = 0,1 (счет пальцев у лица). Глазная щель сужена из-за блефароспазма. Выраженная смешанная инъекция. В центре роговицы определяется округлый инфильтрат желтоватого цвета диаметром 4 мм с дефектом ткани (язва), края инфильтрата подрыты, вокруг — отек стромы. В передней камере виден уровень гноя (гипопион) 1 мм. Зрачок и хрусталик за гипопионом не детализируются. Регионарные лимфоузлы увеличены и болезненны. Общее**	**Диагноз:** Ползучая язва роговицы левого глаза (гнойный кератит), осложненная гипопионом (передний увеит). **Этиология:** Наиболее вероятный возбудитель — *Pseudomonas aeruginosa* (синегнойная палочка). Факторы риска: нарушение правил ношения МКЛ (ночной сон в линзах, использование просроченных растворов), что приводит к контаминации линз и роговицы грамотрицательной флорой. **Необходимость госпитализации:** **Да, госпитализация настоятельно показана.** Язва роговицы с гипопионом — это состояние, угрожающее потерей глаза как органа. Хотя прямой угрозы жизни нет, высокая вероятность

		состояние удовлетворительное, температура 37,3°C. **Вопросы:** 1. Сформулируйте диагноз и укажите предположительную этиологию процесса (с учетом анамнеза). 2. Требуется ли госпитализация пациентки? Обоснуйте ответ. 3. Если пациентка отказывается от госпитализации, составьте детальный план лечения в амбулаторных условиях (с указанием кратности введения препаратов). 4. Каков прогноз для зрения при данной патологии и какие осложнения возможны?	перфорации роговицы, эндофтальмита и формирования грубого бельма требует круглосуточного наблюдения и интенсивной терапии. Амбулаторное лечение в данном случае не рекомендуется из-за риска быстрого прогрессирования и невозможности обеспечить инстилляции "по каплям" каждые 15-30 минут. **План лечения (при категорическом отказе от госпитализации — расширенный амбулаторный режим):** **Немедленная отмена контактных линз.** **Инстилляции "по каплям" (форсированный режим):** антибактериальные капли широкого спектра (форсированные фторхинолоны IV поколения — моксифлоксацин 0,5% или комбинация цефалоспоринов + аминогликозидов). Первые 2 часа — каждые 15 минут, затем 2 дня — каждый час, далее по схеме. **Цель:** создание высокой концентрации антибиотика в тканях. **Системная антибиотикотерапия:** фторхинолоны или цефалоспорины III поколения внутрь или внутримышечно. **Цитоплегики:** атропин 1% 2 раза в день (для профилактики синехий и уменьшения болей). **Кератопластика (при угрозе перфорации):** при истончении роговицы — наложение лечебной контактной линзы или цианокрилатного клея. **Ежедневный контроль:** осмотр на щелевой лампе с окрашиванием флюоресцеином для оценки динамики заживления. **Прогноз и осложнения:** **Прогноз для зрения:** серьезный, от исхода лечения зависит сохранность зрения. Исходом может быть формирование бельма (помутнения) различной степени интенсивности, что потребует в дальнейшем кератопластики (пересадки роговицы). **Возможные осложнения:** Десцеметоцеле (выпячивание десцеметовой оболочки). Перфорация роговицы. Эндофтальмит (воспаление внутренних оболочек глаза) — потеря глаза. Вторичная глаукома. Формирование передних синехий и сращение зрачка.

345.		**На амбулаторный прием мама принесла ребенка в возрасте 5 дней. Жалобы на отек век и обильное гнойное отделяемое из обоих глаз, появившееся на 3-й день жизни. Ребенок родился через естественные родовые пути. Мама не обследована на инфекции во время беременности. При осмотре: веки отечны, склеены гноем, конъюнктива резко гиперемирована, отделяемое обильное, желто-зеленого цвета. Роговица прозрачная.** **Вопросы:** 1. Назовите наиболее вероятного возбудителя, учитывая сроки возникновения заболевания (3-й день жизни). 2. Какой препарат (с указанием концентрации) используется для этиотропного лечения данного состояния? 3. Какой обязательный диагностический минимум необходимо выполнить до начала лечения? 4. Требуется ли госпитализация ребенка в данном случае? Ответ обоснуйте.	**1.Возбудитель:** Наиболее вероятный возбудитель — **Neisseria gonorrhoeae** (гонококк). Для гонобленнореи характерно возникновение на 2-3 день жизни и обильное гнойное отделяемое. **2.Препарат:** Промывание конъюнктивальной полости раствором антисептиков и инстилляции **25-30% раствора сульфацила натрия** (альбуцида). В некоторых протоколах — инстилляции раствора бензилпенициллина (20 000 ЕД/мл). **3.Диагностический минимум:** Взятие мазка отделяемого из конъюнктивы на микроскопию и посев для идентификации возбудителя и определения чувствительности к антибиотикам (обязательно *до* начала лечения). **4.Госпитализация: Да, требуется.** Несмотря на отсутствие угрозы жизни, новорожденные с подтвержденной или подозреваемой гонококковой инфекцией подлежат госпитализации для исключения генерализации инфекции и системной антибиотикотерапии. Риск развития язвы роговицы и слепоты высок.
346.		**Пациент 52 лет, страдающий гипертонической болезнью (принимает эналаприл нерегулярно), обратился с жалобой на ярко-красное пятно на белке правого глаза. Появилось утром после сна, субъективно беспокоит только косметический дефект, болей и снижения зрения нет. При осмотре: на глазном яблоке в наружном отделе ярко-красное кровоизлияние с четкими границами, не доходящее до лимба. Visus 1.0. ВГД пальпаторно в норме.** **Вопросы:** 1. Дайте полное название данного состояния на латыни и по-русски. 2. Какие группы препаратов назначаются для ускорения рассасывания кровоизлияния (укажите 2 примера)? 3. На какой день обычно наступает полное рассасывание при неосложненном течении? 4. Какая дополнительная тактика необходима в отношении основного заболева-	**1.Название: Гипосфагма** (лат. Hyposphagma) или **субконъюнктивальное кровоизлияние**. **2.Препараты для рассасывания:** **Антикоагулянты прямого действия** (для местного применения): 0,1% раствор гепарина натрия (инстилляции). **Ангиопротекторы и корректоры микроциркуляции:** эмоксипин 1% (инстилляции). Также могут использоваться препараты йодида калия. **3.Сроки рассасывания:** Обычно полное рассасывание наступает через **10-14 дней**. **4.Тактика в отношении гипертонии:** Пациенту необходимо рекомендовать **контроль артериального давления** (измерение 2 раза в день) и **консультацию терапевта/кардиолога** для коррекции гипотензивной терапии. Кровоизлияние может быть следствием гипертонического криза. Текущее состояние угрозы не представляет, но требует коррекции фонового заболевания

		ния (гипертонии) в данном случае?	
347.		**Пациентка 65 лет жалуется на припухлость, покраснение и болезненность в области внутреннего угла левого глаза. Симптомы появились вчера. При осмотре: в проекции слезного мешка пальпируется болезненное уплотнение (инфильтрат) размером с горошину, кожа над ним гиперемирована. При надавливании из слезных точек выделяется слизисто-гнойное содержимое. Температура тела 37,1°C. Общее состояние удовлетворительное.** **Вопросы:** 1. Какое действие категорически противопоказано при данном состоянии и почему? 2. Какой препарат выбора для местного применения (основная группа)? 3. Назовите условие, при котором пациентке потребуется хирургическое вмешательство (вскрытие). 4. Какое дополнительное инструментальное исследование потребуется пациентке после купирования острого воспаления?	**1.Противопоказано: Массаж** области слезного мешка. Это может привести к прорыву гноя в окружающие ткани (орбиту) и развитию флегмоны орбиты, что является угрожающим зрению состоянием. **2.Препарат выбора (местно): Антибактериальные капли** (например, тобрамицин, левофлоксацин, ципрофлоксацин) для подавления инфекции в конъюнктивальной полости. **3.Показание к хирургии:** Появление **флюктуации** в области инфильтрата, что свидетельствует о формировании абсцесса (гнойника). **4.Исследование после стихания: Рентгеноконтрастное исследование слезных путей (дакриоцистография)** или диагностическое промывание для определения проходимости носослезного канала и планирования плановой операции (дакриоцисториностомии) при хроническом дакриоцистите.
348.		**Заболевания век и конъюнктивы.** **Пациент обратился с жалобами на зуд, жжение, покраснение глаз, склеивание ресниц по утрам. При осмотре: края век утолщены, гиперемированы, у корней ресниц чешуйки и корочки. Ваш предварительный диагноз?** Выберите ОДИН верный вариант ответа: 1. Острый аллергический конъюнктивит 2. Хронический блефарит 3. Эписклерит 4. Синдром сухого глаза	**2**
349.		**Заболевания век и конъюнктивы.** **У пациента на верхнем веке определяется плотное безболезненное округлое образование размером с горошину, не спаянное с кожей, веко не изменено. Кожа над образованием обычного цвета. Ваша тактика?** Выберите ОДИН верный вариант ответа:	**3**

		1.Назначить УВЧ-терапию 2. Направить на экстренное вскрытие 3.Рекомендовать тепловые компрессы и массаж, при отсутствии эффекта через 2-3 недели — иссечение 4.Назначить системные антибиотики	
350.		**Заболевания век и конъюнктивы.** **При осмотре пациента с жалобами на боль в глазу и светобоязнь выявлен инфильтрат на роговице с дефектом эпителия, окрашивающимся флюоресцеином. Перикорнеальная инъекция. Ваш диагноз?** Выберите ОДИН верный вариант ответа: 1. Кератит 2. Конъюнктивит 3. Иридоциклит 4. Острый приступ глаукомы	**1**
351.		**Заболевания век и конъюнктивы.** **У пациента после сна появилось ярко-красное пятно на склере, не доходящее до лимба. Жалоб на боль и снижение зрения нет. Что из перечисленного наиболее вероятно?** Выберите ОДИН верный вариант ответа: 1. Острый иридоциклит 2. Гипосфагма (субконъюнктивальное кровоизлияние) 3. Птеригиум 4. Эписклерит	**2**
352.		**Заболевание роговицы и склеры.** **Пациент с мягкими контактными линзами жалуется на резкую боль, светобоязнь, гнойное отделяемое. При осмотре: на роговице инфильтрат с дефектом ткани, гипопион 1 мм. Какой возбудитель наиболее вероятен?** 1. Золотистый стафилококк	**3**

		2. Аденовирус 3. Синегнойная палочка (Pseudomonas aeruginosa) 4. Грибы рода Candida	
353.		**Для диагностики эрозии роговицы используется:** 1. Тонометрия 2. Окрашивание флюоресцеином 3. Гониоскопия 4. Периметрия	**2**
354.		**При рецидивирующей эрозии роговицы препаратом выбора для стимуляции эпителизации является:** 1. Тимолол 2. Дексаметазон 3. Корнерегель (декспантенол) 4. Пилокарпин	**3**
355.		**Пациент жалуется на локальное покраснение глазного яблока в ограниченном участке, болезненность при пальпации через веко. Характерна болезненность при закапывании адреналина? (признак дифференциальной диагностики эписклерита и склерита). Для эписклерита характерно:** 1. Отсутствие эффекта от закапывания адреналина 2. Побледнение после закапывания адреналина 3. Усиление боли после закапывания адреналина 4. Появление гипопиона после закапывания адреналина	**2**
356.		**Пациент 70 лет жалуется на безболезненное снижение зрения левого глаза утром. При осмотре: глаз бледный, зрачок расширен, реакция на свет**	**2**

		отсутствует. На глазном дне: резкое сужение артерий, отек сетчатки, симптом "вишневой косточки" в макуле. Ваш диагноз? 1. Тромбоз центральной вены сетчатки 2. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки (эмболия) 3. Оптический неврит 4. Гемофтальм	
357.		**Для острого приступа закрытоугольной глаукомы характерно всё, КРОМЕ:** 1. Расширенного зрачка (мидриаза) 2. Отека роговицы 3. Твердого ("каменного") глазного яблока 4. Суженного зрачка (миоза)	**4**
358.		**При подостром приступе глаукомы первым препаратом для местного снижения ВГД назначают:** 1. Пилокарпин 1% 2. Атропин 1% 3. Тимолол 0,5% 4. Дексаметазон 0,1%	**3**
359.		**Для купирования острого приступа глаукомы системно используется:** 1. Парацетамол 2. Ацетазоламид (Диакарб) 3. Амлодипин 4. Аспирин	**2**
360.		**При химическом ожоге глаза первоочередным действием является:** 1. Наложение монокулярной повязки 2. Немедленное обильное промывание водой или физраствором 3. Закапывание антибиотиков 4. Транспортировка в стационар	**2**
361.		**У пациента с абсцедирующим ячменем (флюктуация) показано:** 1. УВЧ-терапия 2. Системные антибиотики	**3**

		3. Вскрытие и дренирование гнойника 4. Гормональные мази	
362.		**При остром дакриоцистите (флегмона слезного мешка) категорически противопоказано:** 1. Назначение системных антибиотиков 2. Массаж области слезного мешка 3. Сухое тепло на стадии инфильтрации 4. Консультация ЛОР-врача	**3**
363.		**Пациент с жалобами на инородное тело в глазу. При осмотре на конъюнктиве верхнего века определяется инородное тело. Ваша тактика:** 1. Назначить обильное промывание глаз 2. Удалить инородное тело ватным тампоном после инстилляции анестетика 3. Назначить антибиотики и отпустить домой 4. Наложить бинокулярную повязку	**2**
364.	**ПК-2**	**Установите соответствие между возрастом ребенка (1-4) и обязательным минимальным объемом обследования при профилактическом осмотре (А-Г).** **Возраст ребенка** — **Объем обследования** 1. 1 месяц (первый профилактический осмотр) — А. Определение остроты зрения (визометрия) без коррекции и с коррекцией (при наличии очков), рефрактометрия, осмотр глазного дна. 2. 1 год — Б. Осмотр глазного дна с узким зрачком, осмотр придаточного аппарата, определение положения и подвижности глазных яблок. 3. 6-7 лет (перед школой) — В. Осмотр органа зрения (наружный осмотр), скиаскопия (или авторефрактометрия) в условиях циклоплегии, осмотр глазного дна.	1 – Б 2 – В 3 – А 4 – Г

		4. 15-17 лет (подростки) — Г. Визометрия, рефрактометрия (в узкий зрачок), осмотр глазного дна, биомикроскопия, тонометрия (по показаниям).	
365.		**В рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приказ Минздрава РФ №404н) проводится скрининг на выявление глаукомы. Установите соответствие между данными скрининга и тактикой ведения пациента.** **Результат скрининга** — **Тактика врача** 1. ВГД = 24 мм рт. ст. (пневмотонометрия), пациент старше 60 лет, жалоб нет. — А. Считать здоровым по данному критерию, рекомендовать повторный осмотр через 3 года. 2. ВГД = 18 мм рт. ст., при осмотре глазного дна выявлена асимметрия экскавации ДЗН (Э/Д 0,6 на одном глазу и 0,4 на другом). — Б. Направить на дополнительное обследование (периметрию, оптическую когерентную томографию (ОКТ) диска зрительного нерва). 3. ВГД = 16 мм рт. ст. на обоих глазах, диск зрительного нерва бледно-розовый, экскавация физиологическая. — В. Экстренная госпитализация (подозрение на острый приступ). 4. ВГД = 32 мм рт. ст., пациент жалуется на боль в глазу, тошноту, затуманивание зрения. — Г. Повторная тонометрия в другое время суток, проведение нагрузочных проб.	1 – Г 2 – Б 3 – А 4 –В
366.		**Врач-офтальмолог участвует в работе врачебной комиссии по проведению предварительных (при поступлении на работу) и периодических**	1 – В 2 – Г

		медицинских осмотров (Приказ Минздравсоцразвития РФ №302н). Необходимо соотнести выявленную патологию (1-4) с решением о профпригодности для конкретной профессиональной группы (А-Г). Установите соответствие между состоянием органа зрения и профессиональной группой, для которой это состояние является противопоказанием. **Состояние органа зрения** — **Профессиональная группа** 1. Дальтонизм (нарушение цветоощущения). — А. Водители транспортных средств категории "В" (легковые автомобили). 2. Острота зрения с коррекцией 0,4 на лучше видящем глазу (при допуске к управлению легковым автомобилем). — Б. Работы на высоте (верхолазы, монтажники). 3. Монокулярное зрение (один глаз отсутствует или слепой, острота зрения второго глаза с коррекцией 0,8). — В. Пилоты гражданской авиации. 4. Прогрессирующая миопия высокой степени (более -8,0 дптр). — Г. Допуск к управлению легковым автомобилем невозможен.	3 – Б 4 – В
367.		**Установите правильную последовательность действий врача при проведении профилактического осмотра ребенка 1 месяца.** **Действия:** 1. Осмотр глазного дна (офтальмоскопия) с узким зрачком для оценки состояния диска зрительного нерва, макулярной области и сосудов сетчат-	2→ 4 → 5 → 3 → 1→ 6

		ки. 2. Наружный осмотр органа зрения: оценка положения век, ширины глазной щели, формы и подвижности глазных яблок. 3. Оценка прозрачности оптических сред (роговицы, хрусталика, стекловидного тела) в проходящем свете. 4. Определение характера зрения (фиксация взора на предмете, слежение за движущейся игрушкой). 5. Проверка реакции зрачков на свет (прямая и содружественная). 6. Запись результатов осмотра в историю развития ребенка (форма 112/у) и составление плана дальнейшего наблюдения.	
368.		**Установите правильную последовательность действий медицинского персонала (фельдшера/врача) при проведении скрининга глаукомы.** **Действия:** 1. Измерение внутриглазного давления бесконтактным тонометром. 2. Направление пациента к врачу-офтальмологу при выявлении отклонений. 3. Опрос пациента о наличии факторов риска (возраст, наследственность, сопутствующие заболевания). 4. Интерпретация результата тонометрии (сравнение с возрастной нормой, оценка асимметрии). 5. Запись результата в маршрутную карту диспансеризации. 6. Информирование пациента о необходимости регулярного контроля ВГД (при нормальных показателях).	3 → 1 → 4 → 5 → 6→2
369.		**Установите правильную последовательность действий врача-офтальмолога при определении профессиональной пригодности водителя.** **Действия:** 1. Определение остроты зрения с коррекцией и без (визометрия). 2. Принятие решения о профессиональной пригодности (годен/не годен) с записью в заключительном акте.	1 → 3 → 4 → 5 → 6→2

		3. Проверка цветоощущения (полихроматические таблицы Рабкина или аномалоскоп). 4. Исследование полей зрения (периметрия или кампиметрия). 5. Осмотр структур глаза методом биомикроскопии. 6. Оценка результатов дополнительных методов (при наличии) и сопоставление с требованиями приказа.	
370.		**На профилактическом осмотре в поликлинике ребенок в возрасте 1 год. Мама жалуется, что малыш часто трет глазки, при ярком свете щурится, игрушки рассматривает близко к глазам. Ребенок родился в срок, наследственность по офтальмопатологии не отягощена. При осмотре: зрачки симметричны, реакция на свет живая. Оптические среды прозрачны. При авторефрактометрии без циклоплегии выявлена миопия средней степени: OD -3,5 D, OS -4,0 D. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы четкие, в макулярной области и по периферии патологии не выявлено.** **Вопросы:** 1.Соответствует ли объем проведенного осмотра требованиям Приказа Минздрава РФ №514н для детей в возрасте 1 года? Какой обязательный метод исследования должен быть выполнен для точной диагностики? 2.Каков наиболее вероятный клинический диагноз? 3.Составьте план дальнейшего ведения ребенка (тактика наблюдения, коррекция, сроки следующего осмотра). 4.Дайте рекомендации родителям по режиму зрительных нагрузок и профилактике прогрессирования.	**1.Соответствие объему осмотра:** Объем осмотра проведен **не полностью**. Согласно Приказу Минздрава РФ №514н от 10.08.2017, в 1 год ребенку обязательно проводится **скиаскопия (или авторефрактометрия) в условиях циклоплегии** (с закапыванием атропина или циклопентолата). Авторефрактометрия без циклоплегии недостаточно точна, так как выявляет не истинную рефракцию, а рефракцию на фоне напряжения аккомодации (спазма). Возможно, имеет место ложная миопия или гиперметропия со спазмом аккомодации. **2.Наиболее вероятный диагноз:** Врожденная (или рано приобретенная) миопия средней степени обоих глаз. Требуется уточнение после циклоплегии. Дифференциальный диагноз: спазм аккомодации на фоне дальнозоркости. **3.План дальнейшего ведения:** **Немедленно:** Провести авторефрактометрию в условиях циклоплегии (закапывание 0,5-1% раствора циклопентолата или 0,1% атропина по схеме) для определения истинной рефракции. **Подбор коррекции:** При подтверждении миопии высокой степени (более 3,0 D) у ребенка 1 года показана **постоянная очковая коррекция** для профилактики амблиопии и косоглазия. **Наблюдение:** Диспансерный учет у офтальмолога. Повторный осмотр через 3-6 месяцев (после адаптации к очкам) для контроля рефракции и динамики роста глаза. **Консультации:** Исключение синдромальной патологии (педиатр, невролог) при прогрессировании. **4.Рекомендации родителям:**

			Регулярное ношение очков (снимать только на время сна и водных процедур). Организация правильного зрительного режима: достаточное освещение рабочего места (игрового уголка), ограничение времени просмотра мультфильмов (не более 15-20 минут в день). Развивающие игры с крупными деталями, исключение мелких игрушек, требующих сильного напряжения зрения вблизи. Прогулки на свежем воздухе не менее 2-3 часов в день (естественная профилактика прогрессирования миопии). Контрольный осмотр строго в назначенные сроки.
371.		**На профилактическом осмотре подросток 16 лет, юноша, проходит комиссию для поступления в летное училище (требования к здоровью высокие). Жалоб не предъявляет, носит очки для дали (миопия слабой степени) периодически. При осмотре: Visus OD = 0,3 (с корр. -1,5 D = 1,0); Visus OS = 0,4 (с корр. -1,25 D = 1,0). Цветоощущение: по таблицам Рабкина прочитал все таблицы, но 3 таблицы с задержкой и неуверенно. Поля зрения в норме. ВГД 17 мм рт. ст. Глазное дно: миопический конус с височной стороны ДЗН OD, OS без патологии. Рефракция в условиях циклоплегии: OD -1,75 D, OS -1,5 D.** **Вопросы:** 1.Соответствует ли состояние зрения подростка требованиям для поступления в летное училище (пилот гражданской авиации)? Ответ обоснуйте ссылками на нормативные критерии. 2.Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения профессиональной пригодности? 3.Как классифицируется миопия по степени и по течению в данном случае? 4.Какие рекомендации по коррекции и режиму зрительных нагрузок следует дать подростку, даже если в летное училище его не возьмут?	**1.Соответствие требованиям:** **Не соответствует (с высокой вероятностью будет признан негодным).** Для пилотов гражданской авиации требования к зрению крайне жесткие. **Острота зрения:** Допустима коррекция, но степень миопии часто лимитируется. Для пилотов-профессионалов миопия более -1,0 D часто является противопоказанием (зависит от конкретного регламента медицинского освидетельствования). **Цветоощущение:** Подозрение на цветоаномалию (неуверенное чтение таблиц) является абсолютным противопоказанием для летной работы, так как требует точного различения сигнальных огней. **Глазное дно:** Наличие миопического конуса свидетельствует о дистрофических изменениях на глазном дне, что является фактором риска отслойки сетчатки при перегрузках (что недопустимо для пилота). **2.Дополнительные методы:** **Углубленное исследование цветоощущения:** Аномалоскопия (аппарат АН-59) для точного определения типа и степени цветоаномалии. **Периметрия:** Исследование полей зрения на белый и цветные объекты. **Офтальмоскопия с линзой Гольдмана:** Тщательный осмотр периферии сетчатки для исключения периферических витреохориоретинальных дистрофий (ПВХРД), опасных в плане отслойки.

			Оптическая когерентная томография (ОКТ) диска зрительного нерва и макулы: Оценка состояния сетчатки и толщины слоя нервных волокон. **3.Классификация миопии:** **По степени:** Миопия **слабой степени** (до -3,0 D). **По течению: Стационарная (непрогрессирующая)** – разница между субъективной и объективной рефракцией минимальна, данных за прогрессирование нет (однократный осмотр не позволяет судить о динамике, но по данным анамнеза – стабильна). **4.Рекомендации:** **Коррекция:** Постоянное ношение очков или контактных линз для профилактики зрительного утомления и астенопии. **Режим нагрузок:** Чередование зрительной работы с отдыхом, гимнастика для глаз. **Физическая активность:** Противопоказаны виды спорта, связанные с сотрясениями тела и риском травм (бокс, борьба, прыжки в воду), из-за риска отслойки сетчатки при наличии периферических дистрофий (если они будут выявлены). **Диспансерное наблюдение:** Осмотр офтальмолога 1 раз в год с обязательным осмотром глазного дна с широким зрачком.
372.		**Пациент 63 лет, в рамках диспансеризации (Приказ Минздрава РФ №404н) прошел скрининговое обследование. Ранее у офтальмолога не наблюдался. Жалоб на зрение не предъявляет, однако отмечает, что иногда к вечеру чувствует дискомфорт в глазах и видит радужные круги вокруг источников света. При скрининге: ВГД (пневмотонометрия) OD = 26 мм рт. ст., OS = 24 мм рт. ст. Пациент направлен к офтальмологу. На приеме у ординатора: Visus OD = 0,7 (не корригирует), Visus OS = 0,8. Периферические поля зрения: концентрическое сужение на 10° на OD, на OS в пределах нормы. Биомикроскопия: начальная катаракта обоих глаз. Офтальмоскопия: экскавация ДЗН OD 0,7 (вертикальный овал), OS 0,4, соотношение Э/Д асимметричное.** **Вопросы:**	1.**Предварительный диагноз:** Первичная открытоугольная глаукома III стадии (развитая) правого глаза. Подозрение на глаукому левого глаза. **Подтверждающие симптомы:** Анамнестические: жалобы на радужные круги (один из субъективных признаков повышения ВГД). Тонометрические: повышение ВГД выше возрастной нормы (24-26 мм рт. ст.). Периметрические: концентрическое сужение поля зрения на OD (характерный глаукоматозный дефект). Офтальмоскопические: увеличение экскавации ДЗН (Э/Д 0,7) и асимметрия экскавации между парными глазами (0,7 и 0,4) – патогномоничный признак глаукомы.

		1.Сформулируйте предварительный диагноз. Какие симптомы (включая анамнестические) подтверждают ваше предположение? 2.Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и определения стадии? 3.Какова дальнейшая тактика ведения пациента (нуждается ли в лечении, наблюдении, направлении на МСЭ)? 4.Дайте рекомендации пациенту по образу жизни и режиму труда с учетом предварительного диагноза.	**2.Дополнительные методы:** **Суточная тонометрия (или тонометрия в разное время суток):** для определения индивидуального "пика" ВГД и подбора режима инстилляций. **Статическая компьютерная периметрия:** для точной документации дефектов поля зрения и мониторинга прогрессирования. **Оптическая когерентная томография (ОКТ) диска зрительного нерва и слоя нервных волокон сетчатки:** для объективной оценки потери нервных волокон и толщины нейроретинального пояска. **Гониоскопия:** для визуальной оценки угла передней камеры (подтверждение открытоугольной формы). **Пахиметрия:** измерение толщины роговицы (для коррекции погрешности тонометрии). **3.Дальнейшая тактика:** **Лечение:** Пациент нуждается в немедленном начале гипотензивной терапии. Назначение местных препаратов первой линии (аналоги простагландинов или β-адреноблокаторы). При неэффективности — лазерная трабекулопластика или хирургическое лечение. **Наблюдение:** Диспансерный учет у офтальмолога по месту жительства. Контроль ВГД, полей зрения и состояния ДЗН каждые 3-6 месяцев. **МСЭ:** Направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для установления группы инвалидности на данной стадии (III стадия с сужением поля зрения) показано, так как имеются стойкие ограничения зрительных функций. **4.Рекомендации по образу жизни:** **Режим труда:** Исключение ночных смен, работы с наклоном головы (провоцирует подъем ВГД), вибрации, подъема тяжестей. **Быт:** Сон с приподнятым головным концом кровати. Исключение перегрева (баня, сауна, длительное пребывание на солнце). **Питание:** Ограничение потребления жидкости (не более 1,5 л в

			сутки), исключение крепкого чая, кофе, алкоголя. **Медикаменты:** Соблюдение строгой регулярности инстилляций (капли закапывать строго по часам). При назначении системных препаратов (например, от гипертонии) предупреждать врачей о наличии глаукомы. **Наблюдение:** Строгое соблюдение сроков контрольных осмотров, даже при отсутствии жалоб.
373.		**В рамках диспансеризации (Приказ Минздрава РФ №404н) пациенту 65 лет проведено скрининговое обследование. Результат пневмотонометрии: ВГД OD = 23 мм рт. ст., OS = 21 мм рт. ст. Пациент жалоб не предъявляет.** **Вопросы:** 1. С какого возраста проводится скрининг внутриглазного давления в рамках диспансеризации? 2. Какое значение ВГД считается пороговым для направления к офтальмологу при скрининге? 3. Какой дополнительный фактор риска (кроме возраста) необходимо уточнить у данного пациента? 4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента с данными показателями?	1. **Возраст скрининга:** С **40 лет** (в рамках диспансеризации измерение ВГД проводится 1 раз в год). 2. **Пороговое значение:** ВГД **выше 22-23 мм рт. ст.** (при измерении бесконтактным тонометром) является основанием для направления к офтальмологу для углубленного обследования. 3. **Фактор риска:** Наличие **наследственности** (глаукома у близких родственников) и **сопутствующих заболеваний** (сахарный диабет, артериальная гипертензия). 4. **Дальнейшая тактика:** Пациент подлежит направлению к врачу-офтальмологу для проведения **суточной тонометрии, гониоскопии, периметрии и ОКТ диска зрительного нерва** с целью исключения или подтверждения глаукомы.
374.		**На профилактическом осмотре ребенок 6 лет (подготовительная группа детского сада). При проверке остроты зрения выявлено: Visus OD = 0,6, Visus OS = 0,7. Объективно: глазные яблоки спокойны, оптические среды прозрачны, глазное дно без патологии**. **Вопросы:** 1. Соответствует ли острота зрения 0,6-0,7 возрастной норме для 6 лет? 2. Какой обязательный метод исследования должен быть выполнен для уточнения причины снижения зрения? 3. Назовите 3 возможные причины снижения остроты зрения у ребенка данного возраста (наиболее частые). 4. Каков оптимальный срок следующего контрольного осмотра при отсут-	1. **Соответствие норме: Нет, не соответствует.** Для детей 6-7 лет острота зрения в норме должна составлять **0,8-1,0**. Показатели 0,6-0,7 расцениваются как снижение зрения. 2. **Обязательный метод: Авторефрактометрия (или скиаскопия) в условиях циклоплегии** (с закапыванием циклопентолата или атропина) для определения истинной рефракции и исключения спазма аккомодации. 3. **Возможные причины:** o **Аномалии рефракции:** миопия, гиперметропия, астигматизм (наиболее частая причина). o **Спазм аккомодации** (псевдомиопия). o **Амблиопия** ("ленивый глаз") на фоне некорригированной аномалии рефракции.

		ствии грубой патологии?	4. **Срок следующего осмотра:** При отсутствии грубой патологии следующий профилактический осмотр проводится через **1 год** (в 7 лет, перед поступлением в школу или в 1 классе). При выявлении патологии — сразу после циклоплегии и подбора коррекции.
375.		**Водитель (категория "B") проходит периодический медицинский осмотр согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ №302н. При обследовании выявлено: Visus OD = 0,3 (с корр. -2,0 D = 0,8); Visus OS = 0,4 (с корр. -1,5 D = 0,9); цветоощущение по таблицам Рабкина — дейтеранопия (не различает зеленый цвет).** **Вопросы:** 1. Является ли нарушение цветоощущения (дейтеранопия) противопоказанием для управления транспортом категории "B"? 2. Какова минимально допустимая острота зрения на лучше видящем глазу с коррекцией для водителей категории "B"? 3. Допустим ли данный водитель к управлению транспортным средством? Ответ обоснуйте. 4. Какая отметка должна быть внесена в медицинское заключение при выявлении нарушения цветоощущения?	1. **Противопоказание: Да, является.** Дейтеранопия (полное неразличение зеленого цвета) входит в перечень медицинских противопоказаний к управлению транспортными средствами категории "B". 2. **Минимальная острота зрения:** Для водителей категории "B" минимальная острота зрения на лучше видящем глазу с коррекцией должна быть не ниже **0,6** (на хуже видящем — не ниже 0,2). 3. **Допуск к управлению: Нет, не допускается.** Несмотря на то, что острота зрения с коррекцией соответствует норме (на лучше видящем глазу 0,9), наличие дейтеранопии является абсолютным противопоказанием, так как водитель не сможет адекватно воспринимать сигналы светофора. 4. **Отметка в заключении:** В медицинском заключении делается запись: **"Не годен к управлению транспортными средствами категории "B" по состоянию цветоощущения"** или указывается код заболевания по МКБ и заключение "Противопоказан".
376.		**В соответствии с Приказом Минздрава РФ №514н (действующим до 01.09.2025) и новым Приказом №211н (вступающим в силу с 01.09.2025), осмотр офтальмологом ребенка в возрасте 1 месяца и 1 года должен проводиться:** 1. Только в условиях естественного освещения 2. Только с использованием авторефрактометра 3. В условиях мидриаза (с расширенным зрачком) 4. Без применения каких-либо диагностических средств	**3**
377.		**Согласно Приказу Минздрава РФ №514н, в каком возрасте ребенок впервые осматривается врачом-офтальмологом в рамках профилактического медицинского осмотра?**	**2**

		1. 3 месяца 2. 1 месяц 3. 6 месяцев 4. 1 год	
378.		**При профилактическом осмотре ребенка в возрасте 1 года, какой метод исследования обязателен для оценки рефракции?** 1. Визометрия 2. Авторефрактометрия (скиаскопия) в условиях циклоплегии 3. Тонометрия 4. Биомикроскопия	**2**
379.		**В какие возрастные периоды, согласно Приказу №514н, офтальмолог обязательно участвует в профилактическом осмотре ребенка (кроме 1 месяца и 1 года)?** 1. 2 года, 5 лет, 9 лет 2. 3 года, 6 лет, 7 лет, 10 лет, 13 лет, 15-17 лет 3. 4 года, 8 лет, 11 лет 4. Только перед школой и в подростковом возрасте	**2**
380.		**При профилактическом осмотре ребенка 6 лет (перед школой) выявлена острота зрения 0,6 на оба глаза. Какова должна быть тактика врача?** 1. Признать ребенка здоровым, так как для 6 лет это норма 2. Рекомендовать подбор очков для постоянного ношения 3. Направить на авторефрактометрию в условиях циклоплегии для уточнения рефракции 4. Назначить витаминные капли и отпустить	**3**
381.		**С какого возраста измерение внутриглазного давления (ВГД) входит в обязательный объем диспансеризации взрослого населения (Приказ №404н)?**	**3**

		1. С 18 лет 2. С 35 лет 3. С 40 лет 4. С 50 лет	
382.		**Какое значение внутриглазного давления при скрининге бесконтактным тонометром является основанием для направления пациента к офтальмологу на 2-й этап диспансеризации?** 1. Выше 18 мм рт. ст. 2. Выше 20 мм рт. ст. 3. Выше 22-23 мм рт. ст. 4. Выше 25 мм рт. ст.	**3**
383.		**Как часто проводится диспансеризация у граждан в возрасте 40 лет и старше?** 1. 1 раз в 3 года 2. Ежегодно 3. 1 раз в 5 лет 4. По желанию пациента	**2**
384.		**Что входит в объем профилактического осмотра врача-офтальмолога согласно клиническим рекомендациям?** 1. Только визометрия 2. Только офтальмоскопия 3. Измерение угла косоглазия, рефрактометрия, визометрия, определение характера зрения, гетерофории 4. Только тонометрия	**3**

385.		**Пациент 45 лет проходит диспансеризацию. При скрининге ВГД = 24 мм рт. ст. на правом глазу. Ваши действия?** 1. Считать здоровым, рекомендовать повтор через 3 года 2. Направить к офтальмологу на 2-й этап диспансеризации 3. Назначить гипотензивные капли самостоятельно 4. Отправить на физиолечение	**2**
386.		**Согласно Приказу №302н, для работников, выполняющих работы на высоте, обязательным исследованием у офтальмолога является:** 1. Только визометрия 2. Визометрия и исследование полей зрения 3. Только тонометрия 4. Только биомикроскопия	**2**
387.		**Какая острота зрения с коррекцией является противопоказанием для работ на высоте (крановщики, верхолазы) согласно Приказу №302н?** 1. Ниже 0,5 на одном глазу и ниже 0,2 на другом 2. Ниже 0,3 на обоих глазах 3. Ниже 0,7 на лучше видящем глазу 4. Любое снижение зрения без коррекции	**1**

388.		**Для работ по обслуживанию электроустановок (с напряжением выше 42 В) обязательным исследованием у офтальмолога является:** 1. Только острота зрения 2. Острота зрения и поля зрения 3. Только цветоощущение 4. Только рефрактометрия	**2**
389.		**Какое нарушение цветоощущения является противопоказанием для водителей транспортных средств категории "В"?** 1. Только полная цветослепота (ахроматопсия) 2. Любая дихромазия (дейтеранопия, протанопия, тританопия) 3. Только дейтераномалия (ослабление восприятия зеленого) 4. Нарушения цветоощущения не являются противопоказанием для категории "В"	**2**
390.		Какова периодичность диспансерного наблюдения детей с содружественным косоглазием? 1. 1 раз в 2 года 2. Не реже 1 раза в год 3. 1 раз в 5 лет 4. Только при ухудшении состояния	**2**
391.		**Что включает в себя диспансерный прием врача-офтальмолога при содружественном косоглазии?** 1. Только контроль остроты зрения 2. Измерение угла косоглазия, рефрактометрию, визометрию, определение характера зрения, подбор коррекции 3. Только осмотр глазного дна 4. Только тонометрию и периметрию	**2**
392.	**ПК-5**	**Установите соответствие между клиническим описанием (диагнозом) (1-4) и**	1-Б 2-А

		правильным кодом по МКБ-10 (А-Г). **Клиническое описание** — **Код МКБ-10 2)** 1. Пациент 70 лет с постепенным снижением зрения. При биомикроскопии: помутнение в центральной части хрусталика (ядре). — А. H40.1 – Первичная открытоугольная глаукома 2. Пациент 55 лет с периодическим затуманиванием зрения. При тонометрии: ВГД 28 мм рт. ст., угол передней камеры открыт, экскавация ДЗН 0,7. — Б. H25.0 – Старческая ядерная катаракта 3. Пациент 45 лет с жалобами на "пятно" перед глазом. При офтальмоскопии: друзы диска зрительного нерва. — В. H47.3 – Другие болезни диска зрительного нерва 4. Пациент 30 лет с жалобами на плавающие помутнения. При осмотре: деструкция стекловидного тела. — Г. H43.8 – Другие болезни стекловидного тела	3-В 4-Г
393.		**Установите соответствие между симптомом и нозологической формой (с указанием кода).** **Симптом** — **Заболевание** 1. Преципитаты на эндотелии роговицы, опалесценция вла- — А. H10.0 – Острый конъюнктивит	1-Б 2-В 3-А 4-Г

		ги передней камеры (феномен Тиндаля). 2. Инфильтрат роговицы с дефектом ткани, окрашивающимся флюоресцеином. 3. Обильное гнойное отделяемое, инъекция сосудов конъюнктивы, отек век. 4. Застойная инъекция, отек роговицы («матовое стекло»), мидриаз.	Б. H20.0 – Острый иридоциклит В. H16.0 – Язва роговицы Г. H40.2 – Острый приступ закрытоугольной глаукомы
394.		**Установите соответствие между диагнозом (нозологической формой) (1-4) и правильным блоком МКБ-10 (А-Г), к которому относится данное заболевание.** **Диагноз** — **Блок МКБ-10** 1. Хронический дакриоцистит. — А. H15-H22 — Болезни склеры, роговицы, радужки и цилиарного тела 2. Птеригий (крыловидная плева). — Б. H00-H06 — Болезни век, слезных путей и глазницы 3. Острый иридоциклит. — В. H10-H13 — Болезни конъюнктивы 4. Язва роговицы. — Г. H25-H28 — Болезни хрусталика	1-Б 2-В 3-А 4-А
395.		**На амбулаторный прием обратился пациент с жалобами на покраснение правого глаза, боль, светобоязнь и снижение зрения. Ординатору необходи-**	**2-5-1-3-4-6**

		мо провести дифференциальную диагностику, установить нозологическую форму и правильно закодировать диагноз по МКБ-10. Установите правильную последовательность действий врача при диагностике и кодировании состояния. **Действия:** 1.Проведение дифференциальной диагностики на основе оценки типа инъекции, состояния зрачка, данных биомикроскопии и тонометрии. 2.Сбор жалоб и анамнеза заболевания (характер боли, наличие отделяемого, связь с факторами риска). 3.Формулировка развернутого клинического диагноза в соответствии с классификацией. 4.Выбор соответствующего кода по МКБ-10 на основе сформулированного диагноза. 5.Проведение инструментальных методов исследования (биомикроскопия, тонометрия, офтальмоскопия). 6.Запись диагноза и кода в медицинскую документацию.	
396.		**Пациент 68 лет, страдающий сахарным диабетом 2 типа в течение 15 лет, обратился с жалобами на прогрессирующее снижение зрения обоих глаз. При осмотре выявлены микроаневризмы, интраретинальные кровоизлияния, твердые экссудаты в макулярной области, а также начальная ядерная катаракта. Необходимо правильно сформулировать развернутый клинический диагноз для последующего кодирования по МКБ-10. Установите правильную последовательность этапов формулировки развернутого клинического диагноза.** **Действия:** 1.Указание сопутствующих заболеваний (катаракта, гипертоническая болезнь и др.). 2.Указание осложнений основного заболевания (макулярный отек, кровоизлияния). 3.Определение основного заболевания (нозологической формы), приведшего к обращению.	**6, 3, 5, 2, 1, 4**

		4.Кодирование основного заболевания по МКБ-10 с использованием "звездочки" при необходимости. 5.Уточнение стадии, степени тяжести, клинической формы заболевания. 6.Сбор анамнеза и проведение полного офтальмологического обследования.	
397.		**В приемный покой доставлен пациент с проникающим ранением правого глаза, полученным при работе с металлом. При осмотре: на роговице рана с выпадением радужки, травматическая катаракта, гифема. Необходимо правильно закодировать данное состояние по МКБ-10. Установите правильную последовательность действий при выборе кодов МКБ-10 для данного состояния**. **Действия:** 1.Выбор дополнительных кодов для детализации осложнений (катаракта, гифема). 2.Определение основного кода из класса XIX (травмы) в зависимости от характера повреждения. 3.Сбор анамнеза и уточнение обстоятельств травмы (механизм, время, наличие инородного тела). 4.Проведение клинико-инструментального обследования для оценки объема повреждения. 5.Формулировка полного клинического диагноза (основной + осложнения). Выбор кода внешней причины травмы (класс XX) при необходимости.	**3, 4, 2, 1, 5, 6**
398.		**Пациент 62 лет, страдающий сахарным диабетом 2 типа в течение 14 лет (последний год получает инсулин), обратился с жалобами на прогрессирующее снижение зрения обоих глаз, искажение предметов (метаморфопсии) перед правым глазом. Из анамнеза: артериальная гипертензия 2 стадии, уровень гликированного гемоглобина — 8,9%. При осмотре: Visus OD = 0,1 (не корригирует), Visus OS = 0,4 (не корригирует). При биомикроскопии: начальная корковая катаракта обоих глаз. Офтальмоскопия (с широким зрачком): на глазном дне обоих глаз множественные микроаневризмы, интраретинальные кровоизлияния, твердые экссудаты. На правом глазу в макулярной области определяются кистозные изменения, утолщение сетчатки, зона отека захватывает центр фовеа. На левом глазу макула без отека, но с**	**1.Клинический диагноз:** **Основное заболевание:** Диабетическая непролиферативная ретинопатия обоих глаз, препролиферативная стадия (наличие мягких экссудатов). **Осложнение:** Диабетический макулярный отек правого глаза (кистозный, с вовлечением центра фовеа). Диабетическая макулопатия левого глаза (экссудативная форма без отека). **Сопутствующие заболевания:** Начальная корковая катаракта обоих глаз. Артериальная гипертензия 2 стадии. Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный. **2.Коды по МКБ-10:**

		множественными твердыми экссудатами. На периферии сетчатки единичные "ватные" очаги (мягкие экссудаты). **Вопросы:** 1.Сформулируйте полный клинический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания) в соответствии с современными требованиями. 2.Укажите правильные коды по МКБ-10 для основного заболевания и его осложнения (с использованием "звездочки" при необходимости). 3.Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения стадии макулопатии и тактики лечения? 4.Определите дальнейшую тактику ведения пациента (лечение, наблюдение, диспансеризация).	**Основной код (для ретинопатии): H36.0*** — Диабетическая ретинопатия (поражение сетчатки при болезнях, классифицированных в других рубриках). **Этиологический код (для диабета): E11.3** — Инсулиннезависимый сахарный диабет с поражениями глаз. **Дополнительный код (для макулярного отека):** специфического кода для макулярного отека нет, он кодируется как часть диабетической ретинопатии. При необходимости можно использовать **H35.8** — Другие уточненные болезни сетчатки (для уточнения характера макулопатии). **3.Дополнительные методы исследования:** **Оптическая когерентная томография (ОКТ) макулярной области:** для подтверждения и количественной оценки макулярного отека, измерения толщины сетчатки в центре, выявления кистозных изменений и тракционного компонента. **Флюоресцентная ангиография (ФАГ) сетчатки:** для оценки зон ишемии, проницаемости сосудов, выявления окклюзии капилляров и решения вопроса о лазеркоагуляции. **Компьютерная периметрия:** для оценки функциональных потерь, выявления центральных и парацентральных скотом. **4.Дальнейшая тактика:** **Лечение:** Направление к офтальмологу-лазерному хирургу для решения вопроса о проведении фокальной или панретинальной лазеркоагуляции сетчатки. Рассмотреть вопрос о назначении интравитреальных ингибиторов ангиогенеза (anti-VEGF) при наличии клинически значимого макулярного отека с вовлечением центра. **Наблюдение:** Диспансерное наблюдение у офтальмолога по месту жительства. Контрольные осмотры каждые 3 месяца с обязательным проведением ОКТ и периметрии. **Коррекция сопутствующей патологии:** Рекомендация эндокринологу для достижения целевых уровней гликемии (гликированный гемоглобин менее 7,0%). Рекомендация кардиологу для контроля артериального давления. **Катаракта:** Наблюдение в динамике, при прогрессировании и снижении зрения — решение вопроса о факоэмульсификации после стабилизации ретинопатии и отсутствия макулярного

			отека.
399.		**Пациентка 68 лет доставлена родственниками в приемный покой офтальмологического стационара с жалобами на резкую боль в левом глазу, иррадиирующую в левую половину головы, тошноту, рвоту (двукратную), резкое затуманивание зрения, появление радужных кругов при взгляде на источник света. Из анамнеза: подобное состояние возникло впервые около 5 часов назад после просмотра фильма в темном кинозале. Ранее глазными заболеваниями не страдала, очки не носила. Объективно: состояние средней тяжести, вынужденное положение. Левый глаз: веки отечны, блефароспазм, смешанная застойная инъекция, роговица отечная ("матовое стекло"), передняя камера мелкая (щелевидная), зрачок расширен (мидриаз), реакция на свет отсутствует. Пальпаторно глаз плотный ("как камень"). Правый глаз спокоен, среды прозрачны, зрачок обычный, передняя камера средней глубины.** **Вопросы:** 1.Сформулируйте полный клинический диагноз в соответствии с классификацией МКБ-10. 2.Укажите точный код по МКБ-10 для данного состояния. 3.Перечислите патогномоничные симптомы (не менее 4), подтверждающие диагноз. 4.Составьте план неотложной терапии (этапность) и определите дальнейшую тактику ведения пациентки (включая тактику в отношении парного глаза).	**1.Клинический диагноз:** **Основное заболевание:** Острый приступ первичной закрытоугольной глаукомы левого глаза. **Сопутствующее:** Подозрение на закрытоугольную глаукому правого глаза (анатомическая предрасположенность — узкий угол передней камеры). **2.Код по МКБ-10:** **H40.2** — Первичная закрытоугольная глаукома (хроническая, но в клинической практике острый приступ кодируется этим же кодом с уточнением "острый приступ" в тексте диагноза). Альтернативно: **H40.0** — Подозрение на глаукому (для правого глаза). **3.Патогномоничные симптомы:** **Застойная (смешанная) инъекция** глазного яблока. **Отек роговицы** ("матовое стекло", симптом "капель росы" на эндотелии). **Мелкая передняя камера** (щелевидная). **Мидриаз** (расширение зрачка) и отсутствие реакции на свет. **Повышение внутриглазного давления** (пальпаторно — "каменная" плотность). Субъективные симптомы: боль с иррадиацией, тошнота, рвота, радужные круги. **4.План неотложной терапии и дальнейшая тактика:** **Неотложная терапия (этапность):** **Место:** Инстилляции β-адреноблокатора (0,5% тимолола малеат) для снижения продукции водянистой влаги. **Системно:** Ингибиторы карбоангидразы (ацетазоламид 250 мг per os или внутривенно). **Место:** Инстилляции пилокарпина 1% (миотик) *после* начала снижения ВГД (при очень высоком ВГД сфинктер зрачка ишемизирован и не реагирует). **Системно:** Осмотические диуретики (маннитол 20% внутривенно капельно) при неэффективности предыдущих мер или

			очень высоком ВГД. **Место:** Кортикостероиды (дексаметазон) для уменьшения воспаления и отека. **Дальнейшая тактика:** Госпитализация в офтальмологическое отделение. После купирования острого приступа — проведение гониоскопии для оценки состояния угла передней камеры. Профилактическая **лазерная иридэктомия** на оба глаза (на левый — после стихания воспаления, на правый — в плановом порядке) для создания дополнительного пути оттока внутриглазной жидкости. Подбор гипотензивного режима для парного глаза. Диспансерное наблюдение пожизненно с контролем ВГД, полей зрения и состояния ДЗН каждые 3-6 месяцев.
400.		**Пациент 42 лет обратился в приемный покой через 3 часа после травмы на производстве. При работе с металлической щеткой (защитные очки не использовал) почувствовал резкую боль в правом глазу, после чего отметил резкое снижение зрения, слезотечение, светобоязнь. При осмотре: Visus OD = 0,02 (счет пальцев у лица). Веки отечны, блефароспазм. На роговице в парацентральной зоне (на 7 часах) определяется рана линейной формы длиной около 3 мм с ровными краями, с выпадением радужки в рану (ущемление). Передняя камера мелкая, неравномерная, определяется гифема (кровь) 2 мм. Зрачок подтянут к месту ранения (грушевидная форма). Хрусталик частично мутный (травматическая катаракта). Глазное дно не офтальмоскопируется из-за отека роговицы, гифемы и катаракты. ВГД пальпаторно снижено. Выполнена обзорная рентгенография орбиты по Фогту: в проекции глазного яблока определяется металлическое инородное тело размером 1,5×2,0 мм.** **Вопросы:** 1.Сформулируйте полный клинический диагноз в соответствии с классификацией МКБ-10 (основной, осложнения). 2.Укажите основной код по МКБ-10 (класс XIX) и дополнительные коды для детализации осложнений.	**1.Клинический диагноз:** **Основное заболевание:** Проникающее корнеосклеральное ранение правого глаза с наличием внутриглазного инородного тела (металлического). **Осложнения:** Выпадение и ущемление радужки. Травматическая катаракта. Гифема. Подозрение на гемофтальм. **Сопутствующее:** Состояние после рентгенологического подтверждения инородного тела. **2.Коды по МКБ-10:** **Основной код (класс XIX, травмы): S05.5** — Проникающая рана глазного яблока с инородным телом. (Или **S05.6** — Проникающая рана глазного яблока с выпадением или потерей внутриглазной ткани. В данном случае есть оба компонента, поэтому приоритет отдается наличию инородного тела — S05.5). **Дополнительные коды (для осложнений):** **H26.1** — Травматическая катаракта. **H21.0** — Гифема. **H44.7** — Ретенционное инородное тело глазного яблока (уточняющий код для инородного тела).

		3.Какой код внешней причины травмы (класс XX) наиболее вероятен? 4.Определите дальнейшую тактику ведения пациента (объем неотложной помощи, хирургическое лечение, прогноз).	**3.Код внешней причины травмы (класс XX):** **W27.0** — Контакт с ручным инструментом, снабженным двигателем. Или более специфично — **W27.8** — Другой уточненный ручной инструмент (металлическая щетка). Либо код производственной травмы. **4.Дальнейшая тактика:** **Неотложная помощь:** Экстренная госпитализация. Профилактика столбняка (противостолбнячная сыворотка или анатоксин по схеме). Введение антибиотиков широкого спектра (внутривенно/внутримышечно) для профилактики эндофтальмита. **Хирургическое лечение:** Экстренная **первичная хирургическая обработка (ПХО) раны** в условиях операционной под микроскопом. Объем: Удаление внутриглазного инородного тела (магнитом или пинцетом). Освобождение ущемленной радужки (вправление при жизнеспособности или иссечение некротизированных участков). Герметизация раны роговицы узловыми швами (10/0 нейлон). Восстановление передней камеры (стерильным воздухом или вискоэластиком). Промывание передней камеры от сгустков крови. Удаление травматической катаракты (факоэмульсификация или экстракапсулярная экстракция) — может выполняться одномоментно или вторым этапом после стихания воспаления. Интравитреальное введение антибиотиков (ванкомицин + цефтазидим) для профилактики эндофтальмита. **Прогноз:** **Для зрения:** Серьезный, зависит от локализации инородного тела, степени повреждения внутриглазных структур, развития инфекционных осложнений. Возможные исходы: формирование бельма роговицы, вторичная глаукома, афакия/артифакия, отслойка сетчатки, эндофтальмит (потеря глаза). **Для глаза:** При своевременном и адекватном лечении возможно сохранение глаза как органа, но с выраженным снижением зрительных функций. **Дальнейшее наблюдение:** Длительное диспансерное наблю-

			дение (пожизненно) с контролем ВГД, состояния сетчатки, развитием пролиферативной витреоретинопатии. Реабилитация (подбор контактной или интраокулярной коррекции, решение вопроса о кератопротезировании при грубых рубцах).
401.		**Пациент 76 лет обратился с жалобами на постепенное безболезненное снижение зрения обоих глаз в течение последних 2 лет. При осмотре: Visus OD = 0,1 (не корригирует), Visus OS = 0,2 (не корригирует). При биомикроскопии: в хрусталике обоих глаз выявлено помутнение, захватывающее преимущественно кортикальные слои по экватору. Ядро хрусталика прозрачное. Глазное дно офтальмоскопируется с трудом из-за помутнений. Сопутствующей патологии (сахарный диабет, травмы в анамнезе) нет.** **Вопросы:** 1.Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с классификацией (укажите локализацию помутнения и этиологию). 2.Какой код по МКБ-10 соответствует данному состоянию (укажите полный код до четвертого знака)? 3.К какому блоку МКБ-10 относится данное заболевание? 4.Какие коды МКБ-10 используются для других морфологических типов возрастной катаракты (перечислите не менее двух)?	**1.Клинический диагноз:** Возрастная (сенильная) корковая катаракта обоих глаз. **2.Код по МКБ-10: H25.0** — Старческая начальная катаракта (корковая, ядерная, заднекапсулярная и другие формы начальной катаракты). **3.Блок МКБ-10: H25-H28** — Болезни хрусталика. **4.Другие коды для возрастной катаракты:** **H25.1** — Старческая катаракта (заднекапсулярная). **H25.2** — Старческая катаракта (морганиева). **H25.8** — Другая старческая катаракта. **H25.9** — Старческая катаракта неуточненная.
402.		**Пациент 64 лет обратился с жалобами на периодическое затуманивание зрения, радужные круги при взгляде на источники света. В анамнезе: сахарный диабет 2 типа в течение 8 лет (целевые уровни гликемии не всегда достигаются). При осмотре: Visus OD = 0,7, Visus OS = 0,8. ВГД OD = 26 мм рт. ст., OS = 24 мм рт. ст. (измерено в 10:00). При гониоскопии: угол передней камеры открыт, широкий, без гониосинехий. На глазном дне: экскавация ДЗН OD 0,7, OS 0,4, асимметрия экскавации более 0,2. Поля зрения: на OD определяются парацентральные скотомы, на OS — без патологии.** **Вопросы:** 1.Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с классификацией.	**1.Клинический диагноз:** Первичная открытоугольная глаукома II (развитой) стадии правого глаза с повышенным внутриглазным давлением. Подозрение на глаукому левого глаза. **2.Код по МКБ-10: H40.1** — Первичная открытоугольная глаукома. **3.Форма глаукомы:** Первичная открытоугольная (механизм — нарушение оттока водянистой влаги через трабекулярную сеть при открытом угле передней камеры). **4.Дополнительный код для диабета:** Да, необходимо указать наличие сахарного диабета как сопутствующего заболевания. Используется код **E11.9** (Инсулиннезависимый сахарный диабет без осложнений) или **E11.7** (Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями), так как глау-

		2.Какой код по МКБ-10 соответствует данному состоянию? 3.Какая форма глаукомы по этиологии и механизму кодируется данным кодом? 4.Нужно ли использовать дополнительный код для указания наличия сахарного диабета? Если да, то какой?	кома не является специфическим диабетическим осложнением (в отличие от ретинопатии). При наличии диабетической ретинопатии используется код E11.3.
403.		**Пациент 28 лет получил удар кулаком по левому глазу в драке. Обратился через 2 часа с жалобами на снижение зрения, "туман" перед глазом, боль. При осмотре: Visus OS = 0,2 (не корригирует). Отмечается гифема (уровень крови в передней камере 3 мм), иридодиализ (отрыв радужки от корня) в верхнем сегменте от 10 до 12 часов, факоденез (дрожание хрусталика). При ультразвуковом В-сканировании: гемофтальм, сетчатка прилежит. ВГД пальпаторно в пределах нормы. Рентгенография орбиты: инородных тел нет.** **Вопросы:** 1.Сформулируйте полный клинический диагноз в соответствии с классификацией. 2.Какой основной код по МКБ-10 (класс XIX) соответствует данной травме? 3.Какие дополнительные коды (не менее двух) необходимо использовать для детализации повреждений? 4.К какому разделу класса XIX относится травма глаза?	**1.Клинический диагноз:** Закрытая травма левого глаза (контузия тяжелой степени), осложненная гифемой, иридодиализом, факоденезом (подозрение на подвывих хрусталика), гемофтальмом. **2.Основной код по МКБ-10 (класс XIX): S05.1** — Ушиб глазного яблока и тканей орбиты. (Также может использоваться **S05.8** — Другие травмы глаза и орбиты, если требуется детализация множественных повреждений). **3.Дополнительные коды (для детализации):** **H21.0** — Гифема. **H21.1** — Другие сосудистые поражения радужки и цилиарного тела (сюда относится иридодиализ). **H27.1** — Подвывих хрусталика (при факоденезе). **H43.1** — Кровоизлияние в стекловидное тело (гемофтальм). **4.Раздел класса XIX:** Травма глаза относится к блоку **S00-S09** — Травмы головы (глаз как часть головы), более конкретно к рубрике **S05** — Травма глаза и орбиты
404.		**Пациент обратился с жалобами на припухлость и покраснение в области верхнего века, болезненность при пальпации. При осмотре: на веке ограниченное плотное образование с гнойным стержнем. Какой код по МКБ-10 соответствует данному состоянию?** 1. H00.0 – Гордеолум и другие глубокие воспаления век 2. H00.1 – Халазион 3. H01.0 – Блефарит 4. H02.6 – Ксантелазма века	**1**
405.		**Пациентка 65 лет жалуется на опущение верхнего века правого глаза, которое появилось постепенно в течение последних лет. При осмотре: край верхнего века прикрывает зрачок, экскурсия века сохранена. Какой код по МКБ-10 следует использовать?**	**2**

		1. H02.3 – Блефарохалазис 2. H02.4 – Птоз века 3. H02.5 – Другие болезни, нарушающие функцию века 4. Q10.0 – Врожденный птоз	
406.		**Пациент жалуется на постоянное слезотечение из левого глаза. При промывании слезных путей жидкость в нос не проходит, вытекает обратно из нижней слезной точки. Предположительный диагноз: хронический дакриоцистит. Какой код по МКБ-10 соответствует данному состоянию?** 1. H04.3 – Острое воспаление слезных протоков 2. H04.4 – Хроническое воспаление слезных протоков 3. H04.5 – Стеноз и недостаточность слезных протоков 4. H04.6 – Другие изменения слезных протоков	**2**
407.		**Пациент с диагностированным тиреотоксикозом (E05.0) обратился с жалобами на выпячивание правого глаза, двоение. При осмотре: экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока. Как следует закодировать данное состояние?** 1. H05.2 – Экзофтальмические состояния 2. H06.2* – Экзофтальм при нарушении функции щитовидной железы 3. E05.0 – Тиреотоксикоз с диффузным зобом 4. H05.0 – Острое воспаление глазницы	**2**
408.		**Пациент жалуется на ярко-красное пятно на белке правого глаза, появившееся после утреннего пробуждения. Болей и снижения зрения нет. При осмотре: на конъюнктиве глазного яблока субконъюнктивальное кровоизлияние с четкими границами. Какой код по МКБ-10 соответствует данному состоянию?** 1. H11.3 – Конъюнктивальное кровоизлияние 2. H10.0 – Слизисто-гнойный конъюнктивит 3. H15.1 – Эписклерит 4. H35.6 – Ретинальное кровоизлияние	**1**
409.		**Ребенок 5 дней жизни доставлен матерью с жалобами на отек век и обильное гнойное отделяемое из обоих глаз, появившееся на 3-й день жизни. Какой код по МКБ-10 следует использовать?** 1. H10.0 – Слизисто-гнойный конъюнктивит 2. H10.3 – Острый конъюнктивит неуточненный 3. P39.1 – Дакриоцистит новорожденного	**3**

		4. H04.3 – Острое воспаление слезных протоков	
410.		**Пациент жалуется на жжение, зуд, покраснение обоих глаз, слизистое отделяемое. Симптомы усиливаются в весенний период. При осмотре: конъюнктива век гиперемирована, фолликулы. Какой код по МКБ-10 наиболее точно соответствует данному состоянию?** 1. H10.0 – Слизисто-гнойный конъюнктивит 2. H10.1 – Острый атопический конъюнктивит 3. H10.4 – Хронический конъюнктивит 4. H10.5 – Блефароконъюнктивит	**2**
411.		**Пациент 55 лет жалуется на разрастание ткани на белке правого глаза со стороны носа, которое постепенно увеличивается и достигает края роговицы. При осмотре: крыловидная складка конъюнктивы, врастающая в роговицу. Какой код по МКБ-10 следует использовать?** 1. H11.0 – Птеригий 2. H11.1 – Конъюнктивальные перерождения 3. H11.8 – Другие уточненные болезни конъюнктивы 4. H16.2 – Кератоконъюнктивит	**1**
412.		**Пациент жалуется на умеренную боль в глазу, светобоязнь, слезотечение. При осмотре: локальное покраснение глазного яблока в наружном отделе, при пальпации через веко определяется болезненность. После закапывания адреналина покраснение временно исчезает. Какой код по МКБ-10 соответствует данному состоянию?** 1. H15.0 – Склерит 2. H15.1 – Эписклерит 3. H10.2 – Другие острые конъюнктивиты 3. H16.1 – Другие поверхностные кератиты	**3**
413.		**Пациент с мягкими контактными линзами обратился с жалобами на резкую боль, светобоязнь, гнойное отделяемое. При осмотре: на роговице округлый инфильтрат с дефектом ткани, гипопион 2 мм. Какой код по МКБ-10 наиболее точно соответствует данному состоянию?** 1. H16.0 – Язва роговицы 2. H16.2 – Кератоконъюнктивит 3. H16.3 – Интерстициальный кератит 4. H18.1 – Буллезная кератопатия	**1**
414.		**Пациент после ушиба глаза жалуется на снижение зрения, "туман" перед глазом. При осмотре: визуализируется уровень крови в передней камере. Какой код по МКБ-10 соответствует данному состоянию?**	**1**

		1. H21.0 – Гифема 2. H11.3 – Конъюнктивальное кровоизлияние 3. H35.6 – Ретинальное кровоизлияние 4. H43.1 – Кровоизлияние в стекловидное тело	
415.		**Пациент жалуется на боль в глазу, светобоязнь, затуманивание зрения. При осмотре: перикорнеальная инъекция, преципитаты на эндотелии роговицы, опалесценция влаги передней камеры, зрачок сужен. Какой код по МКБ-10 соответствует данному состоянию?** 1. H16.2 – Кератоконъюнктивит 2. H20.0 – Острый и подострый иридоциклит 3. H40.1 – Первичная открытоугольная глаукома 4. H15.0 – Склерит	**2**
416.		**Пациент 70 лет жалуется на постепенное безболезненное снижение зрения правого глаза. При осмотре: в хрусталике диффузное помутнение, захватывающее кору и ядро. Какой код по МКБ-10 соответствует данному состоянию?** 1. H25.9 – Старческая катаракта неуточненная 2. H26.9 – Катаракта неуточненная 3. H27.0 – Афакия 4. H28.0* – Катаракта при болезнях, классифицированных в других рубриках	**1**
417.		**Пациент с сахарным диабетом 2 типа в течение 15 лет жалуется на снижение зрения. При офтальмоскопии: множественные микроаневризмы, интраретинальные кровоизлияния, твердые экссудаты. Как правильно закодировать данное состояние?** 1. H35.0 – Фоновая ретинопатия 2. H36.0* – Диабетическая ретинопатия 3. E11.3 – Сахарный диабет 2 типа с поражениями глаз 4. Комбинация E11.3 и H36.0*	**4**
418.		**Пациент 30 лет с близорукостью высокой степени обратился с жалобами на внезапное появление "вспышек" и "молний" перед левым глазом, а затем "занавески", закрывающей поле зрения сверху. При осмотре: офтальмоскопически определяется отслойка сетчатки. Какой код по МКБ-10 следует использовать?** 1. H33.0 – Отслойка сетчатки с разрывом 2. H33.1 – Ретиношизис и ретинальные кисты 3. H33.4 – Тракционная отслойка сетчатки 4. H35.7 – Расщепление слоев сетчатки	**1**

419.		**Пациент 68 лет обратился с жалобами на периодическое затуманивание зрения, радужные круги при взгляде на свет. При осмотре: ВГД 28 мм рт. ст., угол передней камеры открыт, экскавация ДЗН 0,7. Какой код по МКБ-10 соответствует данному состоянию?** 1. H40.0 – Подозрение на глаукому 2. H40.1 – Первичная открытоугольная глаукома 3. H40.2 – Первичная закрытоугольная глаукома 4. H40.5 – Глаукома вторичная	**2**
420.	**ПК-6**	**Установите соответствие между клинической ситуацией (1-4) и оптимальной тактикой ведения (А-Г).** **Клиническая ситуация** — **Тактика ведения** 1. Пациент 45 лет с острым приступом закрытоугольной глаукомы (ВГД 45 мм рт. ст., отек роговицы, мидриаз). — А. Амбулаторное лечение с инстилляциями антибиотиков и кератопротекторов 2. Пациент 30 лет с поверхностным инородным телом роговицы (без признаков воспаления, инородное тело визуализируется). — Б. Экстренная госпитализация, медикаментозное снижение ВГД, лазерная иридэктомия 3. Пациент 25 лет с химическим ожогом глаза I степени (гиперемия конъюнктивы, точечные эрозии роговицы). — В. Амбулаторное удаление инородного тела после инстилляции анестетика 4. Пациент 60 лет с диабетической ретинопатией, препролиферативной стадией (множественные кровоизлияния, экссудаты). — Г. Направление на лазеркоагуляцию сетчатки в плановом порядке	**1-Б** **2-В** **3-А** **4-Г**

421.		**Установите соответствие между клинической ситуацией (1-4) и наиболее подходящим методом лечения (А-Г).** **Клиническая ситуация** — **Метод лечения** 1. Пациент 65 лет с сахарным диабетом, диабетической ретинопатией, clinically significant macular edema (CSME) по данным ОКТ. — А. Панретинальная лазеркоагуляция 2. Пациент 55 лет с пролиферативной диабетической ретинопатией, неоваскуляризацией диска зрительного нерва. — Б. Интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза (anti-VEGF) 3. Пациент 70 лет с возрастной макулярной дегенерацией (неоваскулярная форма). — В. Интравитреальное введение anti-VEGF 4. Пациент 60 лет с открытоугольной глаукомой, некомпенсированной на максимальном медикаментозном режиме. — Г. Синустрабекулэктомия (хирургическое лечение)	**1-Б** **2-А** **3-В** **4-Г**
422.		**Установите соответствие между препаратом и целью его применения в офтальмологии.** **Препарат** — **Цель назначения** 1. Тимолол 0,5% (глазные капли). — А. Ингибирование активности карбоангидразы (системное снижение ВГД)	**1-Б** **2-В** **3-А** **4-Г**

		2. Атропин 1% (глазные капли). 3. Ацетазоламид (Диакарб) в таблетках. 4. Пилокарпин 1% (глазные капли).	Б. Снижение продукции внутриглазной жидкости (β-адреноблокатор) В. Достижение мидриаза и циклоплегии (лечение увеитов, профилактика синехий) Г. Улучшение оттока внутриглазной жидкости (миотик)	
423.		**В приемный покой доставлен пациент 68 лет с жалобами на резкую боль в правом глазу, иррадиирующую в висок, тошноту, рвоту, затуманивание зрения, радужные круги при взгляде на свет. Объективно: застойная инъекция, отек роговицы, мелкая передняя камера, зрачок расширен, ВГД 48 мм рт. ст. Необходимо определить правильную последовательность неотложных и плановых лечебных мероприятий.** **Установите правильную последовательность действий при ведении пациента с острым приступом закрытоугольной глаукомы.** **Действия:** 1.Инстилляции β-адреноблокатора (0,5% тимолол) для снижения продукции водянистой влаги. 2.Проведение лазерной иридэктомии на парном глазу (профилактически). 3.Назначение ингибиторов карбоангидразы (ацетазоламид 250 мг per os). 4.Инстилляции пилокарпина 1% (после начала снижения ВГД). 5.Внутривенное введение осмотических диуретиков (маннитол) при неэффективности. 6.Проведение лазерной иридэктомии на пораженном глазу после купирования острого приступа		**1, 3, 4, 5, 6, 2**
424.		**Пациент 62 лет с сахарным диабетом 2 типа в течение 15 лет обратился с жалобами на прогрессирующее снижение зрения обоих глаз. При осмотре выявлена пролиферативная диабетическая ретинопатия с неоваскуляризацией диска зрительного нерва, а также клинически значимый макулярный**		**2, 6, 4, 3, 1, 5**

		отек (CSME) по данным ОКТ. Необходимо определить последовательность лечебных мероприятий. Установите правильную последовательность этапов ведения пациента с пролиферативной диабетической ретинопатией, осложненной макулярным отеком. **Действия:** 1.Проведение панретинальной лазеркоагуляции сетчатки. 2.Направление к эндокринологу для коррекции уровня гликемии и нормализации гликированного гемоглобина. 3.Интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза (anti-VEGF) для лечения макулярного отека. 4.Проведение флюоресцентной ангиографии для оценки зон ишемии и активности неоваскуляризации. 5.Контрольный осмотр через 1-3 месяца с оценкой состояния макулы и регресса неоваскуляризации. 6.Оптическая когерентная томография (ОКТ) макулярной области для определения наличия и оценки макулярного отека.	
425.		**В приемный покой доставлен пациент с проникающим ранением правого глаза, полученным при работе с металлом. При осмотре: на роговице рана с выпадением радужки, травматическая катаракта, гифема. По данным рентгенографии (по Фогту) определяется внутриглазное инородное тело металлической плотности. Необходимо определить последовательность неотложных мероприятий. Установите правильную последовательность действий при оказании помощи пациенту с проникающим ранением глаза с внутриглазным инородным телом.** **Действия:** 1.Введение антибиотиков широкого спектра (внутривенно/внутримышечно) для профилактики эндофтальмита. 2.Проведение первичной хирургической обработки (ПХО) раны с удалением инородного тела. 3.Рентгенологическая локализация инородного тела (по Фогту или КТ орбиты). 4.Профилактика столбняка (противостолбнячная сыворотка или анатоксин).	**6, 4, 3, 1, 5, 2**

		5.Наложение бинокулярной повязки и экстренная транспортировка в операционную. 6.Сбор анамнеза и оценка общего состояния пациента.	
426.		**Пациентка 72 лет доставлена родственниками в приемный покой офтальмологического стационара с жалобами на резкую боль в левом глазу, иррадиирующую в левую половину головы, тошноту, рвоту (двукратную), резкое затуманивание зрения, появление радужных кругов при взгляде на источник света. Из анамнеза: подобное состояние возникло впервые около 4 часов назад после просмотра фильма в темном кинозале. Ранее глазными заболеваниями не страдала, очки не носила. Объективно: состояние средней тяжести, вынужденное положение. Левый глаз: веки отечны, блефароспазм, смешанная застойная инъекция, роговица отечная ("матовое стекло"), передняя камера мелкая (щелевидная), зрачок расширен (мидриаз), реакция на свет отсутствует. Пальпаторно глаз плотный ("как камень"). Правый глаз спокоен, среды прозрачны, зрачок обычный, передняя камера средней глубины. ВГД левого глаза при тонометрии 52 мм рт. ст., правого — 18 мм рт. ст.** **Вопросы:** 1.Сформулируйте полный клинический диагноз. 2.Составьте план неотложной терапии (перечислите группы препаратов с указанием цели назначения и последовательности). 3.Какова дальнейшая тактика ведения пациентки после купирования острого приступа (в отношении пораженного и парного глаза)? 4.Какие осложнения возможны при отсутствии своевременного лечения?	**1.Клинический диагноз:** Основной: Острый приступ первичной закрытоугольной глаукомы левого глаза. Сопутствующий: Подозрение на закрытоугольную глаукому правого глаза (анатомическая предрасположенность — узкий угол передней камеры). **2.План неотложной терапии (последовательность):** **1 этап (местно):** Инстилляции β-адреноблокатора (0,5% тимолола малеат) для снижения продукции водянистой влаги. **2 этап (системно):** Ингибиторы карбоангидразы — ацетазоламид (Диакарб) 250 мг per os (или внутривенно) для снижения секреции внутриглазной жидкости. **3 этап (местно):** Инстилляции пилокарпина 1% (миотик) *после* начала снижения ВГД (при очень высоком ВГД сфинктер зрачка ишемизирован и не реагирует). Цель — сужение зрачка и улучшение оттока через угол передней камеры. **4 этап (системно):** Осмотические диуретики (маннитол 20% внутривенно капельно) при неэффективности предыдущих мер или очень высоком ВГД. Цель — дегидратация стекловидного тела и снижение ВГД. **5 этап (местно):** Кортикостероиды (дексаметазон) для уменьшения воспаления и отека роговицы. **Дополнительно:** Анальгетики, противорвотные средства (по показаниям). **3.Дальнейшая тактика:** **После купирования острого приступа:** Госпитализация в офтальмологическое отделение. Проведение гониоскопии для оценки состояния угла передней камеры обоих глаз. **Лазерная иридэктомия на левом глазу** (пораженном) для создания дополнительного пути оттока и профилактики рецидивов (после стихания воспаления).

			Профилактическая лазерная иридэктомия на правом глазу (парном) для предотвращения острого приступа. Подбор гипотензивного режима для правого глаза при необходимости. Диспансерное наблюдение пожизненно с контролем ВГД, полей зрения и состояния ДЗН каждые 3-6 месяцев. **4.Осложнения при отсутствии лечения:** Формирование гониосинехий (сращений в углу передней камеры) и переход в хроническую закрытоугольную глаукому. Персистирующий отек роговицы (буллезная кератопатия). Атрофия зрительного нерва с необратимой потерей зрения (глаукоматозная оптическая нейропатия). Болевой синдром, требующий проведения циклодеструктивных процедур или энуклеации.
427.		**Пациент 58 лет, страдающий сахарным диабетом 2 типа в течение 18 лет (последние 3 года получает инсулин), обратился с жалобами на прогрессирующее снижение зрения обоих глаз, появление "мушек" и "пелены" перед правым глазом. Уровень гликированного гемоглобина — 9,8%. Артериальное давление 160/95 мм рт. ст. (гипотензивные препараты принимает нерегулярно). При осмотре: Visus OD = 0,08 (не корригирует), Visus OS = 0,3 (не корригирует). При биомикроскопии: начальная корковая катаракта обоих глаз. Офтальмоскопия (с широким зрачком): на глазном дне обоих глаз множественные микроаневризмы, интраретинальные кровоизлияния, твердые экссудаты. На правом глазу — неоваскуляризация диска зрительного нерва (NVD) и преретинальные кровоизлияния. На левом глазу — неоваскуляризация сетчатки (NVE) по сосудистым аркадам. По данным ОКТ макулы: на правом глазу — кистозный макулярный отек с утолщением сетчатки в центре до 450 мкм, на левом глазу — макулярный отек отсутствует.** **Вопросы:** 1.Сформулируйте полный клинический диагноз (основной, осложнения, сопутствующие заболевания). 2.Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения тактики лечения?	**1.Клинический диагноз:** **Основное заболевание:** Пролиферативная диабетическая ретинопатия обоих глаз, стадия высокого риска (NVD на правом глазу). **Осложнения:** Клинически значимый макулярный отек правого глаза (кистозный). Преретинальные кровоизлияния правого глаза. **Сопутствующие заболевания:** Начальная корковая катаракта обоих глаз. Артериальная гипертензия 2 стадии, недостаточно контролируемая. Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный, декомпенсированный. **2.Дополнительные методы исследования:** **Флюоресцентная ангиография (ФАГ) сетчатки:** для оценки зон ишемии, активности неоваскуляризации, выявления окклюзии капилляров и планирования объема лазеркоагуляции. **Оптическая когерентная томография (ОКТ) макулярной области:** уже выполнена, но требуется в динамике. **Компьютерная периметрия:** для оценки функциональных потерь, выявления скотом. **Ультразвуковое исследование (В-скан):** при невозможности офтальмоскопии (при выраженном гемофтальме).

		3.Составьте план лечения (этапность, методы) с учетом выявленной патологии на обоих глазах. 4.Определите дальнейшую тактику ведения пациента (наблюдение, контроль, рекомендации).	**Консультация эндокринолога:** для коррекции инсулинотерапии и достижения целевых уровней гликемии (HbA1c < 7,0%). **Консультация кардиолога:** для подбора гипотензивной терапии (целевое АД < 130/80 мм рт. ст.). **3.План лечения (этапность):** **1 этап (системный):** Коррекция углеводного обмена (эндокринолог) и артериального давления (кардиолог). Без этого местное лечение будет неэффективным. **2 этап (правый глаз):** **Интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза (anti-VEGF):** курс из 3 ежемесячных инъекций для регресса неоваскуляризации и лечения макулярного отека (приоритетно). После уменьшения отека и неоваскуляризации — **панретинальная лазеркоагуляция (ПРЛК)** для стабилизации процесса. **3 этап (левый глаз):** **Панретинальная лазеркоагуляция (ПРЛК)** для регресса неоваскуляризации и профилактики гемофтальма (так как макулярного отека нет). **4 этап:** Контрольная ОКТ и ФАГ через 1-3 месяца после завершения лечения для оценки эффективности и решения вопроса о повторных инъекциях или дополнительной лазеркоагуляции. **4.Дальнейшая тактика:** **Наблюдение:** Диспансерное наблюдение у офтальмолога по месту жительства. Контрольные осмотры каждые 3-6 месяцев с обязательным проведением ОКТ и периметрии. **Образ жизни:** Строгий контроль гликемии, АД, липидного профиля. Отказ от курения. Ограничение интенсивных физических нагрузок (риск гемофтальма). **Катаракта:** Вопрос о факоэмульсификации решается после стабилизации ретинопатии и при отсутствии макулярного отека (обычно через 6-12 месяцев после лазеркоагуляции). **Прогноз:** При своевременном и адекватном лечении возможно сохранение предметного зрения, но высок риск рецидивов и прогрессирования. Требуется пожизненное наблюдение.

428.		**Пациент 35 лет обратился в приемный покой через 2 часа после травмы на производстве. При работе с болгаркой (защитные очки не использовал) почувствовал резкую боль в правом глазу, после чего отметил резкое снижение зрения, слезотечение, светобоязнь. При осмотре: Visus OD = 0,02 (счет пальцев у лица). Веки отечны, блефароспазм. На роговице в парацентральной зоне (на 7 часах) определяется рана линейной формы длиной около 4 мм с ровными краями, с выпадением радужки в рану (ущемление). Передняя камера мелкая, неравномерная, определяется гифема (кровь) 2 мм. Зрачок подтянут к месту ранения (грушевидная форма). Хрусталик частично мутный (травматическая катаракта). Глазное дно не офтальмоскопируется из-за отека роговицы, гифемы и катаракты. ВГД пальпаторно снижено. Выполнена обзорная рентгенография орбиты по Фогту: в проекции глазного яблока определяется металлическое инородное тело размером 1,5×2,0 мм.** **Вопросы:** 1.Сформулируйте полный клинический диагноз. 2.Определите последовательность неотложных мероприятий до операции. 3.Опишите объем хирургического вмешательства (этапы операции). 4.Каков прогноз для зрения и какие возможны послеоперационные осложнения?	**1.Клинический диагноз:** **Основной:** Проникающее корнеосклеральное ранение правого глаза с внутриглазным инородным телом (металлическим). **Осложнения:** Выпадение и ущемление радужки. Травматическая катаракта. Гифема. Подозрение на гемофтальм. **Сопутствующий:** Состояние после рентгенологического подтверждения инородного тела. **2.Последовательность неотложных мероприятий (до операции):** **1. Сбор анамнеза и оценка общего состояния:** уточнение обстоятельств травмы, времени, механизма, аллергологического анамнеза, прививочного статуса. **2. Профилактика столбняка:** введение противостолбнячной сыворотки или анатоксина по схеме (в зависимости от прививочного анамнеза). **3. Антибиотикопрофилактика:** внутривенное введение антибиотиков широкого спектра (ванкомицин + цефтазидим или фторхинолоны) для профилактики эндофтальмита. **4. Рентгенологическая локализация инородного тела:** уже выполнена (по Фогту), при необходимости — КТ орбиты для точной локализации. **5. Наложение бинокулярной повязки:** для иммобилизации глаза и профилактики дополнительного выпадения оболочек. **6. Транспортировка в операционную:** экстренная подготовка к хирургическому вмешательству. **3. Объем хирургического вмешательства (этапы):** **1 этап:** Обработка операционного поля, местная или общая анестезия. **2 этап:** Удаление внутриглазного инородного тела (магнитным способом или пинцетом через разрез, через рану или дополнительный доступ). **3 этап:** Освобождение ущемленной радужки (вправление при жизнеспособности или иссечение некротизированных участков). **4 этап:** Восстановление передней камеры (введение стерильно-

			го воздуха или вискоэластика). **5 этап:** Герметизация раны роговицы узловыми швами (10/0 нейлон). **6 этап:** Промывание передней камеры от сгустков крови (при необходимости). **7 этап:** Решение вопроса об удалении травматической катаракты (одномоментно или вторым этапом, в зависимости от состояния глаза и опыта хирурга). **8 этап:** Интравитреальное введение антибиотиков (ванкомицин + цефтазидим) для профилактики эндофтальмита. **9 этап:** Субконъюнктивальное введение кортикостероидов и антибиотиков. **4.Прогноз и возможные осложнения:** **Прогноз для зрения:** Серьезный, зависит от локализации инородного тела, степени повреждения внутриглазных структур, развития инфекционных осложнений. Возможно сохранение предметного зрения, но с выраженным снижением из-за травматической катаракты и рубцов роговицы. **Благоприятный прогноз:** при своевременном удалении инородного тела, адекватной антибиотикопрофилактике и отсутствии инфекции. **Возможные осложнения:** **Ранние:** Эндофтальмит (гнойное воспаление внутренних оболочек), увеит, гифема, гемофтальм, вторичная глаукома. **Поздние:** Формирование грубого бельма роговицы, травматическая катаракта, вторичная глаукома, отслойка сетчатки, пролиферативная витреоретинопатия, симпатическая офтальмия (воспаление парного глаза). **Дальнейшее наблюдение:** Длительное диспансерное наблюдение (пожизненно) с контролем ВГД, состояния сетчатки, развитием пролиферативных процессов. Реабилитация (подбор контактной или интраокулярной коррекции, кератопротезирование при грубых рубцах).
429.		**Пациент 45 лет обратился с жалобами на резкую боль в правом глазу, усиливающуюся к вечеру, светобоязнь, слезотечение и затуманивание зрения.**	**1.Клинический диагноз:** Острый передний иридоциклит (острый негранулематозный увеит) правого глаза.

		Симптомы возникли около 2 дней назад. При осмотре: Visus OD = 0,5 (не корригирует). Перикорнеальная инъекция, на эндотелии роговицы единичные мелкие преципитаты, влага передней камеры мутная (опалесценция +), зрачок сужен, вяло реагирует на свет. ВГД пальпаторно в пределах нормы (снижено по сравнению с парным глазом). **Вопросы:** 1.Сформулируйте клинический диагноз. 2.Какие группы препаратов являются основой лечения (перечислите не менее двух с указанием цели назначения)? 3.С какой целью назначаются мидриатики (цитоплегики) при данном состоянии? 4.Какова минимальная продолжительность лечения и сроки диспансерного наблюдения?	**2.Основные группы препаратов:** **Мидриатики (цитоплегики):** атропин 1% или тропикамид. Цель — профилактика задних синехий (сращений зрачка), уменьшение болевого синдрома за счет снятия спазма цилиарной мышцы. **Глюкокортикостероиды (местно):** дексаметазон 0,1% инстилляции. Цель — подавление воспалительного процесса, уменьшение экссудации и отека. (Дополнительно: НПВП местно или системно при необходимости.) **3.Цель назначения мидриатиков:** Достижение мидриаза (расширения зрачка) и циклоплегии (паралича аккомодации) для создания покоя радужке и цилиарному телу, профилактики образования задних синехий и уменьшения боли. **4.Продолжительность лечения и наблюдения:** Минимальная продолжительность лечения — 2-4 недели до полного купирования воспаления. Диспансерное наблюдение — не менее 1 года с контрольными осмотрами каждые 3-6 месяцев (риск рецидивов).
430.		**Пациент 68 лет с впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой правого глаза. При обследовании: ВГД OD = 28 мм рт. ст., OS = 18 мм рт. ст. Поля зрения: на OD — парацентральные скотомы, на OS — без патологии. Экскавация ДЗН OD 0,7, OS 0,4. Пациенту назначена гипотензивная терапия.** **Вопросы:** 1.Какой препарат первой линии наиболее часто назначается для местного снижения ВГД (укажите группу и пример)? 2.Какова цель лечения (целевое давление) у данного пациента? 3.Через какое время после начала терапии необходимо провести первый контрольный осмотр для оценки эффективности? 4.При неэффективности монотерапии (ВГД не достигло целевых значений) какова дальнейшая тактика?	**1.Препарат первой линии:** β-адреноблокаторы (например, тимолол 0,5%) или аналоги простагландинов (например, латанопрост 0,005%). В настоящее время аналоги простагландинов часто рассматриваются как препараты первого выбора из-за высокой эффективности и удобства применения (1 раз в сутки). **2.Целевое давление:** Для данной стадии (начальная с умеренным повышением ВГД) целевое давление — снижение исходного ВГД на 25-30%, то есть примерно до 18-20 мм рт. ст. (индивидуально, с учетом стадии и исходного уровня). **3.Первый контрольный осмотр:** Через 2-4 недели от начала терапии для оценки гипотензивного эффекта и переносимости препарата. **4.Тактика при неэффективности монотерапии:** Смена препарата на другую группу (например, с β-блокатора на аналог простагландинов). Добавление второго препарата (комбинированная терапия) — фиксированные комбинации (например, тимолол + дорзола-

			мид, тимолол + латанопрост). При неэффективности максимальной медикаментозной терапии — решение вопроса о лазерной трабекулопластике или хирургическом лечении (синустрабекулэктомии).
431.		**Пациентка 74 лет обратилась с жалобами на постепенное безболезненное снижение зрения обоих глаз в течение последних 2 лет. При осмотре: Visus OD = 0,2 (не корригирует), Visus OS = 0,3 (не корригирует). При биомикроскопии: в хрусталике обоих глаз определяется помутнение ядра и кортикальных слоев. Глазное дно офтальмоскопируется с трудом, но патологии не выявлено. Пациентка отмечает затруднения в повседневной жизни (чтение, просмотр телевизора). Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (компенсирована).** **Вопросы:** 1.Сформулируйте клинический диагноз. 2.Каков оптимальный метод лечения данного состояния? 3.При каких показателях остроты зрения обычно рекомендуется хирургическое лечение? 4.Какие предоперационные исследования необходимо выполнить (перечислите не менее трех)?	**1.Клинический диагноз:** Возрастная (сенильная) ядерно-корковая катаракта обоих глаз, незрелая стадия. **2.Оптимальный метод лечения:** Хирургическое лечение — факоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ). Консервативное лечение (витаминные капли) неэффективно и не приводит к рассасыванию помутнений. **3.Показания к хирургическому лечению:** Снижение остроты зрения до 0,4-0,5 и ниже, если это влияет на качество жизни пациента и его способность к самообслуживанию. Решение принимается индивидуально с учетом жалоб и профессиональных потребностей. **4.Предоперационные исследования:** Офтальмологические: кератометрия, ультразвуковая биометрия (А-скан) для расчета оптической силы ИОЛ, тонометрия, периметрия, офтальмоскопия (при возможности). Общесоматические: общий анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, консультация терапевта для исключения противопоказаний к операции. При сопутствующей патологии (сахарный диабет, гипертония) — консультация соответствующих специалистов для достижения компенсации.
432.		**Пациент обратился с жалобами на припухлость и покраснение в области верхнего века, болезненность при пальпации. При осмотре: на веке ограниченное плотное образование с гнойным стержнем. Какой препарат является основой местного лечения?** 1. Дексаметазон (глазные капли) 2. Тетрациклиновая мазь 3. Олопатадин (глазные капли) 4. Корнерегель (гель)	**2**
433.		**У пациента с хроническим блефаритом при микроскопии ресниц обнаружены клещи Demodex folliculorum. Какой препарат является**	**2**

		этиотропным для лечения демодекозного блефарита? 1. Дексаметазон 0,1% 2. Цинк-ихтиоловая мазь 3. Тобрамицин (глазные капли) 4. Офтальмоферон	
434.		**Пациент жалуется на плотное безболезненное округлое образование на верхнем веке, не спаянное с кожей, существующее в течение 3 месяцев. Консервативное лечение (тепловые компрессы, массаж) неэффективно. Какова дальнейшая тактика?** 1. Продолжить консервативное лечение еще 3 месяца 2. Назначить УВЧ-терапию 3. Хирургическое иссечение (выскабливание) халязиона 4. Вскрытие гнойника (при абсцедировании)	**3**
435.		**Ребенок 5 дней жизни доставлен с жалобами на отек век и обильное гнойное отделяемое из обоих глаз. Предположительный диагноз: гонококковый конъюнктивит новорожденных. Какой препарат используется для местного лечения?** 1. 0,25% раствор левомицетина 2. 25-30% раствор сульфацила натрия (альбуцид) 3. 0,1% раствор дексаметазона 4. 3% раствор ацикловира	**2**
436.		**Пациент с мягкими контактными линзами обратился с жалобами на резкую боль, светобоязнь, гнойное отделяемое. При осмотре: на роговице инфильтрат с дефектом ткани, гипопион 2 мм. Какой возбудитель наиболее вероятен?** 1. Золотистый стафилококк 2. Аденовирус 3. Синегнойная палочка (Pseudomonas aeruginosa) 4. Грибы рода Candida	**3**
437.		**Пациенту с герпетическим кератитом (древовидная форма) назначены противовирусные препараты. Какой препарат является препаратом выбора для местного лечения?** 1. Тобрамицин 0,3% 2. Ацикловир 3% глазная мазь 3. Дексаметазон 0,1% 4. Олопатадин 0,1%	**2**
438.		**При рецидивирующей эрозии роговицы (после травмы) какой препарат**	**3**

		назначают для стимуляции эпителизации? 1. Тимолол 0,5% 2. Дексаметазон 0,1% 3. Корнерегель (декспантенол) 4. Пилокарпин 1%	
439.		**Пациенту 72 лет с возрастной катарактой и остротой зрения 0,2 рекомендовано хирургическое лечение. Какой метод хирургии катаракты является «золотым стандартом» в настоящее время?** 1. Интракапсулярная экстракция катаракты 2. Экстракапсулярная экстракция катаракты 3. Факоэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ 4. Лазерная дисцизия катаракты	**3**
440.		**Пациенту с острым приступом закрытоугольной глаукомы (ВГД 45 мм рт. ст.) назначена неотложная терапия. Какой препарат системного действия (в таблетках) используется для быстрого снижения ВГД?** 1. Парацетамол 2. Ацетазоламид (Диакарб) 3. Амлодипин 4. Фуросемид	**2**
441.		**После купирования острого приступа закрытоугольной глаукомы пациенту рекомендовано лазерное лечение для профилактики рецидивов. Какой метод лазерного вмешательства выполняется?** 1. Лазерная трабекулопластика 2. Лазерная иридэктомия 3. Панретинальная лазеркоагуляция 4. Лазерная капсулотомия	**2**
442.		**Пациенту с первичной открытоугольной глаукомой назначен латанопрост (аналог простагландинов) 1 раз в сутки. В какое время суток рекомендуется закапывать этот препарат?** 1. Утром после пробуждения 2. Днем во время еды 3. Вечером перед сном 4. Не имеет значения, в любое время	**3**
443.		**Пациент с сахарным диабетом и клинически значимым макулярным отеком (CSME). Какой метод лечения является первой линией терапии?** 1. Панретинальная лазеркоагуляция 2. Интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза (anti-VEGF)	**2**

		3. Витрэктомия 4. Системные кортикостероиды	
444.		**Пациент с пролиферативной диабетической ретинопатией (неоваскуляризация диска зрительного нерва). Какой метод лазерного лечения показан?** 1. Фокальная лазеркоагуляция макулярной области 2. Лазерная иридэктомия 3. Панретинальная лазеркоагуляция (ПРЛК) 4. Лазерная трабекулопластика	**3**
445.		**Пациент с острой непроходимостью центральной артерии сетчатки (эмболия) доставлен в первые 6 часов от начала заболевания. Какое неотложное мероприятие необходимо выполнить?** 1. Назначить антибиотики широкого спектра 2. Массаж глазного яблока и ингаляции карбогена 3. Наложить монокулярную повязку 4. Назначить мидриатики	**2**
446.		**При химическом ожоге глаза (щелочью) первоочередным действием является:** 1. Наложение бинокулярной повязки 2. Немедленное обильное промывание водой или физраствором 3. Закапывание антибиотиков 4. Транспортировка в стационар без промывания	**2**
447.		**Пациенту с абсцедирующим ячменем (флюктуация) показано хирургическое вмешательство. Какая операция выполняется?** 1. Иссечение халязиона 2. Вскрытие и дренирование гнойника 3. Блефаропластика 4. Кантатомия	**2**
448.	**ПК-7**	**При возникновении чрезвычайной ситуации или боевых действий организуется этапное оказание медицинской помощи пострадавшим с травмами органа зрения. Установите соответствие между этапом медицинской эвакуации (1-4) и объемом офтальмологической помощи (А-Г).** **Этап медицинской эвакуации** **Объем помощи**	**1-Б** **2-А** **3-Г** **4-В**

		1. Первый этап (поле боя, место происшествия) 2. Второй этап (квалифицированная помощь, медсанбат) 3. Третий этап (специализированный госпиталь) 4. Транспортировка (медицинская эвакуация)	А. Первичная хирургическая обработка (ПХО) ран, удаление поверхностных инородных тел, отсроченные операции (до суток) Б. Инстилляции 20% раствора сульфаниламида, введение обезболивающих, наложение бинокулярной повязки, подготовка к эвакуации В. Транспортировка в положении на боку (на стороне раненого глаза), полный покой, ограничение физической нагрузки Г. Витреоретинальная хирургия, реконструктивные операции, удаление внутриглазных инородных тел, реабилитация
449.		**Согласно актуализированному Приказу Минздрава РФ №614н (9 октября 2025 г.), все клиники, оказывающие офтальмологическую помощь детям при ЧС, разделены на три группы. Установите соответствие между группой клиники (1-4) и ее возможностями при оказании помощи детям в ЧС (А-Г).** **Группа клиники** — **Возможности оказания помощи** 1. Клиники I группы 2. Клиники II	А. Специализированная, в т.ч. высокотехнологичная помощь (ВМП), наличие детского офтальмологического отделения, реанимации, КТ/МРТ, лаборатории 2-3 уровня, телемедицина Б. Организации, подведомственные федеральным орга-	**1-В** **2-Г** **3-А** **4-Б**

		группы	нам власти, с полным комплексом профильных отделений, современным оборудованием, лабораторией 3 уровня	
		3. Клиники III группы «А»	В. Первичная медико-санитарная помощь, наличие детского офтальмологического кабинета (диагностика, лечение, профилактика)	
		4. Клиники III группы «Б»	Г. Специализированная помощь (кроме ВМП), наличие детского офтальмологического отделения,реанимации, функциональной диагностики, рентгена, лаборатории 1-2 уровня	
450.		**При сортировке пострадавших с офтальмологической патологией в ЧС необходимо определить очередность и условия эвакуации в зависимости от характера травмы. Установите соответствие между видом травмы (1-4) и тактикой медицинской эвакуации (А-Г) .** **Вид травмы**	**Тактика медицинской эвакуации**	**1-Б** **2-В** **3-А** **4-Г**
		1. Проникающее ранение глазного яблока с внутриглазным инородным телом	А. Местное лечение в условиях приемного покоя, госпитализация в плановом порядке	
		2. Химический ожог глаз (щелочной)	Б. Экстренная эвакуация в офтальмологическое отделение с реанимацией после первичной хирургической обработки	
		3. Контузия легкой степени без	В. Экстренная эвакуация с предвари-	

		повреждения структур глаза 4. Сочетанная травма глаза с внутричерепным повреждением	тельным промыванием (на месте) в ближайшую медорганизацию с реанимацией Г. Эвакуация в многопрофильный стационар (нейрохирургия + офтальмология) с участием реаниматолога	
451.		**В зоне чрезвычайной ситуации обнаружен пострадавший с сочетанной травмой: проникающее ранение правого глаза и вдавленный перелом костей свода черепа с признаками внутричерепной гематомы (потеря сознания, анизокория, брадикардия). Общее состояние тяжелое, угрожающее жизни. Необходимо определить правильную последовательность оказания помощи с учетом принципов медицины катастроф. Установите правильную последовательность действий при оказании помощи пострадавшему с сочетанной ЧМТО.** **Действия:** 1.Наложение асептической бинокулярной повязки на оба глаза для иммобилизации. 2.Проведение нейрохирургического вмешательства (удаление гематомы, декомпрессия). 3.Первичная хирургическая обработка (ПХО) проникающего ранения глаза (отсроченно, после стабилизации). 4.Инстилляции 20% раствора сульфацила натрия в конъюнктивальную полость раненого глаза. 5.Противошоковая терапия, стабилизация жизненно важных функций (дыхание, гемодинамика). 6.Экстренная эвакуация в многопрофильный стационар (нейрохирургия + офтальмология).	**4, 1, 5, 6, 2, 3**
452.		**На первом этапе медицинской эвакуации (поле боя, место происшествия) находится пострадавший с проникающим ранением левого глаза и внутриг-**	**1, 4, 3, 2, 6, 5**

		лазным инородным телом. Необходимо определить правильную последовательность мероприятий перед эвакуацией и во время транспортировки на второй этап. **Установите правильную последовательность действий при подготовке и проведении медицинской эвакуации пострадавшего с проникающим ранением глаза.** **Действия:** 1.Инстилляции 20% раствора сульфацила натрия (антисептик) в конъюнктивальную полость. 2.Определение очередности эвакуации (по тяжести состояния, I очередь). 3.Наложение бинокулярной стерильной повязки. 4.Введение обезболивающих препаратов (при сохраненном сознании). 5.Транспортировка в положении лежа на боку на стороне раненого глаза. 6.Заполнение медицинской документации (сопроводительный талон).	
453.		**В результате техногенной катастрофы произошло массовое поступление пострадавших с повреждениями органа зрения различной степени тяжести. Ординатор участвует в медицинской сортировке и организации лечебно-эвакуационных мероприятий. Необходимо определить правильную последовательность действий.** **Установите правильную последовательность лечебно-эвакуационных мероприятий при массовом поступлении пораженных офтальмологического профиля.** **Действия:** 1.Проведение внутриэтапной сортировки (распределение по операционным, перевязочным, эвакуационным палатам). 2.Выделение мероприятий I очереди (неотложные вмешательства) и II очереди (отсроченные). 3.Эвакуационно-транспортная сортировка (определение очередности и вида транспорта для эвакуации). 4.Выявление пострадавших с жизнеугрожающими состояниями (асфиксия, наружное кровотечение, шок).	**4, 6, 2, 1, 5, 3**

		5.Проведение первичной хирургической обработки (ПХО) по неотложным показаниям. 6.Оказание первой врачебной помощи (обезболивание, повязки, транспортная иммобилизация).	
454.		**В результате террористического акта в городском транспорте произошло массовое поступление пострадавших в приемный покой многопрофильной больницы. Среди поступивших — трое пациентов с офтальмологической патологией:** **Пострадавший А: Мужчина 45 лет с проникающим ранением левого глаза, выпадением радужки, гифемой. Зрение снижено до светоощущения. Общее состояние средней тяжести, гемодинамика стабильна.** **Пострадавший Б: Женщина 30 лет с химическим ожогом обоих глаз щелочью (неизвестная концентрация). Произошло около 40 минут назад, промывание на месте не проводилось. Жалобы на резкую боль, светобоязнь, блефароспазм.** **Пострадавший В: Мужчина 60 лет с контузией правого глаза легкой степени (субконъюнктивальное кровоизлияние, острота зрения 0,7). Общее состояние удовлетворительное, жалоб, кроме косметического дефекта, нет.** **Вопросы:** 1.Проведите медицинскую сортировку пострадавших, определив очередность оказания помощи (I, II, III очередь) в соответствии с принципами медицины катастроф. Ответ обоснуйте. 2.Определите объем неотложной помощи для пострадавшего Б на догоспитальном этапе (место происшествия) и в приемном покое. 3.Каковы показания для экстренной медицинской эвакуации пострадавшего А в специализированный офтальмологический центр III группы (с реанимацией и возможностью витреоретинальной хирургии)? 4.Какие принципы оказания помощи при сочетанной травме должны соблюдаться при наличии у пострадавшего А дополнительных повреждений (черепно-мозговая травма)?	**1.Медицинская сортировка (очередность оказания помощи):** **Пострадавший Б (химический ожог) — I очередь (неотложная помощь).** Химические ожоги, особенно щелочные, требуют немедленного промывания в первые минуты, так как промедление приводит к необратимому повреждению роговицы и внутриглазных структур . **Пострадавший А (проникающее ранение) — I-II очередь.** Проникающие ранения глаза относятся к неотложным состояниям и подлежат экстренной первичной хирургической обработке (ПХО). Однако при массовом поступлении и наличии жизнеугрожающих состояний у других пострадавших, операция может быть отложена до 24 часов (отсроченное вмешательство) при условии стабильного состояния и начатой антибиотикопрофилактики . **Пострадавший В (легкая контузия) — II-III очередь.** Не угрожает зрению, может получить помощь в плановом порядке после стабилизации более тяжелых пациентов. **2.Объем неотложной помощи при химическом ожоге (пострадавший Б):** **На догоспитальном этапе:** Немедленное обильное промывание водой или физиологическим раствором (не менее 30 минут) до нейтральной реакции среды (контроль лакмусовой бумажкой) . Промывание начинается на месте происшествия и продолжается в машине скорой помощи. **В приемном покое:** Контрольное промывание, инстилляции местных анестетиков (для купирования боли и возможности осмотра), закапывание антибиотиков (фторхинолоны) и цитоплегиков (атропин) для профилактики симблефарона и уменьшения боли, наложение бинокулярной повязки при необходимости .

			3.Показания для экстренной эвакуации в центр III группы: Согласно актуализированному Приказу Минздрава РФ (октябрь 2025 г.), экстренная медицинская эвакуация в специализированные центры III группы (с реанимацией, КТ/МРТ, возможностью витреоретинальной хирургии) показана при: Проникающих ранениях глазного яблока с внутриглазным инородным телом. Разрывах склеры с выпадением оболочек. Необходимости одномоментной нейрохирургической и офтальмологической помощи при сочетанной ЧМТО . **4.Принципы оказания помощи при сочетанной ЧМТО:** При наличии сочетанной черепно-мозговой и офтальмологической травмы (ЧМТО) действуют принципы военно-полевой хирургии и медицины катастроф : **Выделение ведущего повреждения:** Приоритет отдается жизнеугрожающим состояниям (внутричерепная гематома, вдавленный перелом). При тяжелом общем состоянии операция откладывается до стабилизации жизненно важных функций . **Одномоментная хирургическая обработка:** При стабильном состоянии возможно одномоментное вмешательство нейрохирурга и офтальмолога. **Преемственность:** Обеспечение документального сопровождения и последующей реабилитации.
455.		**В результате обрушения здания в зоне чрезвычайной ситуации обнаружен пострадавший 35 лет с признаками проникающего ранения правого глаза (обильное слезотечение, выраженный блефароспазм, визуализируется рана роговицы с выпадением радужки). Общее состояние средней тяжести, сознание ясное, гемодинамика стабильна. Медицинская помощь оказывается на первом этапе (поле боя/место происшествия) силами выездной бригады скорой помощи. Ближайший специализированный офтальмологический стационар находится в 150 км. Приказом Минздрава РФ от 2025 г. разрешена экстренная эвакуация в непрофильные клиники при невозможности до-**	**1.Алгоритм действий на месте происшествия (последовательность):** Оценка общего состояния и жизненно важных функций (дыхание, гемодинамика) . Инстилляции 20% раствора сульфацила натрия (антисептик) в конъюнктивальную полость для профилактики инфекции . Введение обезболивающих препаратов (ненаркотические или наркотические анальгетики в зависимости от интенсивности боли). Наложение стерильной **бинокулярной повязки** для иммоби-

		ставки в профильное отделение . **Вопросы:** 1.Опишите алгоритм действий бригады скорой помощи на месте происшествия (последовательность мероприятий). 2.Определите показания для экстренной эвакуации в непрофильную клинику. 3.Какими критериями должна обладать такая клиника согласно новому Порядку? 4.В каком положении должен транспортироваться пострадавший с проникающим ранением глаза? Обоснуйте. 5.Какая документация заполняется при медицинской эвакуации для обеспечения преемственности?	лизации глаза и профилактики дополнительного выпадения оболочек при транспортировке. Определение очередности эвакуации (I очередь). Заполнение медицинской документации (сопроводительный талон). **2.Показания и критерии для эвакуации в непрофильную клинику:** **Показания:** Невозможность быстрой доставки в специализированное офтальмологическое отделение (III группы) из-за удаленности или перегруженности . **Критерии клиники (согласно Приказу Минздрава РФ, 2025):** Круглосуточно функционирующее приемное отделение, отделение анестезиологии-реанимации, рентгеновское отделение с возможностью проведения КТ или МРТ, клинико-диагностическая лаборатория. После стабилизации состояния пациент переводится в профильное отделение . **3.Положение при транспортировке:** Транспортировка осуществляется в положении **лежа на боку на стороне раненого глаза** . **Обоснование:** Такое положение предотвращает дополнительное смещение внутриглазных структур (радужки, хрусталика, стекловидного тела) под действием силы тяжести и снижает риск аспирации рвотными массами (при тошноте). **4.Документальное сопровождение:** Заполняется **сопроводительный талон** (или карта вызова скорой медицинской помощи) с указанием: времени травмы, обстоятельств, проведенных мероприятий (инстилляции, повязка, обезболивание), динамики состояния, предположительного диагноза. Обеспечение преемственности — один из ключевых принципов медицины катастроф .
456.		**В результате мощного землетрясения развернут полевой госпиталь. В составе бригады специализированной медицинской помощи (БСМП) работает врач-офтальмолог. На 5-й день после катастрофы поток пострадавших сохраняется. Анализ обращений показывает, что количество пациентов с оф-**	**1.Задачи врача-офтальмолога в БСМП (первые 3-5 дней):** Участие в медицинской сортировке (выявление пострадавших с угрожающими зрению травмами — I очередь). Оказание неотложной помощи: первичная хирургическая обработка (ПХО) проникающих ранений, удаление поверх-

		тальмологической патологией составляет около 5% от общего числа . При этом наблюдается изменение структуры патологии: если в первые 4 дня преобладали травмы, связанные непосредственно с катастрофой (разрывы, проникающие ранения, контузии), то к 9-му дню начинают преобладать заболевания, не связанные с катастрофой (обострения хронических конъюнктивитов, синдром сухого глаза, инфекции). **Вопросы:** 1.Каковы задачи врача-офтальмолога в составе БСМП в первые 3-5 дней после катастрофы? 2.Чем объясняется смена структуры патологии с "disaster-related" на "non-disaster-related" к 9-му дню? Какие мероприятия необходимо организовать для профилактики инфекционных заболеваний глаз в полевом госпитале? 3.Какие неотложные офтальмологические вмешательства могут быть выполнены в условиях полевого госпиталя (I-II группа клиник), а какие требуют немедленной эвакуации в тыловой специализированный центр (III группа)? 4.Как организуется взаимодействие с нейрохирургами и реаниматологами при поступлении пострадавшего с сочетанной ЧМТО в полевой госпиталь?	ностных инородных тел, обработка ожогов, наложение повязок . Отбор пациентов для эвакуации в тыловые специализированные центры (III группа) при наличии внутриглазных инородных тел, размозжений глаза, необходимости витреоретинальной хирургии . **2.Смена структуры патологии и профилактика инфекций:** **Причина смены:** К 9-му дню острые травматические повреждения либо уже пролечены, либо пациенты с ними эвакуированы. На первый план выходят заболевания, связанные с антисанитарными условиями жизни в палатках, отсутствием чистой воды, запыленностью, скученностью людей — обострения хронических конъюнктивитов, блефаритов, синдром сухого глаза, инфекционные конъюнктивиты . **Профилактические мероприятия:** Организация разъяснительной работы среди пострадавших о гигиене рук, обеспечение по возможности индивидуальными средствами гигиены, создание запасов антибактериальных капель широкого спектра для лечения вспышек конъюнктивитов. **3.Объем помощи в полевом госпитале и показания к эвакуации:** **Выполняется в полевом госпитале (I-II группа):** ПХО ран век и конъюнктивы, удаление поверхностных инородных тел роговицы и конъюнктивы, вправление неосложненных вывихов хрусталика (при наличии условий), парацентез передней камеры при остром повышении ВГД. **Эвакуация в тыловой центр (III группа):** Проникающие ранения с внутриглазными инородными телами (требуют витреоретинальной хирургии), разрывы склеры с обширным выпадением оболочек, травматическая катаракта с подвывихом хрусталика (требует факоэмульсификации), состояния после тяжелых ожогов роговицы (требуют кератопластики). **4.Взаимодействие со смежными специалистами при ЧМТО:** При сочетанной черепно-мозговой и офтальмологической травме (ЧМТО) действует принцип **междисциплинарного взаимодействия** .

			При тяжелом общем состоянии, обусловленном ЧМТ, пациент поступает в реанимационное отделение. Офтальмолог вызывается «на себя» для осмотра на месте. Если состояние позволяет, проводится одномоментная операция с участием нейрохирурга и офтальмолога. Если нет — операция откладывается до стабилизации, нейрохирург и офтальмолог вызываются через Центр медицины катастроф.
457.		**В результате взрыва на химическом заводе произошло массовое поступление пострадавших. В приемный покой многопрофильной больницы доставлены трое пациентов с офтальмологической патологией:** **Пострадавший 1: Мужчина 40 лет с проникающим ранением правого глаза, инородное тело (осколок стекла), гифема, выпадение радужки. Общее состояние средней тяжести, гемодинамика стабильна.** **Пострадавший 2: Женщина 35 лет с химическим ожогом обоих глаз кислотой (произошло 20 минут назад), промывание на месте не проводилось. Жалобы на резкую боль, светобоязнь.** **Пострадавший 3: Мужчина 60 лет с субконъюнктивальным кровоизлиянием левого глаза (контузия легкой степени), острота зрения 0,8. Общее состояние удовлетворительное.** **Вопросы:** 1.Определите очередность оказания медицинской помощи (I, II, III очередь) для каждого пострадавшего в соответствии с принципами медицинской сортировки. 2.Какой объем помощи должен быть оказан пострадавшему 2 на догоспитальном этапе (место происшествия)? 3.Каковы показания для экстренной эвакуации пострадавшего 1 в специализированный офтальмологический центр III группы? 4.В каком положении должен транспортироваться пострадавший 1 при медицинской эвакуации?	**1.Очередность оказания помощи:** Пострадавший 2 (химический ожог) — **I очередь** (неотложная помощь). Пострадавший 1 (проникающее ранение) — **I-II очередь** (подлежит экстренной или отсроченной ПХО в зависимости от наличия жизнеугрожающих состояний). Пострадавший 3 (легкая контузия) — **III очередь** (помощь в плановом порядке). **2.Помощь при химическом ожоге на догоспитальном этапе:** Немедленное обильное промывание глаз водой или физиологическим раствором (не менее 30 минут) до нейтральной реакции среды (контроль лакмусовой бумажкой). **3.Показания для эвакуации в центр III группы:** Проникающие ранения глазного яблока с внутриглазным инородным телом. Разрывы склеры с выпадением оболочек. Необходимость витреоретинальной хирургии. **4.Положение при транспортировке:** Лежа на боку **на стороне раненого глаза** для профилактики дополнительного смещения внутриглазных структур и аспирации (при тошноте).
458.		**В зоне чрезвычайной ситуации (землетрясение) обнаружен пострадавший с**	**1.Критерии непрофильной клиники (согласно Приказу Минздрава РФ, 2025):**

		проникающим ранением левого глаза и подозрением на внутриглазное инородное тело. Ближайший специализированный офтальмологический стационар (III группа) находится в 200 км и перегружен. Согласно Приказу Минздрава РФ (октябрь 2025 г.), разрешена экстренная эвакуация в непрофильные клиники при невозможности доставки в профильное отделение. **Вопросы:** 1.Какими критериями должна обладать непрофильная клиника для приема пострадавшего с проникающим ранением глаза? 2.Какова последовательность действий бригады скорой помощи на месте происшествия перед эвакуацией (перечислите 4 основных мероприятия)? 3.Какая документация заполняется при медицинской эвакуации для обеспечения преемственности? 4.Каковы сроки выполнения первичной хирургической обработки (ПХО) при проникающем ранении глаза в условиях ЧС?	Круглосуточно функционирующее приемное отделение. Отделение анестезиологии-реанимации. Рентгеновское отделение с возможностью проведения КТ или МРТ. Клинико-диагностическая лаборатория. Возможность временной госпитализации до перевода в профильное отделение. **2.Последовательность действий на месте происшествия:** Инстилляции 20% раствора сульфацила натрия (антисептик). Введение обезболивающих препаратов. Наложение стерильной бинокулярной повязки. Определение очередности эвакуации (I очередь). **3.Документация:** Заполняется **сопроводительный талон** (или карта вызова скорой медицинской помощи) с указанием времени травмы, обстоятельств, проведенных мероприятий, динамики состояния и предположительного диагноза. **4.Сроки ПХО:** При проникающих ранениях глаза ПХО выполняется в сроки **до 24 часов** (первые сутки) с момента ранения при условии стабильного состояния пациента и начатой антибиотикопрофилактики. В военно-полевой хирургии допускается отсрочка при массовом поступлении раненых.
459.		**В приемный покой многопрофильной больницы доставлен пострадавший с сочетанной травмой: проникающее ранение левого глаза с выпадением оболочек и вдавленный перелом черепа с признаками внутричерепной гематомы (потеря сознания, анизокория). Состояние тяжелое, угрожающее жизни.** **Вопросы:** 1.Какой принцип оказания помощи является ведущим при сочетанной ЧМТО? 2.Какое вмешательство выполняется в первую очередь и почему? 3.Когда выполняется первичная хирургическая обработка (ПХО) проникающего ранения глаза? 4.Какие специалисты должны участвовать в лечении данного пострадавшего?	**1.Ведущий принцип:** Приоритет отдается **жизнеугрожающим состояниям** (внутричерепная гематома, нарушение витальных функций) — principle of life-saving first. **2.Первоочередное вмешательство: Нейрохирургическое вмешательство** (удаление гематомы, декомпрессия) для устранения угрозы жизни. **3.Сроки ПХО глаза:** ПХО проникающего ранения глаза выполняется **отсроченно**, после стабилизации состояния пациента и завершения нейрохирургического этапа (в течение 24 часов, но не более 48 часов при условии антибиотикопрофилактики). **4.Состав специалистов:** Нейрохирург, офтальмолог, анестезиолог-реаниматолог. При необходимости — челюстно-лицевой хирург и отоларинголог (при сочетанных повреждениях).

460.		**Согласно актуализированному Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «офтальмология» (2025 г.), при невозможности эвакуации в специализированное отделение ребенок может быть доставлен в ближайшую медорганизацию при условии наличия в ней круглосуточно функционирующих отделений. Какой минимальный набор отделений обязателен?** 1. Только приемное отделение и рентген-кабинет 2. Приемное отделение, отделение анестезиологии-реанимации, рентгеновское отделение с КТ/МРТ, клинико-диагностическая лаборатория 3. Только офтальмологическое отделение и операционная 4. Приемное отделение и отделение функциональной диагностики	**2**
461.		**При медицинской сортировке в ЧС выделяются три основных признака. Какой признак определяет необходимость проведения санитарной обработки или изоляции пострадавшего?** 1. Лечебный признак 2. Эвакуационный признак 3. Опасность для окружающих 4. Прогностический признак	**3**
462.		**К какой группе клиник, оказывающих помощь детям при заболеваниях глаз (согласно Приказу Минздрава РФ 2025 г.), относятся организации, подведомственные федеральным органам власти, обладающие комплексом профильных отделений и лабораторией 3 уровня?** 1. I группа 2. II группа 3. III группа «А» 4. III группа «Б»	**4**
463.		**Какова оптимальная структура врачебной сортировочной бригады для носилочных пораженных на этапе оказания первой врачебной помощи?** 1. Врач и два санитара 2. Врач, фельдшер (медсестра), медсестра, 2 регистратора и звено носильщиков 3. Только врач и медицинская сестра 4. Фельдшер и регистратор	**2**
464.		**Какие мероприятия относятся к I очереди (неотложные) при оказании помощи в ЧС?**	**2**

		1. Лечение хронических заболеваний 2. Устранение асфиксии, остановка наружного кровотечения, противошоковая терапия 3. Плановая хирургическая обработка ран 4. Эвакуация в тыловые госпитали	
465.		**При проникающем ранении глазного яблока на догоспитальном этапе необходимо выполнить следующие мероприятия. Какое действие является обязательным перед транспортировкой?** 1. Наложение монокулярной повязки 2. Наложение бинокулярной стерильной повязки 3. Тугое бинтование обоих глаз 4. Промывание раны антисептиком	**2**
466.		**Какой препарат вводят внутримышечно для профилактики столбняка при проникающих ранениях глаза?** 1. Анальгин 2. Гепарин 3. Противостолбнячную сыворотку (1500-3000 МЕ) или анатоксин 4. Преднизолон	**3**
467.		**При химическом ожоге глаз первоочередным действием является:** 1. Наложение бинокулярной повязки 2. Немедленное обильное промывание водой или физраствором (не менее 30 минут) 3. Закапывание антибиотиков 4. Эвакуация в стационар без промывания	**2**
468.		**Каковы допустимые сроки выполнения первичной хирургической обработки (ПХО) при проникающих ранениях глаза в условиях массового поступления пострадавших?** 1. 6-12 часов 2. 24-48 часов (первые-вторые сутки) при условии антибиотикопрофилактики 3. 72 часа 4. Не позднее 2 недель	**2**
469.		**При проникающем ранении глаза с внутриглазным инородным телом в**	**3**

		конъюнктивальную полость инстиллируют: 1. 0,1% раствор дексаметазона 2. 1% раствор атропина 3. 20% раствор сульфацила натрия или другие антисептики 4. 0,25% раствор дикаина	
470.		**При сочетанной черепно-мозговой и офтальмологической травме (ЧМТО) с тяжелым общим состоянием и внутричерепной гематомой ведущим принципом оказания помощи является:** 1. Первоочередная ПХО глаза 2. Приоритет жизнеугрожающим состояниям (нейрохирургическое вмешательство) 3. Одновременная операция двумя бригадами в любом случае 4. Эвакуация в офтальмологический центр	**2**
471.		**Что является показанием для неотложного офтальмологического вмешательства при сочетанной ЧМТО?** 1. Субконъюнктивальное кровоизлияние 2. Проникающие ранения глазного яблока, разрывы глаза, нарастающая ретробульбарная гематома 3. Контузия легкой степени 4. Ожог 1 степени	**2**
472.		**При каком объеме травматической внутримозговой гематомы, проявляющейся клинически, требуется неотложное нейрохирургическое вмешательство?** 1. 10 мл и более 2. 20 мл и более 3. 30 мл и более 4. 50 мл и более	**3**
473.		**Как должны взаимодействовать специалисты при оказании помощи пациенту с сочетанной ЧМТО в тяжелом состоянии?** 1. Пациент направляется сначала к офтальмологу 2. Пациент поступает в реанимацию, нейрохирург и офтальмолог вызываются	**2**

		«на себя» через Центр медицины катастроф 3. Операция откладывается на неопределенный срок 4. Помощь оказывается только нейрохирургом	
474.		**В каком положении должен транспортироваться пострадавший с проникающим ранением глаза?** 1. Лежа на спине 2. Лежа на животе 3. Лежа на боку на стороне раненого глаза 4. В положении сидя	**3**
475.		**Какая повязка противопоказана при инфекционно-воспалительных поражениях конъюнктивы (конъюнктивитах)?** 1. Монокулярная повязка 2. Любая глазная повязка (создает благоприятные условия для размножения инфекции) 3. Бинокулярная повязка 4. Пращевидная повязка	**2**
476.	**ПК-8**	Установите соответствие между офтальмологической патологией и наиболее предпочтительным методом санаторно-курортного лечения или физиотерапии, применяемым на этапе реабилитации. Для каждой позиции из левого столбца подберите соответствующую позицию из правого столбца. Заболевание: 1. Начальная возрастная катаракта 2. Хронический блефарит (демодекозный) 3. Миопия слабой степени (прогрессирующая) у детей 4. Синдром «сухого глаза» легкой степени Метод реабилитации: A. Трансконъюнктивальная магнитотерапия и инстилляции препаратов искусственной слезы (гиалуронат натрия) B. Сероводородные ванны для улучшения трофики. C. Электрофорез с никотиновой кислотой по Бургиньону (на воротниковую зону) D. Местная магнитотерапия век в сочетании с обработкой краев век маслом чайного дерева	Эталон ответа: 1 – B (Сероводород и грязелечение улучшают трофику хрусталика, тормозя прогрессирование катаракты) 2 – D (Сочетание физиотерапии (магнит) и противодемодекозного средства) 3 – C (Электрофорез с сосудорасширяющими и метаболическими препаратами на воротниковую зону — классика реабилитации при прогрессирующей миопии) 4 – A (Физиотерапия (магнит) для стимуляции слезопродукции и заместительная терапия)
477.		Установите соответствие между клиническим случаем (стадия/форма заболевания) и тактикой применения лечебных факторов, лекарственной терапии и методов реабилитации.	1 – D (Иммуномодуляция и общая санаторно-курортная реабилитация для стойкой ремиссии герпеса) 2 – B (Физиофорез для рассасывания фибрина и спаек, холод

		Клиническая ситуация: 1. Пациент с рецидивирующим герпетическим кератитом в стадии ремиссии (затухания процесса) для профилактики обострений. 2. Пациент с острым передним увеитом (иридоциклитом) на фоне анкилозирующего спондилита в стадии стихания воспаления (2-я неделя). 3. Пациент после экстракции катаракты (ФЭК) с явлениями послеоперационного макулярного отека (синдром Ирвина-Гасса). 4. Пациент с открытоугольной глаукомой и нормализованным ВГД, но с прогрессирующим снижением светочувствительности. Комплекс лечения: A. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в инстилляциях (диклофенак/непафенак) в сочетании с лазерстимуляцией макулярной области. B. Электрофорез с мидриатиками и ферментами (лидаза) и локальная гипотермия (аппликации холода) для рассасывания экссудата. C. Прием нейропротекторов (этилметилгидроксипиридина сукцинат) и курсы цветоимпульсной терапии для тренировки зрительного анализатора. D. Санаторно-курортное лечение на бальнеологических курортах с сероводородными источниками и системная энзимотерапия (вобэнзим) для повышения противовирусного иммунитета.	для купирования остаточного воспаления) 3 – A (Купирование отека с помощью НПВП и лазерстимуляция для улучшения трофики сетчатки) 4 – C (Нейропротекция и функциональное лечение (тренинг) светочувствительности)
478.		Установите соответствие между типом курорта (природного лечебного фактора) и группой офтальмологических заболеваний, при которых данный фактор является наиболее патогенетически обоснованным для лечения. Тип курорта / Природный фактор: 1. Грязевые курорты (пелоидотерапия) (например, Саки, Евпатория) 2. Климатобальнеологические курорты с йодобромными водами (Сочинский регион) 3. Курорты с радоновыми водами (Белокуриха, Цхалтубо) 4. Климатолечение в условиях среднегорья (Кисловодск, др.) Показания к применению: A. Заболевания зрительного нерва и сетчатки сосудистого генеза, ангиопатии, гипертоническая ретинопатия (мягкий климат, гипоксия умеренная, адаптация). B. Хронические вялотекущие увеиты, дистрофии сетчатки, последствия травм и ожогов (рассасывающее, противовоспалительное действие).	1 – B (Грязи обладают мощным противовоспалительным и рассасывающим действием, улучшают трофику при дистрофиях и травмах) 2 – C (Йодобромные воды положительно влияют на эндокринную систему и обмен веществ, что важно при эндокринных офтальмопатиях) 3 – D (Радон в малых дозах оказывает седативное и анальгезирующее действие, улучшает регенерацию нервной ткани) 4 – A (Умеренная гипоксия гор тренирует сосуды, улучшает кровообращение головного мозга и глаза, снижает артериальное давление)

		C. Эндокринная офтальмопатия (без декомпенсации щитовидной железы), заболевания век и орбиты, обменные нарушения (стимуляция метаболизма). D. Невриты, нейроретиниты, кератиты в стадии ремиссии, болевые синдромы при глаукоме (аналгезирующее, седативное, противовоспалительное).	
479.	**ПК-8**	Установите правильную последовательность назначения методов физиотерапевтического и медикаментозного лечения в раннем послеоперационном периоде после сквозной кератопластики (пересадки роговицы) для профилактики помутнения трансплантата и стимуляции регенерации. Этапы лечения: A. Назначение системной кортикостероидной терапии и местных инстилляций глюкокортикостероидов. B. Применение электрофореза с дексаметазоном (при отсутствии признаков эпителиопатии). C. Низкоинтенсивная лазеротерапия на область послеоперационной раны (стимуляция регенерации). D. Магнитотерапия для улучшения микроциркуляции и уменьшения отека трансплантата. E. Закапывание антибактериальных капель широкого спектра действия (профилактика инфекции).	Эталон ответа: 1 – A (Системная и местная гормональная терапия — основа профилактики отторжения, начинается сразу) 2 – E (Антибиотикопрофилактика проводится с первых дней, но инстилляции ГКС первичнее в патогенезе отторжения. В строгой логике: сначала антибиотики+гормоны, но гормоны важнее. В данном контексте считаем, что A начинается вместе с E, но в списке A стоит первым) 3 – D (Магнитотерапия — мягкое воздействие, улучшает трофику, назначается после эпителизации) 4 – C (Лазеростимуляция — активное воздействие на регенерацию, позже, после снятия швов или на этапе фиброплазии) 5 – B (Электрофорез с дексаметазоном назначают позже, когда есть риск фиброза, для доставки препарата в глубокие слои) Примечание: Правильная последовательность подчеркивает этапность: Антибактериальная защита + гормоны -> Физиотерапия для улучшения питания (магнит) -> Стимуляция регенерации (лазер) -> Противофиброзная терапия (электрофорез).
480.		Установите правильную последовательность лечебно-реабилитационных мероприятий для ребенка 7 лет с дисбинокулярной амблиопией средней степени на фоне гиперметропии, приступая к этапу санаторно-курортного или специализированного офтальмологического лечения. Мероприятия: A. Прямая окклюзия (выключение лучше видящего глаза). B. Назначение очковой коррекции (постоянное ношение). C. Тренировка аккомодации с помощью линз Френеля или компьютера (аккомодотренер).	1 – B (Оптическая коррекция является основой, без очков дальнейшее лечение неэффективно) 2 – A (Прямая окклюзия — классика плеоптики, включает торможение косящего глаза) 3 – D (Лазерстимуляция — активный метод повышения остроты зрения, проводится на фоне окклюзии) 4 – C (Тренировка аккомодации подготавливает глаз к бинокулярной работе) 5 – E (Восстановление бинокулярного зрения — завершающий и самый сложный этап)

		D. Проведение курса лазерплеоптики (лазерстимуляции сетчатки) на амблиопичный глаз. E. Занятия на синоптофоре (развитие бинокулярного зрения и фузионных резервов).	
481.		Установите правильную последовательность действий врача-офтальмолога при направлении пациента с миопией средней степени на санаторно-курортное лечение в специализированный офтальмологический санаторий (климатобальнеологический). Действия врача и этапы: A. Проведение углубленного офтальмологического обследования (визометрия, рефрактометрия, осмотр глазного дна, периметрия). B. Выбор санатория и курортных факторов (сероводородные ванны, талассотерапия, лазерстимуляция). C. Заполнение санаторно-курортной карты (форма 072/у) с указанием рекомендованного лечения. D. Оценка динамики состояния пациента по возвращении с курорта (катамнез). E. Исключение противопоказаний (отслойка сетчатки в анамнезе, дистрофии высокой степени, декомпенсированная глаукома).	Эталон ответа: 1 – A (Начинаем с полной диагностики для определения реабилитационного потенциала) 2 – E (Критически важный шаг — безопасность, исключение рисков прогрессирования и осложнений) 3 – B (На основании диагноза и отсутствия противопоказаний выбираем профиль санатория) 4 – C (Оформление документации — завершающий этап перед отправкой пациента) 5 – D (Оценка эффективности реабилитации — заключительный этап работы врача)
482.	**ПК-8**	Внимательно прочитайте клиническую ситуацию и дайте развернутые ответы на поставленные вопросы. Ответы должны быть аргументированными, содержать обоснование выбора методов реабилитации и их последовательности. Пациент К., 42 года, перенес проникающее ранение правого глаза с внутриглазным инородным телом 2 месяца назад. Была проведена хирургическая обработка раны, удаление инородного тела, экстракция травматической катаракты. На момент осмотра: глаз спокоен, швы состоятельны, роговица прозрачная, глазное дно: частичный гемофтальм (кровоизлияние в стекловидное тело) в стадии организации, начальные признаки пролиферативной витреоретинопатии. Острота зрения: 0,1 (не корригирует). Внутриглазное давление в норме. Пациент направлен на этап медицинской реабилитации, включая санаторно-курортное лечение. Вопросы: 1. Определите основные задачи (цели) медицинской реабилитации для данного пациента на современном этапе.	1) Задачи медицинской реабилитации: Рассасывание остатков гемофтальма (профилактика организации кровоизлияния); Подавление избыточной пролиферации (профилактика грубого рубцевания, тракционной отслойки сетчатки); Стимуляция регенерации поврежденных тканей (сетчатка, зрительный нерв); Улучшение трофики и микроциркуляции глаза; Повышение зрительных функций; 2) Ультразвуковая терапия: Фонофорез с рассасывающими препаратами (лидаза, коллализин) или ферментами. Эффект: деполимеризация фибрина, размягчение рубцов, ускорение рассасывания гемофтальма. Электрофорез: С йодидом калия (рассасывающий эффект) или с лидазой, чередуя с электрофорезом сосудорасширяющих средств (но-шпа, никотиновая

		2. Предложите программу немедикаментозной терапии (физиотерапевтические методы), которую можно применить на этапе санаторно-курортного лечения. Укажите ожидаемый эффект каждого метода. 3. Обоснуйте выбор природных лечебных факторов (тип курорта) для данного пациента с учетом характера посттравматических изменений. 4. Составьте план лекарственной терапии, сопутствующей реабилитационным мероприятиям, с указанием групп препаратов и целей их назначения.	кислота). Эффект: доставка препарата к очагу, улучшение кровотока, противофиброзное действие. Магнитотерапия: Низкочастотное переменное магнитное поле на область глаза. Эффект: противовоспалительное, противоотечное, улучшение микроциркуляции и регенерации, ангиопротекторное действие. Лазерстимуляция: Низкоинтенсивное лазерное излучение на цилиарное тело и сетчатку. Эффект: стимуляция трофики, улучшение метаболизма в сетчатке и зрительном нерве, легкий противоотечный эффект. Последовательность: обычно начинают с УЗ/фонофореза и электрофореза, затем подключают магнитотерапию, курс лазерстимуляции проводят в середине или конце реабилитации. 3) Выбор природных лечебных факторов: Рекомендован грязевой или бальнеогрязевой курорт (например, Саки, Евпатория). Обоснование: Пелоиды (лечебные грязи) и рапа обладают мощным противовоспалительным, рассасывающим, трофикостимулирующим действием. Грязевые аппликации (воротниковая зона, сегментарно) или вагинальные/ректальные тампоны (при отсутствии противопоказаний со стороны других органов) рефлекторно улучшают кровоснабжение глаза, стимулируют обменные процессы, что патогенетически обосновано при организации гемофтальма и начальной пролиферации. Альтернатива: сероводородные ванны (улучшают микроциркуляцию и трофику) в сочетании с климатотерапией. 4) Лекарственная терапия (сопутствующая): Ферментные препараты (системно или местно): Вобэнзим, флогэнзим (системная энзимотерапия) для рассасывания фибрина и кровоизлияний. Ангиопротекторы и антиагреганты: Пентоксифиллин, дипиридамол (улучшение реологии крови и микроциркуляции). Метаболическая терапия (нейропротекторы):

			Этилметилгидроксипиридина сукцинат (Мексидол) внутримышечно или в таблетках, инстилляции таурина (Тауфон) для улучшения метаболизма сетчатки. Местные НПВС или ГКС: Коротким курсом при малейших признаках воспаления (диклофенак, дексаметазон в каплях) под контролем врача.
483.		Внимательно прочитайте клиническую ситуацию и дайте развернутые ответы на поставленные вопросы. Ответы должны содержать обоснование выбора режима, методов лечения и критериев эффективности. Пациентка М., 68 лет, страдает первичной открытоугольной глаукомой II (развитой) стадии обоих глаз в течение 5 лет. Получает гипотензивный режим: инстилляции аналога простагландина (латанопрост) 1 раз в вечер. Внутриглазное давление (ВГД) на фоне лечения: 18-20 мм рт.ст. (индивидуальное целевое давление достигнуто). При осмотре глазного дна: глаукомная экскавация дисков зрительных нервов (ДЗН) 0,6–0,7, поля зрения концентрически сужены до 40° от точки фиксации. Пациентка жалуется на быструю зрительную утомляемость, трудности при сумеречном зрении. Направляется на реабилитацию в санаторий кардио-неврологического профиля (с возможностью офтальмологического лечения). Сопутствующий диагноз: гипертоническая болезнь II стадии, риск 3. Вопросы: 1. Оцените целесообразность санаторно-курортного лечения для данной пациентки. Каковы основные цели реабилитации при глаукоме в данном случае? 2. Составьте перечень природных и преформированных физических факторов, которые разрешены и показаны пациентке с глаукомой (с учетом сопутствующей патологии). Укажите противопоказанные методы. 3. Предложите схему применения нейропротекторной и сосудистой терапии в условиях санатория (лекарственные препараты и методы их введения). 4. Опишите критерии эффективности проведенной реабилитации при выписке и рекомендации по образу жизни после санаторно-курортного лечения.	Эталон ответа: 1) Санаторно-курортное лечение целесообразно, так как глаукома компенсирована (достигнуто целевое ВГД), но имеются функциональные нарушения (сужение полей, жалобы на астенопию) и сосудистая патология. Основные цели: Улучшение кровоснабжения зрительного нерва (нейропротекция). Стабилизация зрительных функций (поля зрения, острота зрения). Нормализация сосудистого тонуса и микроциркуляции (лечение сопутствующей гипертонии, что косвенно улучшает прогноз по глаукоме). Адаптация к физическим нагрузкам, психоэмоциональная разгрузка. 2) Природные и физические факторы: Разрешены и показаны: Бальнеотерапия: Углекислые ванны (расширяют сосуды, снижают АД), йодобромные ванны (седативный, метаболический эффект), "сухие" углекислые ванны. Климатотерапия: Аэротерапия, дозированная ходьба (терренкур) в условиях среднегорья (щадящий режим). Физиотерапия: Электрофорез воротниковой зоны с сосудорасширяющими (папаверин, никотиновая кислота) или нейропротекторами (Мексидол). Магнитотерапия на воротниковую зону и проекцию глаз (низкоинтенсивная). СМТ-терапия (синусоидальные модулированные токи) на шейно-воротниковую зону. Цветоимпульсная терапия

			(стимуляция светочувствительности сетчатки определенными частотами) — с осторожностью, при отсутствии эпилепсии.\ Противопоказаны: Горячие ванны (любые) — риск подъема ВГД. Сероводородные ванны высокой концентрации — могут вызвать реактивный подъем ВГД. Грязелечение на шейно-воротниковую зону (тепловые процедуры). УФО на область глаз (кварц). 3) Схема нейропротекторной и сосудистой терапии: Парентерально (инъекции): Курс внутримышечных инъекций кортексина или ретиналамина (нейропептиды) для улучшения трофики сетчатки и зрительного нерва. Перорально: Таблетированные формы антиоксидантов (например, комплекс лютеина, антоцианов, витамины группы В) — "Черника-форте", "Окувайт Лютеин", "Стрикс". Антигипертензивная терапия под контролем терапевта. Местно (инстилляции): Продолжение базисной гипотензивной терапии (латанопрост) строго по схеме. Добавление кератопротекторов при сухости глаза. 4) Критерии эффективности при выписке: Субъективное улучшение самочувствия, уменьшение зрительного утомления. Стабилизация или улучшение показателей периметрии (отсутствие отрицательной динамики). Улучшение показателей реоофтальмографии или допплерографии (по данным функциональной диагностики, если проводилась). Стабилизация АД на комфортных цифрах. Рекомендации после санатория: Продолжение гипотензивной терапии пожизненно. Повторение курса нейропротекторной терапии через 6-12 месяцев.

			Соблюдение зрительного режима: исключение длительной работы в наклон, подъема тяжестей, исключение перегрева (баня, сауна, горячий цех). Диета с ограничением соли, жидкости, исключением крепкого чая, кофе. Диспансерное наблюдение офтальмолога по месту жительства с контролем ВГД и полей зрения 1 раз в 3 месяца.
484.		Внимательно прочитайте клиническую ситуацию и дайте развернутые ответы на поставленные вопросы. Продемонстрируйте знание современных методов лечения и реабилитации в детской офтальмологии. Клиническая ситуация: Ребенок С., 10 лет, обратился с жалобами на ухудшение зрения вдаль. При осмотре: острота зрения без коррекции OD=0,4, OS=0,3. После циклоплегии: сфероцилиндрическая рефракция: OD -2,5 Д, OS -2,75 Д. Глазное дно: миопические конусы с височной стороны дисков зрительных нервов. За последний год миопия прогрессировала на 1,0 Д (с -1,5 Д). Ребенок много времени проводит за компьютером (школа + домашние задания). Осанка нарушена (сутулость). Мать ребенка интересуется возможностью санаторно-курортного лечения и немедикаментозных методов для стабилизации процесса.	Эталон ответа: 1) Направления медицинской реабилитации: Оптическая коррекция: Подбор очков для дали (бифокальные/прогрессивные) или ортокератологических линз (ночные линзы) для замедления прогрессирования. Медикаментозная терапия: Мидриатики слабой концентрации (например, циклопентолат или тропикамид курсами) для снятия спазма аккомодации. Препараты кальция (кальция глюконат) для укрепления склеры. Витаминно-минеральные комплексы для глаз с лютеином, антоцианами, цинком. Препараты, улучшающие микроциркуляцию (трентал/пентоксифиллин) короткими курсами под контролем невролога. Немедикаментозная терапия: Тренировка аккомодации, Физиотерапия, Массаж воротниковой зоны, ЛФК, Санаторно-курортное лечение. 2) Комплекс физиотерапии и тренировок: Электростимуляция: Электростимуляция цилиарной мышцы (аппараты "ЭСОМ", "АМО-АТОС") для улучшения ее сократительной способности. Лазерстимуляция: Низкоинтенсивная лазерная терапия на цилиарное тело (аппарат "МАКДЭЛ") для улучшения трофики и снятия спазма.

			Магнитотерапия: На воротниковую зону и трансконъюнктивально. Визуальный тренинг: Аккомодотренер ("Тренажер для глаз") для тренировки цилиарной мышцы в домашних условиях или кабинете. Компьютерные программы типа "Relax", "Eye" (релаксация аккомодации). Занятия на синоптофоре (при наличии функциональных нарушений). 3) Природные лечебные факторы: Рекомендован климато-бальнеологический курорт (например, Южный берег Крыма, Кисловодск, Анапа). Климатотерапия: Умеренная инсоляция (рассеянный ультрафиолет), морской воздух, насыщенный аэроионами. Купание в море сочетает закаливание и легкий гидромассаж. Бальнеотерапия: Сероводородные ванны низкой концентрации (улучшают кровоснабжение глаз и цилиарной мышцы). Циркулярный душ, душ Шарко для улучшения осанки и кровообращения. Терренкур (дозированная ходьба): Тренирует сердечно-сосудистую систему, улучшает общее кровообращение, в т.ч. вертебро-базиллярного бассейна, питающего зрительные центры. Обоснование: Комплексное воздействие мягкого климата, бальнеофакторов и двигательной активности улучшает гемодинамику глаза, снимает спазм аккомодации, укрепляет склеру и общее здоровье ребенка. 4) План рекомендаций на год: Гигиена зрения: Расстояние до книги/тетради: 35-40 см. Освещение рабочего места: настольная лампа 60-75 Вт слева (для правшей) + общий свет. Режим зрительных нагрузок: через каждые 30-40 минут занятий перерыв 10-15 минут (посмотреть вдаль, сделать гимнастику для глаз). Режим дня: Ограничение времени за компьютером/гаджетами до 1-1,5 часов в день (суммарно). Ежедневные прогулки на свежем воздухе не менее 2 часов

			(естественная светотерапия стимулирует выработку дофамина в сетчатке, тормозящего рост глаза). Физическая активность: Занятия плаванием, теннисом (способствуют тренировке аккомодации), ЛФК для укрепления мышц спины и шеи. Исключить виды спорта с поднятием тяжестей, резкими сотрясениями тела (бокс, борьба). Контроль: Контроль остроты зрения и рефракции 1 раз в 6 месяцев. Курсы физиотерапии и медикаментозной поддержки 2 раза в год (весна-осень). Ношение очков строго по назначению врача (для дали или постоянное).
485.	**ПК-8**	Внимательно прочитайте вопросы и дайте КРАТКИЙ ответ (одно-два слова или одно предложение). Впишите недостающие термины или перечислите требуемые позиции. Вопросы: 1) Для пациентов с прогрессирующей близорукостью наиболее предпочтительным типом курорта является _____ профиль (укажите ведущий природный фактор). 2) Применение лечебных грязей (пелоидов) на воротниковую зону у пациентов с офтальмопатологией противопоказано при состоянии _____ глаза (укажите стадию воспалительного процесса). 3) Основным механизмом действия сероводородных ванн при дистрофических заболеваниях сетчатки является улучшение _____ и активация _____ процессов в тканях. 4) Перечислите два противопоказания для направления на бальнеогрязевые курорты пациентов с глаукомой: А. _____	Эталон ответа: 1) Климатобальнеологический (или климатический). 2) Острого (или острого воспаления). 3) Микроциркуляции (кровообращения) и обменных (метаболических, трофических). 4) А. Декомпенсация глаукоматозного процесса (некомпенсированное внутриглазное давление). Б. Острый приступ глаукомы в анамнезе (менее 6 месяцев) или наличие абсолютной болящей глаукомы.

		Б. _____	
486.		Дополните предложения, выбрав правильный термин или указав название метода физиотерапии. Ответ должен быть кратким и точным. Вопросы: 1) Для рассасывания помутнений роговицы (бельм) и внутриглазных кровоизлияний наиболее эффективным методом физиофореза является введение ферментов (лидазы, коллализина) с помощью _____ (укажите метод). 2) Метод физиотерапии, основанный на использовании постоянного тока низкого напряжения и малой силы для доставки лекарственных веществ к тканям глаза, называется _____. 3) Для стимуляции работы цилиарной мышцы при спазме аккомодации у детей применяется метод _____ (укажите общее название методов тренировки или конкретный аппаратный метод). 4) Пациенту с синдромом «сухого глаза» средней степени тяжести, помимо инстилляций слезозаменителей, в условиях физиокабинета рекомендуется проведение _____ (укажите метод физиотерапии).	Эталон ответа: 1) Фонофореза (ультразвука) или электрофореза (оба варианта верны, но для ферментов чаще ультразвук). 2) Электрофорезом (или ионофорезом). 3) Аккомодотренинг (тренировка аккомодации) или лазерстимуляция цилиарного тела (или электростимуляция). 4) Магнитотерапии (трансконъюнктивальной) или лазеростимуляции слезных желез.
487.		Дайте краткий ответ на поставленный вопрос, перечислив группы препаратов или конкретные лекарственные средства. Вопросы: 1) Перечислите три группы лекарственных препаратов, применяемых для нейропротекторной терапии у пациентов с глаукомой на этапе санаторно-курортного лечения:	Эталон ответа: 1) А. Антиоксиданты (этилметилгидроксипиридина сукцинат / Мексидол). Б. Пептидные биорегуляторы (ретиналамин, кортексин). В. Препараты, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин, винпоцетин) (или ангиопротекторы, витамины группы В). 2) Репаранты (или кератопротекторы, стимуляторы регенерации: корнерегель, солкосерил, актовегин). 3) Глюкокортикостероиды (ГКС) (дексаметазон) / глюко-

		А. _____ Б. _____ В. _____ 2) Для стимуляции регенерации роговицы после травм и ожогов в комплексе реабилитационных мероприятий местно назначают препараты из группы _____ (укажите группу, например, «репаранты»). 3) С целью профилактики избыточного рубцевания после антиглаукоматозных операций в послеоперационном периоде применяют инстилляции _____ или проводят электрофорез с _____. 4) Назовите два витаминных/минеральных комплекса, официально зарегистрированных в РФ и применяемых при возрастной макулярной дегенерации (ВМД): А. _____ Б. _____	кортикоидами (или цитостатики, но ГКС — основной ответ). 4) А. Окувайт Лютеин Форте. Б. Черника Форте (или Витрум Вижн, Компливит Офтальмо, Стрикс).
488.	**ПК-8**	Задание 1.1 При направлении пациента с миопией высокой степени на санаторно-курортное лечение обязательным условием является: A. Острота зрения не ниже 0,1 на лучше видящем глазу B. Отсутствие дистрофических изменений на глазном дне C. Возраст пациента старше 18 лет D. Наличие сопутствующей соматической патологии Задание 1.2 Противопоказанием для направления на грязелечение (пелоидотерапию) пациентов с офтальмопатологией является: A. Начальная возрастная катаракта	Эталон ответа: 1.1 – B 1.2 – C 1.3 – B 1.4 – C 2.1 – B 2.2 – Д 2.3 – C 2.4 – B 3.1 – B 3.2 – C 3.3 – C

		B. Хронический блефароконъюнктивит в стадии ремиссии C. Острый иридоциклит D. Миопия слабой степени Задание 1.3 Оптимальные сроки начала реабилитационных мероприятий после экстракции катаракты (ФЭК) при гладком послеоперационном периоде составляют: A. 3-5 дней B. 2-3 недели C. 2-3 месяца D. 6 месяцев Задание 1.4 Курортным фактором, наиболее эффективным при синдроме «сухого глаза» на фоне эндокринной офтальмопатии, является: A. Сероводородные ванны B. Радоновые воды C. Йодобромные воды D. Грязелечение на область век Раздел 2: Природные лечебные факторы Задание 2.1 Основным механизмом лечебного действия сероводородных ванн при дистрофических заболеваниях сетчатки является: A. Стимуляция синтеза меланина B. Расширение сосудов и улучшение микроциркуляции C. Угнетение иммунного ответа D. Дегидратация стекловидного тела Задание 2.2 Для пациентов с прогрессирующей близорукостью наиболее предпочтительным является санаторно-курортное лечение в условиях: A. Горного климата (среднегорье) B. Пустынного климата C. Лесной зоны средней полосы D. Приморского климата с сероводородными источниками	3.4 – B 4.1 – C 4.2 – C 4.3 - B 4.4 - B ○

		Задание 2.3 Грязелечение (пелоидотерапия) при офтальмопатологии чаще всего применяется в виде: A. Непосредственных грязевых аппликаций на закрытые веки B. Грязевых «очков» (местные аппликации) C. Рефлекторно-сегментарных методик (воротниковая зона) D. Общих грязевых ванн Задание 2.4 Питьевое лечение минеральными водами при офтальмопатологии наиболее обосновано при: A. Травматической катаракте B. Диабетической ретинопатии (в составе комплексного лечения) C. Конъюнктивите D. Кератоконусе Раздел 3: Немедикаментозные методы (физиотерапия) Задание 3.1 Для рассасывания внутриглазных кровоизлияний (гемофтальма) наиболее эффективным методом физиотерапии является: A. Дарсонвализация век B. Ультразвуковая терапия (фонофорез с фибринолитиками) C. Индуктотермия D. УФО на область глаза Задание 3.2 Метод электрофореза с атропином сульфатом применяется при: A. Катаракте B. Спазме аккомодации C. Иридоциклите (для расширения зрачка и профилактики спаек) D. Открытоугольной глаукоме Задание 3.3 При проведении магнитотерапии на область глаза основными лечебными эффектами являются все, КРОМЕ: A. Противоотечного B. Противовоспалительного C. Термического (нагревание тканей)	

		D. Улучшения микроциркуляции Задание 3.4 Для стимуляции цилиарной мышцы при прогрессирующей миопии у детей применяется: A. Электрофорез с кальцием хлоридом B. Низкоинтенсивная лазерная терапия (лазерстимуляция) C. Гальванизация воротниковой зоны D. УВЧ-терапия Раздел 4: Лекарственная терапия и комплексная реабилитация Задание 4.1 Нейропротекторный препарат, наиболее часто применяемый в комплексной реабилитации пациентов с глаукомой: A. Тимолол B. Пилокарпин C. Этилметилгидроксипиридина сукцинат (Мексидол) D. Дексаметазон Задание 4.2 Для стимуляции регенерации роговицы при эрозиях и дистрофиях используют: A. Антибактериальные капли B. Дексаметазон C. Корнерегель (декспантенол) D. Тимолол Задание 4.3 Пациенту с открытоугольной глаукомой на этапе санаторно-курортного лечения противопоказаны: A. Прогулки на свежем воздухе B. Тепловые процедуры (горячие ванны, сауна) C. Лечебная физкультура D. Диетотерапия Задание 4.4 В комплекс реабилитации пациента с диабетической ретинопатией на санаторном этапе обязательно должно входить:	

		A. Местное применение ГКС B. Контроль уровня гликемии и коррекция сахароснижающей терапии C. Проведение лазеркоагуляции сетчатки D. Грязелечение на область глаз	
489.	**ПК-9**	Установите соответствие между целевой аудиторией и наиболее эффективной стратегией мотивации, направленной на сохранение зрения и профилактику офтальмологических заболеваний. Целевая аудитория: 1) Родители детей младшего школьного возраста (профилактика прогрессирующей миопии). 2) Пациенты трудоспособного возраста с синдромом «компьютерного зрения» (офисные сотрудники). 3) Пожилые пациенты с диагностированной начальной катарактой, отказывающиеся от операции. 4) Подростки, использующие контактные линзы с нарушением гигиены. Стратегия мотивации: A. Демонстрация фотографий и видеоматериалов с микробиологическим посевом с грязных линз, обсуждение рисков инфекционных кератитов и возможной потери зрения ("апелляция к страху + наглядность"). B. Беседа с акцентом на качество жизни и зависимость от посторонней помощи в будущем, предложение "компромиссного" наблюдения без операции с четкими критериями ухудшения ("учет страха перед операцией + конкретика"). C. Интерактивная лекция с демонстрацией упражнений для глаз на рабочем месте, раздача памяток с "правилами 20-20-20" и информацией об увлажнении глаз ("практическая польза здесь и сейчас + вовлечение"). D. Проведение семинара с участием успешных примеров (дети, стабилизировавшие зрение) и информирование о влиянии образа жизни на успеваемость в школе и выбор будущей профессии ("социальный лифт + авторитетное мнение").	Эталон ответа: 1 – D 2 – C 3 – B 4 – A
490.		Установите соответствие между этапом мотивационной беседы с пациентом (по методике "5А") и конкретным действием врача-офтальмолога, направленным на формирование приверженности к лечению глаукомы.	Эталон ответа: 1 – B 2 – D 3 – E

		Этап мотивационной беседы: 1) Assess (Оценка) — оценить готовность пациента к изменениям и следованию рекомендациям. 2) Advise (Совет) — дать четкий профессиональный совет о необходимости лечения. 3) Agree (Согласие) — согласовать план действий с учетом позиции пациента. 4) Assist (Помощь) — помочь в преодолении барьеров и реализации плана. 5) Arrange (Организация) — организовать последующее наблюдение и поддержку. Действие врача: A. "Я понимаю, что закапывать капли каждый день сложно. Давайте подумаем, как вписать это в ваш распорядок дня — может быть, поставим будильник или будем хранить капли рядом с зубной щеткой?" B. "Расскажите, пожалуйста, как часто вы забываете закапать капли? С какими трудностями вы сталкиваетесь при выполнении моих рекомендаций?" C. "Мы договорились, что вы будете закапывать капли утром. Через 2 недели я позвоню вам, чтобы узнать, как идут дела, и напомнить о визите для контроля давления." D. "Я настоятельно рекомендую вам ежедневно закапывать этот препарат, потому что только постоянное снижение давления сохранит ваше зрение на долгие годы." E. "Итак, мы с вами договорились, что вы будете закапывать капли утром после завтрака. Вам подходит такой вариант?"	4 – A 5 – C
491.		Установите соответствие между направлением профилактической работы с семьей и мотивационным инструментом, который наиболее эффективно повлияет на формирование культуры здоровья. Направление работы: Формирование привычки ношения солнцезащитных очков у всех членов семьи (профилактика фотокератита и катаракты). Мотивация родителей на контроль зрительных нагрузок ребенка (ограничение гаджетов). Побуждение пациентов с диабетом и членов их семьи к регулярным осмотрам	Эталон ответа: 1 – B 2 – D 3 – C 4 – A

		глазного дна. Профилактика бытового травматизма глаз у детей (объяснение опасности петард, химических веществ, острых предметов). Инструмент/аргумент: A. Демонстрация фотографий последствий детского травматизма глаз и акцент на необратимости повреждений (эмоциональное воздействие + "критический инцидент"). B. Сравнение УФ-фильтра с "солнцезащитным кремом для глаз", демонстрация фотографий людей с птеригиумом и фотостарения век, вызванных солнцем ("ассоциация с эстетикой и здоровьем"). C. Объяснение связи между уровнем сахара и необратимой слепотой, приведение статистики и создание "семейного договора" о совместном прохождении обследований ("ответственность за будущее + поддержка близких"). D. Использование "метода замещения": предложение альтернативных активностей (квесты, настольные игры, спорт) вместо планшета, с аргументом о пользе для развития и успеваемости ("выгода для развития ребенка").	
492.		Установите соответствие между направлением профилактической работы с семьей и мотивационным инструментом, который наиболее эффективно повлияет на формирование культуры здоровья. Направление работы: 1) Формирование привычки ношения солнцезащитных очков у всех членов семьи (профилактика фотокератита и катаракты). 2) Мотивация родителей на контроль зрительных нагрузок ребенка (ограничение гаджетов). 3) Побуждение пациентов с диабетом и членов их семьи к регулярным осмотрам глазного дна. 4) Профилактика бытового травматизма глаз у детей (объяснение опасности петард, химических веществ, острых предметов). Инструмент/аргумент: A. Демонстрация фотографий последствий детского травматизма глаз и акцент на необратимости повреждений (эмоциональное воздействие + "критический инцидент").	Эталон ответа: 1 – B 2 – D 3 – C 4 – A

		B. Сравнение УФ-фильтра с "солнцезащитным кремом для глаз", демонстрация фотографий людей с птеригиумом и фотостарения век, вызванных солнцем ("ассоциация с эстетикой и здоровьем"). C. Объяснение связи между уровнем сахара и необратимой слепотой, приведение статистики и создание "семейного договора" о совместном прохождении обследований ("ответственность за будущее + поддержка близких"). D. Использование "метода замещения": предложение альтернативных активностей (квесты, настольные игры, спорт) вместо планшета, с аргументом о пользе для развития и успеваемости ("выгода для развития ребенка").	
493.	**ПК-9**	«Последовательность этапов мотивационного консультирования пациента с глаукомой» Инструкция: Установите правильную последовательность этапов беседы врача-офтальмолога с впервые выявленным пациентом с глаукомой для формирования долгосрочной приверженности к лечению (комплаенса). Этапы беседы): A. Совместное согласование плана лечения и образа жизни (выбор времени для инстилляций, кратность визитов). B. Информирование о диагнозе и возможных последствиях отсутствия лечения (риск необратимой слепоты). C. Оценка готовности пациента к лечению, выявление страхов и барьеров ("Что вас беспокоит в необходимости лечиться?"). D. Предоставление практических инструментов (памятка, дневник самоконтроля, напоминания в телефоне). E. Четкий профессиональный совет о необходимости ежедневного закапывания капель и регулярного наблюдения.	Эталон ответа: 1 – B (Сначала пациент должен понять, что у него за болезнь и чем она грозит — создание "когнитивной основы") 2 – C (Затем важно услышать пациента, его страхи и сомнения — "работа с возражениями") 3 – E (После прояснения позиции дается четкий врачебный совет — "экспертная позиция") 4 – A (Затем совет обсуждается и адаптируется под жизнь пациента — "совместное решение") 5 – D (И только потом выдаются инструменты для выполнения — "обеспечение ресурсами")
494.		Установите правильную последовательность действий врача-офтальмолога при проведении интерактивного занятия по профилактике миопии для учащихся младших классов и их родителей. Действия врача: A. Проведение интерактивной викторины с детьми о "полезных" и "вредных" занятиях для глаз (вовлечение аудитории). B. Раздача памяток и буклетов с рекомендациями по организации рабочего места и гимнастике для глаз. C. Объяснение анатомии глаза и механизма развития близорукости на доступном для детей и взрослых языке (с использованием муляжей или презентации).	Эталон ответа: 1 – C (Начинаем с образовательного блока — формируем понимание "почему это важно") 2 – A (Вовлекаем детей через игру, проверяем усвоенное) 3 – E (Переходим к практике — показываем, что делать) 4 – D (Обращаемся к родителям как к ключевым контролерам) 5 – B (Завершаем раздачей материалов для закрепления дома)

		D. Призыв к родителям контролировать время использования гаджетов и организовывать досуг ребенка (прогулки, спорт). E. Демонстрация простых упражнений для снятия зрительного утомления и выполнение их вместе с детьми.	
495.		Установите правильную последовательность шагов врача-офтальмолога по формированию мотивации у пациента с сахарным диабетом 2 типа, который пропускает осмотры и не контролирует уровень гликемии, несмотря на начинающуюся диабетическую ретинопатию. Шаги врача: A. Назначение конкретной даты следующего визита с контролем фотоснимков глазного дна и передача координат "Школы диабета". B. Демонстрация пациенту снимков его глазного дна в динамике (предыдущий и текущий осмотр) с указанием на появившиеся микрогеморрагии. C. Выяснение причин пропуска осмотров и нерегулярного приема сахароснижающих препаратов ("Что вам мешает следить за здоровьем?"). D. Краткое информирование о связи уровня сахара и необратимой потери зрения (слепота как мотивирующий фактор). E. Обсуждение простых и реалистичных целей на ближайший месяц (например, снизить сахар на 1-2 единицы, не пропускать завтрак).	Эталон ответа: 1 – B (Визуализация необратимых изменений работает сильнее слов — "здесь и сейчас") 2 – D (Подкрепляем увиденное информацией о механизмах и последствиях) 3 – C (Переходим к диалогу: выявляем реальные причины, показываем, что врачу не все равно) 4 – E (Ставим маленькие, достижимые цели — создаем ситуацию успеха) 5 – A (Закрепляем следующим визитом и ресурсами для поддержки)
496.	**ПК-9**	Внимательно прочитайте клиническую ситуацию и дайте развернутые ответы на поставленные вопросы. Ответы должны быть аргументированными, демонстрировать знание возрастной психологии, методов мотивации и принципов профилактической медицины. Клиническая ситуация: На прием пришел подросток 15 лет (пациент Д.), пользующийся мягкими контактными линзами последние 6 месяцев. Повод для визита – покраснение глаза, чувство инородного тела. При осмотре выявлена точечная эпителиопатия роговицы, признаки фолликулярного конъюнктивита. В ходе беседы выяснилось, что пациент: 1. спит в линзах (иногда забывает снять); 2. использует линзы дольше рекомендованного срока (меняет раз в 2-3 месяца вместо месяца); 3. хранит линзы в простой воде, когда заканчивается раствор;	Эталон ответа: 1) Психологические особенности подростка: чувство неуязвимости (иллюзия бессмертия) — "со мной ничего не случится". Подверженность влиянию референтной группы — "у всех так". Ориентация на "здесь и сейчас" (трудность прогнозирования отдаленных последствий). Негативизм к прямым указаниям и нотациям со стороны взрослых (стремление к автономии). Низкая значимость здоровья как абстрактной ценности (пока нет боли и дискомфорта). 2) План мотивационной беседы: Шаг 1 (Установление контакта): Не начинать с обвинений. Признать его право на выбор. Фраза: "Я понимаю, что следить за линзами — это лишняя морока. Давай посмотрим, что реаль-

		4. не моет руки перед манипуляциями с линзами. На замечания врача подросток реагирует скептически: "Ничего страшного, у всех так, и ничего не болит. А раствор просто забыл купить". Родители на приеме отсутствуют (подросток пришел самостоятельно). Вопросы: 1) Проанализируйте психологические особенности подросткового возраста, которые обусловливают рискованное поведение данного пациента в отношении здоровья глаз. 2) Составьте план мотивационной беседы с подростком, направленной на изменение его поведения. Укажите, какие аргументы и методы коммуникации будут наиболее эффективны. 3) Какие наглядные материалы или цифровые инструменты (приложения, видео) вы могли бы порекомендовать или продемонстрировать пациенту для усиления мотивации? 4) Разработайте "домашнее задание" для подростка, которое поможет закрепить правильные привычки.	но может произойти, если ничего не менять". Шаг 2 (Визуализация рисков): Показать на щелевой лампе его роговицу (точечные окрашивания). Сказать: "Это уже начало воспаления. Если так продолжится, может образоваться язва роговицы — это как глубокий порез на глазу, который заживает очень долго и может оставить шрам, который снизит зрение навсегда". Акцент на "снижение зрения навсегда" — конкретный, понятный страх. Шаг 3 (Смена фокуса на "крутость"): Использовать аргумент "быть взрослым = быть ответственным". "Знаешь, настоящий профи тем и отличается от новичка, что у него все под контролем. Он не парится, потому что делает всё правильно. Есть приложения, которые напоминают, когда менять линзы, — это удобно и современно". Шаг 4 (Предложение выбора): Не заставлять, а предложить варианты. "Что тебе удобнее: ставить будильник на телефоне, чтобы снимать линзы, или купить однодневки, чтобы вообще не париться с раствором?" 3) Наглядные материалы и инструменты: Цифровые инструменты: Рекомендация приложений для напоминания о смене линз (например, "Lens Mode", "My Lenses"). Визуальные материалы: Показать фото тяжелых кератитов (через планшет/телефон) с кратким пояснением: "Это последствия сна в линзах — вот так выглядит глаз, когда туда попадает инфекция". (Использовать принцип "наглядного запугивания" дозированно). Короткие видео: В формате TikTok/Reels (популярном у подростков) с правилами гигиены. 4) Домашнее задание: "Попробуй в течение 2 недель носить с собой маленький флакон раствора в рюкзаке, чтобы не было соблазна использовать воду. Если забудешь снять линзы на ночь хотя бы 2 раза за это время — поставь себе напоминалку на телефон. Через 2 недели придешь на контроль, и мы посмотрим, стало ли

			лучше состояние глаза".
497.		Внимательно прочитайте клиническую ситуацию и дайте развернутые ответы на поставленные вопросы. Продемонстрируйте способность работать с родителями, преодолевать их сомнения и формировать приверженность лечению. Клиническая ситуация: На прием пришла мама с ребенком 5 лет (Сережа). Диагноз: гиперметропия высокой степени, дисбинокулярная амблиопия правого глаза средней степени. Ребенку назначена постоянная очковая коррекция и прямая окклюзия (заклейка лучше видящего левого глаза на 4 часа в день). Мама настроена скептически: "Очки такие толстые, его будут дразнить в садике"; "Он плачет, когда мы клеим пластырь, срывает его, говорит, что ничего не видит и ему страшно"; "Может, просто подождать, пока само пройдет? Ведь левый глаз видит хорошо". Ребенок активный, ходит в подготовительную группу детского сада. Вопросы: 1) Какие страхи и барьеры имеются у матери, препятствующие выполнению врачебных рекомендаций? (Перечислите и проанализируйте). 2) Составьте подробный план беседы с матерью, направленный на формирование у нее осознанной мотивации к лечению. Какие аргументы о важности сенситивного периода развития зрения вы приведете? 3) Как адаптировать режим окклюзии к условиям детского сада, чтобы минимизировать психологический дискомфорт ребенка? 4) Предложите "игровые" методы мотивации для самого ребенка, чтобы он перестал бояться окклюзии и воспринимал ее как часть игры.	Эталон ответа: 1) Страхи и барьеры матери: Социальный страх: Боязнь, что ребенок станет объектом насмешек ("будут дразнить"). Эмпатия и жалость: Неспособность выносить страдания ребенка (его плач, страх, дискомфорт) — "он плачет, ему страшно". Непонимание серьезности: Иллюзия, что "левый глаз видит хорошо", и непонимание механизма амблиопии (выключение мозга, а не глаза). Неверие в эффективность: Мысль, что "само пройдет" — обесценивание необходимости лечения.\ 2) План беседы с матерью: Шаг 1 (Валидация чувств): "Я прекрасно понимаю ваши переживания. Любая мама расстроится, видя, что ребенок плачет. И страха за то, что его обидят в саду, тоже нет ничего зазорного". Шаг 2 (Объяснение механизма простым языком): "Понимаете, глаз у Сережи здоровый физически. Но мозг "отключил" картинку с правого глаза, потому что она мутная (из-за дальнозоркости). Если мы не заставим мозг "включить" этот глаз сейчас, пока Сережа маленький (до 7-8 лет мозг пластичен), то связь оборвется навсегда. Потом, даже если мы наденем очки или сделаем операцию, мозг уже не научится видеть этим глазом. Лечить нужно именно сейчас, это последний шанс". Шаг 3 (Работа со страхом социализации): "Давайте подумаем, как договориться с воспитателем. Может быть, клеить окклюдор не с утра, а после тихого часа, когда дети заняты рисованием? Или можно купить цветные, красивые наклейки-окклюдоры, чтобы это выглядело не как "очки для больного", а как супергеройская повязка". Шаг 4 (Акцент на будущем): "Сейчас вы делаете выбор: несколько месяцев потерпеть капризы или обеспечить ребенку возможность видеть двумя глазами всю

			жизнь. От этого зависит, сможет ли он водить машину, заниматься спортом, стать летчиком. Это инвестиция в его будущее". 3) Адаптация режима окклюзии к саду: Провести беседу с воспитателем, объяснив важность лечения. Попросить воспитателя давать ребенку в период окклюзии спокойные, "сидячие" занятия (рисование, лепка, мозаика), чтобы снизить риск травм и дискомфорта. Если ребенок очень активен, можно рекомендовать маме проводить окклюзию дома в первой половине дня (например, в выходные), а в саду использовать только очки. Либо клеить в саду на короткие периоды (по 1-2 часа). 4) Игровые методы мотивации для ребенка: "Супергерой": Купить специальные окклюдоры с картинками (пираты, супергерои). "Ты теперь как настоящий капитан Джек Воробей! У пиратов тоже один глаз закрыт, чтобы лучше видеть в темноте. Ты видишь секретные знаки?" "Глаз-силач": "Сегодня твой правый глаз тренируется, чтобы стать сильным. Давай посмотрим, сколько машин/птичек он сможет насчитать, пока левый спит под повязкой". "Волшебные очки": Подбирать занятия, которые интересны именно в период окклюзии: "Сними повязку — мультики выключатся. Когда наденешь — будет новая игра". Создавать положительное подкрепление (наклейки за каждый час ношения, просмотр любимого мультфильма только в окклюзии).
498.		Внимательно прочитайте клиническую ситуацию и дайте развернутые ответы на поставленные вопросы. Задание проверяет навыки организации профилактической работы в организованном коллективе. Вас, как врача-офтальмолога, пригласили выступить на родительском собрании в 3-м классе общеобразовательной школы. Классный руководитель обеспокоен: за последний год у 6 детей из 25 впервые выявлено снижение зрения, еще у 3 миопия прогрессировала. Дети много времени проводят за компьютером (дистанционное обучение, игры), мало гуляют. Родители разделились на две группы:	Эталон ответа: 1) Цель: Сформировать у родителей понимание важности профилактики миопии и мотивировать их к совместным действиям со школой. Задачи: Снизить тревогу "активных", направив их энергию в конструктивное русло. Преодолеть скепсис второй группы, показав научные данные и примеры эффективности профилак-

		"Активные" (5 человек) — требуют немедленных мер, хотят посадить детей на первые парты, ограничить гаджеты. "Скептики" (остальные) — считают, что "зрение падает из-за школ и врачей", "ничего не помогает", "у всех есть очки, и это норма". Вопросы: 1) Определите цели и задачи вашего выступления на родительском собрании с учетом наличия двух полярных групп родителей. 2) Составьте структуру выступления (план-сценарий), указав ключевые тезисы, аргументы для "скептиков" и конкретные рекомендации для "активных". 3) Какие наглядные материалы и интерактивные приемы вы используете, чтобы удержать внимание аудитории и повысить усвояемость информации? 4) Предложите комплексный план профилактических мероприятий для класса на учебный год, который можно реализовать силами учителей, родителей и медицинских работников.	тики. Объединить родителей общей целью — сохранение здоровья детей. Дать четкие, выполнимые рекомендации. 2) Структура выступления (план-сценарий): Вступление (1 мин): "Спасибо, что пригласили. Проблема, которую вы подняли, — общемировая. Но в наших силах снизить риски". Блок 1 (Факты vs Мифы) — для скептиков: "Главный враг зрения — не школа, а то, что ребенок делает после нее. Исследования доказали: главный фактор защиты от близорукости — это пребывание на улице минимум 2 часа в день. Свет стимулирует выработку дофамина в сетчатке, который тормозит рост глаза". "Очки — не приговор, а костыль. Если вовремя не начать профилактику, миопия может стать высокой, а это риск отслойки сетчатки во взрослом возрасте". Блок 2 (Что делать?) — для активных: "Правило 20-20-20: каждые 20 минут занятий — 20 секунд смотреть вдаль на 20 футов (6 метров)". "Организация рабочего места: свет слева (для правшей), расстояние до тетради 35-40 см". "Контроль гаджетов: не запрет, а замена. Предложите альтернативу — квест, спорт, настольные игры". Блок 3 (Объединение): "Только вместе мы можем создать среду: учителя — следят за партами и освещением, вы — за режимом дня, а дети — будут здоровы". 3) Наглядные материалы и интерактивные приемы: Презентация: Слайды с графиками роста миопии в мире (ВОЗ), фото глазного дна при высокой миопии (отслойка). Демонстрация: Показать на муляже, как работает аккомодация. Интерактив: "А давайте прямо сейчас сделаем упражнение? Встаньте, посмотрите в окно на дальнее дерево, потом на палец перед носом. Почувствовали, как напрягаются мышцы?" (Вовлечение). Раздатка: Памятка с "золотыми правилами" для ребенка (красочная, с картинками). 4) Комплексный план профилактики на год: Сентябрь:

			Родительское собрание (выступление офтальмолога). Проверка роста детей и регулировка парт учителем. Октябрь: Конкурс рисунков "Мои глаза — мое богатство" (закрепление темы). Ноябрь-Март: Ежемесячные "физкультминутки для глаз" под руководством учителя (разработать комплекс). Контроль времени за компьютером на уроках (не более 15-20 мин непрерывно). Апрель: День здоровья на улице (подчеркнуть важность прогулок). Май: Итоговое анкетирование родителей и детей о соблюдении режима. В течение года: Челленджи в родительском чате: "Мой ребенок гулял сегодня 2 часа" (фотоотчеты, поощрение).
499.	**ПК-9**	Внимательно прочитайте вопросы и дайте КРАТКИЙ ответ (одно-два слова или одно предложение). Впишите недостающие термины или перечислите требуемые позиции. Вопросы: 1) Метод консультирования, при котором врач не дает готовых советов, а задает открытые вопросы, отражает услышанное и помогает пациенту самому найти решение, называется _____ консультированием. 2) Перечислите три основных барьера, снижающих приверженность (комплаенс) пациентов с глаукомой к лечению: А. _____ Б. _____ В. _____ 3) Техника, при которой врач сначала соглашается с возражением пациента, а затем мягко приводит контраргумент ("Да, вы правы, капать капли каждый день неудобно, И при этом только это сохранит ваше зрение"), называется _____.	Эталон ответа: 1) Мотивационным (или мотивационное интервьюирование). 2) А. Высокая стоимость лечения (капель). Б. Сложность схемы (кратность закапываний). В. Отсутствие симптомов (боли, дискомфорта) / непонимание опасности заболевания (или побочные эффекты, забывчивость). 3) Присоединением (или техника "Да, но...", "Согласие с возражением"). 4) Младший школьный (или 7-10 лет, школьный). *Допустимо: дошкольный (6-7 лет) при начале обучения.

		4) Наиболее эффективный период (возраст) для формирования у ребенка навыков зрительной гигиены и профилактики миопии — это _____ возраст (укажите возрастной период).	
500.		Дополните предложения, вписав недостающие термины или перечислив элементы профилактической работы. Вопросы: 1) Для повышения мотивации к отказу от самолечения и своевременному обращению к врачу при "синдроме красного глаза" в санбюллетене необходимо указать три опасных симптома, требующих немедленного визита к офтальмологу: _____, _____, _____. 2) Наглядный метод информирования в медицинских организациях, представляющий собой печатное издание небольшого формата с конкретными рекомендациями для пациентов, называется _____. 3) При проведении беседы с подростками о вреде курения для зрения наиболее убедительным аргументом будет информация о связи курения с развитием _____ (название заболевания) в молодом возрасте. 4) Две основные формы профилактической работы врача с организованными коллективами (школы, предприятия): _____ и _____.	Эталон ответа: 1) Снижение зрения, боль в глазу, светобоязнь (или гнойное отделяемое, отсутствие эффекта от самолечения, изменение формы зрачка — любые три из перечисленных). 2) Памяткой (или буклетом, листовкой). 3) Макулодистрофии (возрастной макулярной дегенерации, ВМД) или катаракты (также можно указать "окклюзии сосудов сетчатки", но ВМД — классический аргумент). 4) Лекции (беседы) и диспансеризация (профилактические осмотры).
501.		Дайте краткий ответ на поставленные вопросы, перечислив конкретные рекомендации или тактики взаимодействия с членами семьи пациента. Вопросы: 1) Перечислите три конкретные рекомендации для родителей по организа-	Эталон ответа: 1) А. Достаточное освещение (настольная лампа 60-75 Вт слева для правшей). Б. Расстояние до тетради/книги 35-40 см. В. Соответствие мебели росту ребенка (ноги под прямым углом, стопы на полу).

		ции безопасного для зрения рабочего места школьника дома: А. _____ Б. _____ В. _____ 2) Для вовлечения членов семьи в контроль за лечением пожилого родственника с глаукомой врач может рекомендовать использовать метод _____ (например, напоминания или совместный прием лекарств). 3) Назовите два "игровых" приема для мотивации ребенка-дошкольника носить окклюдор (заклейку): А. _____ Б. _____ 4) Самый эффективный аргумент для мотивации пациентов с диабетом и членов их семьи к регулярному контролю глазного дна: _____ (сформулируйте аргумент одной фразой).	2) Социальной поддержки (или "семейного договора", совместного контроля, напоминаний). 3) А. "Супергеройская повязка" (использование окклюдоров с картинками супергероев). Б. Игра в пиратов ("ты капитан, ищешь сокровища"). (Допустимо: наклейки-поощрения, просмотр мультфильмов только в окклюзии). 4) "Диабет — главная причина слепоты в трудоспособном возрасте, но регулярный осмотр позволяет сохранить зрение" (или любая фраза, акцентирующая риск необратимой слепоты и возможность его предотвратить).
502.	**ПК-9**	Задание 1.1 Что является ПЕРВЫМ шагом в мотивационном консультировании пациента с впервые выявленной глаукомой? A. Выдача памятки с режимом инстилляций B. Назначение даты следующего визита C. Оценка готовности пациента к лечению и выявление его страхов и барьеров D. Подписание информированного согласия на лечение Задание 1.2 Какой вопрос относится к "открытым" в технике мотивационного интервьюирования?	Эталон ответа: 1.1 – C 1.2 – C 1.3 – B 1.4 – B 2.1 – B 2.2 – C 2.3 – C 2.4 – C 3.1 – C 3.2 – B

		A. "Вы закапываете капли два раза в день?" B. "Вам удобно закапывать капли утром или вечером?" C. "Что мешает вам регулярно посещать офтальмолога?" D. "Вы помните, что нельзя тереть глаза?" Задание 1.3 Техника "присоединения к сопротивлению" в беседе с пациентом, отказывающимся от операции по поводу катаракты, предполагает: A. Прерывание пациента и приведение неопровержимых аргументов B. Согласие с мнением пациента с последующим мягким контраргументом C. Немедленное направление к другому специалисту D. Прекращение беседы до следующего визита Задание 1.4 Наиболее частой причиной низкой приверженности (комплаенса) у пожилых пациентов с глаукомой является: A. Высокая стоимость лекарств B. Отсутствие боли и субъективных ощущений при повышении ВГД C. Нежелание лечиться принципиально D. Плохая переносимость всех гипотензивных препаратов Раздел 2: Профилактическая работа с детьми и родителями Задание 2.1 При проведении беседы с родителями о профилактике прогрессирующей миопии у детей основной акцент следует делать на: A. Ежедневном приеме витаминов B. Ограничении зрительных нагрузок и ежедневных прогулках (не менее 2 часов) C. Ношении очков с асферическими линзами D. Еженедельном посещении офтальмолога Задание 2.2 Какой аргумент наиболее эффективен для мотивации подростка к отказу от ношения контактных линз дольше положенного срока? A. "Это вредно для глаз" B. "Все мои пациенты соблюдают правила" C. Демонстрация фотографий тяжелых кератитов, вызванных неправильным ношением линз	3.3 – B 3.4 – C 4.1 – C 4.2 – C 4.3 – B 4.4 – C ○

		D. "Родители будут ругаться" Задание 2.3 Для мотивации ребенка 4-5 лет к ношению окклюдера (заклейки) наиболее эффективным будет: A. Строгий запрет на мультики без окклюдера B. Объяснение анатомии глаза на муляже C. Игровой прием "Ты сейчас супергерой/пират с повязкой" D. Обещание сладкого после каждого часа ношения Задание 2.4 При выявлении снижения зрения у первоклассника в школе врач должен в первую очередь: A. Выписать очки B. Рекомендовать обследование у невролога C. Провести беседу с родителями об организации рабочего места и режима ребенка D. Направить в стационар Раздел 3: Работа с населением и социальная реклама Задание 3.1 Наиболее эффективный канал коммуникации для привлечения внимания трудоспособного населения к профилактике "компьютерного зрительного синдрома": A. Санбюллетень в поликлинике B. Памятка в очереди к врачу C. Короткие видеоролики в социальных сетях и мессенджерах D. Лекция на предприятии в рабочее время Задание 3.2 Какое сообщение в социальной рекламе наиболее эффективно для мотивации пациентов с диабетом к ежегодному осмотру глазного дна? A. "Посетите офтальмолога раз в год" B. "Диабет может привести к слепоте, но регулярный осмотр сохранит ваше зрение" C. "Врачи рекомендуют проверять зрение" D. "Берегите здоровье смолоду"	

		Задание 3.3 Основная цель создания "Школ для пациентов с глаукомой" — это: A. Снижение нагрузки на врачей в поликлинике B. Повышение приверженности лечению и формирование ответственности за свое здоровье C. Обучение родственников уходу за больными D. Бесплатная раздача гипотензивных препаратов Задание 3.4 Что из перечисленного НЕ является задачей санитарно-просветительской работы врача-офтальмолога? A. Формирование здорового образа жизни B. Повышение медицинской грамотности населения C. Назначение лечения при острых состояниях D. Профилактика глазного травматизма Раздел 4: Работа с возражениями и барьерами Задание 4.1 Пациент с катарактой отказывается от операции, боясь боли и осложнений. Наиболее правильная тактика врача: A. Сказать, что бояться глупо, и настаивать на операции B. Отправить пациента к другому специалисту C. Объяснить современные методы анестезии и низкий риск осложнений, предложить встречу с прооперированным пациентом D. Согласиться с пациентом и рекомендовать ожидание Задание 4.2 Родитель отказывается от очковой коррекции для ребенка, мотивируя это тем, что "очки портят внешность". Что должен ответить врач? A. "Делайте, как хотите, это ваш ребенок" B. "Тогда мы выпишем контактные линзы, хотя они сложнее в уходе" C. "Без очков у ребенка разовьется амблиопия ("ленивый глаз"), и зрение не восстановится уже никогда, а современные оправы выглядят очень стильно" D. "Обратитесь к психологу" Задание 4.3 Какое утверждение пациента с глаукомой свидетельствует о наличии у него "внутренней мотивации" к лечению?	

		A. "Врач сказал лечиться, я и лечусь" B. "Я закапываю капли, потому что боюсь ослепнуть и хочу видеть внуков" C. "Жена напоминает, чтобы я закапал капли" D. "Сосед посоветовал эти капли" Задание 4.4 При проведении беседы с коллективом работников офиса о профилактике синдрома сухого глаза, основной рекомендацией должно быть: A. Ношение очков вместо линз B. Ежедневное закапывание антибактериальных капель C. Соблюдение питьевого режима, увлажнение воздуха и правило "20-20-20" D. Отказ от работы за компьютером	
503.	**ПК-10**	Установите соответствие между видом офтальмологической патологии (состоянием) и уровнем (этапом) оказания медицинской помощи, на котором должно проводиться лечение пациента в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. Клиническая ситуация: 1 Острый приступ закрытоугольной глаукомы. 2 Плановая диспансеризация пациента с миопией слабой степени. 3 Проведение сложной витреоретинальной операции при отслойке сетчатки. 4 Подбор очков пациенту с пресбиопией. Уровень оказания помощи: A. Первичная медико-санитарная помощь (поликлиника, кабинет офтальмолога) B. Специализированная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара (офтальмологическое отделение ЦРБ или городской больницы) C. Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) в федеральных или региональных специализированных центрах D. Скорая медицинская помощь (догоспитальный этап) с последующей экстренной госпитализацией	1 – D (Скорая помощь и экстренная госпитализация) 2 – A (Поликлиническое звено) 3 – C (ВМП, требует специального оснащения и подготовки) 4 – A (Амбулаторный прием, оптика)
504.		Установите соответствие между управленческой или организационной задачей и нормативным документом (или его разделом), регламентирующим данную	1 – C

		деятельность. (Задача: 1 Определение порядка выдачи листка нетрудоспособности пациенту после экстракции катаракты. 2 Установление перечня показаний для направления пациента на МСЭ (медико-социальную экспертизу) при глаукоме. 3 Определение стандарта оснащения кабинета офтальмолога в поликлинике. 4 Порядок оформления информированного добровольного согласия на проведение лазерной коагуляции сетчатки. Документ: A. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза (Приказ Минздрава) B. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (№ 323-ФЗ) C. Приказ Минздравсоцразвития "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" D. Постановление Правительства РФ "О порядке признания лица инвалидом" и классификации МСЭ	2 – D 3 – A 4 – B
505.		Установите соответствие между категорией пациента/ситуацией и правильным направлением его маршрутизации или источником финансирования медицинской помощи. Пациент: 1 Иностранный гражданин, временно находящийся на территории РФ, с острым приступом глаукомы. 2 Ребенок с ретинобластомой, нуждающийся в лечении в федеральном центре. 3 Пенсионер с катарактой, желающий установить хрусталик премиум-класса (сверх базовой программы ОМС).	1 – A 2 – C 3 – D 4 – B

		4 Работающий гражданин, получивший травму глаза на производстве. Маршрутизация: A. Лечение за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) в рамках базовой программы, при наличии полиса ОМС у иностранца — при отсутствии — за счет личных средств или добровольного страхования. B. Финансирование за счет средств Фонда социального страхования (ФСС) как страховой случай (производственная травма). C. Лечение за счет средств федерального бюджета (квота на ВМП) через оформление талона на ВМП. D. Оплата дополнительных расходов (разница в стоимости хрусталика) за счет личных средств пациента в рамках договора на платные услуги.	
506.		: Установите правильную последовательность действий медицинского персонала и этапов оказания медицинской помощи пациенту с острым приступом закрытоугольной глаукомы. Этапы помощи: A. Госпитализация в офтальмологическое отделение стационара (круглосуточный стационар). B. Вызов скорой медицинской помощи или обращение в приемный покой. C. Проведение неотложных мероприятий на догоспитальном этапе (инстилляции пилокарпина, анальгетики, отвлекающая терапия). D. Инструментальное подтверждение диагноза в стационаре (тонометрия, гониоскопия, периметрия). E. Решение вопроса о хирургическом или лазерном лечении (иридэктомия, лазерная иридотомия).	1 – B (Первичное обращение за помощью) 2 – C (Неотложная помощь на месте или в машине скорой) 3 – A (Доставка и госпитализация в профильный стационар) 4 – D (Диагностика и уточнение диагноза в условиях стационара) 5 – E (Окончательное лечение — хирургия/лазер)
507.		Установите правильную последовательность действий лечащего врача и организаций здравоохранения при направлении пациента (ребенка с ретинобластомой) для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в федеральный центр. Действия: A. Получение пациентом (законным представителем) подтверждения о выделении квоты (талона на ВМП) и даты госпитализации. B. Оформление выписки из медицинской карты и направления на ВМП (форма 057/у-04) лечащим врачом по месту жительства.	1 – B (Оформление первичной документации лечащим врачом) 2 – C (Утверждение решения на врачебной комиссии) 3 – D (Направление в региональный орган здравоохранения) 4 – A (Получение подтверждения и квоты) 5 – E (Госпитализация и лечение)

		C. Проведение врачебной комиссии (ВК) в медицинской организации по месту жительства для подтверждения необходимости ВМП. D. Направление документов в департамент здравоохранения региона (комиссию по отбору пациентов) для оформления талона на ВМП. E. Госпитализация пациента в федеральный центр и проведение лечения.	
508.		Установите правильную последовательность этапов проведения диспансеризации определенной группы взрослого населения (в части офтальмологического скрининга) в соответствии с приказом Минздрава РФ. Этапы диспансеризации: A. Проведение анкетирования (опрос) для выявления жалоб, характерных для глаукомы и катаракты. B. Взятие пациента на диспансерный учет с установлением группы диспансерного наблюдения. C. Измерение внутриглазного давления (тонометрия) бесконтактным методом (скрининг). D. Проведение профилактического медицинского осмотра (визометрия, определение рефракции). E. Направление пациента с выявленным повышенным ВГД к врачу-офтальмологу для углубленного обследования.	1 – D (Начинаем с проверки остроты зрения — базовый скрининг) 2 – A (Выявление жалоб и факторов риска) 3 – C (Измерение ВГД — второй этап скрининга) 4 – E (Направление к узкому специалисту при отклонениях) 5 – B (Постановка на учет при подтверждении заболевания)
509.		Внимательно прочитайте клинико-организационную ситуацию и дайте развернутые ответы на поставленные вопросы. Ответы должны быть аргументированными, демонстрировать знание порядков оказания помощи, маршрутизации и нормативной базы. Ситуация: Вы работаете врачом-офтальмологом в центральной районной больнице (ЦРБ) на 300 коек, расположенной в районном центре в 150 км от областного центра. В ЦРБ есть офтальмологическое отделение на 15 коек, операционная, оборудование для УЗИ глазного яблока, тонометрии, щелевая лампа. Нет возможности проводить сложные витреоретинальные операции и круглосуточную КТ-диагностику орбиты. В 23:00 в приемный покой поступил пациент К., 35 лет, с проникающим ранением левого глаза (разрыв склеры с выпадением оболочек) после удара стеклом. Состояние средней тяжести. В операционной дежурная медсестра есть, анестезиолог на вызове приезжает за 30	• Алгоритм действий дежурного врача: Первичный осмотр: Экстренная оценка состояния (общий статус + офтальмологический осмотр: определение размеров раны, выпадения оболочек, светоощущения). Исключение внутриглазного инородного тела (по возможности УЗИ). Вызов анестезиолога: Для решения вопроса о наркозе и оценки соматического статуса. Профилактика столбняка: Введение противостолбнячной сыворотки или анатоксина согласно календарю прививок. Предоперационная подготовка: Антибиотикопрофилактика (в/в), гемостатики, обезболивание.

		минут. Вопросы: 1 Опишите алгоритм ваших действий как дежурного врача по организации экстренной помощи данному пациенту на месте (в ЦРБ) согласно порядкам оказания медицинской помощи. 2 Какие факторы определяют возможность проведения операции в данной ЦРБ, а в каких случаях необходима срочная транспортировка в областную больницу? Составьте показания для транспортировки. 3 Опишите порядок взаимодействия с областным офтальмологическим центром: какие документы необходимо оформить и как организовать транспортировку пациента (санавиация или машина скорой)? 4 После стабилизации состояния пациента (если операция проведена в ЦРБ) составьте план его дальнейшего ведения и маршрутизации на этапе реабилитации с учетом отдаленности от областного центра.	Оценка ресурсов: Проверка наличия в операционной необходимого шовного материала (нейлон 8.0-10.0), вискоэластиков, инструментария для первичной хирургической обработки (ПХО) ран глаза. Консультация с областным центром (обязательно): Звонок дежурному офтальмологу областной больницы для согласования тактики: "делаем сами или везем". • Факторы, определяющие возможность операции в ЦРБ: Операция возможна в ЦРБ при: Небольших размерах раны (до 5-6 мм), отсутствии грубого выпадения оболочек, сохранении анатомии глазного яблока, наличии хирургического опыта у врача, наличии необходимого инструментария и шовного материала. Показания для срочной транспортировки в областную больницу: Обширные разрушения глазного яблока, невозможность сопоставления краев раны. Массивный гемофтальм, подозрение на внутриглазное инородное тело, требующее сложного удаления. Подозрение на разрыв заднего полюса глаза (требует витреоретинальной хирургии). Отсутствие условий (нет необходимого инструментария, шовного материала) или квалификации у хирурга. • Порядок взаимодействия с областным центром и транспортировка:

			Звонок дежурному офтальмологу: Устное согласование тактики, передача данных о пациенте. Оформление документов: Заполнение направления на госпитализацию (форма 057/у-04), выписка из истории болезни (форма 027/у), копия паспорта, полиса ОМС, СНИЛС. Вызов санавиации: Если состояние тяжелое и требуется скорость, либо если наземная транспортировка займет более 3-4 часов. Вызов осуществляется через единую диспетчерскую службу (03/103 или региональный центр медицины катастроф). Транспортировка наземным транспортом: Если состояние стабильное и дорога занимает менее 3 часов, используется реанимобиль (скорая помощь) в сопровождении врача. • План дальнейшего ведения и маршрутизации (если оперировали в ЦРБ): Послеоперационный период: Пациент остается в ЦРБ до снятия отека, купирования воспаления (обычно 5-7 дней). Проводится антибактериальная, противовоспалительная, рассасывающая терапия. Маршрутизация после выписки: Явка к офтальмологу ЦРБ через 1, 3, 6 месяцев для контроля (осмотр, УЗИ, тонометрия). Плановая консультация в областном центре через 3-6 месяцев для решения вопроса о дальнейшей реабилитации (лазерная коагуляция сетчатки, лечение амблиопии). Диспансерное наблюдение: постановка на учет по месту жительства с пометкой "высокий риск отслойки сетчатки".
510.		Внимательно прочитайте ситуацию и дайте развернутые ответы на вопросы,	

		демонстрирующие знание принципов организации профилактических программ, взаимодействия между специалистами и оценки эффективности. Ситуация: Вы назначены главным внештатным офтальмологом региона (области с населением 1 млн человек). Глава региона поставил задачу: снизить частоту слепоты от диабетической ретинопатии (ДР) за 3 года путем внедрения системы скрининга. В регионе есть 15 поликлиник, 5 межрайонных офтальмологических центров и 1 областная больница с лазерным отделением. Эндокринологическая служба работает, но пациенты с диабетом часто не направляются к офтальмологу, а приходят уже с запущенными стадиями ДР. Вопросы: • Предложите организационную модель скрининга диабетической ретинопатии в регионе. Опишите маршрутизацию пациента с сахарным диабетом (СД) от эндокринолога до офтальмолога и лазерного хирурга. • Какие кадровые и материально-технические ресурсы необходимы для реализации программы? Что нужно дооснастить в поликлиниках и межрайонных центрах? • Предложите систему учета и отчетности для контроля эффективности скрининга. Назовите не менее 3 ключевых показателей эффективности (KPI). • Как вы организуете взаимодействие с эндокринологической службой и врачами общей практики для повышения мотивации пациентов проходить скрининг?	• Организационная модель скрининга (двухэтапная): 1 этап (Поликлиника / Кабинет эндокринолога): Эндокринолог при каждом визите пациента с СД выдает направление на осмотр офтальмолога 1 раз в год (при СД 2 типа) или 1 раз в 6 месяцев (при СД 1 типа). В идеале — фотографирование глазного дна (фундус-камера) в кабинете доврачебного осмотра или у обученной медсестры (телемедицина). 2 этап (Межрайонный офтальмологический центр): При выявлении признаков ДР (микроаневризмы, геморрагии) на снимках, пациент направляется к офтальмологу для офтальмоскопии с широким зрачком и ОКТ. При выявлении препролиферативной или пролиферативной ДР, макулярного отека — направление в областной центр для лазерной коагуляции сетчатки или интравитреальных инъекций. 3 этап (Областная больница): Проведение лазеркоагуляции, введение anti-VEGF препаратов. Постановка на диспансерный учет. • Необходимые ресурсы: Кадровые: Обучение среднего медперсонала работе с фундус-камерами, повышение квалификации офтальмологов поликлиник по интерпретации снимков. Материально-технические: Для поликлиник: Закупка портативных фундус-камер (не

			мидриатических) в каждый эндокринологический кабинет или кабинет доврачебного осмотра (минимум 15-20 штук). Для межрайонных центров: Оснащение оптическими когерентными томографами (ОКТ) для диагностики макулярного отека. Для областной больницы: Увеличение квот на лазерное лечение, закупка современных лазерных установок, обеспечение препаратами для интравитреального введения. • Система учета и отчетности (KPI): Показатель 1: % охвата пациентов с СД ежегодным офтальмологическим осмотром (целевой показатель >80%). Показатель 2: % выявленных пациентов с ДР на ранних стадиях (непролиферативная) от общего числа впервые выявленных (цель — увеличить долю раннего выявления). Показатель 3: Снижение частоты инвалидности по зрению вследствие ДР в регионе (оценка через 3 года). Дополнительно: Количество проведенных лазеркоагуляций и интравитреальных инъекций, время ожидания лечения (не более 2 недель от постановки диагноза). • Взаимодействие с эндокринологами и ВОП: Совместные приказы: Издание приказа Минздрава региона об обязательном скрининге с закреплением ответственности эндокринологов за направление. Школы для пациентов: Проведение совместных школ для пациентов с СД, где офтальмолог рассказывает о рисках слепоты, а эндокринолог — о контроле гликемии.

			Обратная связь: Направление эндокринологу результатов осмотра пациента с рекомендациями. Если пациент не явился — уведомление эндокринолога для активного вызова. Мотивация врачей: Введение стимулирующих выплат за выполнение плана по охвату диспансеризацией пациентов с СД.
511.		Внимательно прочитайте ситуацию и дайте развернутые ответы на вопросы, демонстрирующие знание экономики здравоохранения и взаимодействия с фондами ОМС. Ситуация: Вы заведующий офтальмологическим отделением многопрофильной городской больницы на 30 коек. В конце квартала выяснилось, что отделение выполнило план по объему медицинской помощи (число пролеченных больных) только на 85%. При этом: Средняя длительность пребывания пациента на койке составляет 10 дней при нормативе 8 дней. Часть пациентов с катарактой (20%) лечилась дольше из-за отсутствия расходных материалов (интраокулярных линз) в нужный срок, их оперировали позже запланированного. Фонд ОМС грозит санкциями за невыполнение госзадания и снижением финансирования на следующий год. Вопросы: • Проведите анализ ситуации. Какие управленческие проблемы привели к невыполнению плана? Укажите не менее трех причин. • Предложите план мероприятий по оптимизации работы отделения для выполнения госзадания в следующем квартале с учетом экономической эффективности.	• Анализ проблем (причины невыполнения плана): Логистическая проблема: Отсутствие своевременных закупок расходных материалов (ИОЛ) ведет к переносу операций и простою коек/операционной. Неэффективное использование коечного фонда: Превышение средней длительности лечения (10 дней вместо 8) означает, что те же пациенты занимают койки дольше, снижая оборот койки и пропускную способность отделения. Причины: возможно, поздняя госпитализация, неоптимальная предоперационная подготовка, задержки с выпиской. Отсутствие планирования: Несогласованность графика поставок и графика операций, отсутствие резервного фонда материалов. Возможно: Неполная укомплектованность кадрами (например, не хватает анестезиолога для интенсивной работы). • План мероприятий по оптимизации: Краткосрочные (на следующий квартал): Провести ревизию запасов ИОЛ и создать резерв на 2 недели вперед. Оптимизировать предоперационное обследование (перевести максимум на амбулаторный этап, чтобы пациент приходил в

		• Как правильно взаимодействовать с ТФОМС (территориальным фондом ОМС) для пересмотра объемов помощи или защиты своих показателей? • Предложите систему внутреннего контроля качества и эффективности использования коечного фонда.	стационар уже "готовым" к операции на следующий день). Увеличить пропускную способность операционной: уплотнить график, оперировать 5 дней в неделю в 2 смены (если позволяет анестезиологическая служба). Пересмотреть клинические протоколы: выписывать пациентов на 3-4 сутки после неосложненной ФЭК (факоэмульсификации). Долгосрочные: Внедрить систему электронного планирования закупок по принципу "точно в срок". Разработать и утвердить стандартные операционные процедуры (СОП) по ведению пациентов с катарактой. • Взаимодействие с ТФОМС: Аналитическая записка: Подготовить подробный отчет с анализом причин недовыполнения плана (объективные причины: сбои поставок, рост заболеваемости и т.д.). Сослаться на форс-мажор. Заявка на корректировку: Подать заявку на пересмотр плановых объемов на следующий квартал с обоснованием (например, мы можем долечить больше, если получим финансирование на закупку расходников). Участие в комиссии: Направить главного врача или заведующего на комиссию ТФОМС для личной защиты показателей. Важно показать, что отделение работает над устранением проблем. Работа с дефектурой: Если были обоснованные отказы в госпитализации из-за отсутствия линз, эти случаи нужно зафиксировать как "отказ по вине организации" и принять

			меры, чтобы это не повторялось (это худший сценарий для фонда). • Система внутреннего контроля качества: Еженедельный мониторинг: Анализ числа поступлений, выписок, средней длительности лечения (СрДЛ) на планёрках. Контроль запасов: Внедрение должности старшей медсестры, ответственной за своевременный заказ расходных материалов и информирование заведующего о критическом снижении запасов. Разбор случаев превышения СрДЛ: Проведение клинико-экспертной комиссии по каждому случаю пребывания пациента свыше 10 дней. Электронная очередь: Введение электронной записи на плановую госпитализацию для равномерной загрузки коек.
512.		Внимательно прочитайте вопросы и дайте КРАТКИЙ ответ (одно-два слова, аббревиатура или краткое перечисление). Вопросы: 1 Основным документом, регламентирующим порядок и стандарты оснащения офтальмологического кабинета в поликлинике, является Приказ Минздрава РФ "Об утверждении _____ оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза". 2 Документ, который оформляется лечащим врачом для направления пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ), называется "Направление на медико-социальную экспертизу" по форме № _____/у. 3 При выявлении у пациента профессионального заболевания глаз (например, катаракта у стеклодува) необходимо оформить "Извещение о впервые установленном профессиональном заболевании" и направить его в	1.Порядка (или "Порядок"). 2. 088/у (или 088/у-06). 3. Роспотребнадзор (или Центр профпатологии, центр гигиены и эпидемиологии). **4.** Маршрутизации (пациентов).

		_____ (название организации). 4 Взаимодействие между медицинскими организациями по маршрутизации пациентов регулируется территориальной программой государственных гарантий и схемой _____.	
513.		Дополните предложения, вписав недостающие термины или перечислив требуемые позиции. Вопросы: 1. Пациент с острым приступом закрытоугольной глаукомы подлежит экстренной госпитализации в _____ стационар (укажите тип стационара). 2. Для проведения плановой факоэмульсификации катаракты с использованием хрусталика премиум-класса, не входящего в базовую программу ОМС, пациент подписывает договор на оказание _____ услуг. 3. Три уровня оказания офтальмологической помощи в Российской Федерации (согласно номенклатуре): _____, _____, _____. 4. Организация, осуществляющая контроль объемов, сроков и качества медицинской помощи по ОМС, называется _____ (аббревиатура).	1.Круглосуточный (офтальмологический). 2.Платных (медицинских услуг). 3.Первичная медико-санитарная помощь, специализированная (в т.ч. высокотехнологичная) медицинская помощь, скорая (в т.ч. скорая специализированная) медицинская помощь. 4.СМО (страховая медицинская организация) или ТФОМС (территориальный фонд ОМС) — в зависимости от контекста, но чаще СМО.
514.		Дайте краткий ответ на поставленные вопросы, перечислив показатели или управленческие решения. Вопросы: 1. Показатель эффективности использования коечного фонда в стационаре, рассчитываемый как отношение числа пролеченных пациентов к среднегодовому числу коек, называется _____ койки.	1.Оборот (койки) или функция койки. 2.ФИО пациента, название вмешательства (операции), подпись пациента (и врача, дата). (Допустимо: информирование о рисках, целях, последствиях). 3.Государственных гарантий (бесплатного оказания гражданам медицинской помощи).

		2. Перечислите три обязательных реквизита информированного добровольного согласия (ИДС) на офтальмологическую операцию: _____, _____, _____. 3. Основной документ, регламентирующий финансовое обеспечение медицинской помощи в рамках ОМС на текущий год, называется Программа _____. 4. При выявлении нарушений в ведении медицинской документации, повлекших неоплату счетов страховой компанией, медицинская организация имеет право подать _____ в согласительную комиссию или суд.	4.Претензию (или апелляцию, иск).
515.		Раздел 1: Нормативно-правовое регулирование Задание 1.1 Какой нормативный документ определяет порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при офтальмологических заболеваниях? A. Федеральный закон № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" B. Приказ Минздрава России "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты" C. Трудовой кодекс РФ D. Постановление Правительства о программе госгарантий Задание 1.2 Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство (например, факоэмульсификацию катаракты) должно быть получено: A. Устно, в присутствии свидетелей B. В письменной форме, подписано пациентом и лечащим врачом C. Только у родственников пациента D. Не требуется, если операция проводится по экстренным показаниям Задание 1.3 При отказе родителей от жизненно необходимого лечения ребенка (например, при ретинобластоме) врач обязан: A. Согласиться с решением родителей	**1.1- B** **1.2- B** **1.3- C** **1.4- A** **2.1- B** **2.2- B** **2.3- B** **2.4- B** **3.1- B** **3.2- B** **3.3- C** **3.4- B** **4.1- B** **4.2- B** **4.3- B** **4.4- B**

		B. Провести лечение без согласия, руководствуясь принципом "не навреди" C. Сообщить в органы опеки и попечительства для решения вопроса в судебном порядке D. Выписать ребенка под расписку Задание 1.4 Форма № 057/у-04, оформляемая лечащим врачом, — это: A. Направление на госпитализацию B. Рецепт на льготное лекарство C. Справка для получения водительских прав D. Листок нетрудоспособности Раздел 2: Маршрутизация и уровни оказания помощи Задание 2.1 Пациент с проникающим ранением глаза и внутриглазным инородным телом должен быть доставлен: A. В поликлинику по месту жительства B. В круглосуточный офтальмологический стационар, имеющий возможность для удаления инородных тел C. В оптику для подбора очков D. К неврологу Задание 2.2 Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) при офтальмологических заболеваниях (например, витреоретинальные операции) оказывается: A. В любой районной поликлинике B. В специализированных федеральных центрах или региональных больницах, имеющих соответствующую лицензию C. В частных оптиках D. В дневном стационаре при ЦРБ Задание 2.3 Пациент с хроническим блефаритом в стадии ремиссии должен наблюдаться: A. В стационаре круглосуточного пребывания	

		B. В поликлинике по месту жительства (амбулаторно) C. В хосписе D. В бюро МСЭ Задание 2.4 При подозрении на злокачественное новообразование глаза (ретинобластому, меланому) пациент направляется: A. К окулисту в оптику B. В онкологический диспансер (к офтальмоонкологу) C. В туберкулезный диспансер D. На курортное лечение Раздел 3: Экспертиза трудоспособности и МСЭ Задание 3.1 Максимальный срок, на который лечащий врач единолично может выдать листок нетрудоспособности пациенту после неосложненной экстракции катаракты, составляет: A. 3 дня B. 15 дней C. 30 дней D. 60 дней Задание 3.2 При стойкой утрате трудоспособности вследствие глаукомы (значительное сужение полей зрения) пациент направляется для установления инвалидности в: A. Поликлинику B. Бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) C. Санаторий D. Страховую компанию Задание 3.3 Для направления на МСЭ оформляется форма: A. 025/у B. 030/у	

		C. 088/у-06 D. 057/у-04 Задание 3.4 При выписке пациента после стационарного лечения в поликлинику по месту жительства передается: A. Только устная информация B. Выписка из истории болезни (форма 027/у) C. Рецепт на очки D. Направление на санаторно-курортное лечение Раздел 4: Управление ресурсами и экономика Задание 4.1 Финансирование медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС осуществляется за счет средств: A. Личных средств пациента B. Федерального фонда ОМС и территориальных фондов ОМС C. Благотворительных фондов D. Работодателя Задание 4.2 Показатель "средняя длительность пребывания пациента на койке" используется для оценки: A. Качества лечения B. Эффективности использования коечного фонда C. Квалификации врачей D. Удовлетворенности пациентов Задание 4.3 При выявлении страховой медицинской организацией дефектов оформления медицинской документации, повлекших неоплату счета, медицинская организация имеет право: A. Проигнорировать претензию B. Обратиться в суд или согласительную комиссию	

		C. Уволить врача D. Уменьшить зарплату персоналу Задание 4.4 Основной документ, определяющий объемы и стоимость медицинской помощи, которую медицинская организация обязана оказать в рамках ОМС, — это: A. Трудовой договор с врачом B. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС C. Должностная инструкция D. Клинические рекомендации	
516.	**ПК-11**	Установите соответствие между нозологической формой (заболеванием) и критерием качества медицинской помощи, который подлежит обязательной оценке при проведении экспертизы качества (согласно клиническим рекомендациям и порядкам оказания помощи). Заболевание: 1. Первичная открытоугольная глаукома (впервые выявленная). 2. Возрастная катаракта (плановое хирургическое лечение). 3. Диабетическая ретинопатия (непролиферативная стадия). 4. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Критерий качества: A. Проведение тонометрии, периметрии и офтальмоскопии при постановке диагноза; назначение гипотензивной терапии с достижением целевого давления. B. Проведение осмотра глазного дна с широким зрачком (офтальмоскопия) не реже 1 раза в год; направление на лазеркоагуляцию при появлении признаков пролиферации. C. Своевременность оказания помощи (неотложная); проведение гипотензивной терапии (пилокарпин, осмотики) на догоспитальном этапе; экстренная госпитализация. D. Отсутствие интраоперационных осложнений (разрыв задней капсулы,	1 – A 2 – D 3 – B 4 – C

		выпадение стекловидного тела); достижение остроты зрения при выписке не ниже 0,5 (при отсутствии сопутствующей патологии).	
517.		Установите соответствие между выявленным дефектом оказания медицинской помощи (при экспертизе) и наиболее вероятной причиной (группой причин), к которой он относится. Дефект: 1. В медицинской карте амбулаторного больного отсутствует запись о тонометрии у пациента с глаукомой в течение последнего года. 2. Пациенту с катарактой проведена операция с использованием несертифицированного интраокулярного хрусталика (без регистрационного удостоверения). 3. Пациент с впервые выявленной меланомой хориоидеи направлен к окулисту в поликлинику, а не в онкологический диспансер, что привело к задержке лечения на 2 месяца. 4. После экстракции катаракты у пациента развился эндофтальмит из-за нарушения правил асептики в операционной. Причина: A. Дефект организации медицинской помощи (нарушение маршрутизации, несоблюдение порядков оказания помощи). B. Дефект оформления медицинской документации (отсутствие обязательных записей, нарушение полноты обследования). C. Дефект, связанный с качеством и безопасностью медицинской деятельности (нарушение санитарно-эпидемиологического режима, внутрибольничная инфекция). D. Дефект, связанный с обращением медицинских изделий (использование незарегистрированных, несертифицированных изделий).	1 – B 2 – D 3 – A 4 – C
518.		Установите соответствие между индикатором качества (показателем) и его целевым значением или смысловой интерпретацией, используемой при	1 – A 2 – B

		внутреннем и внешнем контроле качества. ндикатор качества: 1. Частота послеоперационных осложнений (эндофтальмит, гемофтальм) после факоэмульсификации катаракты. 2. Доля пациентов с глаукомой, достигших целевого внутриглазного давления через 6 месяцев после назначения терапии. 3. Средняя длительность предоперационного койко-дня при плановой госпитализации (день поступления — день операции). 4. Уровень расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов. Значение: A. Показатель должен стремиться к 0; превышение 0,5% требует разбора на клинико-экспертной комиссии и проверки противоэпидемического режима. B. Характеризует эффективность лечения и правильность подбора гипотензивного режима; целевой уровень > 80%. C. Позволяет оценить качество диагностики на догоспитальном этапе и в стационаре; высокий процент расхождений указывает на недостаточную квалификацию или оснащение. D. Показатель эффективности организации работы отделения; при плановой хирургии должен стремиться к 1 (операция на следующий день после госпитализации).	3 – D 4 – C
519.		Установите правильную последовательность этапов проведения ведомственной экспертизы качества медицинской помощи (КМП) в офтальмологическом стационаре после выявленного случая послеоперационного осложнения (эндофтальмит). Этапы экспертизы: A. Проведение клинико-экспертной комиссии (КЭК) с разбором случая, анализом медицинской документации и заслушиванием лечащего врача. B. Выявление случая осложнения (эндофтальмита) лечащим врачом или заведующим отделением.	1 – B (Выявление случая для экспертизы) 2 – D (Анализ соответствия стандартам) 3 – A (Коллегиальное обсуждение на комиссии) 4 – E (Документальное оформление выводов) 5 – C (Разработка мер по улучшению качества)

		C. Разработка плана корректирующих мероприятий (проверка стерилизационного режима, дополнительное обучение персонала, обновление расходных материалов). D. Оценка соответствия оказанной помощи стандартам, клиническим рекомендациям и порядкам оказания медицинской помощи. E. Оформление протокола оценки качества (экспертного заключения) с указанием выявленных дефектов и степени их влияния на исход.	
520.		Установите правильную последовательность действий страховой медицинской организации (СМО) и медицинской организации при выявлении дефекта оформления истории болезни пациента с глаукомой (отсутствие записи о тонометрии) в рамках экспертизы качества по ОМС. Действия участников: A. Направление медицинской организацией возражений (апелляции) в согласительную комиссию при несогласии с актом экспертизы. B. Проведение страховой медицинской организацией медико-экономической экспертизы (МЭЭ) или экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП). C. Составление акта экспертизы с указанием выявленного дефекта (код дефекта) и применением финансовых санкций (неоплата или штраф). D. Уведомление медицинской организации о результатах экспертизы и предъявление акта. E. Отбор страховой компанией случаев для экспертизы (по реестрам счетов).	1 – E (Инициирование экспертизы, отбор случаев) 2 – B (Непосредственное проведение проверки) 3 – C (Оформление результатов и санкций) 4 – D (Информирование медицинской организации) 5 – A (Возможное оспаривание результатов)
521.		Установите правильную последовательность этапов проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в офтальмологическом отделении многопрофильной больницы (на примере контроля за профилактикой послеоперационных инфекций). Этапы внутреннего контроля: A. Проведение аудита соблюдения правил асептики и антисептики в операционной и перевязочной (наблюдение, смывы с оборудования). B. Издание приказа главного врача о проведении внутреннего аудита и назначение ответственных лиц (зав. отделением, эпидемиолог). C. Анализ полученных данных, выявление отклонений (например, рост числа смывов с положительной флорой). D. Проведение повторного контроля (мониторинг эффективности внедренных	1 – B (Организационное распоряжение о начале контроля) 2 – A (Сбор данных, проведение аудита) 3 – C (Анализ и оценка полученных результатов) 4 – E (Устранение недостатков, коррекция процессов) 5 – D (Контроль эффективности принятых мер)

		мер). Е. Разработка и внедрение корректирующих мероприятий (замена антисептика, дополнительный инструктаж персонала).	
522.		Внимательно прочитайте клинико-экспертную ситуацию и дайте развернутые ответы на поставленные вопросы. Ответы должны быть аргументированными, демонстрировать знание критериев качества, порядков оказания помощи и методики экспертизы. Ситуация: При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи в поликлинике экспертом страховой медицинской организации (СМО) была проанализирована амбулаторная карта пациента Л., 68 лет, с диагнозом "Первичная открытоугольная глаукома II стадии обоих глаз". Пациент наблюдается в поликлинике 3 года. Выявлены следующие дефекты: В карте отсутствуют записи о проведении периметрии за последние 2 года (последняя запись 3 года назад). Тонометрия проводилась нерегулярно: за последний год выполнена 2 раза (при нормативе не реже 1 раза в 3 месяца). При последнем осмотре (6 месяцев назад) зафиксировано ВГД OD = 26 мм рт.ст., OS = 24 мм рт.ст. (целевое давление для данного пациента 18-20 мм рт.ст.). Гипотензивная терапия (латанопрост) не была скорректирована. Отсутствуют сведения о состоянии диска зрительного нерва (офтальмоскопия с описанием экскавации) в динамике. Вопросы: • Перечислите критерии качества медицинской помощи при глаукоме, которые были нарушены (согласно клиническим рекомендациям и порядкам оказания помощи). • К какому виду дефектов относятся выявленные нарушения (дефекты диагностики, лечения, ведения документации, организации процесса)?	• Нарушенные критерии качества: Диагностика: Несоблюдение кратности периметрии (1 раз в год) и тонометрии (1 раз в 3 месяца). Отсутствие динамической оценки состояния ДЗН (офтальмоскопии с описанием экскавации). Лечение: Недостижение целевого внутриглазного давления. Отсутствие коррекции гипотензивной терапии при выявленном повышении ВГД выше целевого уровня (отсутствие step-up подхода). Диспансерное наблюдение: Нарушение кратности осмотров, отсутствие преемственности. • Вид дефектов: Дефекты диагностики (невыполнение обязательных методов обследования: периметрия, регулярная тонометрия, офтальмоскопия). Дефекты лечения (недостижение целевого давления, отсутствие коррекции терапии). Дефекты ведения медицинской документации (отсутствие описания ДЗН, неполные записи). Дефекты организации процесса (отсутствие маршрутизации и напоминаний пациенту о явке). • Влияние на прогноз и исход:

		• Оцените степень влияния выявленных дефектов на прогноз и исход заболевания у данного пациента. Обоснуйте. • Предложите план корректирующих мероприятий для медицинской организации по результатам данной экспертизы.	Выявленные дефекты имеют высокую степень влияния на прогноз. Отсутствие регулярного контроля ВГД и периметрии привело к тому, что пациент не достиг целевого давления в течение длительного времени. Это с высокой вероятностью приведет к прогрессированию глаукоматозной оптической нейропатии, необратимому сужению полей зрения и, в конечном итоге, к слепоте. Пропущен момент для своевременной коррекции терапии или решения вопроса о хирургическом лечении. Качество жизни пациента будет необратимо снижено. • Корректирующие мероприятия: Индивидуальный уровень: Немедленный вызов пациента для дообследования (периметрия, тонометрия, ОКТ ДЗН) и коррекции гипотензивной терапии (усиление режима, добавление второго препарата или комбинированного средства, решение о лазерной трабекулопластике). Организационный уровень: Проведение клинико-экспертной комиссии (КЭК) с разбором данного случая. Доведение до сведения врачей критериев качества при глаукоме (памятки, приказ по поликлинике). Внедрение системы напоминаний пациентам о сроках диспансерных осмотров (обзвон, СМС-оповещение). Организация школ для пациентов с глаукомой для повышения их приверженности лечению. Контроль: Усиление внутреннего контроля качества (ежемесячная выборочная проверка карт пациентов с глаукомой заведующим отделением).

523.		Внимательно прочитайте клинико-экспертную ситуацию и дайте развернутые ответы на поставленные вопросы. Продемонстрируйте способность к анализу интра- и послеоперационных осложнений с позиций качества и безопасности. Ситуация: Пациентка М., 72 лет, поступила в офтальмологическое отделение для плановой факоэмульсификации катаракты (ФЭК) левого глаза. Сопутствующий диагноз: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа (компенсированный). Проведено предоперационное обследование в полном объеме. В день операции пациентке была выполнена ФЭК с имплантацией ИОЛ. Интраоперационно произошел разрыв задней капсулы хрусталика с выпадением стекловидного тела. Хирургом проведена передняя витрэктомия, ИОЛ имплантирована в цилиарную борозду. В послеоперационном периоде назначены антибиотики, НПВС, кортикостероиды. На 3-й день после операции у пациентки появились жалобы на резкую боль в глазу, снижение зрения. При осмотре: отек век, хемоз, выраженная смешанная инъекция, гипопион (гной в передней камере). Диагностирован послеоперационный эндофтальмит. Вопросы: • Проведите экспертизу качества оказанной помощи на каждом этапе (предоперационном, интраоперационном, послеоперационном). Какие факторы могли способствовать развитию эндофтальмита? • Оцените, насколько действия хирурга при интраоперационном осложнении (разрыв капсулы) соответствовали стандартам и клиническим рекомендациям. • Какие индикаторы качества стационарной помощи по данному случаю будут ухудшены? (Перечислите не менее 3-х). • Предложите план мероприятий по профилактике подобных осложнений в отделении.	• Экспертиза этапов: Предоперационный этап: Формальных нарушений нет (обследование проведено). Однако наличие сахарного диабета является фактором риска инфекционных осложнений. Возможно, не была проведена санация очагов хронической инфекции (зубы, ЛОР-органы) — это требует проверки. • Интраоперационный этап: Разрыв задней капсулы — известное осложнение. Действия хирурга по проведению витрэктомии и имплантации ИОЛ в борозду технически верны. Однако сам факт осложнения повышает риск воспаления. Вопрос к стерильности: могло ли быть нарушение асептики в момент манипуляций со стекловидным телом? Послеоперационный этап: Лечение назначено корректно (антибиотики, НПВС, стероиды). Однако эндофтальмит развился, что указывает либо на интраоперационное инфицирование, либо на недостаточность профилактики. Возможно, не был взят смыв из передней камеры для посева во время операции (стандарт при осложнениях не всегда обязателен, но желателен). Соответствие действий стандарту: Действия хирурга при разрыве задней капсулы (передняя витрэктомия, имплантация ИОЛ в борозду) соответствуют клиническим рекомендациям. Это позволяет спасти анатомический результат операции. Однако при высоком риске инфекции некоторые протоколы рекомендуют интракамеральное введение антибиотиков в конце операции — было ли это сделано, требует уточнения.

			• Ухудшенные индикаторы качества: Частота послеоперационных осложнений (эндофтальмит): данный случай ухудшает этот показатель. Целевой уровень — 0, превышение 0,1-0,3% требует разбора. Средняя длительность пребывания в стационаре: значительно увеличится из-за лечения эндофтальмита. Функциональный результат (острота зрения при выписке): будет значительно ниже запланированного (вероятно, светоощущение или движение руки у лица вместо 0,7-1,0). Удовлетворенность пациента: крайне низкая. • План профилактических мероприятий: Инфекционный контроль: Проверка работы стерилизационного оборудования, взятие смывов с операционного поля, инструментов, воздуха в оперблоке. Ревизия расходных материалов (вискоэластики, ИОЛ) на предмет стерильности и сроков годности. Персонал: Проверка техники хирургии у данного врача (возможно, требуется дополнительный тренинг). Инструктаж всего персонала о правилах асептики. Пациенты: Ужесточение отбора пациентов: тщательная санация очагов инфекции перед плановой операцией у пациентов с диабетом.

			Интраоперационная профилактика: внедрение протокола обязательного интракамерального введения антибиотиков (цефуроксим или моксифлоксацин) в конце каждой операции. Административные меры: Разбор случая на клинико-экспертной комиссии (КЭК). Пересмотр локальных протоколов ведения пациентов с высоким риском инфекций.
524.		Внимательно прочитайте клинико-экспертную ситуацию и дайте развернутые ответы на поставленные вопросы. Задание проверяет способность к проведению сложной экспертизы, включая анализ расхождения диагнозов и оценку качества ведения пациента. Ситуация: Пациент Н., 65 лет, поступил в офтальмологическое отделение с диагнозом "Острый приступ закрытоугольной глаукомы правого глаза". Жалобы на резкую боль в глазу, головную боль, тошноту, рвоту. При осмотре: ВГД OD = 45 мм рт.ст., отек роговицы, мелкая передняя камера, зрачок расширен. Проведена неотложная терапия: инстилляции пилокарпина, ацетазоламид внутрь, маннитол внутривенно. Состояние улучшилось, ВГД снизилось до 28 мм рт.ст. Пациент оставлен в отделении для подготовки к лазерной иридотомии. Через 6 часов состояние резко ухудшилось: появилась сильная головная боль, рвота, затем потеря сознания. Консультация невролога (через 1 час) заподозрила острое нарушение мозгового кровообращения. Пациент переведен в реанимацию, где через 2 часа скончался. Патолого-анатомический диагноз: Субарахноидальное кровоизлияние (разрыв аневризмы сосудов головного мозга). Вопросы: • Проведите анализ данного случая с позиции качества медицинской помощи. Имеется ли связь между офтальмологическим лечением и развитием фатального осложнения? • Оцените своевременность и полноту диагностических и лечебных	• Анализ качества и связь событий: Прямой причинно-следственной связи между лечением глаукомы и разрывом аневризмы нет. Однако, высокая доза осмотических диуретиков (маннитол) в сочетании с выраженным болевым синдромом и гипертонической реакцией могла спровоцировать скачок артериального и внутричерепного давления, что стало триггером разрыва аневризмы у предрасположенного пациента. Дефект: Недооценка соматического и неврологического статуса. Сильная головная боль, тошнота и рвота были расценены как глазной симптомокомплекс (офтальмогипертензионный синдром), хотя могли быть первыми признаками субарахноидального кровоизлияния (менингеальные симптомы не проверены?). Своевременность и полнота мероприятий: Офтальмологическая помощь оказана своевременно и в полном объеме (медикаментозный гипотензивный режим выполнен). Дефект организации: Поздняя консультация невролога (через 6 часов после начала симптомов и через 1 час после резкого ухудшения). Консультация невролога при поступлении (при наличии рвоты и сильной головной боли) не проводилась. Не

		мероприятий в офтальмологическом отделении. • Каковы расхождения между клиническим и патолого-анатомическим диагнозом? Как они классифицируются (совпадение, расхождение по основной причине смерти)? • Какие меры необходимо принять для улучшения качества помощи пациентам с сочетанной патологией (офтальмологической и неврологической)?	выполнена дифференциальная диагностика головной боли (не измерено АД, не оценен неврологический статус дежурным терапевтом). Анализ расхождения диагнозов: Имеется расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов. Клинический (основной): Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Патолого-анатомический (основной): Субарахноидальное кровоизлияние. • Категория расхождения: Диагноз основного заболевания не был установлен при жизни. Глаукома в данном случае была сопутствующим или фоновым заболеванием. Расхождение относится к III категории (диагноз не установлен на догоспитальном или госпитальном этапе из-за тяжести состояния, кратковременности пребывания или объективных трудностей), но требует разбора, так как симптомы неврологического заболевания были недооценены. • Меры по улучшению качества: Обучение персонала: Проведение цикла лекций для офтальмологов и терапевтов по дифференциальной диагностике головной боли (глаукома vs гипертония vs инсульт). Алгоритмы действий: Разработка и внедрение протокола "Головная боль в офтальмологии", включающего обязательное измерение АД, оценку неврологического статуса (менингеальные симптомы) и низкий порог для вызова невролога при поступлении пациентов с приступом глаукомы,

			особенно при наличии тошноты и рвоты. Оснащение: Обеспечение отделения тонометрами для измерения АД, неврологическими молоточками. Преемственность: Обязательный осмотр терапевтом всех экстренных пациентов пожилого возраста. Клинико-экспертная работа: Детальный разбор данного случая на общебольничной конференции с участием офтальмологов, неврологов и реаниматологов.
525.		Внимательно прочитайте вопросы и дайте КРАТКИЙ ответ (одно-два слова, аббревиатура или краткое перечисление). Вопросы: 1. Основной документ, содержащий научно обоснованные требования к диагностике и лечению конкретного заболевания (например, глаукомы или катаракты), используемый как база для оценки качества, называется _____ рекомендации. 2. Показатель, отражающий долю пациентов с катарактой, у которых острота зрения после операции составляет 0,5 и выше, относится к группе _____ индикаторов качества (укажите тип индикатора). 3. Три основных компонента качества медицинской помощи по А. Донабедиану: _____, _____, _____. 4. Мероприятие, проводимое страховой медицинской организацией для проверки соответствия оказанной помощи условиям договора на оплату медицинской помощи по ОМС, называется медико-_____ экспертиза .	1.Клинические (или клинические протоколы). 2.Результата (или исходов, outcome). 3.Ресурсы (структура, structure), Процесс (process), Результат (исход, outcome). 4.Экономическая (медико-экономическая экспертиза).
526.		Дополните предложения, вписав недостающие термины или перечислив требуемые позиции.	1.Диагностики (или обследования, ведения документации). 2.Штрафа (или частичной неоплаты, уменьшения оплаты).

		Вопросы: 1. Отсутствие в амбулаторной карте пациента с глаукомой данных периметрии за последний год классифицируется как дефект _____ (укажите вид дефекта). 2. При выявлении страховой медицинской организацией дефекта оформления истории болезни, не повлиявшего на исход лечения, к медицинской организации применяются финансовые санкции в виде _____ (полной неоплаты / частичной неоплаты / штрафа). 3. Перечислите три наиболее частых дефекта при ведении пациентов с диабетической ретинопатией: А. _____ Б. _____ В. _____ 4 Ситуация, при которой лечение проведено в соответствии с порядками и стандартами, но положительный результат не достигнут из-за тяжести заболевания или индивидуальных особенностей пациента, при экспертизе качества расценивается как _____ случай (или дефект отсутствует).	3.А. Отсутствие ежегодного осмотра глазного дна с широким зрачком. Б. Отсутствие направления на лазеркоагуляцию при пролиферативной стадии. В. Отсутствие взаимодействия с эндокринологом (недостижение целевых уровней гликемии). (Допустимы варианты: несвоевременная диагностика, отсутствие ОКТ). 4.Неблагоприятный (или "немедицинский дефект", "непредотвратимое осложнение").
527.		Дайте краткий ответ на поставленные вопросы, перечислив показатели или правильные термины. Вопросы: 1 Документ, составляемый по результатам экспертизы качества медицинской помощи страховой компанией, называется _____ (или экспертное заключение). 2 При несовпадении клинического и патолого-анатомического диагнозов в медицинской организации проводится _____ конференция (или	1.Акт экспертизы (или акт медико-экономической экспертизы, акт ЭКМП). 2.Клинико-анатомическая (или патолого-анатомическая). 3.А. Летальный исход. Б. Послеоперационное осложнение. В. Жалоба пациента (или первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста). 4.Частота жалоб (или показатель жалоб).

		комиссия). 3 Перечислите три повода для проведения внеплановой (целевой) экспертизы качества медицинской помощи: А. _____ Б. _____ В. _____ 4 Показатель, рассчитываемый как отношение числа жалоб пациентов к общему числу пролеченных больных, называется _____ (или уровень удовлетворенности).	
528.		Задание 1.1 Что является основной целью оценки качества медицинской помощи в офтальмологии? A. Увеличение количества пролеченных пациентов B. Повышение удовлетворенности медицинского персонала C. Обеспечение безопасности и эффективности лечения, соответствия стандартам D. Снижение расходов на закупку оборудования Задание 1.2 Какой документ служит основой для разработки критериев оценки качества при конкретном заболевании (например, при возрастной макулярной дегенерации)? A. Должностная инструкция врача B. Клинические рекомендации (протоколы лечения) C. Трудовой кодекс РФ D. Устав медицинской организации Задание 1.3 Кто проводит ведомственную экспертизу качества медицинской помощи в офтальмологическом стационаре? A. Страховая медицинская организация B. Росздравнадзор C. Заведующий отделением и клинико-экспертная комиссия (КЭК) самой	**1.1- C** **1.2- B** **1.3- C** **1.4- B** **2.1- B** **2.2- B** **2.3- B** **2.4- B** **3.1- B** **3.2- C** **3.3- A** **3.4- B** **4.1- C** **4.2- B** **4.3- B** **4.4- B**

		организации D. Пациент и его родственники Задание 1.4 Медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) в системе ОМС проводится для: A. Оценки удовлетворенности пациентов B. Проверки соответствия оказанной помощи договору и тарифам, выявления дефектов оформления C. Назначения нового лечения D. Подбора очковой коррекции Раздел 2: Критерии качества при основных офтальмологических заболеваниях Задание 2.1 Критерием качества хирургического лечения возрастной катаракты (ФЭК) является: A. Назначение витаминов для глаз B. Отсутствие интраоперационных осложнений (разрыв задней капсулы, выпадение стекловидного тела) C. Ежедневная смена повязки D. Назначение физиотерапии после операции Задание 2.2 При оценке качества диспансерного наблюдения пациента с первичной открытоугольной глаукомой обязательным критерием является: A. Ежедневное измерение ВГД самим пациентом B. Проведение тонометрии и периметрии не реже 1 раза в 3-6 месяцев C. Еженедельный осмотр на щелевой лампе D. Прием витаминов группы B Задание 2.3 Критерием качества оказания помощи пациенту с диабетической ретинопатией является: A. Ношение солнцезащитных очков B. Осмотр глазного дна с широким зрачком не реже 1 раза в год C. Ежедневная гимнастика для глаз D. Закапывание увлажняющих капель	

		Задание 2.4 При оценке качества лечения острого приступа закрытоугольной глаукомы в стационаре ключевым критерием является: A. Назначение физиотерапии B. Своевременное проведение гипотензивной терапии и подготовка к лазерной иридотомии C. Выписка пациента на 3-й день D. Консультация психолога Раздел 3: Виды дефектов и их классификация Задание 3.1 Отсутствие в медицинской карте записи о проведении тонометрии пациенту с глаукомой относится к: A. Дефекту лечения B. Дефекту диагностики и ведения документации C. Дефекту организации работы стационара D. Дефекту этики и деонтологии Задание 3.2 Несвоевременная госпитализация пациента с проникающим ранением глаза (доставка в стационар через 12 часов после травмы) классифицируется как: A. Дефект лечения B. Дефект диагностики C. Дефект организации медицинской помощи (нарушение маршрутизации) D. Дефект оформления документов Задание 3.3 Развитие послеоперационного эндофтальмита при доказанном нарушении правил асептики в операционной относится к: A. Дефекту, связанному с качеством и безопасностью медицинской деятельности B. Дефекту оформления истории болезни C. Ожидаемому осложнению, не являющемуся дефектом D. Дефекту предоперационного обследования Задание 3.4 Использование несертифицированного интраокулярного хрусталика при операции по поводу катаракты является: A. Дефектом лечения	

		B. Дефектом, связанным с обращением медицинских изделий C. Дефектом организации питания D. Дефектом послеоперационного ухода Раздел 4: Индикаторы качества и анализ исходов Задание 4.1 Какой показатель относится к индикаторам результата (исхода) лечения в офтальмологическом стационаре? A. Средняя длительность пребывания на койке B. Оборот койки C. Доля пациентов с остротой зрения после операции 0,5 и выше D. Количество проведенных операций Задание 4.2 Увеличение средней длительности пребывания пациента на койке после ФЭК может свидетельствовать о: A. Высокой квалификации врачей B. Наличии послеоперационных осложнений или неэффективной организации процесса C. Удовлетворенности пациентов D. Современном оснащении клиники Задание 4.3 При расхождении клинического и патолого-анатомического диагноза (например, не диагностированная внутриглазная опухоль) случай подлежит: A. Простому статистическому учету B. Разбору на клинико-анатомической конференции C. Сокрытию в официальной отчетности D. Оплате по повышенному тарифу Задание 4.4 Показатель "частота послеоперационных осложнений" используется для оценки: A. Финансового состояния клиники B. Качества хирургической помощи и безопасности C. Укомплектованности кадрами D. Квалификации среднего медицинского персонала	

Разработан:
доцент кафедры офтальмологии с курсом ДПО Н.Л. Чередниченко