

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт  
Кафедра «Хирургические болезни»

Утверждено на заседании кафедры  
«Хирургические болезни»  
«24» января 2024 г., протокол №7

Заведующий кафедрой



В.А. Марийко

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ) ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И  
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО  
ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)**

**«Офтальмология»**

**основной профессиональной образовательной программы  
высшего образования – программы подготовки кадров высшей  
квалификации в ординатуре**

по специальности подготовки  
**31.08.59 Офтальмология**

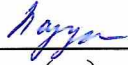
Идентификационный номер образовательной программы – 310859-01-24

Тула 2024 год

**ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ**  
**фонда оценочных средств (оценочных материалов)**

**Разработчик(и):**

Лазук А.В., профессор, д.м.н.,  
(*ФИО, должность, ученая степень, ученое звание*)

  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

## **1. Описание фонда оценочных средств (оценочных материалов)**

Фонд оценочных средств (оценочные материалы) включает в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине (модулю). Указанные контрольные задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимся планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины (модуля), а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

Полные наименования компетенций представлены в общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

## **2. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения текущего контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (модулю)**

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.1)**

**1. Самой тонкой стенкой орбиты является:**

- а) наружная стенка;
- б) верхняя стенка;
- в) внутренняя стенка;
- г) нижняя стенка;
- д) правильно А и Б.

**2. Через верхнюю глазничную щель проходят:**

- а) глазничный нерв;
- б) глазодвигательные нервы;
- в) основной венозный коллектор глазницы;
- г) все перечисленное;
- д) правильно Б и В.

**3. Слезный мешок расположен:**

- а) внутри глазницы;
- б) вне глазницы;
- в) частично внутри и частично вне глазницы.

**4. Ветвями глазничной артерии является:**

- а) лобная артерия;
- б) надглазничная артерия;
- в) слезная артерия;
- г) все перечисленное;
- д) ни одна из перечисленных.

**5. Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:**

- а) конъюнктивите;
- б) повышенном внутриглазном давлении;
- в) воспалении сосудистого тракта;
- г) любом из перечисленных;
- д) ни при одном из перечисленных.

**6. К слезопродуцирующим органам относятся:**

- а) слезная железа и добавочные слезные железки;
- б) слезные точки;
- в) слезные канальцы;
- г) все перечисленное.

**7. Слезноносовой канал открывается в:**

- а) нижний носовой ход;
- б) средний носовой ход;
- в) верхний носовой ход;
- г) правильно Б и В.

**8. Наименьшую толщину склера имеет в зоне:**

- а) лимба;
- б) экватора;
- в) диска зрительного нерва;
- г) правильно А и Б.

**9. Роговая оболочка состоит из:**

- а) двух слоев;
- б) трех слоев;
- в) четырех слоев;
- г) пяти слоев;
- д) шести слоев.

**10. Питание роговицы осуществляется за счет:**

- а) краевой петливой сосудистой сети;
- б) центральной артерии сетчатки;
- в) слезной артерии;
- г) всего перечисленного.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.2)**

**1. Сосудистый тракт глаза состоит из всех перечисленных слоев, кроме:**

- а) хориоидеи;
- б) ресничного тела;
- в) радужки;
- г) сосудов сетчатки;
- д) правильно А, Б, В.

**2. Функциональным центром сетчатки является:**

- а) диск зрительного нерва;
- б) центральная ямка;
- в) зона зубчатой линии;
- г) правильно А и В;
- д) правильно А и Б.

**3. Отток жидкости из передней камеры осуществляется через:**

- а) область зрачка;
- б) капсулу хрусталика;
- в) зону трабекул;
- г) ничего из перечисленного;
- д) правильно А и Б.

**4. Зрительный нерв выходит из орбиты глаза через:**

- а) верхнюю глазничную щель;
- б) for. opticum;
- в) нижнюю глазничную щель.

**5. Сосудистый тракт выполняет:**

- а) трофическую функцию;
- б) функцию преломления света;
- в) функцию восприятия света;

**6. Сетчатка выполняет функцию:**

- а) преломления света;
- б) трофическую;
- в) восприятия света;
- г) все перечисленное.

**7. Внутриглазную жидкость вырабатывает в основном:**

- а) радужка;
- б) хориоидея;
- в) хрусталик;
- г) цилиарное тело.

**8. Положение зубчатой линии соответствует:**

- а) зоне проекции лимба;
- б) месту прикрепления сухожилий прямых мышц;
- в) зоне проекции цилиарного тела;
- г) правильно А и В.

**9. Хориоидея состоит из слоя;**

- а) мелких сосудов;
- б) средних сосудов;
- в) крупных сосудов;
- г) всего перечисленного;
- д) только А и Б

**10. Влага передней камеры служит для:**

- а) питания роговицы и хрусталика;
- б) преломления света;
- в) выведения отработанных продуктов обмена;
- г) всего перечисленного.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.3)**

**1. Мышечный аппарат глаза состоит из ... экстраокулярных мышц:**

- а) четырех;
- б) пяти;
- в) шести;
- г) восьми;
- д) десяти.

**2. "Мышечная воронка" берет свое начало от:**

- а) круглого отверстия;
- б) зрительного отверстия;
- в) верхней глазничной щели;
- г) нижней глазничной щели.

**3. Стекловидное тело выполняет:**

- а) трофическую функцию;
- б) "буферную" функцию;
- в) светопроводящую функцию;
- г) все перечисленное

**4. Кровоснабжение глазного яблока осуществляется:**

- а) глазничной артерией;
- б) центральной артерией сетчатки;

- в) задними цилиарными артериями;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно Б и В.

**5. Впервые таблицы для определения остроты зрения составил:**

- а) Головин;
- б) Сивцев;
- в) Снеллен;
- г) Ландольт;
- д) Орлова.

**6. Кровоснабжение цилиарного тела и радужки осуществляется:**

- а) длинными задними цилиарными артериями;
- б) короткими задними цилиарными артериями;
- в) решетчатыми артериями;
- г) медиальными артериями век;
- д) всеми перечисленными.

**7. Центральная артерия сетчатки питает:**

- а) хориоидею;
- б) внутренние слои сетчатки;
- в) наружные слои сетчатки;
- г) все перечисленное.

**8. Глазничный нерв является:**

- а) чувствительным нервом;
- б) двигательным нервом;
- в) смешанным нервом;
- г) верно А и Б;
- д) верно Б и В.

**9. Двигательную иннервацию экстраокулярных мышц осуществляют:**

- а) глазодвигательный нерв;
- б) отводящий нерв;
- в) блоковый нерв;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

**10. Основной функцией зрительного анализатора, без которого не может быть всех остальных функций, является:**

- а) периферическое зрение;
- б) острота зрения;
- в) цветоощущение;
- г) светоощущение;
- д) стереоскопическое зрение.

### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-5 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-5.1)**

**1. Симптомами спазма аккомодации являются:**

- а) косоглазие;
- б) повышение остроты зрения вдаль при использовании отрицательных и вблизи - слабых положительных линз;
- в) уменьшение объема аккомодации;
- г) только Б и В;
- д) все перечисленное.

**2. К симптомам аккомодативной астенопии относятся:**

- а) чувство утомления и тяжести в глазах, боль в голове при зрительной работе вблизи;

- б) появление прогрессирующей миопии;
- в) расплывание контуров рассматриваемых деталей или букв текста;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное.

**3. Признаками паралича аккомодации являются:**

- а) улучшение зрения вблизи, сужение зрачка;
- б) резкое ухудшение зрения вблизи, расширение зрачка;
- в) повышение зрения вдаль;
- г) повышение зрения вдаль и вблизи;
- д) все перечисленное.

**4. Основными причинами паралича аккомодации являются:**

- а) инфекционные заболевания и пищевые интоксикации;
- б) отравление атропином и инстилляция его препаратов;
- в) травмы орбиты;
- г) только б и в;
- д) все перечисленное.

**5. Косоглазием называется:**

- а) нарушение нормальной подвижности глаза;
- б) отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации, сопровождаемое, как правило, нарушением нормального бинокулярного зрения;
- в) отклонение обоих глаз от совместной точки фиксации;
- г) снижение остроты зрения одного или обоих глаз.

**6. Амблиопией называется:**

- а) различные по происхождению формы понижения зрения, причиной которых являются функциональные расстройства зрительного анализатора;
- б) отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации;
- в) нарушение бинокулярного зрения;
- г) ограничение подвижности глаз;
- д) все перечисленное.

**7. Амблиопия по происхождению может быть:**

- а) рефракционной и анизометропической;
- б) обскурационной и дисбинокулярной;
- в) травматической;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

**8. Основной причиной дисбинокулярной амблиопии является:**

- а) косоглазие;
- б) аномалии рефракции;
- в) анизометропия;
- г) помутнение оптических сред глаза;
- д) резкое понижение зрения одного из глаз.

**9. Амблиопия чаще встречается при:**

- а) монолатеральном косоглазии;
- б) альтернирующем "-";
- в) неаккомодационном "-";
- г) частично аккомодационном косоглазии;
- д) аккомодационном "-".

**10. Остротой зрения, совместимой с бинокулярным зрением, считают:**

- а) 0,04 и ниже;
- б) 0,05-0,1;
- в) 0,2-0,3;
- г) 0,4 и выше;

д) 0,8-1,0.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-5 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-5.2)**

**1. Наиболее высокая острота зрения связана с функцией:**

- а) склеры;
- б) сосудистой оболочки;
- в) оптически недействительной части сетчатки;
- г) центральной ямки сетчатки;
- д) всем перечисленным.

**2. Наиболее высокая острота зрения в области центральной ямки сетчатки обусловлена тем, что:**

- а) центральная ямка расположена почти по оси оптической системы глаза;
- б) имеется максимальная концентрация колбочек;
- в) каждая фовеолярная колбочка связана со своей ганглиозной клеткой;
- г) только Б и В;
- д) всем перечисленным.

**3. Зрительной фиксацией называется:**

- а) статическая рефракция;
- б) динамическая рефракция;
- в) астигматизм;
- г) анизометропия;
- д) относительно неподвижная установка глаза на рассматриваемый объект.

**4. По состоянию зрительной фиксации различают следующие виды амблиопии:**

- а) с правильной фиксацией;
- б) с неправильной фиксацией;
- в) с отсутствием фиксации;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

**5. Зрительная фиксация в норме должна быть:**

- а) центральной устойчивой;
- б) перемежающейся;
- в) неустойчивой нецентральной;
- г) устойчивой центральной;
- д) правильно Б и Г.

**6. Состояние аккомодации, при котором определяют рефракцию у дошкольников с амблиопией с целью назначения очков:**

- а) медикаментозный паралич аккомодации;
- б) не расслабленная аккомодация;
- в) частично выключенная аккомодация;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

**7. Очки при сходящемся косоглазии в сочетании с дальнозоркостью средней и высокой степени назначают:**

- а) только для работы вблизи;
- б) для постоянного ношения;
- в) только для дали;
- г) правильно А и В;
- д) не назначают.

**8. При сходящемся косоглазии в сочетании с миопией назначают:**

- а) положительные линзы;



- б) отрицательные линзы, соответствующие степени миопии;
- в) возможно более слабые отрицательные линзы в зависимости от степени снижения остроты зрения;
- г) возможно все перечисленное;
- д) только А и Б.

**9. Плеоптикой называется система лечебных мероприятий, направленных на:**

- а) повышение остроты зрения;
- б) выработку бинокулярного зрения в искусственных условиях;
- в) выработку бинокулярного зрения в естественных условиях;
- г) все перечисленное.

**10. Различают следующие методы плеоптического лечения:**

- а) основные и вспомогательные;
- б) первичные и вторичные;
- в) предварительные и заключительные;
- г) все перечисленные;
- д) только Б и В.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-5 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-5.3)**

**1. Основные методы плеоптического лечения отличаются от вспомогательных тем, что:**

- а) самостоятельно способны повышать остроту центрального зрения;
- б) исправляют зрительную фиксацию;
- в) обладают каждый в отдельности заметным положительным эффектом;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное.

**2. Вспомогательные методы плеоптического лечения отличаются от основных тем, что:**

- а) создают условия для применения основных (самостоятельных) способов лечения амблиопии;
- б) закрепляют результаты лечения амблиопии основными способами;
- в) обладают каждый в отдельности скромным клиническим эффектом;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

**3. К основным методам плеоптического лечения относятся:**

- а) прямая окклюзия и пенализация;
- б) локальное "слепящее" раздражение светом центральной ямки сетчатки по Аветисову;
- в) засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

**4. Метод пенализации заключается в:**

- а) локальном воздействии светом на сетчатку;
- б) использовании отрицательных последовательных образов;
- в) упражнениях в локализации;
- г) разобщении глаз, при котором один из них делают фиксирующим для дали, другой - для близи;
- д) все перечисленное.

**5. Пенализация отличается от прямой окклюзии тем, что:**

- а) позволяет разобщать глаза, не выключая один из них полностью;
- б) основана на засветах сетчатки;
- в) подразумевает упражнения для мышц глазодвигателей;
- г) все перечисленное правильно.

**6. Аппаратное лечение амблиопии возможно у детей, начиная с:**

- а) 2 лет;
- б) 3 лет;
- в) 4 лет;
- г) 5 лет;
- д) 6 лет.

**7. Остротой зрения, совместимой с бинокулярным зрением, считается:**

- а) 0,1;
- б) 0,2;
- в) 0,3;
- г) 0,4 и выше.

**8. Ортоптикой называется система лечебных мероприятий, направленных на:**

- а) повышение остроты зрения;
- б) выработку бинокулярного зрения в искусственных условиях;
- в) выработку бинокулярного зрения в естественных условиях;
- г) все перечисленное.

**9. Бинокулярное зрение - это:**

- а) способность смотреть попеременно каждым глазом;
- б) способность смотреть двумя глазами, но без слияния двух монокулярных изображений;
- в) способность сливать два монокулярных изображения объекта в единый зрительный образ;
- г) все перечисленное.

**10. Суть теории корреспонденции сетчаток состоит в том, что одиночное восприятие объекта возможно, если его изображение проецируется на:**

- а) корреспондирующие пункты сетчатки;
- б) диспаратные пункты сетчатки;
- в) оптически недействительные части сетчатки;
- г) все перечисленное.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-6.1)****1. Реабилитация - это:**

- а) комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление социального статуса больных;
- б) система медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных и др. мероприятий;
- в) деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов;
- г) комплекс социально-психологических мероприятий, направленных на восстановление социального статуса.

**2. Реабилитация направлена:**

- а) на борьбу с факторами риска;
- б) на предупреждение возникновения заболеваний;
- в) на возвращение (реинтеграцию) больных и инвалидов в общество, восстановление их трудоспособности;
- г) на возвращение к профессии.

**3. Назовите аспекты, на которых базируется реабилитация:**

- а) медицинский, социальный, психологический, профессиональный;
- б) физический, психический, социально-экономический;
- в) профессиональный, социальный, психологический;
- г) экономический, юридический, социальный.

**4. Перечислите общие правила проведения реабилитационных мероприятий:**

- а) раннее начало и непрерывность; индивидуальный подход; комплексный характер, проведение в коллективе;
- б) комплексность и непрерывность;
- в) проведение в коллективе;
- г) эффективность.

**5. Назовите этапы медицинской реабилитации:**

- а) превентивный; поликлинический; стационарный, санаторно-курортный, метаболический;
- б) поликлинический, санаторно-курортный, метаболический
- в) превентивный; поликлинический; стационарный, метаболический;
- г) превентивный; поликлинический, санаторно-курортный, метаболический.

**6. Категории лиц, участвующих в реабилитационном процессе:**

- а) мед.работники; психологи; специалисты по социальной работе; экономисты;
- б) педагоги, социальные работники;
- в) психологи, юристы, социологи;
- г) врачи, юристы, экономисты.

**7. Задачей реабилитации на стационарном этапе восстановительного лечения является:**

- а) спасение жизни больного; предупреждение осложнений;
- б) психологическая адаптация;
- в) активная трудовая реабилитация;
- г) восстановление социального статуса больного.

**8. Задачи реабилитации на поликлиническом этапе:**

- а) борьба с факторами риска;
- б) ликвидация остаточных явлений болезни; восстановление функциональной активности организма;
- в) проведение комплекса физиотерапевтических мероприятий;
- г) лекарственное обеспечение.

**9. Задачи восстановительного лечения на санаторно-курортном этапе:**

- а) спасение жизни больного;
- б) борьба с факторами риска возникновения заболевания;
- в) трудовая адаптация больного в коллективе;
- г) профилактика рецидивов болезни.

**10. Методы, используемые на метаболическом этапе реабилитации, включают:**

- а) длительную диетическую коррекцию, ЛФК;
- б) применение патогенетической терапии;
- в) применение этиотропной терапии;
- г) использование симптоматической терапии.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-6.2)**

**1. Какие учреждения входят в систему медицинской реабилитации:**

- а) центры социальной защиты;
- б) реабилитационные отделения ЦСО;
- в) служба занятости населения;
- г) отделения восстановительного лечения стационаров и поликлиник.

**2. Инвалидность - это:**

- а) стойкая и длительная утрата трудоспособности;
- б) ограничения жизнедеятельности, приводящие к необходимости социальной защиты;
- в) состояние ограниченной функциональной активности организма;
- г) потребность в медико-социальной помощи.

**3. Выберите правильные определения понятия инвалидность:**

- а) состояние полного физического, душевного и социального благополучия;

- б) физическое, душевное и социальное неблагополучие;
- в) социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма;
- г) стойкая и длительная утрата трудоспособности.

**4. Инвалид - это:**

- а) лицо с незначительными нарушениями здоровья;
- б) лицо, имеющее нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма;
- в) лицо с нарушениями функций опорно-двигательной системы;
- г) лицо в состоянии ограниченной функциональной активности организма.

**5. Понятие, входящее в классификацию основных категорий жизнедеятельности:**

- а) способность к сохранению здоровья;
- б) способность к обучению в общеобразовательных учреждениях;
- в) способность к воспроизводству;
- г) способность к ориентации.

**6. Сколько степеней входят в классификацию нарушений функций организма по степени выраженности:**

- а) I;
- б) II;
- в) III;
- г) IV.

**7. Критерии служащие для определения I группы инвалидности:**

- а) способность к самообслуживанию II степени;
- б) способность к передвижению и ориентации III степени;
- в) способность к ориентации I степени;
- г) способность к занятиям легкими видами спорта.

**8. Критерии служащие для определения II группы инвалидности:**

- а) способность к самообслуживанию и ориентации II степени;
- б) способность к обучению в общих учебных заведениях;
- в) способность к ориентации I степени;
- г) способность к общению I степени.

**9. Критерии для определения III группы инвалидности:**

- а) способность к передвижению и обучению I степени;
- б) способность к обучению II степени;
- в) способность к общению III степени.

**10. Обязанности, возлагающиеся на государственную службу медико-социальной экспертизы:**

- а) лечение и реабилитация инвалидов;
- б) определение группы инвалидности, ее причины и сроков;
- в) оказание медико-социальной помощи инвалидам;
- г) социальная защита инвалидов.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-6.3)**

**1. Государственный орган, занимающийся реабилитацией инвалидов в масштабе государства:**

- а) Правительство РФ;
- б) МЗ РФ;
- в) Государственная служба реабилитации инвалидов;
- г) агентство социальной защиты населения.

**2. Что относится к основным причинам роста инвалидности с детства:**

- а) научно - технический прогресс;

- б) неблагоприятные условия труда женщины;
- в) снижение рождаемости и рост хронической заболеваемости;
- г) рост младенческой смертности.

**3. Выберите из перечисленных методов средства реабилитации:**

- а) психологическая коррекция и методы физической терапии;
- б) клубные формы работы;
- в) спортивные мероприятия;
- г) интенсификация образовательной деятельности.

**4. Основными задачами, стоящими перед санаторно-курортными учреждениями, являются:**

- а) всеобщий охват населения;
- б) медицинское обслуживание хронических больных;
- в) медицинское обслуживание острых больных;
- г) диагностические мероприятия.

**5. Ранние операции в первые 6 месяцев жизни ребенка показаны при следующих формах врожденных катаракт:**

- а) полные, зонулярные II – III степени помутнения;
- б) зонулярные I степени помутнения;
- в) центральные с диаметром помутнения менее 2,5 мм;
- г) частичные заднекапсулярные с возможностью офтальмоскопии центральных отделов глазного дна.

**6. Чем обусловлены осложнения при глазопротезировании:**

- а) цветом склеры;
- б) наклоном протезов в полости;
- в) несоответствием формы и величины протеза;
- г) ограничением подвижности протеза.

**7. Срок действия справки 070/у-04 составляет \_\_\_\_\_ месяцев**

- а) 0,5;
- б) 6;
- в) 2;
- г) 4.

**8. Сколько уровней курации выделяют в зависимости от сложности проведения медицинской реабилитации?**

- а) 4;
- б) 5;
- в) 2;
- г) 3.

**9. Реабилитационный эпикриз содержит все нижеперечисленное, за исключением**

- а) реабилитационного диагноза;
- б) реабилитационного статуса;
- в) реабилитационного потенциала;
- г) перечня реабилитационного оборудования.

**10. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя**

- а) методы оказания физиотерапевтической помощи;
- б) методики оказания медицинской помощи;
- в) методики ЛФК;
- г) этапы оказания медицинской помощи.

## **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.1)**

**1. Экспертиза нетрудоспособности - это вид медицинской деятельности, целью которой является:**

- а) оценка состояния здоровья пациента;
- б) определение сроков и степени нетрудоспособности пациента;
- в) установление возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз);
- г) обеспечение качества и эффективности проводимого лечения.

**2. Уровнями экспертизы временной нетрудоспособности являются:**

- а) лечащий врач;
- б) ВК медицинской организации;
- в) ВК департамента здравоохранения города;
- г) первичное бюро медико-социальной экспертизы.

**3. Временная утрата трудоспособности – это**

- а) невозможность выполнения человеком работы вообще или по конкретной специальности, носящая относительно кратковременный характер;
- б) состояние, при котором, нарушение функций организма, препятствующее труду, носят временный, обратимый характер;
- в) социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящие к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

**4. Укажите функции листка нетрудоспособности:**

- а) юридическая;
- б) медицинская;
- в) финансовая;
- г) статистическая;
- д) управленческая.

**5. Какие документы удостоверяют временную нетрудоспособность:**

- а) справка установленной формы;
- б) медицинская карта амбулаторного больного или история болезни в стационаре;
- в) страховой медицинский полис;
- г) листок нетрудоспособности.

**6. Кто имеет право выдавать листок нетрудоспособности:**

- а) мед. работники скорой помощи;
- б) мед. работники станций переливания крови;
- в) лечащие врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- г) врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы;
- д) врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- е) лечащие врачи туберкулезных санаториев и клиник НИИ протезирования;
- ж) медицинские работники домов отдыха и туристических баз;
- з) мед. работники учреждений Роспотребнадзора;
- и) медицинские работники со средним медицинским образованием по специальному разрешению.

**7. Кто не имеет права выдавать листок нетрудоспособности**

- а) мед. работники скорой помощи;
- б) мед. работники станций переливания крови;
- в) лечащие врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- г) врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы;

- д) врачи, занимающиеся частной практикой, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- е) мед. работники бальнеогрязелечебниц и городских водогрязелечебниц;
- ж) мед. работники домов отдыха, туристических баз;
- з) мед работники учреждений Роспотребнадзора.

**8. Какие документы должен представить пациент для получения листка нетрудоспособности:**

- а) страховой медицинский полис;
- б) паспорт;
- в) медицинская карта амбулаторного больного;
- г) письменное разрешение главврача поликлиники;
- д) военный билет для военнослужащих.

**9. Какой документ выдается студентам и учащимся (если они не проходят оплачиваемую производственную практику) в случае заболевания с утратой трудоспособности:**

- а) листок нетрудоспособности;
- б) справка установленной формы (095/у);
- в) справка произвольной формы.

**10. На какой срок может продлить листок нетрудоспособности средний мед. работник, имеющий право его выдачи:**

- а) до 10-и дней;
- б) до 15-и дней;
- в) до 20-и дней;
- г) в исключительных случаях, после консультации с врачом ближайшего ЛПУ - до 30 дней.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.2)**

**1. В состав первичного бюро МСЭК общего профиля входят:**

- а) терапевт;
- б) невролог;
- в) психиатр;
- г) реабилитолог;
- д) психолог;
- е) социальный работник.

**2. Максимальный срок выдачи листка нетрудоспособности ВК медицинской организации ЛПУ без консультации МСЭК при заболеваниях (кроме туберкулеза, травм и реконструктивных операций) в случае благоприятного клинического и трудового прогноза:**

- а) 4 месяца;
- б) 10 месяцев;
- в) 12 месяцев;
- г) не ограничен.

**3. На какой срок ВК ЛПУ может продлить листок нетрудоспособности при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе:**

- а) не более 4-х месяцев;
- б) не более 10-и месяцев;
- в) не более 12-и месяцев;
- г) не более 10-и месяцев, а в отдельных случаях до 12-и месяцев.

**4. В каких случаях листки нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи не выдаются:**

- а) за хроническим больным в период ремиссии;
- б) в период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания;

- в) в период отпуска по беременности и родам;
- г) в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком;
- д) за инвалидом 1-ой группы.

**5. На медико-социальную экспертную комиссию больного направляет:**

- а) лечащий врач;
- б) лечащий врач и заведующий отделением;
- в) консилиум специалистов;
- г) врачебная комиссия;
- д) главный врач.

**6. На медико-социальную экспертную комиссию при травме, реконструктивной операции, туберкулезе больного направляют не позднее (укажите максимальный срок):**

- а) 30-и дней лечения;
- б) 4-х месяцев лечения;
- в) 10-и месяцев лечения;
- г) 12-и месяцев лечения;
- д) срок не установлен и решение принимает лечащий врач.

**7. В случае бытовой травмы листок нетрудоспособности выдается, начиная:**

- а) с 1-го дня нетрудоспособности;
- б) с 6-го дня нетрудоспособности;
- в) с 11-го дня нетрудоспособности.

**8. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается:**

- а) с 1-го дня нетрудоспособности;
- б) с 6-го дня нетрудоспособности;
- в) с 11-го дня нетрудоспособности;
- г) со дня окончания отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности.

**9. Максимально листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении выдается на срок:**

- а) до 7 дней;
- б) до 15 дней;
- в) до 30 дней;
- г) на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания.

**10. Максимально листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком до 7 лет при стационарном лечении выдается на срок:**

- а) до 7 дней;
- б) до 15 дней;
- в) до 30 дней;
- г) на весь срок лечения.

## **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.3)**

**1. Что включает в себя медицинская экспертиза**

- а) направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность;
- б) установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина;
- в) все перечисленное.

**2. Виды медицинских экспертиз**

- а) экспертиза временной нетрудоспособности;
- б) медико-социальная экспертиза;



- в) военно-врачебная экспертиза;
- г) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы;
- д) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией;
- е) экспертиза качества медицинской помощи;
- ж) все перечисленное.

**3. Осуществлять экспертизу трудоспособности имеют право следующие учреждения здравоохранения**

- а) только государственные (муниципальные);
- б) ЛПУ с любой формой собственности;
- в) ЛПУ любого уровня, профиля, ведомственной принадлежности;
- г) любое ЛПУ, в том числе частнопрактикующий врач, имеющий лицензию на осуществление экспертизы временной нетрудоспособности.

**4. При каком условии в учреждении здравоохранения создается ВК**

- а) при наличии поликлиники (поликлинического отделения);
- б) при наличии 20 и более врачебных должностей;
- в) по приказу руководителя учреждения, если имеется лицензия на проведение экспертизы трудоспособности.

**5. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается**

- а) с 1-го дня нетрудоспособности;
- б) с 3-го дня нетрудоспособности;
- в) с 6-го дня нетрудоспособности;
- г) с 10-го дня нетрудоспособности;
- д) со дня окончания отпуска.

**6. Окончательное решение о необходимости направления больного на медико-социальную экспертизу принимает:**

- а) лечащий врач;
- б) заведующий отделением;
- в) заместитель главного врача по КЭР;
- г) врачебная комиссия;
- д) главный врач.

**7. Для расчета средней продолжительности одного случая временной нетрудоспособности на 100 работающих (отчетная форма № 16-вн) необходимо знать число случаев временной нетрудоспособности и число**

- а) рабочих дней в году;
- б) выданных листков нетрудоспособности;
- в) зарегистрированных лиц работоспособного возраста в районе обслуживания поликлиники;
- г) дней временной нетрудоспособности.

**8. Профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, осмотров и освидетельствований, санитарно-противоэпидемических мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией органов и тканей, обращением донорской крови и ее компонентов в медицинских целях – это:**

- а) медицинская помощь;
- б) медицинская услуга;
- в) медицинская деятельность.

**9. Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан установлено следующее количество медицинских экспертиз:**

- а) 4;
- б) 3;
- в) 5;
- г) 2.

**10. Экспертиза нетрудоспособности – это вид медицинской деятельности, целью которой является:**

- а) определение сроков и степени нетрудоспособности пациента;
- б) перевод на облегченные условия труда;
- в) оценка состояния здоровья пациента.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.1)**

1. Как происходит циркуляция внутриглазной жидкости? Назовите структуры угла передней камеры и методику его исследования.
2. Изменения органа зрения при сахарном диабете.
3. Какие изменения сетчатки могут наблюдаться при контузии глаза? Что позволяет установить степень тяжести контузионного повреждения заднего отдела глазного яблока на этапе оказания первой врачебной помощи?
4. Перечислите основные функции зрительного анализатора и назовите основные методики их исследования.
5. Проявления со стороны органа зрения при каротидно-кавернозном соустье.
6. Перечислите относительные признаки проникающего ранения глазного яблока.
7. Какова основная функция радужной оболочки? Перечислите, какие зрачковые реакции исследуются при обследовании «неврологического больного».
8. Назовите слои сетчатки. Особенности строения фoveальной зоны.
9. Укажите возможные причины монокулярного двоения при контузии глазного яблока.
10. Где находится проекция цилиарного тела на склере? Что такое «зубчатая линия» и где место ее проекции на склере?

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.2)**

1. Жалобы пациента на снижение зрения на левый глаз. Зрение OS - 0,1 не корр. Объективно: OS- на глазном дне -диск зрительного нерва серый. В поле зрения: OS сужение периферических границ в верхнеевнутреннем квадранте до 10градусов от точки фиксации. ВГД OS - 25-26 мм.рт.ст. Ваш диагноз?

2. К Вам обратилась пациентка 68-ми лет, у которой Вы диагностировали незрелую стадию катаракты на обоих глазах. На ОД при бифокальном осмотре и в проходящем свете выявлено выраженное оводнение и набухание хрусталика, пальпаторно определяется значительное повышение офтальмотонуса. Какие методы обследования Вы используете дополнительно для уточнения диагноза указанной патологии глаз? Что вероятнее всего Вы диагностируете после проведенного обследования? Какие осложнения возможны в данной ситуации? С чем будете дифференцировать данную патологию глаз? Какова будет тактика Ваших действий?

3. К Вам обратилась пациентка 68-ми лет, у которой Вы диагностировали незрелую стадию катаракты на обоих глазах. На ОД при бифокальном осмотре и в проходящем свете выявлено выраженное оводнение и набухание хрусталика, пальпаторно определяется значительное повышение офтальмотонуса. Какие методы обследования Вы используете дополнительно для уточнения диагноза указанной патологии глаз? Что вероятнее всего Вы диагностируете после проведенного обследования? Какие осложнения возможны в данной ситуации? С чем будете дифференцировать данную патологию глаз? Какова будет тактика Ваших действий?

4. Обратился менеджер 36 лет с жалобами на непереносимость очковой коррекции (-) 3,0 дптр на оба глаза. Готовые очки приобрел без рецепта, подобрал их себе сам. Через неко-

торое время стал отмечать, что видит в них нечетко и глаза быстро устают. Какую патологию Вы заподозрите у пациента? С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику? Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? Дальнейшая тактика Ваших действий? Какие осложнения могут развиваться при данной патологии?

5. К Вам обратился пациент 21 года с жалобами на покраснение обоих глаз, склеивание ресниц по утрам, ощущение «песка» под веками, слезотечение. Глаза заболели через два дня после купания в пруду. При осмотре: конъюнктивит век и глазных яблок выраженно инъецирована, имеется слизистое отделяемое в незначительном количестве. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента? Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии? Какова тактика Ваших дальнейших действий? Какие осложнения могут быть при данной патологии?

6. Пациент Г., 60 лет, направлен на консультацию с диагнозом: сужение слезно-носового канала с обеих сторон. В беседе с пациентом выяснилось, что никаких других жалоб, кроме жалоб на непостоянное слезотечение, не было. На вопрос, бывает ли затуманивание зрения и чувство тяжести в глазах, ответил утвердительно. При исследовании органа зрения установлено: правый глаз – острота зрения границы поля зрения патологических изменений не выявлено. Роговица прозрачна, ПК средней глубины, радужная оболочка субатрофична, пигмент зрачкового края разрушен. Глазное дно без патологических изменений. ВГД утром – 26 мм.рт.ст. Левый глаз – острота зрения 0,7 н/кор. При исследовании поля зрения обнаружена кольцевидная выщелачивание пигмента со зрачкового края, а также дистрофические изменения радужки более выражены, чем на ОД. Глазное дно – височная половина диска зрительного нерва несколько деколорирована, расширена и углублена экскавация, но без прорыва к краю. ВГД – 31 мм.рт.ст. Поставьте правильный диагноз и укажите дальнейшую тактику лечения данного пациента.

7. Пациент Д., 43 года обратилась к офтальмологу с жалобой на травму левого глаза, полученную на производстве. Врач обнаружил только периферическую эрозию роговицы и расценил состояние как непроникающее ранение роговицы. Рентгенодиагностика не проводилась. Поскольку рана быстро заэпителизировалась, пациент был отправлен на работу, больничный лист закрыт. Однако через 3-4 месяца пациент стал отмечать значительное снижение зрения этого глаза, периодически глаз болел, был раздражен. Пациент вновь обратился к врачу, который при осмотре обнаружил следующее: острота зрения левого глаза с 1 снизилось до 0.1. Глаз инъецирован по смешанному типу, определяется цилиарная болезненность, на эндотелии в нижних отделах преципитаты различной давности. Радужка ржавого цвета, ригидна, задние синехии. Помутнение хрусталика по осложненному типу, рефлекс с глазного дна розовый, но глазное дно практически не просматривается. Правый глаз – острота зрения – 1.0. Патологических изменений не обнаружено. Укажите врачебную ошибку, поставьте правильный диагноз и укажите дальнейшую тактику в лечении данного пациента.

8. Больной 62-х лет с жалобами на покраснение, ограниченную болезненную припухлость и отечность по краю верхнего века правого глаза в течение двух дней. При осмотре отмечается умеренный отек верхнего века, гиперемия и отечность конъюнктивы верхнего века. За последние 1,5 года это повторяется уже неоднократно. Какое заболевание Вы заподозрите у пациента? 2 Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии? Какова тактика Ваших дальнейших действий? Какие осложнения могут быть при данной патологии?

9. К Вам обратился больной 20 лет с жалобами на головную боль, озноб, недомогание, повышение температуры до 38,4°, наличие сыпи на коже туловища. Беспокоят рези и жжение во рту и при мочеиспускании, слизисто-гнойное отделяемое из глаз. Болен в течение 3 дней. При обследовании больного отмечается наличие полиморфной сыпи на коже туловища, картина слизисто-гнойного конъюнктивита с пленками. Слизистая оболочка рта гиперемирована, отечна, с наличием небольших пузырей, местами эрозирована. Какие дополнительные методы обследования Вы используете в данном случае? Ваш предположительный

диагноз? С чем будете дифференцировать данное заболевание? В чем будет заключаться Ваша помощь больному? Какие возможны осложнения при данной патологии?

10. К Вам обратился пациент 46 лет с жалобами на покраснение и утолщение краев век, зуд, ощущение засоренности в глазах. Отмечает утомляемость глаз при длительной зрительной нагрузке вблизи, периодическое покраснение глаз с появлением едкого пеннистого отделяемого в углах глазной щели обоих глаз. При наружном осмотре края век утолщены, покрасневшие, с множественными чешуйками, конъюнктив век и глазного яблока гиперемирована, отделяемого нет. Какое заболевание глаз Вы заподозрите у пациента? Каковы наиболее частые причины данного заболевания? Какие дополнительные методы исследования следует провести? Какова будет тактика Ваших действий? Какие возможны осложнения при данной патологии?

### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.3)**

1. Дифференциальная диагностика первичной и вторичной отслойки сетчатки.
2. По каким сосудам оттекает кровь непосредственно от хориоидеи? Каков дальнейший путь оттока венозной крови из этих сосудов?
3. Назовите нейроны зрительного нервного пути и место их расположения.
4. Перечислите клинические признаки, которые позволяют достоверно поставить диагноз «проникающее ранение глазного яблока». Ваша тактика при выявлении хотя бы одного из этих признаков?
5. Какова основная функция радужной оболочки? Перечислите, какие зрачковые реакции исследуются при обследовании «неврологического больного».
6. Какие зрительные функции нарушаются при заболеваниях сетчатки в области желтого пятна? Какие зрительные функции нарушаются при обширном поражении периферической части сетчатки?
7. Назовите методики исследования слезоотводящих путей. Укажите механизмы слезоотведения.
8. Какие образования проходят через верхнюю глазничную щель? Перечислите основные клинические признаки синдрома «верхней глазничной щели».
9. Назовите все оболочки глазного яблока и составляющие их части.
10. Глазные симптомы эндокринной офтальмопатии (тиреотоксическая форма).

### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.1)**

1. К Вам обратилась мать с девочкой 8 лет, у которой два дня назад появилось покраснение левого глаза, выраженная светобоязнь, слезотечение. При осмотре: девочка бледная, вялая, худенькая. В возрасте 6 лет у девочки была положительная реакция Манту, но от дальнейшего обследования родители девочки отказались. Локальный статус: веки OS умеренно отечны, отмечается наличие серого округлого инфильтрата в роговой оболочке у наружного лимба и ее отек. Правый глаз здоров. Острота зрения OD 1,0. На OS остроту зрения проверить не удалось ввиду выраженной светобоязни.

Какое заболевание Вы заподозрите у пациентки? Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии? Какова тактика Ваших дальнейших действий? Какие осложнения могут быть при данной патологии?

2. Во время Вашего дежурства по районной больнице обратился комбайнер 43 лет, которому 2 дня тому назад на улице что-то попало в правый глаз. Пытался дома несколько раз промыть глаз водой, но чувство инородного тела и боль под верхним веком ОД остались. Со

слов пациента, раньше вдаль и вблизи видел хорошо. При обследовании OD - глазная щель сужена, светобоязнь, слезотечение, сосуды переднего отдела глаза инъецированы. На отечной роговой оболочке на 12 часах видна язвочка диаметром около 3 мм, в передней камере экссудат серовато-желтого цвета. Рисунок радужной оболочки OD ступшеван, зрачок сужен до 2 мм в диаметре, вяло реагирует на свет.

Что Вы заподозрите у этого пациента? 2 Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии? Какова тактика Ваших дальнейших действий? Какие осложнения могут быть при данной патологии?

3. К Вам обратилась женщина 35 лет с жалобами на боли в правом глазу, светобоязнь, слезотечение, снижение зрения, покраснение правого глаза, незначительное отделяемое, появившиеся накануне. Пользуется контактными линзами для коррекции близорукости с юношеского возраста. Позавчера на улице после порыва ветра что-то попало в правый глаз, была в линзах. Оказавшись дома, сняла линзы и промыла глаз водой, но ощущение инородного тела осталось. При обследовании: OD - глазная щель умеренно сужена, отмечается выраженная светобоязнь, перикорнеальная инъеция, роговая оболочка отечна, в центре виден инфильтрат серо-желтого цвета, рисунок радужной оболочки ступшеван, зрачок слегка овальной формы, реакция на свет снижена. В проходящем свете рефлекс с глазного дна виден, но нечетко. OS – здоров.

Ваш предположительный диагноз? Какие дополнительные методы обследования Вы используете в данном случае? С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание? В чем будет заключаться Ваша помощь больному? Какие возможны осложнения при данной патологии?

4. Родители ребенка 7 лет заметили у него припухлость и покраснение в области обоих коленных суставов. Накануне у него покраснел левый глаз, зрение снизилось, и появились боли. По поводу суставов родители обращались к фельдшеру, который рекомендовал провести обследование ребенка, однако этого сделано не было. При наружном осмотре OS: выражена перикорнеальная инъеция, роговая оболочка отечная, цвет радужной оболочки изменен по сравнению со здоровым глазом, рисунок ее смазан, зрачок сужен, форма неправильная, реакция на свет снижена. OD спокоен.

Какую патологию Вы заподозрите у ребенка? Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? С чем необходимо дифференцировать заболевание левого глаза? Какова тактика Ваших дальнейших действий? Какие осложнения возможны при данной патологии?

5. Пациентка 47 лет жалуется на боли в левом глазу, покраснение и значительное снижение зрения. Около 5 дней назад болела ОРЗ, лечилась дома, была высокая температура, насморк, кашель. Левый глаз заболел накануне. Объективно: OS выраженная перикорнеальная инъеция, в передней камере виден горизонтальный уровень гноя высотой 1,5 мм, радужная оболочка отечна, изменена в цвете в сравнении со здоровым глазом, зрачок неправильной формы, практически не реагирует на свет. При пальпации в области проекции цилиарного тела отмечается выраженная болезненность. OD

Какое заболевание можно заподозрить у этой пациентки? Дополнительные методы исследования, которые необходимо провести? С чем необходимо дифференцировать данную патологию? Ваша дальнейшая тактика действий? Какие осложнения могут развиваться при данном заболевании?

6. На консультацию обратился больной 32 лет с жалобами на повторяющиеся покраснения глаз, снижение остроты зрения. Болен в течение 3 лет, неоднократно лечился в стационаре и амбулаторно; обострения бывают с частотой до 4-6 раз в год. В течение последней недели стал отмечать прогрессирующее ухудшение зрения обоих глаз. Имеются симптомы язвенного поражения слизистой полости рта, со слов больного – язвенные поражения половых органов, эритема кожи туловища. Со стороны OU – признаки обострения хронического иридоциклита с наличием гноя в передней камере.

Какую патологию можно заподозрить у пациента? Методы диагностики, которые можно применить в данной ситуации? С чем проводится дифференциальная диагностика предполагаемого заболевания? Дальнейшая тактика Ваших действий? Чем может осложниться это заболевание?

7. Больная 67 лет предъявляет жалобы на отсутствие предметного зрения правого глаза и значительное снижение зрения левого глаза. Постепенное снижение зрения на оба глаза отмечает на протяжении последних 3 лет. Острота зрения OD - правильная проекция света; OS - 0,3 не корригирует. Глаза спокойны, при бифокальном осмотре роговые оболочки прозрачные, зрачок на OD равномерно серого цвета, зрачок на OS черного цвета.

Какую патологию можно заподозрить у больной? С чем необходимо дифференцировать заподозренную патологию? Какие методы обследования надо провести дополнительно? Тактика Ваших дальнейших действий? Какие осложнения могут развиваться при данном состоянии?

8. За советом к Вам обратился 67-летний отец знакомого. Он жалуется на мелькание «мушек» перед глазами, ощущение «тоненькой пленки перед глазами, которую хочется смахнуть». Правый глаз видит хуже левого. Более года назад обращался к терапевту в поликлинику по месту жительства. Страдает гипертонической болезнью, по поводу которой терапевтом было назначено гипотензивное лечение, однако глазные жалобы не исчезли. Объективно: острота зрения OD - 0,3; OS - 0,5; не корригируют. Глаза спокойные, роговая и радужная оболочки не изменены, зрачки черного цвета, реакция на свет сохранена, живая, в проходящем свете на фоне красного рефлекса с глазного дна видны темно-серые помутнения с периферии.

Какую патологию можно заподозрить у пациента? С чем проводится дифференциальная диагностика? Какие методы обследования нужно провести дополнительно? Ваши рекомендации пациенту? Можно ли данную патологию глаз лечить консервативно?

9. За консультацией обратилась пациентка 27 лет, у которой после автомобильной аварии двухлетней давности и проникающего ранения правого глаза, прооперированного в офтальмологическом стационаре, за последние полгода значительно снизилось зрение на нем. При осмотре: острота зрения OD – 0,1; OS – 1,0. OD – спокоен, зрачок сероватый, не совсем правильной формы, реакция на свет живая, рефлекс с глазного дна отсутствует. OS - без патологии.

Какую патологию Вы заподозрите у пациентки? Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? С чем необходимо дифференцировать данное заболевание? Можно ли данную патологию лечить консервативно? Ваши рекомендации пациенту?

10. Пациент 28 лет обратился спустя 1,5 года после травмы правого глаза. Тогда была контузия глаза во время драки. За медицинской помощью обращался. В настоящее время беспокоит снижение зрения правого глаза. Объективно определяется: OD - спокоен, зрачок неравномерно расширен, неправильной формы, в хрусталике неравномерно выраженные помутнения, на глазном дне диск зрительного нерва (ДЗН) серого цвета, экскавирован. OS без патологии. Острота зрения OD - 0,09, не корр., OS - 1,0. Внутриглазное давление OD - 37 мм рт. ст., OS - 21 мм рт. ст.

Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента? Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной? Какова тактика Ваших дальнейших действий? Каков прогноз заболевания правого глаза?

### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.2)**

1. Флегмона орбиты, этиология, клиника и лечение.
2. Вторичная факогенная глаукома, виды и лечение.
3. Гемофтальм: этиология, клиника и лечение.

4. Экзофтальм одно- и двусторонний. Причины, диагностика и лечение.
5. Местное и общее медикаментозное лечение глаукомы, новые препараты.
6. Герпетические кератиты: клинические признаки и методы лечения.
7. Эндогенные увеиты: клинические признаки и принципы лечения.
8. Вторичная факолитическая глаукома, этиология, методы лечения.
9. Острый конъюнктивит, вызванный стафилококками, стрептококками. Клиника, течение, осложнения, лечение и профилактика.
10. Воспалительные заболевания орбиты: абсцесс и флегмона орбиты. Этиология, клиника, исходы. Методы медикаментозного и хирургического лечения.

### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.3)**

1. Больная 32 года. Жалуется на боли в левом глазу. Больна 7 лет. Периодически воспаляется то правый, то левый глаз. В последний год снизилось зрение. 5 раз лечилась в стационарах. Окончательно причина заболевания не была установлена. Соматически здорова, если не считать периодических повышений температуры, выявившихся полгода назад. Детей нет, один аборт, два выкидыша. Объективно: левый глаз инъецирован. Роговица прозрачна, на эндотелии масса преципитатов - мелких и крупных, с наличием пигмента и без, серых и стальных. Задние синехии почти круговые, но преимущественно старые. Дно в норме. Помутнение хрусталика заднее, субкапсулярное. Правый глаз спокоен. Роговица прозрачна. На эндотелии Масса пигмента, единичные сухие, мелкие «оскольчатого» типа преципитаты. Архитектоника радужки нарушена, видны почти сквозные дефекты в радужке, обнажены сосуды, местами мелкие новообразованные. Глыбки пигмента на хрусталике, зрачок фестончатый, хрусталик прозрачный. На дне на 5 часах старый хориоретинальный очаг.

Диагноз, этиология процесса, лечение?

2. Больному 28 лет. Поступил в стационар с жалобами на резкое снижение зрения на правый глаз. 3 года назад болел этот глаз. Объективно: Vis OD=0.05 эксцентрично снаружи. Глаз спокоен. На роговице у лимба единичные "монетовидные" помутнения. При офтальмоскопии справа видны множественные очаги, сцепленные друг с другом и изолированные, преимущественно в заднем полюсе с большим количеством пигмента, в макулярной области округлой формы очаг величиной с диаметр соска с нечёткими границами, сероватый, проминирующий. Сетчатка в этом месте отечна. В стекловидном теле густое помутнение, вуалирующее этот очаг. Слева группа мелких, пигментированных очагов на 5 часах на периферии.

Диагноз, предполагаемая этиология, лечение?

3. Больному 46 лет. неделю назад появились рези в правом глазу. Два дня назад резко снизилось зрение. Объективно: умеренная светобоязнь, слезотечение. Глаз инъецирован. Роговица в центре отёчна, биомикроскопически эпителий здесь вздут. По периферии роговица зеркальна. На эндотелии в центре роговицы глыба эксудата. Роговица мутна за счёт отёка десцеметовой оболочки. Радужка изменена в цвете, видны отдельные расширенные сосуды в ней, синехия, захватывающая пигментную каёмку на 4 часах. ВГД 20 мм.рт.ст. Чувствительность роговицы резко снижена.

Диагноз, лечение?

4. Пациент М, 72 лет, обратился с жалобами на снижение зрения на правом глазу в течение нескольких месяцев. Позже присоединились искажения предметов и букв при чтении этим глазом. При осмотре врачом-окулистом по месту жительства был выставлен диагноз незрелой катаракты, возрастной макулярной дегенерации преддисциформной формы обоих глаз. Дано направление на оперативное лечение катаракты правого глаза. При осмотре офтальмологом-хирургом в оперативном лечении было отказано. Vis OD = 0,2; OS = 1,0. ВГД OD = 21 мм рт.ст.; OS =19 мм рт.ст. При осмотре: передний отрезок глаз не изменен. Роговица прозрачная, зеркальная. При биомикроскопии хрусталика в диффузном освещении определяются помутнения кортикальных слоев по типу «спиц в колесе», симметричные с

обеих сторон, в прямом фокальном освещении ядра уплотнены, желтоватого цвета. Глазное дно просматривается свободно. На глазном дне справа определяется большое количество сливных друз, перераспределение пигмента, макулярный отек. ДЗН и периферическая сетчатка не изменены. На левом глазу в макуле единичные друзы и участки атрофии пигментного эпителия. Сетчатка и ДЗН также без патологии.

Какие методы дополнительного обследования необходимо провести? Методом какого освещения возможно более детально рассмотреть помутнения в слоях хрусталика? Какое заболевание Вы можете заподозрить у этого пациента и почему ему было отказано в оперативном лечении катаракты? На основании чего должен быть выставлен правильный диагноз? С какими другими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию? Тактика лечения пациента. Возможный прогноз исхода заболевания на правом и левом глазах.

5. Больная С., 45 лет обратилась к окулисту с жалобами на незначительное слезотечение, чувство инородного тела под верхним веком. Объективно: гиперемия и инфильтрация конъюнктивы, большое количество крупных, беспорядочно расположенных фолликулов. При осмотре щелевой лампой в верхнем сегменте роговицы начальные явления паннуса.

Диагноз. Лечение. С каким заболеванием проводить дифференциальный диагноз.

6. Больной А., 35 лет, обратился на консультацию к окулисту с жалобами на светобоязнь, слезотечение, чувство инородного тела, снижение зрения на правом глазу. Из анамнеза: три дня назад, гуляя по лесу, получил травму правого глаза веткой. Объективно: острота зрения  $OD=0.1$  н/к, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Смешанная инъекция глазного яблока. На роговице инфильтрат желтого цвета, окрашивается 1% раствором флюоресцеина.

Ваш предполагаемый диагноз. Лечение.

7. Больной М., 45 лет обратился в поликлинику по месту жительства к окулисту с жалобами на снижение зрения правого глаза, светобоязнь, слезотечение, боль в этом глазу. Объективно: острота зрения  $OD=0.02$  н/к. Блефароспазм, светобоязнь, слезотечение. Резко выраженная смешанная инъекция глазного яблока. В глубоких слоях центральной части роговицы инфильтрат серого цвета, имеющий форму диска. Радужка изменена в цвете.

Ваш диагноз. Лечение.

8. М., 72 лет, предъявляет жалобы на ухудшение зрения на оба глаза. Зрение падало постепенно и безболезненно в течение последних двух лет. Острота зрения правого глаза = р.1.certa, спокойный. Передний отрезок глаза без изменений. Область зрачка серого цвета. Рефлекс с глазного дна отсутствует. Внутриглазное давление 22 мм рт. ст. Поле зрения со свечой нормальное. Острота зрения левого глаза = 0,06 не корр. Спокойный. Передняя камера мелковата. Область зрачка серого цвета, большая тень от радужки. Рефлекс с глазного дна отсутствует. Внутриглазное давление 21 мм рт. ст. Поле зрения нормальное.

Диагноз. Лечение.

9. Студент 19 лет обратился к окулисту с жалобами на покраснение левого глаза и снижение зрения. Из анамнеза удалось узнать, что месяц назад лежал в инфекционном отделении с диагнозом: корь. Объективно: левый глаз красный – смешанная инъекция, глазная щель сужена. На задней поверхности роговицы преципитаты. Зрачок неправильной формы. В стекловидном теле – интенсивные помутнения.

Диагноз. Этиология заболевания. Лечение.

10. Молодая девушка жалуется на ухудшение зрения в сумерках. При осмотре: острота зрения обоих глаз = 0,6 с – 1,0д = 1,0. Передний отрезок обоих глаз не изменен. Хрусталики прозрачные. Глазное дно: диски зрительного нерва бледноваты, с четкими границами. Артерии узкие, вены в норме. На периферии сетчатки масса пигментных отложений типа «костных тел». Макула не изменена. Поля зрения на обоих глазах концентрически сужены до 40°. ВГД = 18-20 мм рт.ст.

Диагноз. Лечение.



**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-3 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-3.1)**

**1. К основным критериям (категориям) жизнедеятельности пациента относят все нижеперечисленное, за исключением**

- а) качества сна;
- б) самообслуживания;
- в) передвижения;
- г) ориентации.

**2. К проблемам медицинской реабилитации на современном этапе относят**

- а) заполнение отделений медицинской реабилитации больными с низким реабилитационным потенциалом;
- б) обоснованность выбора метода реабилитации;
- в) преимущество на этапах реабилитации;
- г) единую систему реабилитационных учреждений.

**3. К целям экспертизы качества медицинской помощи относится все нижеперечисленное за исключением**

- а) оценки взаимодействия пациента и родственников между собой;
- б) оценки правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
- в) выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания;
- г) оценки степени достижения запланированного результата.

**4. Краткосрочные по времени реабилитационные цели формулируются на \_\_\_\_ дней**

- а) 15-29;
- б) 1-5;
- в) 30-60;
- г) 7-14.

**5. Медико-социальная экспертиза проводится в целях определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах**

- а) немедицинской реабилитации;
- б) эрготерапии;
- в) социальной защиты, включая реабилитацию;
- г) медицинской реабилитации.

**6. Медицинская реабилитация на всех этапах осуществляется**

- а) силами работников отделения физиотерапии и лечебной физкультуры;
- б) консилиумом врачей разных специальностей;
- в) реанимационной бригадой;
- г) мультидисциплинарной реабилитационной командой.

**7. Медицинская реабилитация на первом этапе осуществляется МДРК, сформированной из числа работников отделения**

- а) медицинской реабилитации;
- б) физиотерапевтического лечения;
- в) ранней медицинской реабилитации;
- г) восстановительного лечения.

**8. Медицинская реабилитация осуществляется медицинскими организациями или иными организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность с указанием работ (услуг) по**

- а) восстановительному лечению;
- б) эрготерапии;
- в) физиотерапии;
- г) медицинской реабилитации.

**9. Медицинский отбор и направление больных (кроме граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг) на санаторно-курортное лечение осуществляет**

- а) главный врач лечебно-профилактического учреждения по месту жительства;
- б) врач-эпидемиолог;
- в) лечащий врач и заведующий отделением;
- г) лечащий врач и врачебная комиссия лечебно-профилактического учреждения по месту жительства.

**10. Медицинский отбор и направление граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг на санаторно-курортное лечение, осуществляет**

- а) главный врач лечебно-профилактического учреждения по месту жительства;
- б) врач-эпидемиолог;
- в) лечащий врач и врачебная комиссия лечебно-профилактического учреждения по месту жительства;
- г) лечащий врач и заведующий отделением.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-3 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-3.2)**

**1. Международная классификация функционирования (МКФ) утверждена**

- а) всемирной организацией здравоохранения;
- б) департаментом здравоохранения;
- в) всемирной ассамблеей здравоохранения;
- г) министерством здравоохранения.

**2. Мероприятия по медицинской реабилитации на третьем этапе осуществляются не реже, чем один раз каждые**

- а) 24 часов, продолжительностью не менее 4 часов;
- б) 12 часов, продолжительностью не менее 5 часов;
- в) 48 часов, продолжительностью не менее 3 часов;
- г) 72 часов, продолжительностью не менее 2 часов.

**3. Для успешного проведения реабилитации пациент и члены его семьи:**

- а) обсуждают цели реабилитации;
- б) обсуждают план реабилитации;
- в) корректируют план реабилитации;
- г) принимают участие в реабилитации после их обучения;
- д) не вмешиваются в процесс реабилитации.

**4. К целям медицинской реабилитации не относится:**

- а) восстановление социального статуса;
- б) достижение материальной независимости;
- в) социальная адаптация;
- г) благоустройство жилищных условий.

**5. Последовательность этапов реабилитации:**

- а) экстренный, госпитальный, амбулаторный, санаторный;
- б) госпитальный, экстренный, амбулаторный, санаторный;
- в) амбулаторный, санаторный, экстренный, госпитальный;
- г) может быть различной.

**6. К формам реабилитации относится:**

- а) стационар;
- б) база отдыха;
- в) кемпинг;
- г) тур база.

**7. Виды реабилитации:**

- а) превентивный;
- б) экстренный;
- в) психологический;
- г) профессиональный;
- д) социальный;
- е) перечисленное верно.

**8. Критерием эффективности реабилитации является:**

- а) положительная динамика заболевания;
- б) достижение целей медсестры;
- в) достижение целей пациента;
- г) достижение запланированных мероприятий.

**9. К аспектам реабилитации относится:**

- а) резигнация;
- б) медицинский;
- в) реформация;
- г) трансплантация.

**10. Укажите активное средство реабилитации:**

- а) массаж;
- б) аутотренинг;
- в) ЛФК;
- г) физиотерапия.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-3 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-3.3)****1. В какой статье Федерального закона № 323-ФЗ об основах охраны здоровья граждан в РФ дается определение термина «Медицинская реабилитация»? Укажите номер**

- а) 404
- б) 27;
- в) 37;
- г) 33.

**2. В развитых странах в реабилитационных мероприятиях нуждается \_\_\_\_\_ % госпитализированных больных**

- а) 10-15;
- б) 30-40;
- в) 20-25;
- г) 100.

**3. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» медицинская реабилитация осуществляется**

- а) только специализированными отделениями восстановительного лечения;
- б) медицинскими и немедицинскими организациями, оказывающими платные услуги по уходу;
- в) медицинскими организациями или иными организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность с указанием работ (услуг) по медицинской реабилитации
- г) только организациями санаторно-курортного типа.

**4. В соответствии с приказом Минздрава РФ от 16 июня 2015 г. N 349 при ДЦП применяют все нижеперечисленные лечебные ванны за исключением**

- а) минеральных;
- б) вихревых;
- в) радоновых;

г) сероводородных.

**5. Второй этап медицинской реабилитации детей при IV уровне курации осуществляют в**

- а) стационарных условиях отделений анестезиологии-реанимации;
- б) стационарных условиях профильных отделений медицинских организаций;
- в) условиях дневного стационара в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций;
- г) стационарных условиях в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций.

**6. Второй этап медицинской реабилитации осуществляется в**

- а) амбулаторных условиях;
- б) стационарных условиях;
- в) санаторно-курортных организациях;
- г) условиях дневного стационара.

**7. Выделяют все нижеследующие течения (формы) заболевания за исключением**

- а) подострое;
- б) острое;
- в) среднетяжелое;
- г) хроническое.

**8. Для получения путевки на санаторно-курортное лечение оформляется справка по форме №**

- а) 082/у;
- б) 027/у;
- в) 070/у-04;
- г) 103/у-08

**9. Долгосрочные по времени реабилитационные цели формулируются на \_\_\_\_ дней**

- а) 1-5;
- б) 30-60;
- в) 7-14;
- г) 15-29.

**10. К какому виду медицинской помощи относят медицинскую реабилитацию у детей с ДЦП амбулаторно?**

- а) скорая;
- б) первичная медико-санитарная;
- в) специализированная, высокотехнологичная;
- г) паллиативная.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-4.1)**

**1. Что такое слепота**

- а) утрата предметного зрения на один глаз;
- б) значительное снижение зрения вплоть до его отсутствия на обоих глазах.

**2. Кем определяется группа инвалидности**

- а) медико-социально- экспертной комиссией;
- б) врачебной экспертной комиссией.

**3. Какие социальные факторы учитываются при МСЭ**

- а) возраст;
- б) профессия;
- в) характер работы;
- г) диагноз.

**4. Какие параметры заболевания определяются на МСЭ**

- а) клинический диагноз;
- б) прогноз;
- в) характер работы.

**5. При исследовании полей зрения на МСЭ применяют**

- а) статическую периметрию;
- б) динамическую периметрию.

**6. Что называется слабовидением**

- а) наличие остроты зрения от 0,05 до 0,3;
- б) наличие остроты зрения от 0,4 до 0,7.

**7. Назовите способы визометрии на МСЭЖ**

- а) таблица сивцева-головина;
- б) таблицы с переставленными знаками;
- в) таблица с кольцами ландольта.

**8. Ортофория-это:**

- а) идеальное равновесие глазодвигательных мышц;
- б) сходящееся косоглазие;
- в) скрытое косоглазие;
- г) расходящееся косоглазие.

**9. Критерии для установления инвалидности I группы**

- а) острота зрения менее 0,05 с коррекцией на оба глаза;
- б) концентрическое сужение поля зрения до  $10^\circ$ ;
- в) острота зрения менее 0,05 с коррекцией на один глаз.

**10. Критерии для установления инвалидности II группы**

- а) наличие слабовидения обоих глаз;
- б) лучше видящего глаза острота зрения до 0,1 с коррекцией;
- в) концентрическое сужение поля зрения до  $20^\circ$ .

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-4.2)**

**1. Критерии для установления инвалидности III группы**

- а) наличие остроты зрения в пределах от 0,1 до 0,3 диоптрии на лучшем глазу;
- б) сужение границ поля зрения каждого глаза от 20-40 градусов непосредственно от точки фиксации.

**2. Какими законами регулируется вопрос инвалидности по зрению?**

- а) федеральный закон от 24.11.1995 n 181-ФЗ (ред. от 02.12.2019) "о социальной защите инвалидов в российской федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2020);
- б) федеральный закон от 03.05.2012 n 46-ФЗ "о ратификации конвенции о правах инвалидов".

**3. Клинические признаки синдрома верхней глазничной щели:**

- а) экзофтальм;
- б) птоз;
- в) офтальмоплегия;
- г) мидриаз;
- д) миоз;
- е) паралич аккомодации.

**4. Назовите курорты для лечения глаукомы:**

- а) Кисловодск;
- б) Белокуриха;
- в) Мацеста.

**5. Каким приказом регламентируется проведение профилактических осмотров**

- а) приказ мз рф от 13 марта 2019 г. № 124н;
- б) приказ мз рф от 6 декабря 2012 г. № 1011н.

**6. С какого возраста проводится обязательная тонометрия ВГД?**

- а) после 30 лет;
- б) после 40 лет;
- в) всем обратившимся.

**7. Какие профессии подлежат прохождению профосмотров?**

- а) связанные с вредностями;
- б) водители;
- в) медработники;
- г) пенсионеры.

**8. Назовите виды лечения диабетической ретинопатии**

- а) консервативное;
- б) лазерное;
- в) хирургическое.

**9. Кардинальные признаки гонобленнорейного конъюнктивита:**

- а) выраженный отек век и конъюнктивы;
- б) сукровичное отделяемое;
- в) гноетечение;
- г) наличие сероватых пленок.

**10. Основные признаки трахомы:**

- а) инфильтрация конъюнктивы;
- б) фолликулы;
- в) рубцы;
- г) наличие сероватых пленок.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-4.3)****1. Профессиональные острые и хронические аллергические конъюнктивиты наблюдаются при контакте со всеми перечисленными группами веществ, кроме:**

- а) косметических средств (урсоловая краска, янтарный крем);
- б) лакокрасочных покрытий;
- в) свинцовой пыли;
- г) солей металлов платиновой группы;
- д) пыли чулочной фабрики.

**2. Для выяснения этиологии конъюнктивита необходимо:**

- а) собрать аллергологический анализ;
- б) выявить специфический аллерген согласно представленной санитарно-гигиенической характеристике;
- в) провести аппликационные кожные пробы с подозреваемым аллергеном;
- г) провести цитологическое исследование соскобов с конъюнктивы глаза;
- д) все перечисленное.

**3. Основными задачами поликлиники являются все, кроме:**

- а) медицинской помощи больным на дому;
- б) лечебно-диагностического обслуживания населения в организации работы по пропаганде здорового образа жизни;
- г) профилактической работы;
- д) экспертизы временной нетрудоспособности.

**4. К необходимым медицинским осмотрам рабочих, состоящих под диспансерным наблюдением, относятся все, кроме:**

- а) предварительных (при поступлении на работу);
- б) периодических (в период работы);
- в) целевых (на выявление заболеваний определенной нозологии);

г) после снятия с соответствующей группы инвалидности;

д) все перечисленное.

**5. Целью периодических медицинских осмотров является:**

а) динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников, занятых на вредных работах и на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами профессиональных вредностей и неблагоприятных условий труда;

б) своевременное выявление начальных признаков профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирования групп риска;

в) выявление общих заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов;

г) своевременное проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников;

д) все перечисленное.

6. Больной Р., 47 лет, отмечает понижение зрения и отклонение кнаружи левого глазного яблока. Этот глаз был поврежден 20 лет назад при драке. Просит установить группу инвалидности по зрению. Правый глаз: без патологических изменений. Левый глаз: отклонен кнаружи на 30°. Подвижность лезного яблока не ограничена. Инъекция и цилиарная чувствительность отсутствует. В области зрачка видна пленка белого цвета. Между этой пленкой и зрачковым краем радужной оболочки видны спайки. Зрачок суживается при приближении к глазу яркого света. Острота зрения левого глаза = 0,02 н/к. Внутриглазное давление 20 мм рт. ст. Поле зрения в пределах нормы.

Диагноз. Заключение относительно группы инвалидности.

7. На прием к окулисту поликлиники обратилась пациентка 60 лет с просьбой направить ее для определения с группой инвалидности по зрению. Наблюдается по поводу глаукомы 15 лет, зрение снизилось до очень низкого. VisOB в0,08 не корр. VisOS в0,05 не корр. OU поле зрения сужено с носовой стороны до 20 градусов от точки фиксации. ВГД-25 мм.рт.ст. Оптические среды прозрачные, на глазном дне-диск зрительного нерва серый с глубокой краевой эскавацией. Возможно ли направление на экспертизу и какая группа инвалидности может быть определена? На прием после выписки из стационара пришел больной, которому после тяжелой травмы был удален правый глаз. Работал водителем. VisOD =1,0 без патологических изменений VisOS-глазное яблоко отсутствует, конъюнктивальная полость чистая, протезирована.

Сформулируйте диагноз. Определите проф. пригодность

8. Юноша 25 лет, попал в автомобильную аварию. Острота зрения OD=OS=1,0. Жалобы пациента на отсутствие зрения вблизи. При осмотре – справа гематома скуловой области, век, OD - веко опущено, прикрывает глазное яблоко на 1/2, подвижность глазного яблока отсутствует, зрачок широкий, на свет не реагирует. Смешанная инъекция глазного яблока, роговица прозрачная, блестящая, чувствительность ее отсутствует. Глубжележащие среды прозрачны, глазное дно в норме. OS – спокоен, здоров.

О поражении какой структуры можно подумать? На основании каких признаков можно сделать такой вывод? Требуемый объем обследования. Консультации каких специалистов следует провести? Сроки временной нетрудоспособности.

9. Мужчина, 65 лет, обратился к офтальмологу в поликлинику по месту жительства с жалобой на снижение зрения обоих глаз, больше правого. Работает инженером. В анамнезе открытоугольная глаукома обоих глаз в течение последних 10 лет, оперативное лечение катаракты обоих глаз около 4-х лет назад. Глазной статус: Vis OD = 0,02 н/к, Vis OS = 0,3 н/к; ВГД (Po) OD/OS = 24/14 мм рт.ст. При осмотре OD: придаточный аппарат глаза – застойная инъекция; роговица – прозрачная, сферичная; передняя камера – средней глубины, влага прозрачная; радужка – субатрофичная, зрачок в центре, круглый, фотореакция ослаблена;

хрусталик – ИОЛ в задней камере, расположена правильно; глазное дно – рефлекс равномерный, ДЗН серый, границы четкие, э/д 0,9, с/п смещен к носу.

Определите тактику ведения и обследования пациента. Какие дополнительные сведения необходимо узнать о пациенте? Предположите предварительный диагноз, требуемую маршрутизацию и возможный объем лечения. Порядок выдачи и продления листка нетрудоспособности при госпитализации пациента в стационар.

## **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-5.1)**

### **1. Под статистикой понимают:**

- а) самостоятельную общественную науку, изучающую количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной;
- б) сбор, обработку и хранение информации, характеризующей количественные закономерности общественных явлений;
- в) анализ массовых количественных данных с использованием статистических методов;
- г) анализ массовых количественных данных с использованием статистическо-математических методов;
- д) статистическо-математические методы при сборе, обработке и хранении информации.

### **2. Под медицинской статистикой понимают:**

- а) отрасль статистики, изучающей здоровье населения;
- б) совокупность статистических методов, необходимых для анализа деятельности ЛПУ;
- в) отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением;
- г) отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с медициной и социальной гигиеной;
- д) отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с социальной гигиеной, планированием и прогнозированием деятельности ЛПУ.

### **3. Предметом изучения медицинской статистики является:**

- а) информация о здоровье населения;
- б) информация о влиянии факторов окружающей среды на здоровье человека;
- в) информация о кадрах, сети и деятельности учреждений и служб здравоохранения;
- г) информация о результатах клинических и экспериментальных исследований в медицине.

### **4. Здоровье населения рассматривается (изучается) как:**

- а) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды;
- б) величина, определяющая здоровье общества как целостно функционирующего организма.

### **5. Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются:**

- а) демографические показатели;
- б) заболеваемость;
- в) инвалидность;
- г) физическое развитие;
- д) заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

### **6. Основными показателями естественного движения населения являются:**

- а) рождаемость;
- б) смертность;
- в) инвалидность;
- г) заболеваемость.

### **7. Обобщающим показателем естественного движения населения является:**

- а) рождаемость;
- б) смертность;
- в) естественный прирост (убыль).

### **8. К общим показателям естественного движения населения не относится:**



- а) рождаемость;
- б) смертность;
- в) естественный прирост;
- г) средняя продолжительность жизни.

**9. Показатель рождаемости рассчитывается путем:**

- а) соотношения численности родившихся в данном году и среднегодовой численности населения (в расчете на 1000 населения);
- б) соотношения численности умерших и численности родившихся;
- в) вычитания числа умерших из числа родившихся.

**10. Показатель общей смертности – это:**

- а) отношение числа умерших к среднегодовой численности населения (в расчете на 1000 населения);
- б) отношение числа умерших к численности населения на 0-01 данного года;
- в) общее количество умерших в течение межпереписного периода.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-5.2)**

**1. Повозрастные показатели смертности рассчитываются путем:**

- а) соотношения численности умерших в каждой возрастной группе и численности данной возрастной группы (в расчете на 1000 населения);
- б) вычитания родившихся и умерших в каждой пятилетней возрастной группе;
- в) соотношения числа умерших в каждой возрастной группе к среднегодовой численности населения территории (в расчете на 1000 населения).

**2. Средняя продолжительность предстоящей жизни – это:**

- а) число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся в данном году при условии, что на протяжении всей жизни повозрастные показатели смертности останутся неизменными;
- б) число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся в данном году при условии, что на протяжении всей жизни повозрастные показатели рождаемости останутся неизменными.

**3. В общей структуре смертности населения травмы занимают место:**

- а) третье;
- б) первое;
- в) второе.

**4. Среднее число дней работы койки в году вычисляется следующим образом:**

- а) число койко-дней, фактически проведенных больными / число дней в году;
- б) число койко-дней, фактически проведенных больными / число выбывших (выписанные+умершие);
- в) число койко-дней, фактически проведенных больными / число среднегодовых коек;
- г) число переведенных из отделения/число среднегодовых коек.

**5. Среднее число дней пребывания больного в стационаре:**

- а) число койко-дней, фактически проведенных больными \* число дней в году;
- б) число койко-дней, фактически проведенных больными / в) число выбывших (выписанные+умершие);
- г) число выбывших (выписанные+умершие) \* среднегодовое число коек;
- д) число койко-дней, фактически проведенных больными / число среднегодовых коек .

**6. Права граждан на медико-социальную помощь регламентированы «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан»:**

- а) на бесплатную медицинскую помощь в муниципальной системе здравоохранения в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;
- б) на медицинскую экспертизу;

в) на бесплатную зубопротезную помощь в учреждениях муниципальной и частной систем здравоохранения.

**7. Организация работы стационара включает:**

- а) среднее число дней работы койки в году;
- б) среднее число занятых и свободных коек;
- в) оборот койки;
- г) средние сроки пребывания больного в стационаре.

**8. Показатели, рекомендованные к вычислению для общей характеристики амбулаторно-поликлинического учреждения:**

- а) обеспеченность населения врачами;
- б) обеспеченность населения средним медицинским персоналом;
- в) показатель укомплектованности (врачами, средним, младшим медицинским персоналом);
- г) коэффициент совместительства.

**9. Источниками информации о здоровье населения служат следующие:**

- а) официальная информация о смертности населения;
- б) эпидемиологическая информация;
- в) данные мониторинга окружающей среды и здоровья;
- г) регистры заболеваний, несчастных случаев и травм;
- д) данные страховых компаний.

**10. На сохранение и укрепление здоровья населения влияют:**

- а) уровень культуры населения;
- б) экологические факторы среды;
- в) качество и доступность медицинской помощи;
- г) безопасные условия труда;
- д) сбалансированность питания.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-5.3)**

**1. Основные методы изучения заболеваемости по:**

- а) причинам смерти;
- б) обращаемости;
- в) данным переписи населения;
- г) данным медицинских осмотров.

**2. Первичная заболеваемость – это:**

- а) заболевания, впервые выявленные в этом году;
  - б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;
  - в) совокупность всех имеющих среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году
- учет всех заболеваний (инфекционных, неэпидемических, с ВУТ).

**3. Общая заболеваемость – это:**

- а) показатель заболеваемости по данным обращаемости;
- б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;
- в) совокупность всех имеющих среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году и известных ранее. по поводу которых больные вновь обратились в данном году;
- г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий инфекционную заболеваемость, неэпидемическую заболеваемость, заболеваемость с ВН, госпитализированную заболеваемость.

**4. Под статистическим термином «обращаемость» понимается:**

- а) число больных, впервые обратившихся за медицинской помощью по поводу заболевания;
- б) соотношение числа всех первичных посещений по поводу болезни к общему числу обслуживаемого населения;

- в) абсолютное число всех первичных и повторных посещений больными медицинского учреждения;
- г) отношение числа всех посещений больными амбулаторно-поликлинического учреждения к общему числу обслуживаемого населения.

**5. При анализе первичной заболеваемости населения учитываются:**

- а) все заболевания, зарегистрированные в талоне амбулаторного пациента;
- б) только острые заболевания, зарегистрированные в талоне амбулаторного пациента;
- в) все хронические заболевания, зарегистрированные в талоне амбулаторного пациента;
- г) только хронические заболевания, зарегистрированные впервые в жизни в талоне амбулаторного пациента.

**6. При анализе общей заболеваемости населения учитываются:**

- а) все заболевания, зарегистрированные в талоне амбулаторного пациента;
- б) только острые заболевания, зарегистрированные в талоне амбулаторного пациента;
- в) все хронические заболевания, зарегистрированные в талоне амбулаторного пациента;
- г) только хронические заболевания, зарегистрированные впервые в жизни в талоне амбулаторного пациента.

**7. Виды заболеваний, подлежащих специальному учету:**

- а) острая инфекционная заболеваемость;
- б) важнейшая неэпидемическая;
- в) госпитализированная;
- г) заболеваемость с ВУТ.

**8. Основной вид регистрируемой заболеваемости по данным обращаемости:**

- а) общая заболеваемость;
- б) важнейшая неэпидемическая;
- в) острая инфекционная;
- г) госпитализированная;
- д) заболеваемость с ВУТ.

**9. Методы изучения заболеваемости по данным:**

- а) обращаемости;
- б) медицинских профилактических осмотров;
- в) регистрации причин смерти.

**10. Объективные факторы, влияющие на уровень заболеваемости по обращаемости**

- а) объем и доступность медицинской помощи;
- б) санитарно-культурный уровень населения.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.1)**

**1. Механизмы управления предполагают взаимодействие:**

- а) руководства и исполнителей;
- б) производственных и непроизводственных фондов;
- в) законов и нормативных документов;
- г) сметы и финансового плана учреждения.

**2. Взаимоотношения между врачом и медицинской сестрой должны быть основаны на:**

- а) взаимном уважении;
- б) субординации;
- в) четком выполнении своих обязанностей;
- г) соблюдении правил асептики и антисептики.

**3. Термин «деловая субординация» означает:**

- а) распоряжения старшего по должности являются обязательными для подчинённых;
- б) демократизм в отношении коллег.

**4. Какой из перечисленных этапов является начальным в формировании резерва кад-**

**ров:**

- а) изучение, оценка, отбор кандидатов в резерв;
- б) рассмотрение, согласование, утверждение состава резерва;
- в) определение потребности в руководителях (количественного и должностного состава резервов).

**5. В стационаре по штату положено 38 врачебных должностей, занято 35. Какой показатель можно рассчитать?**

- а) показатель совместительства;
- б) соотношение врачей и штатов;
- в) нагрузка врачей;
- г) характеристика штатов;
- д) укомплектованность штатов врачей стационара.

**6. Методы руководства сотрудниками включают:**

- а) поддержание работоспособности персонала;
- б) аттестация;
- в) наставничество;
- г) денежное вознаграждение и поощрение;
- д) все ответы верны.

**7. Трудовая мотивация проявляется в следующих формах:**

- а) улучшение сложившейся системы отношений в коллективе;
- б) стремление реализовать призвание;
- в) стремление реализовать внешние побуждения;
- г) увеличение нагрузки.

**8. Успешное руководство предполагает перечисленные умения руководителя, кроме:**

- а) определение цели, перспектив, проблем;
- б) выделение приоритетов;
- в) организацию работы по достижению цели;
- г) удовлетворение потребности управлять;
- д) обеспечение мотивации сотрудников.

**9. Функции управления включают:**

- а) планирование;
- б) организацию;
- в) контроль;
- г) мотивацию;
- д) все вышеперечисленное;
- е) все перечисленное не соответствует.

**10. Функциональные обязанности руководителя медицинской организации не включают:**

- а) работу с кадрами медицинской организации;
- б) определение цели и задач медицинской организации;
- в) организацию деятельности подразделений;
- г) осуществление внутренних и внешних коммуникативных связей;
- д) контроль совместных и индивидуальных действий в медицинской организации.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.2)**

**1. Современные требования к руководителю включают все, кроме:**

- а) принципиальности;
- б) высокого профессионализма;
- в) организаторских способностей;
- г) склонности к конкуренции;

д) высоких нравственных качеств.

**2. Методы мотивации в управлении коллективом не включают:**

- а) содержание и условия труда;
- б) экономическое стимулирование;
- в) состояние социально-психологического климата;
- г) обучение, повышение квалификации;
- д) конкуренцию.

**3. Созданию хорошего социально-психологического климата в коллективе не способствуют:**

- а) четкая организация труда;
- б) оптимальный подбор и расстановка кадров;
- в) согласованность в руководстве;
- г) низкая культура общения в коллективе.

**4. Какой стиль управления считается наиболее эффективным в современных условиях:**

- а) авторитарный;
- б) демократический;
- в) либеральный.

**5. Социально-психологические методы управления здравоохранением подразумевают:**

- а) организацию медицинских советов, комиссий по этике;
- б) совокупность средств воздействия на коллектив с целью достижения долгосрочной, стратегической цели;
- в) создание благоприятного морально-психологического климата в коллективе и предоставление возможности развития и реализации личных способностей работников;
- г) все перечисленное верно.

**6. Что является признаком бюрократического управления:**

- а) отсутствие инициативы сотрудника, приоритета личных интересов;
- б) блокирование предпринимательской деятельности;
- в) управление в рамках четко разработанных правил и предписаний;
- г) некомпетентность руководителя.

**7. Если сотрудник может, но не желает работать, ему требуется:**

- а) мотивация;
- б) подготовка и развитие;
- в) следует принять его вызов;
- г) следует его уволить.

**8. Тактика руководителя, если сотрудник не может и не желает работать:**

- а) усилить мотивацию;
- б) способствовать подготовке и развитию;
- в) следует принять вызов, или уволить сотрудника.

**9. При принятии самостоятельного решения руководитель должен руководствоваться:**

- а) традициями;
- б) логическим мышлением;
- в) рациональным подходом;
- г) опытом работы.

**10. Оптимальным стилем управления считают:**

- а) авторитарный;
- б) формальный;
- в) демократический;
- г) динамический.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.3)**

**1. При принятии самостоятельного решения руководитель должен руководствоваться:**

- а) традициями;
- б) логическим мышлением;
- в) рациональным подходом;
- г) опытом работы.

**2. Наиболее эффективный стиль руководства коллективом на этапе выработки концепции деятельности:**

- а) авторитарный;
- б) демократический;
- в) либеральный;
- г) демократический в сочетании с авторитарным;
- д) демократический в сочетании с либеральным.

**3. Наиболее эффективный стиль руководства на этапе повышенного напряжения развития коллектива:**

- а) авторитарный;
- б) демократический;
- в) либеральный;
- г) демократический в сочетании с авторитарным;
- д) демократический в сочетании с либеральным.

**4. Наиболее эффективный стиль руководства коллективом на этапе знакомства:**

- а) авторитарный;
- б) демократический;
- в) либеральный;
- г) демократический в сочетании с авторитарным;
- д) демократический в сочетании с либеральным.

**5. Делегирование полномочий - это передача подчиненным:**

- а) задач, ответственность за исполнение которых несет руководитель;
- б) прав по управлению с разделением ответственности;
- в) задач, прав и ответственности за принятые решения.

**6. Перевод медсестры для замещения отсутствующего работника осуществляется в течение календарного года на срок не более:**

- а) двух недель;
- б) одного месяца;
- в) двух месяцев;
- г) трех месяцев.

**7. Сеткой управления называют:**

- а) двухразмерный подход к оценке эффективности руководства, учитывающий «заботу о людях» и «заботу о производстве»;
- б) график оптимального управления организацией, учитывающий контроль качества;
- в) систему управления организацией, утвержденную руководителем.

**8. Руководителю быть лидером в коллективе:**

- а) желательно;
- б) желательно в определенных условиях;
- в) не желательно.

**9. Средства профилактики конфликтных ситуаций:**

- а) недопущение спора;
- б) вступление в спор и выяснение ситуации;
- в) умение слушать;
- г) исключение суждений и оценок, ущемляющих человеческое достоинство собеседника.

**10. Управленческая деятельность включает:**

- а) управление персоналом, организацию деятельности, регулирование и контроль;
- б) обеспечение технологического развития, регулирование и контроль;

в) контроль технологии, выбор стратегии, регуляцию деятельности.

### **3. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)**

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.1)**

**1. В современных таблицах для определения остроты зрения самые мелкие буквы и картинки видны под углом зрения в:**

- а) 1 минуту;
- б) 2 минуты;
- в) 3 минуты;
- г) 4 минуты;
- д) 5 минут.

**2. Если больной различает только первую строчку таблицы для определения остроты зрения с расстояния 1 метр, то он имеет остроту зрения, равную:**

- а) 0,1;
- б) 0,05;
- в) 0,02;
- г) 0,01.

**3. Отсутствие у больного светоощущения указывает на:**

- а) интенсивное помутнение оптических сред глаза;
- б) распространенную отслойку сетчатки;
- в) поражение зрительного аппарата глаза;
- г) все перечисленное.

**4. Колбочковый аппарат глаза определяет состояние следующих функций:**

- а) светоощущение;
- б) адаптацию к свету;
- в) остроту зрения;
- г) цветоощущение;
- д) правильно В и Г.

**5. Световая адаптация характеризуется:**

- а) остротой зрения;
- б) величиной поля зрения;
- в) порогом различения;
- г) порогом раздражения;
- д) правильно В и Г.

**6. Темновую адаптацию следует проверять у людей при:**

- а) подозрении на пигментную абнотрофию сетчатки, при осложненной миопии высокой степени;
- б) авитаминозах, циррозе печени;
- в) хориоидитах, отслойке сетчатки, застое диска зрительного нерва;
- г) профессиональном отборе шоферов, авиаторов, водителей поездов, при военной экспертизе;
- д) всем перечисленном.

**7. Бинокулярное зрение возможно только при наличии:**

- а) достаточно высокой остроты обоих глаз;
- б) ортофории и гетерофории при нормальном фузионном рефлексе;
- в) эзофории и экзофории;
- г) всего перечисленного;

д) правильно А и Б.

**8. Аккомодативная астиопия развивается при всем перечисленном, за исключением:**

- а) нарушения фузионных возможностей зрительного анализатора;
- б) ослабления аккомодации;
- в) некоррегированных аномалий рефракции.

**9. Для формирования бинокулярного зрения необходимо следующее условие:**

- а) параллельное положение осей обоих глаз;
- б) нормальная конвергенция осей при взгляде на близко расположенные предметы;
- в) ассоциированные движения глаз в направлении фиксируемого предмета, нормальная фузия;
- г) острота зрения обоих глаз не менее 0,4;
- д) все перечисленное.

**10. Адаптация глаз - это:**

- а) видение предметов при слабом освещении;
- б) способность глаза различать свет;
- в) приспособление глаза к различным уровням яркости света;
- г) все перечисленное.

### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.2)**

**1. Преломляющая сила роговицы составляет от всей преломляющей силы оптической системы глаза:**

- а) до 30%;
- б) до 50%;
- в) до 70%;
- г) до 85%.

**2. Расстройства темновой адаптации (гемералопия) может встречаться при:**

- а) увеитах, панувеитах, высоких степенях миопии;
- б) воспалительных поражениях зрительного нерва;
- в) недостатке или отсутствии в пище витамина "А", а также "В2" и "С";
- г) воспалительных и дегенеративных поражениях сетчатки;
- д) всем перечисленном.

**3. Концентрическое сужение поля зрения и кольцевидная скотома встречаются при:**

- а) поражении хиазмы;
- б) пигментном поражении сетчатки;
- в) поражении зрительного тракта;
- г) всем перечисленном;
- д) ничем из перечисленного.

**4. Восприятие всех цветов спектра света можно объяснить:**

- а) наличием различных кортикальных отделов зрительного анализатора, осуществляющих восприятие цветов;
- б) наличием различных слоев в боковом колленчатом теле;
- в) наличием трех различных видов рецепторов;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

**5. Цвета ночью не воспринимаются в связи с тем, что:**

- а) недостаточна освещенность окружающих предметов;
- б) функционирует только палочковая система сетчатки;
- в) не функционирует колбочковая система сетчатки;
- г) все перечисленное.

**6. У больных с протанопией имеется выпадение:**



- а) зеленоощущаемого компонента;
- б) красноощущаемого компонента;
- в) синеощущаемого компонента;
- г) желтоощущаемого компонента;
- д) правильно Б и Г.

**7. Особенностью сумеречного зрения является все перечисленное, кроме:**

- а) сужения полей зрения;
- б) бесцветности;
- в) понижения остроты зрения;
- г) изменения яркости (светлоты) цветов.

**8. Внутриглазное давление у взрослого человека в норме не должно превышать:**

- а) 20 мм рт.ст.;
- б) 23 мм рт.ст.;
- в) 25 мм рт.ст.;
- г) 27 мм рт.ст.

**9. Слеза активно проводится в нос из конъюнктивального мешка благодаря:**

- а) капиллярности слезных точек и слезных канальцев;
- б) сокращению слезного мешка;
- в) силе тяжести слезы;
- г) отрицательному давлению в слезном мешке;
- д) всему перечисленному.

**10. Роговица и конъюктива глаза постоянно увлажняются за счет:**

- а) секрета слезных желез;
- б) секрета сальных желез;
- в) секрета слизистых желез;
- г) всего перечисленного;
- д) только А и В.

### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.3)**

**1. От слоя крупных сосудов хориоидеи отходит... вортикозных вен:**

- а) 2-3;
- б) 4-6;
- в) до 8;
- г) до 10;
- д) более 10.

**2. Лучше всего видны сосуды хориоидеи при офтальмоскопии у:**

- а) блондинов;
- б) брюнетов;
- в) лиц черной расы;
- г) альбиносов.

**3. В норме на сосудах сетчатки видны при офтальмоскопии блестящие узкие линии, которые можно объяснить:**

- а) световым рефлексом от блестящей стенки кровеносного сосуда;
- б) прерывистым током крови по сосудам;
- в) световым рефлексом от столба крови в сосудах;
- г) разницей отражения света от поверхности сетчатки и поверхности сосудов;
- д) всем перечисленным.

**4. У здорового взрослого человека соотношение калибра артерий и вен сетчатки определяется так:**

- а) 1:2;

- б) 2:3;
- в) 1:1;
- г) 1:1,5.

**5. Так называемое "паркетное" глазное дно можно объяснить:**

- а) незначительным количеством ретинального пигмента;
- б) большим количеством хориоидального пигмента;
- в) просвечиванием сосудистой оболочки на отдельных участках глазного дна;
- г) всем перечисленным;

**6. Интенсивность цвета глазного дна при офтальмоскопии складывается из:**

- а) цвета ретинального пигмента "темно-коричневого";
- б) белого цвета склеры;
- в) красного цвета от крови в сосудистой оболочке и количества меланина;
- г) всего перечисленного;
- д) только А и Б.

**7. Окраска диска зрительного нерва складывается из всего перечисленного, кроме:**

- а) сероватого цвета волокон зрительного нерва;
- б) белого цвета соединительнотканых волокон решетчатой пластинки склеры;
- в) красного цвета сосудов;
- г) пигмента меланина.

**8. К проводящим путям зрительного анализатора следует относить все перечисленное, кроме:**

- а) зрительного тракта;
- б) сетчатки;
- в) зрительных нервов;
- г) хиазмы.

**9. Противопоказаниями для диагностического ультразвукового исследования глаза являются:**

- а) кровоизлияние в стекловидное тело;
- б) металлическое внутриглазное инородное тело;
- в) эндофтальмит;
- г) свежее проникающее обширное ранение глаза;
- д) все перечисленное верно

**10. Рефракцией оптической системы называется:**

- а) состояние, тесно связанное с конвергенцией;
- б) преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях;
- в) способность оптической системы нейтрализовать проходящий через нее свет;
- г) отражение оптической системой падающих на нее лучей;
- д) система линз, расположенных на определенном расстоянии друг от друга.

## **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-5 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-5.1)**

**1. К наружным мышцам глаза относятся:**

- а) верхняя и наружная прямые мышцы;
- б) внутренняя и наружная прямые мышцы;
- в) верхняя и нижняя косые мышцы;
- г) ресничная мышца;
- д) все перечисленное.

**2. Начинаются у вершины орбиты и образуют здесь сухожильное кольцо:**

- а) верхняя и нижняя прямая мышцы;
- б) внутренняя прямая мышца;
- в) наружная прямая мышца;

г) верхняя косая мышца;

д) все перечисленное.

**3. У нижне-внутреннего края глазницы начинается:**

а) верхняя прямая мышца;

б) нижняя прямая мышца;

в) внутренняя и наружная прямые мышцы;

г) верхняя косая мышца;

д) нижняя косая мышца.

**4. Наружные мышцы глаза иннервируются:**

а) глазодвигательным нервом;

б) блоковым нервом;

в) отводящим нервом;

г) всеми перечисленными нервами;

д) только А и В.

**5. Глазодвигательный нерв иннервирует:**

а) верхнюю прямую мышцу;

б) внутреннюю прямую мышцу;

в) нижнюю прямую мышцу;

г) нижнюю косую мышцу;

д) все перечисленное.

**6. Отводящий нерв иннервирует:**

а) верхнюю прямую мышцу;

б) внутреннюю прямую мышцу;

в) нижнюю прямую мышцу;

г) наружную прямую мышцу;

д) верхнюю и нижнюю косые мышцы.

**7. Блоковый нерв иннервирует:**

а) верхнюю и нижнюю прямые мышцы;

б) внутреннюю прямую мышцу;

в) наружную прямую мышцу;

г) верхнюю косую мышцу;

д) нижнюю косую мышцу.

**8. Движение глазных яблок кнаружи осуществляется:**

а) наружной прямой мышцей;

б) нижней косой мышцей;

в) верхней косой мышцей;

г) всеми перечисленными;

д) только А и В.

**9. Движение глазных яблок кнутри осуществляется:**

а) внутренней прямой мышцей;

б) верхней прямой мышцей;

в) нижней прямой мышцей;

г) только А и В;

д) всеми перечисленными.

**10. Движение глазных яблок вверх обеспечивается:**

а) верхней прямой и нижней косой мышцами;

б) нижней прямой и верхней косой мышцами;

в) наружной и внутренней прямыми мышцами;

г) всеми перечисленными.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-5 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-5.2)**

**1. Движение глазных яблок вниз обеспечивается:**

- а) верхней прямой и нижней косой мышцами;
- б) нижней прямой и верхней косой мышцами;
- в) наружной и внутренней прямыми мышцами;
- г) всеми перечисленными.

**2. Косоглазие считается первичным, если его причиной послужило:**

- а) другое глазное заболевание;
- б) общее заболевание организма;
- в) преимущественно аномалии рефракции;
- г) все перечисленное.

**3. Косоглазие считается вторичным, если его причиной послужило:**

- а) другое глазное заболевание;
- б) общее заболевание организма;
- в) аномалии рефракции;
- г) любое из перечисленных.

**4. Для содружественного косоглазия характерны:**

- а) нормальная подвижность глаз;
- б) ограничение подвижности глаз;
- в) отсутствие подвижности глаз;
- г) все перечисленное.

**5. По связи с аккомодацией различают косоглазие:**

- а) неаккомодационное;
- б) частично аккомодационное;
- в) аккомодационное;
- г) только Б и В;
- д) все перечисленное.

**6. Аккомодационное косоглазие - это:**

- а) сходящееся косоглазие, которое исправляется положительными очками;
- б) косоглазие, вызванное амблиопией;
- в) косоглазие, связанное с астигматизмом;
- г) любое из перечисленных.

**7. К методам ортоптического лечения относятся:**

- а) занятия на синоптофоре;
- б) метод последовательных образов по Кащенко;
- в) упражнения на хейроскопе;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

**8. Лечение на синоптофоре проводится на объектах для:**

- а) совмещения под объективным углом;
- б) слияния под объективным углом;
- в) совмещения под субъективным углом;
- г) слияния под субъективным углом;
- д) все перечисленное.

**9. Цель операции на мышцах - глазодвигателях:**

- а) изменение мышечного баланса;
- б) получение симметричного или близкого к нему положения глаз;
- в) создание условий для восстановления содружественной деятельности обоих глаз;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

**10. Изменения век при воспалительном отеке включают:**

- а) гиперемию кожи век;
- б) повышение температуры кожи;
- в) болезненность при пальпации;
- г) все перечисленное верно.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-5 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-5.3)****1. Изменения век при не воспалительном отеке:**

- а) чаще двухстороннее;
- б) отсутствует болезненность при пальпации;
- в) кожные покровы нормальной окраски;
- г) может сочетаться с отеком ног, асцитом;
- д) все перечисленное верно.

**2. При аллергическом дерматите наблюдаются:**

- а) отек век;
- б) гиперемия;
- в) зуд;
- г) появление мелких пузырьков на коже, которые лопаются с выделением серозной жидкости;
- д) все перечисленное верно.

**3. Показаниями к вскрытию абсцесса века является:**

- а) появление флюктуации;
- б) выраженная гиперемия век;
- в) уплотнение ткани века;
- г) болезненность при пальпации.

**4. При абсцессе века необходимо:**

- а) обколоть инфильтрат антибиотиками;
- б) назначить УВЧ, сухое тепло;
- в) при наличии симптома "флюктуации" – вскрыть и дренировать гнойник;
- г) все перечисленное.

**5. Хроническое воспаление мейбомиевых желез -это:**

- а) ячмень;
- б) халазион;
- в) абсцесс века;
- г) внутренний ячмень.

**6. При халазионе века необходимо:**

- а) проводить лечение токами УВЧ, электрофорез;
- б) ввести кеналог в патологический процесс или провести хирургическое лечение;
- в) проводить инстилляцию дезинфицирующих капель;
- г) заложить гидрокортизоновую мазь.

**7. При язвенном блефарите изменения век носят характер:**

- а) кровоточащих язвочек с гнойным налетом;
- б) заворота век;
- в) выворота века;
- г) всего перечисленного.

**8. При лагофтальме возможно возникновение:**

- а) эрозии роговицы из-за травматизма ресниц;
- б) ксероза роговицы;
- в) экзофтальма;
- г) всего перечисленного.

**9. Различают следующие виды заворота век:**

- а) спастический;
- б) рубцовый;
- в) бульбарный;
- г) врожденный;
- д) все перечисленное.

**10. Спастический заворот век развивается при:**

- а) блефароспазме;
- б) трахоме;
- в) экзофтальме;
- г) блефарите.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-6.1)****1. В какой статье Федерального закона № 323-ФЗ об основах охраны здоровья граждан в РФ дается определение термина «Медицинская реабилитация»? Укажите номер**

- а) 404
- б) 27;
- в) 37;
- г) 33.

**2. В развитых странах в реабилитационных мероприятиях нуждается \_\_\_\_\_ % госпитализированных больных**

- а) 10-15;
- б) 30-40;
- в) 20-25;
- г) 100.

**3. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» медицинская реабилитация осуществляется**

- а) только специализированными отделениями восстановительного лечения;
- б) медицинскими и немедицинскими организациями, оказывающими платные услуги по уходу;
- в) медицинскими организациями или иными организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность с указанием работ (услуг) по медицинской реабилитации
- г) только организациями санаторно-курортного типа.

**4. В соответствии с приказом Минздрава РФ от 16 июня 2015 г. N 349 при ДЦП применяют все нижеперечисленные лечебные ванны за исключением**

- а) минеральных;
- б) вихревых;
- в) радоновых;
- г) сероводородных.

**5. Второй этап медицинской реабилитации детей при IV уровне курации осуществляют в**

- а) стационарных условиях отделений анестезиологии-реанимации;
- б) стационарных условиях профильных отделений медицинских организаций;
- в) условиях дневного стационара в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций;
- г) стационарных условиях в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций.

**6. Второй этап медицинской реабилитации осуществляется в**

- а) амбулаторных условиях;

- б) стационарных условиях;
- в) санаторно-курортных организациях;
- г) условиях дневного стационара.

**7. Выделяют все нижеследующие течения (формы) заболевания за исключением**

- а) подострое;
- б) острое;
- в) среднетяжелое;
- г) хроническое.

**8. Для получения путевки на санаторно-курортное лечение оформляется справка по форме №**

- а) 082/у;
- б) 027/у;
- в) 070/у-04;
- г) 103/у-08

**9. Долгосрочные по времени реабилитационные цели формулируются на \_\_\_\_ дней**

- а) 1-5;
- б) 30-60;
- в) 7-14;
- г) 15-29.

**10. К какому виду медицинской помощи относят медицинскую реабилитацию у детей с ДЦП амбулаторно?**

- а) скорая;
- б) первичная медико-санитарная;
- в) специализированная, высокотехнологичная;
- г) паллиативная.

## **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-6.2)**

**1. К основным критериям (категориям) жизнедеятельности пациента относят все нижеперечисленное, за исключением**

- а) качества сна;
- б) самообслуживания;
- в) передвижения;
- г) ориентации.

**2. К проблемам медицинской реабилитации на современном этапе относят**

- а) заполнение отделений медицинской реабилитации больными с низким реабилитационным потенциалом;
- б) обоснованность выбора метода реабилитации;
- в) преимущество на этапах реабилитации;
- г) единую систему реабилитационных учреждений.

**3. К целям экспертизы качества медицинской помощи относится все нижеперечисленное за исключением**

- а) оценки взаимодействия пациента и родственников между собой;
- б) оценки правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
- в) выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания;
- г) оценки степени достижения запланированного результата.

**4. Краткосрочные по времени реабилитационные цели формулируются на \_\_\_\_ дней**

- а) 15-29;
- б) 1-5;

в) 30-60;

г) 7-14.

**5. Медико-социальная экспертиза проводится в целях определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах**

а) немедицинской реабилитации;

б) эрготерапии;

в) социальной защиты, включая реабилитацию;

г) медицинской реабилитации.

**6. Медицинская реабилитация на всех этапах осуществляется**

а) силами работников отделения физиотерапии и лечебной физкультуры;

б) консилиумом врачей разных специальностей;

в) реанимационной бригадой;

г) мультидисциплинарной реабилитационной командой.

**7. Медицинская реабилитация на первом этапе осуществляется МДРК, сформированной из числа работников отделения**

а) медицинской реабилитации;

б) физиотерапевтического лечения;

в) ранней медицинской реабилитации;

г) восстановительного лечения.

**8. Медицинская реабилитация осуществляется медицинскими организациями или иными организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность с указанием работ (услуг) по**

а) восстановительному лечению;

б) эрготерапии;

в) физиотерапии;

г) медицинской реабилитации.

**9. Медицинский отбор и направление больных (кроме граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг) на санаторно-курортное лечение осуществляет**

а) главный врач лечебно-профилактического учреждения по месту жительства;

б) врач-эпидемиолог;

в) лечащий врач и заведующий отделением;

г) лечащий врач и врачебная комиссия лечебно-профилактического учреждения по месту жительства.

**10. Медицинский отбор и направление граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг на санаторно-курортное лечение, осуществляет**

а) главный врач лечебно-профилактического учреждения по месту жительства;

б) врач-эпидемиолог;

в) лечащий врач и врачебная комиссия лечебно-профилактического учреждения по месту жительства;

г) лечащий врач и заведующий отделением.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-6.3)**

**1. Международная классификация функционирования (МКФ) утверждена**

а) всемирной организацией здравоохранения;

б) департаментом здравоохранения;

в) всемирной ассамблеей здравоохранения;

г) министерством здравоохранения.



**2. Мероприятия по медицинской реабилитации на третьем этапе осуществляются не реже, чем один раз каждые**

- а) 24 часов, продолжительностью не менее 4 часов;
- б) 12 часов, продолжительностью не менее 5 часов;
- в) 48 часов, продолжительностью не менее 3 часов;
- г) 72 часов, продолжительностью не менее 2 часов.

**3. Для успешного проведения реабилитации пациент и члены его семьи:**

- а) обсуждают цели реабилитации;
- б) обсуждают план реабилитации;
- в) корректируют план реабилитации;
- г) принимают участие в реабилитации после их обучения;
- д) не вмешиваются в процесс реабилитации.

**4. К целям медицинской реабилитации не относится:**

- а) восстановление социального статуса;
- б) достижение материальной независимости;
- в) социальная адаптация;
- г) благоустройство жилищных условий.

**5. Последовательность этапов реабилитации:**

- а) экстренный, госпитальный, амбулаторный, санаторный;
- б) госпитальный, экстренный, амбулаторный, санаторный;
- в) амбулаторный, санаторный, экстренный, госпитальный;
- г) может быть различной.

**6. К формам реабилитации относится:**

- а) стационар;
- б) база отдыха;
- в) кемпинг;
- г) тур база.

**7. Виды реабилитации:**

- а) превентивный;
- б) экстренный;
- в) психологический;
- г) профессиональный;
- д) социальный;
- е) перечисленное верно.

**8. Критерием эффективности реабилитации является:**

- а) положительная динамика заболевания;
- б) достижение целей медсестры;
- в) достижение целей пациента;
- г) достижение запланированных мероприятий.

**9. К аспектам реабилитации относится:**

- а) резигнация;
- б) медицинский;
- в) реформация;
- г) трансплантация.

**10. Укажите активное средство реабилитации:**

- а) массаж;
- б) аутотренинг;
- в) ЛФК;
- г) физиотерапия.

## **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.1)**

**1. Заболевание, которое вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, приводит к инвалидности, становится причиной смерти – это:**

- а) основное;
- б) неосновное;
- в) сопутствующее.

**2. Основными принципами охраны здоровья являются все, кроме:**

- а) соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечения, связанных с этими правами государственных гарантий;
- б) приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- в) приоритета охраны здоровья детей;
- г) широкого введения платной медико-социальной помощи;
- д) социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья.

**3. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем всего нижеперечисленного, кроме:**

- а) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени;
- б) обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях;
- в) обеспечения повышенного уровня комфортабельности пребывания пациентов в медицинских организациях;
- г) создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и находящихся в медицинской организации.

**4. Взаимодействие в целях обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья осуществляют все, кроме:**

- а) органов государственной власти;
- б) органов местного самоуправления;
- в) пациента;
- г) медицинских организаций.

**5. Доступность и качество медицинской помощи обеспечивается всем, кроме:**

- а) организации оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- б) наличия необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- в) наличия большого количества медицинских работников, не зависимо от уровня их квалификации;
- г) возможности выбора медицинской организации и врача;
- д) применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

**6. Доступность и качество медицинской помощи обеспечивается всем, кроме:**

- а) предоставления медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи;
- б) установления требований к размещению медицинских организаций частной системы здравоохранения исходя из потребностей населения;
- в) установления требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения исходя из потребностей населения;
- г) транспортной доступности медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов;
- д) возможности беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента.

**7. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:**

- а) допускается;
- б) не допускается;
- в) предусматривается.

**8. Оценка физического развития должна осуществляться по совокупности:**

- а) показателей инвалидности;
- б) морфологических признаков;
- в) функциональных признаков;
- г) показателей заболеваемости;
- д) соматоскопических признаков.

**9. Цель экспертизы временной нетрудоспособности:**

- а) оценка состояния здоровья пациента, возможности осуществлять профессиональную деятельность, определение степени и сроков временной утраты трудоспособности;
- б) проведение лечебно-профилактических мероприятий;
- в) проведение реабилитационных мероприятий;
- г) проведение психосоциальной реабилитации.

**10. Если медико-социальной экспертизой больному не была установлена инвалидность**

- а) листок нетрудоспособности может быть продлен по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности;
- б) листок нетрудоспособности закрывается датой проведения медико-социальной экспертизы;
- в) листок нетрудоспособности продлевается еще на 10 дней;
- г) назначается дополнительное обследование.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.2)****1. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается при всем перечисленном, кроме:**

- а) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;
- б) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в) в отношении лиц, страдающих тяжелыми онкологическими заболеваниями;
- г) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами.

**2. Состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, при которых нарушение функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени – это:**

- а) временная нетрудоспособность;
- б) стойкая нетрудоспособность.

**3. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает лечащего врача:**

- а) один раз в год;
- б) два раза в год;
- в) ежеквартально.

**4. Для получения первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации гражданин имеет право выбрать всех перечисленных медицинских работников кроме:**

- а) врача-терапевта;

- б) врача-педиатра;
- в) врача-специалиста;
- г) врача общей практики;
- д) фельдшера.

**5. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется по направлению всех нижеперечисленных медицинских работников, кроме:**

- а) врача-терапевта участкового;
- б) врача-педиатра участкового;
- в) врача общей практики;
- г) судебно-медицинского эксперта;
- д) фельдшера;
- е) врача-специалиста.

**6. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению:**

- а) лечащего врача;
- б) заместителя главного врача;
- в) главного врача.

**7. Кем устанавливается порядок выбора медицинской организации за пределами территории субъекта РФ, в которой проживает гражданин, при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий:**

- а) уполномоченным муниципальным органом исполнительной власти;
- б) уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- в) Правительством РФ.

**8. При выборе медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме обо всем, кроме (ФЗ № 323, гл.4, ст.21):**

- а) медицинской организации и осуществляемой ею медицинской деятельности;
- б) о врачах и уровне их образования и квалификации;
- в) заработной платы врачей данной медицинской организации.

**9. Каждый гражданин имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию обо всем перечисленном, кроме:**

- а) состояния своего здоровья;
- б) наличия заболевания;
- в) установленного диагноза;
- г) прогноза развития заболевания;
- д) точного исхода заболевания.

**10. Каждый пациент имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию обо всем перечисленном, кроме:**

- а) результатов медицинских обследований;
- б) методов оказания медицинской помощи;
- в) возможных видов медицинского вмешательства;
- г) точного исхода медицинского вмешательства;
- д) результатов оказания медицинской помощи.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.3)**

**1. Кому предоставляется информация о состоянии здоровья в отношении несовершеннолетних и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными?**

- а) лично гражданину;
- б) сотруднику социальной защиты; в) законному представителю.

**2. Информация, в случае неблагоприятного прогноза развития заболевания, если паци-**

**ент не запретил её сообщать, должна сообщаться все, кроме:**

- а) гражданина;
- б) его супруги (супруга);
- в) близкого родственника.

**3. На медико-социальную экспертизу (МСЭ) пациента направляет:**

- а) лечащий врач;
- б) лечащий врач и заведующий отделением; в) консилиум специалистов;
- г) главный врач;
- д) врачебно-консультационная комиссия.

**4. Какие документы удостоверяют временную нетрудоспособность:**

- а) медицинская справка о состоянии здоровья;
- б) медицинская карта амбулаторного пациента;
- в) листок нетрудоспособности и справка о временной нетрудоспособности;
- г) заключение врачебно-консультационной комиссии;
- д) направление на медико-социальную экспертизу.

**5. Медицинские работники, не имеющие права выдавать листок нетрудоспособности:**

- а) врачи скорой помощи;
- б) врачи организаций здравоохранения, оказывающих помощь в стационарных условиях;
- в) врачи государственных учреждений здравоохранения, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- г) врачи, занимающиеся частной практикой, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- д) врачи сельских врачебных амбулаторий.

**6. Граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации обо всех факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, кроме:**

- а) санитарно-эпидемиологического благополучия района проживания, состояния среды обитания;
- б) рациональных норм питания;
- в) качества и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд;
- г) перспектив развития медицинской помощи;
- д) потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг.

**7. Какой документ выдается при нетрудоспособности, возникшей вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения:**

- а) справка произвольной формы;
- б) справка о временной нетрудоспособности;
- в) листок нетрудоспособности;
- г) листок нетрудоспособности с отметкой о факте опьянения в медицинской документации и в листке нетрудоспособности;
- д) заключение врачебно-консультационной комиссии.

**8. Сроки направления на медико-социальную экспертизу временно нетрудоспособных пациентов:**

- а) не позднее 4 месяцев при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе;
- б) не позднее 6 месяцев при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе;
- в) не позднее 8 месяцев при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе;
- г) не позднее 10 месяцев при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе.

**9. При установлении инвалидности срок временной нетрудоспособности**

- а) завершается датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении медико-социальную экспертизу;
- б) продлевается на срок присвоения группы инвалидности;

- в) продлевается пожизненно;
- г) завершается на следующий день после проведения медико-социальной экспертизы.

**10. Кто устанавливает перечень медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ?**

- а) уполномоченный муниципальный орган исполнительной власти;
- б) уполномоченный федеральный орган исполнительной власти;
- в) Правительство РФ.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.1)**

1. Ребёнку 5 лет. Родители заметили 2 недели назад покраснение правого глаза у ребёнка, снижение зрения. Из анамнеза выяснено, что в течение 2 лет стала появляться болезненность коленных суставов. Обращались к ортопеду, педиатру. Окончательно диагноз не установлен. Объективно: VIS OD= счет пальцев у лица. Умеренная перикорнеальная инъекция. На роговице у лимба и на 3 и 9 часах эпителий вздут, образуя серые полосы – помутнения вдоль горизонтального меридиана. Роговица прозрачна, много сального вида преципитатов. Цвет радужки изменен, рисунок сглажен. Видны расширенные собственные и новообразованные сосуды в ней. Зрачок сужен, края его фестончатые, не расширяется при закапывании атропина. Хрусталик мутный. Дно не видно. ПГД 17 мм.рт.ст. при 20 на здоровом глазу.

Диагноз, какие исследования необходимо провести для выяснения этиологии заболевания?

2. Рабочий 45 лет жалуется на снижение зрения левого глаза в течение последних 3 месяцев. Ухудшение зрения ни с чем не связывает. Объективно: VIS OD=1,0; OS=0,001 н/к. Правый глаз - спокоен, слева - глазное яблоко спокойно; в роговице на 5 часах, недалеко от лимба, виден рубец длиной 5 мм, соответственно ему - небольшой дефект в радужке. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка несколько темнее, чем справа, зрачок круглый, 4 мм, слабо реагирует на свет. Хрусталик - равномерно мутный, серый, под передней капсулой - буроватые отложения. Рефлекс с глазного дна отсутствует.

Укажите правильный диагноз.

3. Больная 28 лет жалуется на резкое снижение зрения правого глаза, небольшие боли при движении глазного яблока. Жалобы появились накануне вечером. Только что перенесла грипп, лечилась дома. Объективно: VIS OD=0,08 н/к, T=20 мм рт. ст., OS=1,0, T=20 мм рт. ст. Правый глаз - спокоен, при надавливании на него отмечается легкая болезненность в глубине орбиты. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: ДЗН - бледно-розовый, границы четкие, экскавация физиологическая, ход и калибр сосудов не изменен, макулярная область и периферия сетчатки без патологии. Левый глаз здоров.

Укажите диагноз.

4. Ребенку 6 лет. Тяжело перенёс корь, лежал в стационаре. Сейчас левый глаз красный, снизилось зрение. Объективно: выраженная смешанная инъекция, глазная щель сужена. Роговица прозрачна. Биомикроскопически видны преципитаты, в радужке много новообразованных сосудов. Зрачок неправильной формы, припаян на всём протяжении к хрусталику. В стекловидном теле экссудат, неподвижный. Глаз гипотоничен. ВГД 13 мм.рт.ст.

Диагноз, прогноз?

5. Монтажник 40 лет обратился к окулисту с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, которое отметил 2 дня назад. Неделию назад перенес острый правосторонний гайморит. Объективно: VIS OD=0,2 н/к, T=22 мм рт. ст., OS=1,0, T=23 мм рт.ст. Правый глаз - спокоен, оптические среды прозрачные. Глазное дно: ДЗН - гиперемирован, границы его ступешаны, отечен, несколько проминирует в стекловидное тело, артерии расширены, вены извитые, сосудистая воронка заполнена экссудатом. Макулярная область и периферия – без патологии. Левый глаз здоров.

Укажите диагноз.

6. К окулисту обратился больной с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, искажение форм и размеров предметов. Данные жалобы появились 2 дня назад, к врачу не обращался. Объективно: VIS OD=0,08 н/к, T=23 мм рт. ст., OS=1,0, T=21 мм рт. ст. Правый глаз спокоен. Роговица прозрачная и сферичная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена, зрачок правильной формы, хорошо реагирует на свет. Хрусталик прозрачный во всех слоях. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, экскавация физиологическая, артерии слегка расширены. В макулярной зоне просматривается округлый очаг желтовато-сероватого цвета, размером 0,5 мм, с нечеткими границами и с красноватым ободком вокруг. Сетчатка вокруг очага слегка отечна.

Укажите диагноз.

7. Инженер 50 лет обратился на прием к окулисту с жалобами на снижение зрения левым глазом. Данные жалобы появились около 2 месяцев назад, ни с чем не связаны. Объективно: VIS OD=1,0, T=24 мм рт. ст., OS=0,1 н/к, T=24 мм рт. ст. Левый глаз спокоен, передний отрезок - без патологии. При офтальмоскопии с узким зрачком в нижневнутреннем квадранте глаза обнаруживается наличие темного образования. После расширения зрачка в той же зоне обнаружено большое бурое проминирующее образование с четкими границами и очагами кровоизлияния на поверхности, отек сетчатки в области желтого пятна. Правый глаз здоров.

Укажите диагноз.

8. Ребенок 11 лет обратился с жалобами на: боль в горле, повышение температуры тела, резь в обоих глазах и склеивание век утром. Болен 1 день. Объективно: температура тела 37,8, слизистая зева и глотки резко гиперемирована, конъюнктивы век гиперемированы, разрыхлены, фолликулы увеличены.

Ваш диагноз.

9. Мужчина 43 лет обратился на прием к окулисту с жалобами на снижение зрения левым глазом. Данные жалобы появились около 2 месяцев назад, ни с чем не связаны. Объективно: VIS OD=1,0, T=24 мм рт. ст., OS=0,1 н/к, T=24 мм рт. ст. Левый глаз спокоен, передний отрезок - без патологии. При офтальмоскопии с узким зрачком в нижне-внутреннем квадранте глаза обнаруживается наличие темного образования. После расширения зрачка в той же зоне обнаружено большое бурое проминирующее образование с четкими границами и очагами кровоизлияния на поверхности, отек сетчатки в области желтого пятна. Правый глаз здоров.

Укажите диагноз.

10. Ввиду отсутствия окулиста по месту жительства, обратилась пациентка 64 лет, которая полтора года тому назад во время лечения на курорте по поводу гипертонической болезни была консультирована окулистом. Он диагностировал у нее возрастную катаракту на обоих глазах, причем и тогда и сейчас гораздо хуже видит правый глаз. Больше она к врачу не обращалась. Несколько дней назад в правом глазу появились боли, иррадирующие в затылок и чувство распирания глаза. Перед правым глазом «стоит густой туман» и глаз почти ничего не видит. При обследовании: острота зрения OD – счет пальцев у глаза; OS = 0,3 не корр. На правом глазу выраженная застойная инъекция передних сосудов, роговица отечная, передняя камера мелкая, радужка отечная, зрачок около 4-5 мм в диаметре темно-серого цвета обычной величины. Биомикроскопия хрусталика невозможна из-за того, что хрусталик диффузно мутный, белого цвета. Осмотр глазного дна невозможен из-за отсутствия рефлекса глазного дна. На левом глазу передний отрезок не изменен. При осмотре хрусталика на щелевой лампе в диффузном и прямом фокальном свете определяются помутнения в передне-кортикальных слоях и ядре, которое серо-желтого цвета. Рефлекс глазного дна ослаблен, но детали визуализируются – явления гипертонической ангиопатии сетчатки.

Что необходимо заподозрить у этого пациента? Какие дополнительные методы обследования нужно провести? С чем необходимо дифференцировать предполагаемую патологию? Какова будет тактика действий? Какие осложнения могут быть при данной патологии?

## Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.2)

1. Обратился пациент 52 лет, у которого внезапно после бани появились сильные боли в левом глазу и левой половине головы. Кроме того, пациент обратил внимание на покраснение глаза, резкое ухудшение зрения. При осмотре острота зрения правого глаза 0,8 не корр., левого – 0,02 не корр. Биомикроскопия правого глаза – патологии переднего отрезка не выявлено, левого глаза – глаз красный (застойная инъекция), роговая оболочка отечная, камера мелкая, рисунок радужки смазан, зрачок широкий – до 6 мм в диаметре, реакция на свет снижена. При биомикроскопии хрусталика в проходящем отраженном свете определяются пятна, вакуоли и штрихи в заднем субкапсулярном слое на обоих глазах симметрично. При осмотре глазного дна правого глаза патологии не выявлено. Глазное дно левого глаза не просматривается из-за ослабления рефлекса вследствие отека роговицы. При пальпаторном определении внутриглазного давления глаз плотный, но боли при пальпации не усиливаются.

Какое заболевание необходимо заподозрить у этого пациента? Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии? Какова тактика дальнейших действий? Какие осложнения могут быть при данной патологии?

2. Пациентка 54 лет обратилась к Вам на прием. Беспокоит затуманивание зрения по утрам, видение “радужных” кругов в это время, снижение зрения обоих глаз. К 12 часам дня, как правило, “туман” проходит. Острота зрения OD – 0,8, OS – 0,6 не корр. Глаза спокойные. При биомикроскопии хрусталиков в диффузном свете определяют помутнения в корковых отделах на периферии. Глазное дно – расширение экскавации ДЗН на OD, увеличение ее до 0,6 на OS. Сетчатка не изменена, артерии неравномерно извитые.

Какое заболевание необходимо заподозрить у этой пациентки? На что обратить внимание при сборе анамнеза? Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии? Какова тактика дальнейших действий? Какие осложнения могут быть при данной патологии?

3. Пациент 52 лет обратился вечером в районную больницу с жалобами на резкую боль в правом глазу, в затылке, и значительное снижение зрения. Это стало беспокоить пациента еще утром после измерения АД; он вызвал скорую помощь, ему был сделан какой-то укол, но боли не прошли. За последний год несколько раз замечал кратковременные периоды затуманивания зрения обоих глаз и “радужные круги” перед глазом, но к врачу не обращался. При обследовании глаз: острота зрения правого глаза – 0,02 не корр, левого – 1,0. Правый глаз красный, роговица мутная, рисунок радужки “смазан”, зрачок широкий, на свет не реагирует. Факосклероз. Рефлекс глазного дна ослаблен, детали не офтальмоскопируются. Левый глаз спокоен. Передний отрезок не изменен. При биомикроскопии хрусталика – факосклероз. На глазном дне – экскавация ДЗН 0,5. Артерии сужены, вены полнокровные, извитые. Центральная и периферическая сетчатка не изменена. Пальпаторно тонус правого глаза повышен.

Какое заболевание необходимо заподозрить у этого пациента? Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии? Какова тактика дальнейших действий? Какие осложнения могут быть при данной патологии?

4. Обратилась мать годовалого ребенка за советом. Вскоре после его рождения она заметила, что у него “большие глаза и один глаз больше другого”. Отмечает беспокойное поведение ребенка, особенно днем, светобоязнь, слезотечение. При осмотре ребенка Вы обратили внимание на большую величину глазных яблок и их разноразмерность, выраженную светобоязнь и слезотечение. При бифокальном осмотре: роговицы обоих глаз умеренно отечные, диаметр роговиц большой, глубже лежащие среды глаз осмотреть не удалось из-за сильной светобоязни и беспокойного поведения ребенка.



Какое заболевание необходимо заподозрить у этого пациента? Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии? Какова тактика дальнейших действий? Какие осложнения могут быть при данной патологии?

5. Обратилась мать ребенка полутора лет. Вскоре после его рождения она заметила пленку серого цвета в области зрачков обоих глаз. Обратила внимание на то, что при взгляде на свет ребенок смотрит не прямо, а как-то боком. При осмотре остроту зрения обоих глаз определить невозможно. Передний отрезок глаз не изменен. При биомикроскопии обоих хрусталиков отмечаются помутнения в центральных отделах коры в виде дисков серого цвета. Рефлекс глазного дна ослаблен. Центральные отделы не просматриваются. По периферии сетчатка не изменена.

Что необходимо заподозрить у этого ребенка? Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии? Какова тактика дальнейших действий? Какие осложнения могут быть при данной патологии?

6. Пациентка 62 лет обратилась с жалобами на отсутствие предметного зрения правого глаза, значительное снижение зрения левого глаза. Постепенное снижение зрения на оба глаза отмечает в течение 2-х лет. Острота зрения OD = правильная проекция света; OS = 0,1 не корр. Глаза спокойны, роговицы прозрачны; зрачок на OD равномерно серого цвета, зрачковые реакции сохранены. При бифокальном освещении на OS зрачок темно-серого цвета хорошо реагирует на свет. При биомикроскопии передний отрезок глаз не изменен, хрусталик правого глаза диффузно мутный. Исследование его послойно невозможно. Глазное дно не визуализируется из-за отсутствия рефлекса. На левом глазу – при осмотре в диффузном и прямом фокальном свете выраженное помутнение серого цвета под передней капсулой хрусталика, рефлекс глазного дна ослаблен. Глазное дно под густым флером – без грубой патологии. ВГД OD = 19 мм рт.ст., OS = 20 мм рт.ст.

Что необходимо заподозрить у этого пациента? Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии? Какова тактика дальнейших действий? Возможно ли лечение данной патологии консервативно?

7. На прием пришел пациент 65 лет, он работает механиком в гараже, жалуется на резкое снижение зрения правого глаза 2 месяца назад («как пленочка перед глазами, и она мешает смотреть на свет»). Зрение вдаль снизилось существенно, и правым глазом видит хуже, чем левым. К окулисту не обращался. Страдает гипертонической болезнью. В анамнезе перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения год назад.

Данные обследования: острота зрения вдаль OD = 0,3; OS = 0,7 не корр. Глаза спокойные, роговица и радужка не изменены, зрачки черного цвета, хорошо реагируют на свет. При биомикроскопии хрусталиков видны серые штрихообразные помутнения по периферии, больше выраженные на левом глазу. Рефлекс с глазного дна OD и OS не изменен. При осмотре глазного дна выраженные изменения сосудов сетчатки по гипертоническому типу. В макуле правого глаза штрихообразные интравитреальные кровоизлияния, «ватобразные» экссудаты, продолжающиеся по ходу верхне-височной сосудистой аркады. Периферия сетчатки обоих глаз не изменена.

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно для диагностики заболевания? Что необходимо заподозрить у этого пациента? С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии? Какова тактика дальнейших действий? Нужно ли лечить катаракту?

8. К Вам обратилась пациентка 68 лет с жалобами на низкое зрение правого глаза, пониженное зрение левого глаза в течение пяти лет, с ее слов боковое зрение обоих глаз настолько плохое, что она боится переходить дорогу одна. Связывает она это с тем, что пять лет назад она зимой упала и ударилась об лед затылком. Сознания не теряла, к неврологу не обращалась. Вскоре после этого пациентка стала постепенно терять зрение. При осмотре

острота зрения правого глаза 0,06 не корр., левого – 0,3 не корр. ВГД обоих глаз – 19 мм рт.ст. При осмотре передний отрезок обоих глаз не изменен. В хрусталиках определяются помутнения в коре и ядрах (они янтарно-желтого цвета), на правом глазу более выраженные. Рефлекс глазного дна ослаблен на правом глазу, сохранен на левом. Без труда визуализируется бледно-розовый, деколорированный, с четкими контурами ДЗН, его декаппиляризация, сужение артерий на всем протяжении на обоих глазах. Сетчатка в центре и по периферии не изменена.

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно для диагностики заболевания? Что необходимо заподозрить у этого пациента? С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии? Какова тактика дальнейших действий?

9. Больной 30 лет, рабочий - строитель. Жалобы на покраснение краев век, постоянный зуд. Ощущение засоренности обоих глаз. Подобные ощущения испытывает в течение 3-х лет; периодически состояние улучшается. Объективно: ОУ: края век утолщены, гиперемированы; у корней ресниц - чешуйки кожи. Умеренная гиперемия, шероховатость конъюнктивы, прозрачность ее понижена. Оптические среды прозрачны. Глазное дно без патологических изменений. VOD = 1.0. VOS = 1

Диагноз? Рекомендации?

10. Больной 55 лет, бухгалтер. Жалуется на зуд, покраснение краев век обоих глаз. Беспокоит ощущение «песка» в глазах. Жалобы появились 6—7 лет назад; состояние ухудшается осенью и весной. Объективно: ОУ: края век гиперемированы. На коже у наружных углов глазной щели пенистое беловатое отделяемое. Конъюнктивка век шероховата. VOD = 0,7 с/к sph (+)1.0 = 1.0. VOS = 0,7 с/к sph (+)1.0 = 1.0. TOD = 22 мм рт. ст. TOS = 23 мм рт. ст.

Диагноз? Рекомендации?

### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.3)**

1. Больная 40 лет, преподаватель. Жалобы на безболезненное опухолевидное образование в толще верхнего века. Впервые заметила 3 месяца назад. Образование постепенно увеличивается. Объективно: в толще верхнего века плотное образование размером 5x5 мм безболезненное при пальпации. Кожа над ним подвижная. Со стороны конъюнктивы образование слегка просвечивает в виде сероватого пятна. Другие отделы глаза без патологических изменений. VOD = 1,0; VOS = 1,0

Диагноз? Рекомендуемое лечение?

2. Больной 45 лет, слесарь. Жалобы на безболезненное образование в области верхнего века, появившееся 5 месяцев назад. В течение месяца отмечает увеличение образования. Объективно: в средней трети века в 3 мм от края имеется безболезненное образование приблизительно 4 мм в диаметре; кожа над ним подвижна, не изменена. Умеренная гиперемия конъюнктивы над образованием. Остальные отделы глаза без изменений. VOD = 1.0; VOS = 1.0

Диагноз? Рекомендуемое лечение?

3. Больная 75 лет, пенсионерка. Жалобы на постоянное слезотечение из левого глаза. Объективно: нижнее веко не прилежит к главному яблоку. Слезостояние. Слезные точки выражены, но в слезное озеро не погружены. При надавливании на область слезного мешка, отделяемого нет. При промывании слезных путей жидкость свободно проходит в нос.

Диагноз? Рекомендуемое лечение?

4. Больной 52 лет. Жалобы на слезотечение и постоянное раздражение правого глаза. Такие явления появились после операции по поводу опухоли головного мозга, произведенной год назад. Объективно: явления пареза лицевого нерва. Глазная щель полностью не смыкается. Край нижнего века не прилежит к главному яблоку. Смешанная инъекция сосудов глазного яблока, имеются инфильтраты в роговой оболочке. Эпителий над ними окрашивается флюоресцеином.

Диагноз? Рекомендуемое лечение?

5. Больная 25 лет, повар. Жалобы на покраснение правого глаза, обильное отделяемое, склеивание век по утрам, умеренную светобоязнь, слезотечение. Больна второй день. Объективно: OD - глазная щель сужена, отек век, ресницы склеены отделяемым. Конъюнктивит век и сводов резко гиперемирована, отечна, инфильтрирована. В складках сводов конъюнктивы - гнойное отделяемое. Передний отрезок глаза без патологии. OS - здоров. VOD = 1.0; VOS = 1

Диагноз? Назначения?

6. Больной 50 лет, шофер. Жалобы на постоянное ощущение «песка» в глазах. Глаза быстро утомляются, в связи с чем, возникают определенные трудности к концу рабочего дня. Указанные явления впервые появились 3- 4 года назад, но особенно беспокоят последнее время. Объективно: OU: рост ресниц и положение век правильные. Незначительное утолщение краев век. Конъюнктивит глазного яблока и сводов не изменена. Конъюнктивит век слегка гиперемирована, шероховата. Рисунок мейбомиевых желез через конъюнктиву не просматривается. Передний отрезок глазного яблока без патологии, преломляющие среды прозрачны, глазное дно в норме. VOD = 1,0; VOS=1,0.

Диагноз? Рекомендации?

7. В глазной кабинет обратилась больная с жалобами на слезотечение из правого глаза. При наружном осмотре патологии не выявлено. Врач инстиллировал в конъюнктивальный мешок 3 % р-р колларгола и одновременно ввел в правый носовой ход под нижнюю раковину зонд с ватным тампоном на конце. Через 5 минут зонд удален; ватный тампон был частично окрашен колларголом.

Цель исследования? Как называется эта проба? Опишите ее результат.

8. К врачу-окулисту обратился больной с жалобами на резь, покраснение, боль, снижение зрения правого глаза. Из анамнеза выяснено, что он страдает хроническим дакриоциститом в течение 2-х лет; лечился консервативно. Боли и покраснение глаза возникли впервые. При осмотре обнаружено: выраженная перикорнеальная инъекция глазного яблока. Гнойное отделяемое в конъюнктивальной полости, при надавливании на область слезного мешка выделяется гной из нижней слезной точки. Роговица во внутреннем сегменте эксцентрично тусклая, отечная; имеется углубление в этой зоне. Один край углубления приподнят, серповидной формы. В передней камере - гипопион 2,0 мм, зрачок узкий, округлой формы; радужная оболочка гиперемирована, отечна.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

9. Родители с ребенком 6 лет обратились к окулисту. Девочка предъявляет жалобы на ухудшение центрального зрения и искривленный вид рассматриваемых предметов. При объективном осмотре: передние отрезки глазных яблок не изменены, глубокие оптические среды прозрачны. При офтальмоскопии глазного дна обоих глаз отмечается очаг резкого помутнения сетчатки, занимающий 1/2 диаметра диска зрительного нерва, беловато-коричневого цвета; центр его несколько проминирует в стекловидное тело, контуры расплывчатые. На основании жалоб ребенка, картины глазного дна поставьте предварительный диагноз.

Какие методы лабораторного исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

10. К врачу-окулисту обратился больной с жалобами на резкие боли, покраснение, снижение остроты зрения правого глаза. Боли усиливаются, главным образом, ночью и сопровождаются слезотечением, светобоязнью. Из анамнеза выявлено, что больной страдает хроническим тонзиллитом с частыми обострениями. Заболевание глаза связывает с переохлаждением. При объективном осмотре определяется выраженная перикорнеальная инъекция глазного яблока, гипопион, экссудат серого цвета в области зрачка, задние синехии. Внутриглазное давление пальпаторно в норме.

Поставьте диагноз и назначьте соответствующее лечение.

## Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.1)

1. Больной 33 лет, строитель. Жалобы на чувство засоренности глаз, покраснение их, склеивание век по утрам. Болен в течение 2-х дней. Заболевание связывает с работой в пыльном помещении. Объективно: конъюнктивит век и сводов резко гиперемирована, утолщена. Рисунок мейбомиевых желез не виден. В области переходных складок – резкий отек конъюнктивы. В сводах - слизисто-гнойное отделяемое. VOD = 1,0; VOS = 1,0.

Диагноз? Рекомендуемое лечение?

2. К главному врачу обратился больной с жалобами на упорное слезотечение, гнойное отделяемое из левого глаза. При обследовании больного отмечено: избыток слезы по краю нижнего века, фасолевидное мягкое выпячивание кожи под внутренней связкой век. При надавливании на область слезного мешка из слезных точек вытекает обильное слизисто-гнойное содержимое. Слезно-носовая проба отрицательная. При промывании — жидкость в нос не поступает и струей вытекает вместе с содержимым мешка через верхнюю слезную точку.

Оценить результаты исследования. Поставьте диагноз. Тактика лечения.

3. В глазной кабинет поликлиники обратилась больная с жалобами на головную боль, боль в области правого глаза, покраснение и припухлость в области слезного мешка, гиперемию и отек век; глаз не открывается. При осмотре выявлено: отек, гиперемия, резкая болезненность при пальпации слезного мешка, глазная щель закрыта отеками веками. Отек распространяется на прилежащие участки носа и щеку. Область слезного мешка выбухает, резко гиперемирована.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

4. К окулисту обратилась мать с ребенком 1,5 мес. Со слов матери, через 2 недели после рождения девочки, она заметила слезостояние. С ребенком обратилась в детскую консультацию, где были назначены капли в глаз. Состояние несколько улучшилось, но затем вновь появилось слезостояние и слизистогнойное отделяемое из глаза. При наружном осмотре ребенка выявлено: слезостояние, слизисто-гнойное отделяемое по краю век, легкая конъюнктивальная инъекция глазного яблока. При надавливании на область слезного мешка из нижней слезной точки выделяется слизисто-гнойное отделяемое.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

5. Больной обратился с жалобами на резь и боль в правом глазу, слезотечение, светобоязнь. Из анамнеза выяснено, что вчера во время работы в саду веткой повредил глаз. При осмотре: VOD - 0,4, VOS - 1,0. Перикорнеальная инъекция, роговица в центре при осмотре боковым светом - опалесцирует; потеряна зеркальность в оптической зоне. Врач инстиллировал в конъюнктивальную полость р-р флюоресцина. Участок роговицы размером 2,0x1,5 мм окрасился в зеленоватый цвет.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

6. К врачу-окулисту обратился молодой человек с жалобами на слабовыраженную светобоязнь, умеренное слезотечение. При проверке остроты зрения, она равна 0,7 каждого глаза. При осмотре боковым светом определяется незначительная перикорнеальная инъекция. В строме роговицы у лимба определяются множественные точечные инфильтраты; поверхности над инфильтратами шероховатые, к некоторым инфильтратам подходят кровеносные сосуды из эписклеры. При дополнительном осмотре выявлено: гетчинсоновы зубы, седловидный нос, резко выступающие лобные бугры.

Поставьте диагноз. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Назначьте лечение.

7. Больной 18 лет, студент. Жалобы на слезотечение, зуд век, умеренную светобоязнь. Болен первый день. Заболевание началось внезапно, утром с трудом открыл глаза, склеившиеся отделяемым. Объективно: умеренный отек век; на ресницах и коже век засохшее отделяемое. Конъюнктивит век и переходных складок резко гиперемирована, отека. Гиперемия

конъюнктивы глазного яблока выражена незначительно. Роговица прозрачная. Остальные отделы глаза не изменены. VOD = 1.0; VOS = 1

Какой можно поставить диагноз? Какие дополнительные исследования целесообразны? Лечение?

8. Больная 60 лет, пенсионерка. Жалобы на появление «пленки» на глазах, ощущение засоренности глаз. Объективно: OD: — рост ресниц и положение век правильные. Конъюнктивы век шероховатая, прозрачность ее понижена. Конъюнктивы глазного яблока с носовой стороны нарастает на роговую оболочку в виде треугольников, не доходя до зрачковой зоны; на остальном протяжении роговица прозрачная. Передняя камера, радужка без изменений, хрусталик прозрачен. Глазное дно без патологических изменений.

Диагноз? Лечение?

9. Ребенок 5 дней. Заболел на 3-й день после рождения. Вначале мать отметила плотный отек век и водянистое сукровичное отделяемое. К 5 дню отек век уменьшился, отделяемое приобрело гнойный характер. Объективно: умеренный отек век. При попытке раскрыть глазную щель обнаруживается обильное гноетечение. При выворачивании век конъюнктивы гиперемизированные, бархатистая, покрыта гнойным отделяемым. Роговица прозрачная, блестящая, зеркальная.

Диагноз? Какими лабораторными исследованиями можно подтвердить диагноз? Лечение?

10. Больной 35 лет. Жалобы на слезотечение, рези в правом глазу, небольшую светобоязнь. За неделю до этого перенес ОРЗ. Объективно: выраженная гиперемия конъюнктивы уводов и век, в меньшей степени - конъюнктивы глазного яблока. Кровоизлияния в конъюнктиву. В роговице у лимба субэпителиальные сероватые помутнения.

Диагноз? Рекомендуемое лечение?

## **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.2)**

1. Пациентка пользуется контактными линзами 5 лет. Два дня назад покраснел правый глаз. Зрение ухудшилось несмотря на то, что она сразу сняла линзы. Объективно: правый глаз - перикорнеальная инъекция, на роговице у лимба инфильтрат с дефектом эпителия.

Ваш диагноз. Лечение. Какие возможны осложнения.

2. Б., 80 лет, жалуется на слепоту правого глаза в течение года. Объективно: Правый глаз: острота зрения = правильная светопроекция. Поле зрения в пределах нормы. Глаз спокоен. Отмечается наличие помутнения роговицы у лимба по всей окружности. Передняя камера обычной глубины. Хрусталик равномерно серого цвета. Внутриглазное давление 20 мм рт. ст. Левый глаз: состояние роговицы такое же, как справа. Область зрачка со слабо сероватым оттенком. При исследовании проходящим светом на красном фоне видны черные спицеобразные полосы. Удастся рассмотреть детали глазного дна.

Диагноз. Лечение.

3. Больной Х. 45 лет обратился к окулисту с жалобами на сильные боли в левой половине головы. При осмотре: острота зрения левого глаза = 0,05 н/к. Роговица отечная, на эндотелии определяются преципитаты. Зрачок слегка сужен, ВГД 50мм рт. ст. Угол передней камеры открыт. Хрусталик и стекловидное тело прозрачные. Глазное дно без патологии. Правый глаз в норме.

Диагноз. Тактика лечения.

4. На третий день после простудного заболевания больной З., 26 лет, обратил внимание на снижение зрения обоих глаз. Объективно: острота зрения правого глаза = 0,7 н/к; левого глаза = 0,2 н/к. Передний отрезок обоих глаз не изменен. ДЗН гиперемизирован, границы ступеваны. Поля зрения сужены на 20° по всем меридианам на белый цвет.

Диагноз. Лечение.

5. Рабочий лесопильного комбината получил травму во время работы, отлетела доска

и ударила по правому глазу. Объективно: зрение резко понижено, в передней камере кровь. Зрачок широкий, у лимба от 13 до 16 часов отрыв радужки. При исследовании в проходящем свете виден рефлекс глазного дна.

Диагноз. Лечение.

6. Больная Р., 30 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на слезотечение, гноетечение из правого глаза, припухлость кожи у внутреннего угла глаза. Болеет 2 года. Объективно: покраснение кожи, опухолевидное образование в области слезного мешка справа. При надавливании на него – гнойное отделяемое из слезных точек. Слезно-носовые пробы (проба Веста) отрицательные, жидкость струей выходит через верхний слезный канал. На рентгенограмме видны тени от слезных канальцев, соединяющиеся с тенью увеличенного слезного мешка, резко суженного при входе в носослезный канал. Консультация ЛОР - врача: искривление носовой перегородки.

Диагноз. Лечение.

7. Женщина 30 лет обратилась на прием к окулисту с жалобами на покраснение и слизистое отделяемое обоих глаз. Из анамнеза: глаза беспокоят уже вторую неделю. Вначале покраснел правый глаз, затем левый, несмотря на закапывание альбуцида. Две недели назад перенесла «простудное» заболевание. Объективно: острота зрения обоих глаз = 1,0. Конъюнктивы глаз гиперемированы, отечность нижней переходной складки, увеличение фолликулов конъюнктивы век, слизистое отделяемое в конъюнктивальной полости.

Диагноз. Является ли заболевание контагиозным. Лечение.

8. Больной К. 23 лет случайно заметил, что правый глаз не видит. Обратился к окулисту. Из анамнеза удалось выяснить, что во время возвращения с работы с ночной смены больному нанесли удар тупым предметом по правой половине лица и головы. Объективно: острота зрения правого глаза снижена до светоощущения с правильной светопроекцией. При обследовании методом бокового освещения область зрачка правого глаза была равномерно серого цвета: в проходящем свете - рефлекса с глазного дна нет. Зрение левого глаза = 1,0.

Какой предположительный диагноз можно поставить. Лечение.

9. Б., 32 лет, после перенесенного гриппа почувствовала боль в правом глазу, он покраснел, зрачок стал неправильной формы. При обследовании окулистом обнаружено следующее: правый глаз острота зрения = 0,5 н/к. Перикорнеальная инъекция глазного яблока, на задней поверхности роговицы преципитаты, свежие, в умеренном количестве. Смазан рисунок радужки, 2 задние синехии на 5 и 8 часах. Болезненность при пальпации в месте проекции на склере цилиарного тела. Легкое диффузное помутнение стекловидного тела в переднем его отделе. Внутриглазное давление 18 мм рт. ст. Левый глаз – острота зрения = 1,0. Здоров.

Диагноз. Лечение.

10. Женщина, 50 лет. Неделю назад заметила туман перед левым глазом. Глаз не болит. К врачам не обращалась, чувствует себя здоровой. Объективно: острота зрения правого глаза = 1,0; левого = 0,08 н/к. ВГД правого глаза = 21 мм рт. ст., левого 27 мм рт. ст. При осмотре левый глаз спокойный, роговица не изменена, хрусталик прозрачный. На глазном дне: границы диска слегка ступеваны, артерии сужены, вены расширены, извиты. По ходу нижней височной вены множественные кровоизлияния различной формы и величины.

Диагноз. Лечение.

### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.3)**

1. Больной обратился с жалобами на резкие боли в левом глазу, покраснение глаза, снижение остроты зрения. Страдает суставной формой ревматизма. Год тому назад больной обращался с подобной жалобой. При объективном обследовании выявлено: смешанная инъекция глазного яблока, желатинозный экссудат в передней камере, множественные задние пигментные спайки, множественные разнокалиберные, но преимущественно мелкие, серые

преципитаты на заднем эпителии роговицы. Радужка полнокровна, видны ее расширенные сосуды. В стекловидном теле определяется умеренная деструкция, и его помутнение.

Поставьте диагноз и назначьте соответствующее лечение.

2. К врачу-окулисту обратился юноша 14 лет с жалобами на периодически возникающее покраснение обоих глаз, боли, ухудшение зрения. Мальчик наблюдается у стоматолога по поводу стоматита и у дерматолога по поводу изъязвления кожных покровов половых органов. При объективном исследовании обоих глаз выявлено: перикорнеальная инъекция, гипопион, мощные задние синехии. Имеются выраженные помутнения в стекловидном теле.

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

3. Больная 60 лет. Обратилась с жалобами на периодические «затуманивания» в обоих глазах утром, а также после посещения кино. При осмотре: легкая застойная инъекция, небольшой отек роговицы. Передняя камера мелкая. Радужка с хорошо выраженным рисунком. Среды, дно в норме. Острота зрения - 0,8, коррекция не улучшает. Поле зрения в норме. ВГД на правом глазу 32 мм рт. ст., на левом - 35 мм рт. ст.. Угол передней камеры закрыт; при корнеокомпрессии радужка отошла кзади плоско. Стали видны все элементы угла.

Поставьте диагноз. Укажите лечение.

4. Больной 30 лет. Обратился с жалобами на снижение зрения, «затуманивание», боль в левом глазу. Три дня назад случайно ушиб глаз. Объективно: застойная инъекция, небольшой отек роговицы. Передняя камера неравномерная: внизу мелкая, вверху глубокая. Иридодонез. Зрачок овальной формы. В поликлинике, для снятия отека роговицы и осмотра глубжележащих отделов глаза, закапали раствор глюкозы. При осмотре выявлено: в области зрачка виден экватор хрусталика. Глазное дно в норме. Проведенное эхографическое исследование обнаружило наличие дополнительных пиков в нижнем отделе глаза, при отсутствии нормальных пиков от хрусталика в зоне зрачка, ВГД = 40 мм рт. ст. Острота зрения - 0,02, с коррекцией sph (-) 10,0 D = 0,9.

Ваш диагноз? Ваше лечение?

5. Больная 65 лет обратилась с жалобами на боли в правом глазу, резкое снижение зрения. Из анамнеза выяснено, что у больной зрение стало падать 5 лет назад. Тогда же обнаружена катаракта. Выписали какие-то «витаминные капли», операцию не предлагали. Боли возникли вчера вечером. Объективно: OD: Смешанная инъекция. Отек роговицы. Глубжележащие отделы видны плохо. После закапывания 40 % раствора глюкозы отек роговицы исчез. Обнаружена опалесценция влаги передней камеры, взвесь беловатых частичек в ней. Передняя камера глубокая. Радужка - в пределах возрастной нормы. Хрусталик мутный, молочно-белого цвета, рисунок его сглажен. Глубжележащие от елы не видны. Острота зрения - светоощущение с правильной проекцией. ВГД = 37 мм рт. ст. OS: интактен. Передний отдел, среды, дно в норме. Острота зрения = 1,0. ВГД = 24 мм рт. ст. Гониоскопия: OD: угол открыт, широкий. По всему углу видны белые включения; OS: угол открыт, средней ширины. Эхография: OD: передняя камера = 4,5 мм, хрусталик = 1,5 мм, длина оси = 24 мм; OS: передняя камера = 3,0 мм, хрусталик = 4,0 мм, длина оси = 24 мм.

Ваш диагноз? Лечение?

6. Больной 55 лет состоит на учете у офтальмолога по поводу открыто-угольной глаукомы правого глаза. Закапывает 1 % раствор пилокарпина 3 раза в день. Объективно: оба глаза спокойны. OD: Роговица прозрачная. Радужка субатрофичная. Распыление пигмента по ее передней поверхности, псевдоэксфолиации. Среды прозрачны. Глазное дно: диск зрительного нерва несколько деколорирован, небольшой сдвиг сосудистого пучка к носу. Острота зрения - 1,0. Поле зрения в норме. Угол открыт. Отмечается повышенная пигментация Шлеммова канала ВГД = 25 мм рт. ст. Топография: P = 22 мм. C = 2,1 мм30 = 0,17. F . P0/C = 130 Врач рекомендовал продолжить лечение и назначил повторный осмотр через 3 месяца. За 3 месяца в динамике отмечено следующее: усиление атрофии радужки и распыление пигмента по ее передней поверхности. Шлеммов канал стал резко пигментирован. Значительное побледнение диска зрительного нерва; произошло расширение экскавации в темпоральную сторону. В центральном поле зрения появились единичные микроскотомы. Периферические

границы поля зрения остались в норме. Острота зрения - 1,0. ВГД = 26 мм рт. ст. Тонография: P0=26 мм. C = 0,10. F =1,6 мм 3 P0/C = 260

Ваш диагноз? Лечение?

7. К детскому офтальмологу обратилась женщина по направлению педиатра. Она жалуется на то, что у её ребенка возрастом 1 год, как ей кажется, слишком большие глаза, которые постоянно красные. Объективно: глазные яблоки увеличены в размере, инъецированы, глубокая передняя камера. Зрачок широкий. На глазном дне выраженная глаукоматозная экскавация. ВГД = 37 мм рт. ст. Гониоскопия. Угол передней камеры открыт, широкий. Элементы угла дифференцировать не удается из-за большого количества мезодермальной ткани в углу. Эхография (оба глаза): передняя камера - 4,5мм, хрусталик - 3,2 мм. Длина оси глаза - 25 мм.

Ваш диагноз? Лечение?

8. Больная 57 лет обратилась с жалобами на сильнейшие боли в правом глазу, иррадиирующие в правую половину головы, тошноту, рвоту. Глаз заболел внезапно утром после нервного потрясения. Объективно: OD - застойная инъекция, отек роговицы. Передняя камера мелкая. Зрачок широкий. Глубжележащие отделы видны нечетко. После закапывания 40 % раствора глюкозы отек роговицы исчез. Было обнаружено, что глубжележащие среды не изменены, глазное дно в норме. Острота зрения - 1,0. ВГД = 41 мм рт. ст. OS: передний отдел, среды, дно в норме. Острота зрения - 1.0. Поле зрения в норме. Обнаружено, что передняя камера на этом глазу тоже мелкая. Гониоскопия: угол передней камеры в обоих глазах закрыт. После надавливания гониоскопом на роговицу радужка отошла кзади плоско, стали видны все элементы угла.

Ваш диагноз? Лечение?

9. Больная 55 лет обратилась с жалобами на постепенное снижение зрения левого глаза. При обследовании выявлено: VOS - 0,8 не корр., ВГД = 38 мм рт. ст. Поле зрения сужено до 300 с верхненосовой стороны. Объективно: OS - роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка атрофичная, распыление пигмента по ее передней поверхности, псевдоэксфолиации. Факосклероз. Глазное дно: выраженная глаукоматозная экскавация. Угол передней камеры открыт. OD: передний отдел, среды, дно в норме. Острота зрения - 1,0. Поле зрения в норме. Угол открыт. ВГД = 23 мм рт. ст. Тонография: OD P0 = 22; C = 0,25; F =1,9; P0/C = 92; OS P0 = 35; C = 0,10; F = 2,5; P0/C = 250 Дополнительно выяснено, что больная применяла различные комбинации миотиков. ВГД на левом глазу ниже 30 мм рт. ст. не отмечалось. В правом глазу ВГД без миотиков было 22-24 мм рт. ст.

Ваш диагноз? Лечебная тактика?

10. В кабинет окулиста поликлиники обратился больной 50 лет с жалобами на темную завесу, надвигающуюся снизу-изнутри в поле зрения правого глаза. Затемнению предшествовали огненные искры в этом глазу. Больной страдает близорукостью, носит очки sph (-) 5,0 D (оба глаза). Объективно: острота зрения правого глаза с коррекцией - 0,1, левого - 0,8. Офтальмоскопически: в верхне-наружном квадранте глазного дна виден серовато-синий бугор сетчатки с крупными складками, проминирующий в стекловидное тело. По нему идут извитые сосуды. При движении глаза видно дрожание в этой зоне сетчатки. На сером фоне мутной сетчатки на периферии ее виден ярко-красный участок, размером с диск зрительного нерва.

Поставьте диагноз. Рекомендуемое лечение?

## **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-3 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-3.1)**

### **1. Реабилитация - это:**

а) комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление социального статуса больных;



- б) система медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных и др. мероприятий;
- в) деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов;
- г) комплекс социально-психологических мероприятий, направленных на восстановление социального статуса.

**2. Реабилитация направлена:**

- а) на борьбу с факторами риска;
- б) на предупреждение возникновения заболеваний;
- в) на возвращение (реинтеграцию) больных и инвалидов в общество, восстановление их трудоспособности;
- г) на возвращение к профессии.

**3. Назовите аспекты, на которых базируется реабилитация:**

- а) медицинский, социальный, психологический, профессиональный;
- б) физический, психический, социально-экономический;
- в) профессиональный, социальный, психологический;
- г) экономический, юридический, социальный.

**4. Перечислите общие правила проведения реабилитационных мероприятий:**

- а) раннее начало и непрерывность; индивидуальный подход; комплексный характер, проведение в коллективе;
- б) комплексность и непрерывность;
- в) проведение в коллективе;
- г) эффективность.

**5. Назовите этапы медицинской реабилитации:**

- а) превентивный; поликлинический; стационарный, санаторно-курортный, метаболический;
- б) поликлинический, санаторно-курортный, метаболический
- в) превентивный; поликлинический; стационарный, метаболический;
- г) превентивный; поликлинический, санаторно-курортный, метаболический.

**6. Категории лиц, участвующих в реабилитационном процессе:**

- а) мед.работники; психологи; специалисты по социальной работе; экономисты;
- б) педагоги, социальные работники;
- в) психологи, юристы, социологи;
- г) врачи, юристы, экономисты.

**7. Задачей реабилитации на стационарном этапе восстановительного лечения является:**

- а) спасение жизни больного; предупреждение осложнений;
- б) психологическая адаптация;
- в) активная трудовая реабилитация;
- г) восстановление социального статуса больного.

**8. Задачи реабилитации на поликлиническом этапе:**

- а) борьба с факторами риска;
- б) ликвидация остаточных явлений болезни; восстановление функциональной активности организма;
- в) проведение комплекса физиотерапевтических мероприятий;
- г) лекарственное обеспечение.

**9. Задачи восстановительного лечения на санаторно-курортном этапе:**

- а) спасение жизни больного;
- б) борьба с факторами риска возникновения заболевания;
- в) трудовая адаптация больного в коллективе;
- г) профилактика рецидивов болезни.

**10. Методы, используемые на метаболическом этапе реабилитации, включают:**

- а) длительную диетическую коррекцию, ЛФК;
- б) применение патогенетической терапии;
- в) применение этиотропной терапии;

г) использование симптоматической терапии.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-3 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-3.2)**

**1. Государственный орган, занимающийся реабилитацией инвалидов в масштабе государства:**

- а) Правительство РФ;
- б) МЗ РФ;
- в) Государственная служба реабилитации инвалидов;
- г) агентство социальной защиты населения.

**2. Что относится к основным причинам роста инвалидности с детства:**

- а) научно - технический прогресс;
- б) неблагоприятные условия труда женщины;
- в) снижение рождаемости и рост хронической заболеваемости;
- г) рост младенческой смертности.

**3. Выберите из перечисленных методов средства реабилитации:**

- а) психологическая коррекция и методы физической терапии;
- б) клубные формы работы;
- в) спортивные мероприятия;
- г) интенсификация образовательной деятельности.

**4. Основными задачами, стоящими перед санаторно-курортными учреждениями, являются:**

- а) всеобщий охват населения;
- б) медицинское обслуживание хронических больных;
- в) медицинское обслуживание острых больных;
- г) диагностические мероприятия.

**5. Ранние операции в первые 6 месяцев жизни ребенка показаны при следующих формах врожденных катаракт:**

- а) полные, зоналярные II – III степени помутнения;
- б) зоналярные I степени помутнения;
- в) центральные с диаметром помутнения менее 2,5 мм;
- г) частичные заднекапсулярные с возможностью офтальмоскопии центральных отделов глазного дна.

**6. Чем обусловлены осложнения при глазопротезировании:**

- а) цветом склеры;
- б) наклоном протезов в полости;
- в) несоответствием формы и величины протеза;
- г) ограничением подвижности протеза.

**7. Срок действия справки 070/у-04 составляет \_\_\_\_\_ месяцев**

- а) 0,5;
- б) 6;
- в) 2;
- г) 4.

**8. Сколько уровней курации выделяют в зависимости от сложности проведения медицинской реабилитации?**

- а) 4;
- б) 5;
- в) 2;
- г) 3.

**9. Реабилитационный эпикриз содержит все нижеперечисленное, за исключением**

- а) реабилитационного диагноза;

- б) реабилитационного статуса;
- в) реабилитационного потенциала;
- г) перечня реабилитационного оборудования.

**10. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя**

- а) методы оказания физиотерапевтической помощи;
- б) методики оказания медицинской помощи;
- в) методики ЛФК;
- г) этапы оказания медицинской помощи.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-3 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-3.3)**

**1. Какие учреждения входят в систему медицинской реабилитации:**

- а) центры социальной защиты;
- б) реабилитационные отделения ЦСО;
- в) служба занятости населения;
- г) отделения восстановительного лечения стационаров и поликлиник.

**2. Инвалидность - это:**

- а) стойкая и длительная утрата трудоспособности;
- б) ограничения жизнедеятельности, приводящие к необходимости социальной защиты;
- в) состояние ограниченной функциональной активности организма;
- г) потребность в медико-социальной помощи.

**3. Выберите правильные определения понятия инвалидность:**

- а) состояние полного физического, душевного и социального благополучия;
- б) физическое, душевное и социальное неблагополучие;
- в) социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма;
- г) стойкая и длительная утрата трудоспособности.

**4. Инвалид - это:**

- а) лицо с незначительными нарушениями здоровья;
- б) лицо, имеющее нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма;
- в) лицо с нарушениями функций опорно-двигательной системы;
- г) лицо в состоянии ограниченной функциональной активности организма.

**5. Понятие, входящее в классификацию основных категорий жизнедеятельности:**

- а) способность к сохранению здоровья;
- б) способность к обучению в общеобразовательных учреждениях;
- в) способность к воспроизводству;
- г) способность к ориентации.

**6. Сколько степеней входят в классификацию нарушений функций организма по степени выраженности:**

- а) I;
- б) II;
- в) III;
- г) IV.

**7. Критерии служащие для определения I группы инвалидности:**

- а) способность к самообслуживанию II степени;
- б) способность к передвижению и ориентации III степени;
- в) способность к ориентации I степени;
- г) способность к занятиям легкими видами спорта.

**8. Критерии служащие для определения II группы инвалидности:**

- а) способность к самообслуживанию и ориентации II степени;
- б) способность к обучению в общих учебных заведениях;
- в) способность к ориентации I степени;
- г) способность к общению I степени.

**9. Критерии для определения III группы инвалидности:**

- а) способность к передвижению и обучению I степени;
- б) способность к обучению II степени;
- в) способность к общению III степени.

**10. Обязанности, возлагающиеся на государственную службу медико-социальной экспертизы:**

- а) лечение и реабилитация инвалидов;
- б) определение группы инвалидности, ее причины и сроков;
- в) оказание медико-социальной помощи инвалидам;
- г) социальная защита инвалидов.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-4.1)**

**1. Основной целью экспертизы временной нетрудоспособности является**

- а) оценка состояния здоровья пациента
- б) оценка состояния и использования кадровых ресурсов ЛПУ
- в) оценка возможности осуществлять профессиональную деятельность
- г) определение степени и сроков временной утраты трудоспособности
- д) определение признаков стойкой утраты трудоспособности

**2. Переосвидетельствование лиц, которым инвалидность установлена бессрочно, может быть проведено**

- а) по ходатайству инвалида
- б) при изменении состояния здоровья и трудоспособности
- в) по требованию органов суда и прокуратуры
- г) не может быть ни при каких условиях
- д) при выявлении факта необоснованного решения МСЭК

**3. На медико-социальную экспертную комиссию больного направляет**

- а) лечащий врач
- б) лечащий врач и зав. отделением
- в) главный врач
- г) консилиум специалистов
- д) врачебная комиссия ЛПУ

**4. К видам медицинских профилактических осмотров относятся все, кроме:**

- а) предварительных;
- б) периодических;
- в) промежуточных;
- г) целевых.

**5. Медицинские осмотры, проводящиеся перед поступлением в учебные заведения или на работу, с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям, предъявляемым лицам определенных профессий, называются:**

- а) предварительные;
- б) периодические;
- в) целевые.

**6. Медицинские осмотры, проводящиеся среди работающих с профессиональными вредностями для своевременного выявления профессиональных заболеваний и разработки соответствующих профилактических лечебно-оздоровительных мероприятий, называются:**

- а) предварительные;
- б) периодические;
- в) целевые.

**7. Медицинские осмотры, проводящиеся для выявления ранних форм социально-значимых заболеваний, и охватывающие различные группы организованного и неорганизованного населения, называются:**

- а) предварительные;
- б) периодические;
- в) целевые.

**8. Медицинские осмотры позволяют выявить:**

- а) первичную заболеваемость;
- б) общую заболеваемость;
- в) накопленную заболеваемость;
- г) патологическую пораженность;
- д) истощенную заболеваемость.

**9. Одной из целей диспансеризация взрослого населения путем углубленного обследования состояния здоровья граждан является:**

- а) определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;
- б) передача граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском под наблюдение соответствующего узкого специалиста;
- в) направление граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском на санаторно-курортное лечение;
- г) направление граждан с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском в стационар.

**10. К группе здоровья по итогам диспансеризации относятся пациенты**

- а) здоровые, в том числе имеющие факторы риска при низком и среднем сердечно-сосудистом риске;
- б) нуждающиеся в высокотехнологичной медицинской помощи;
- в) не предъявляющие жалоб;
- г) с впервые выявленными хроническими заболеваниями в стадии ремиссии.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-4.2)**

**1. Заключение о профессиональной пригодности поступающего на работу после предварительного медицинского осмотра выдает:**

- а) санитарный врач по гигиене труда ТО Роспотребнадзора;
- б) работодатель;
- в) узкие специалисты;
- г) профпатолог;
- д) все перечисленное.

**2. Лицом, согласующим контингенты и поименные списки лиц, подлежащих периодическому медицинскому осмотру, является:**

- а) участковый терапевт;
- б) инженер по технике безопасности;
- в) главный инженер предприятия;
- г) врач ТО Роспотребнадзора;

д) профпатолог.

**3. Основопологающим документом о проведении периодического медицинского осмотра является: 1) приказ по предприятию; 2) приказ по ЛПО; 3) приказ по Управлению Роспотребнадзора; 4) приказ по медицинской страховой компании; 5) приказ по профсоюзной организации**

- а) если верно 1 и 2;
- б) если верно 2 и 3;
- в) если верно 3 и 4;
- г) если верно 4 и 5;
- д) если верно 1 и 5.

**4. Кем утверждается перечень исследований, включенных в медицинский осмотр, диспансеризацию и диспансерное наблюдение?**

- а) уполномоченным муниципальным органом исполнительной власти;
- б) уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- в) Правительством РФ.

**5. Медицинский осмотр, проводимый в целях раннего выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ – это:**

- а) профилактический;
- б) предварительный;
- в) периодический.

**6. Комплекс обследования при профосмотрах не включает:**

- а) биопсия;
- б) кольпоскопия;
- в) осмотр и пальпация молочных желез;
- г) цитология.

**7. Профилактические медицинские осмотры являются основой**

- а) диспансеризации;
- б) первичной медико-санитарной помощи;
- в) реабилитационной работы;
- г) экспертизы трудоспособности.

**8. Показатели эффективности диспансеризации лиц, страдающих хронической патологией (III группа диспансерного наблюдения)**

- а) стойкая ремиссия или снижение частоты обострений заболевания;
- б) увеличение частоты обострений заболевания;
- в) снижение качества жизни;
- г) снижение трудоспособности.

**9. Целью периодических медицинских осмотров является:**

- а) динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников, занятых на вредных работах и на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами профессиональных вредностей и неблагоприятных условий труда;
- б) своевременное выявление начальных признаков профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирования групп риска;
- в) выявление общих заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов;
- г) своевременное проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников;
- д) все перечисленное.

**10. Массовое обследование населения для выявления лиц с подозрением на заболевание или начальные признаки заболевания – это:**

- а) медосмотр;
- б) скрининг;
- в) мониторинг.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-4.3)**

**1. Кто определяет контингенты, подлежащие предварительным и периодическим медицинским осмотрам:**

- а) ТО Роспотребнадзора;
- б) работодатель;
- в) профсоюзная организация предприятия;
- г) ни один из перечисленных;
- д) все перечисленное.

**2. Работникам, которым противопоказана работа с вредными и опасными веществами и производственными факторами, или в конфликтных случаях выдаются:**

- а) заключение врачебной комиссии – ВК;
- б) заключение бюро медико-социальной экспертизы – МСЭ;
- в) и то, и другое;
- г) ни то, и ни другое;
- д) все перечисленное.

**3. В случаях установления признаков профессионального заболевания при прохождении медосмотра работник направляется в:**

- а) медико-санитарную часть;
- б) центр профпатологии;
- в) диагностический центр;
- г) ни один из перечисленных;
- д) все перечисленное.

**4. Все лица с выявленными профессиональными заболеваниями должны находиться на диспансерном наблюдении у:**

- а) лечащего врача;
- б) врача-специалиста по профилю заболевания;
- в) врача-профпатолога;
- г) ни один из перечисленных;
- д) все перечисленное.

**5. Кто несет административную и юридическую ответственность за качество медицинского осмотра и обоснованность медицинских заключений:**

- а) работодатель;
- б) лечебно-профилактическая организация;
- в) лечащий врач;
- г) ни один из перечисленных;
- д) все перечисленное.

**6. Диспансерное наблюдение лиц, перенесших острый гломерулонефрит, проводится в течение**

- а) 1 года;
- б) 2 лет;
- в) 3 лет;
- г) 4 лет.

**7. Диспансерное наблюдение лиц, перенесших острый пиелонефрит, проводится в течение**

- а) 1 года;
- б) 2 лет;

- в) 3 лет;
- г) 4 лет.

**8. Диспансеризация взрослого населения проводится:**

- а) 1 раз в год;
- б) 1 раз в три года;
- в) 2 раза в год;
- г) 1 раз в два года.

**9. Цели диспансеризации:**

- а) раннее выявление заболеваний и факторов риска их развития; определение группы здоровья; профилактическое консультирование; определение группы диспансерного наблюдения;
- б) раннее выявление заболеваний и факторов риска их развития; профилактическое консультирование;
- в) определение группы здоровья; профилактическое консультирование; определение группы диспансерного наблюдения;
- г) определение группы диспансерного наблюдения.

**10. Гражданин проходит диспансеризацию в учреждении:**

- а) социального обслуживания;
- б) медицинском специализированном;
- в) первичной медико-санитарной помощи;
- г) диспансерного обслуживания.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-5.1)**

**1. Виды относительных величин, используемых в здравоохранении**

- а) интенсивные;
- б) экстенсивные;
- в) информативные;
- г) соотношения;
- д) наглядности.

**2. При формировании статистической совокупности принимаются во внимание**

- а) только общие признаки;
- б) только учетные признаки;
- в) общие и учетные признаки;
- г) все признаки;
- д) число единиц наблюдения.

**3. Контрольная группа применяется для**

- а) расширения объема исследования;
- б) сравнения с показателями опытной группы;
- в) выявления факторов риска;
- г) оценки достоверности исследования.

**4. Основные этапы статистического исследования**

- а) составление плана и программы исследования;
- б) сбор материала;
- в) разработка и сводка материала;
- г) анализ, выводы.

**5. Основные стадии разработки статистического материала**

- а) контроль;
- б) шифровка;
- в) статистическая группировка;
- г) сводка;
- д) вычисление статистических показателей;



е) графическое изображение.

**6. Программа статистического исследования включает**

- а) определение единицы наблюдения;
- б) выбор цели и задачи исследования;
- в) разработку статистического документа;
- г) составление макетов статистических таблиц;
- д) определение видов наблюдения.

**7. Единовременное наблюдение характерно для**

- а) рождаемости;
- б) заболеваемости;
- в) профилактических осмотров;
- г) смертности;
- д) инвалидности.

**8. Третий этап медико-статистического исследования**

- а) составление плана исследования;
- б) статистический анализ собранного материала;
- в) обработка и шифровка материала;
- г) группировка и сводка материала;
- д) внедрение результатов.

**9. Статистическими измерителями общественного здоровья являются показатели**

- а) демографические;
- б) заболеваемости;
- в) образа жизни;
- г) физического развития;
- д) обеспеченности стационарной помощью

**10. Основными методами изучения образа жизни являются**

- а) наблюдение;
- б) тестирование;
- в) анкетирование;
- г) эксперимент;
- д) опрос-интервью.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-5.2)**

**1. Факторы, влияющие на здоровье**

- а) условия и образ жизни;
- б) наследственно-генетические;
- в) природно-экологические;
- г) обеспеченность стационарной помощью;
- д) численность населения.

**2. Демография - это наука, изучающая**

- а) здоровье населения;
- б) факторную обусловленность здоровья;
- в) воспроизводство населения;
- г) вопросы брачности и плодовитости;
- д) закономерности здоровья населения.

**3. Медицинская демография изучает**

- а) статику населения;
- б) динамику населения;
- в) заболеваемость населения;
- г) инвалидность;

д) физическое развитие.

**4. Выраженное постарение населения на большинстве территории России определяется**

- а) высоким уровнем младенческой смертности;
- б) снижением средней продолжительности предстоящей жизни;
- в) накоплением лиц пенсионного возраста;
- г) низким уровнем рождаемости;
- д) высоким уровнем смертности лиц в трудоспособном возрасте.

**5. К общим показателям воспроизводства населения относятся**

- а) рождаемость;
- б) плодовитость;
- в) смертность;
- г) естественный прирост;
- д) материнская смертность.

**6. К специальным показателям рождаемости относятся показатели**

- а) фертильности;
- б) материнской смертности;
- в) частоты абортов;
- г) рождаемости;
- д) смертности.

**7. Повозрастной показатель смертности - это**

- а) разность между числом родившихся и умерших в каждой возрастной группе за год;
- б) отношение числа умерших в данном возрасте за год к среднегодовой численности лиц данного возраста;
- в) отношение числа умерших в каждой возрастной группе за год к среднегодовой численности населения;
- г) общее количество умерших в данной возрастной группе за год;
- д) отношение числа умерших в данном возрасте за год к числу родившихся за год живыми.

**8. Естественный прирост населения зависит от**

- а) численности населения;
- б) миграции населения;
- в) младенческой смертности;
- г) повозрастной смертности.

**9. Совокупность всех первичных обращений в ЛПУ в течение года относится к понятию**

- а) заболеваемость;
- б) болезненность;
- в) патологическая пораженность;
- г) обращаемость;
- д) хроническая заболеваемость;
- е) рождаемости;
- ж) смертности.

**10. Для оценки заболеваемости населения используются следующие критерии**

- а) уровень заболеваемости;
- б) кратность заболеваемости;
- в) структура заболеваемости;
- г) рождаемость;
- д) смертность.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-5.3)**

**1. Основные источники информации о заболеваемости населения**

- а) поликлиники, больницы, диспансеры, скорая и неотложная медицинская помощь;
- б) статистические материалы ЛПУ;
- в) обращения за медицинской помощью, медицинские осмотры, госпитализация, нетрудоспособность, смерть;
- г) текущий статистический учет;
- д) периодическая отчетность.

**2. Основным учетным документом при изучении общей заболеваемости населения по обращаемости является**

- а) амбулаторная карта;
- б) листок нетрудоспособности;
- в) карта экстренного извещения;
- г) карта выбывшего больного из стационара;
- д) статистический талон уточненного диагноза.

**3. К методам изучения заболеваемости можно отнести данные, полученные по**

- а) обращаемости;
- б) данным переписи населения;
- в) медицинским осмотрам;
- г) причинам смерти;
- д) данным органов ЗАГС.

**4. Уровень общей заболеваемости населения характеризуется коэффициентом**

- а) экстенсивным;
- б) соотношения;
- в) интенсивным;
- г) наглядности;
- д) регрессивности.

**5. Листок нетрудоспособности имеет право выдавать**

- а) выпускник медицинского вуза;
- б) врач, фельдшер или медицинская сестра;
- в) лечащий врач;
- г) только врачи поликлиник и стационаров;
- д) медработник с высшим и средним медицинским образованием.

**6. Индивидуальная оценка заболеваемости определяется критериями**

- а) уровня заболеваемости;
- б) структуры заболеваемости;
- в) кратности заболеваний в год;
- г) средней длительности одного заболевания;
- д) общей длительности всех заболеваний в год.

**7. Не имеют права на выдачу листков нетрудоспособности врачи**

- а) государственных ЛПУ;
- б) муниципальных ЛПУ;
- в) частнопрактикующие;
- г) приемных отделений стационаров;
- д) станций скорой медицинской помощи.

**8. Исправления записей в листке нетрудоспособности**

- а) не допускаются;
- б) допускается не более одного исправления;
- в) допускается не более двух исправлений;
- г) допускается не более трех исправлений;
- д) допускается не более одного исправления в корешке листка нетрудоспособности.

**9. При расчете показателя заболеваемости населения принимаются во внимание заболевания,**

- а) зарегистрированные по результатам медицинских осмотров;

- б) впервые выявленные, нигде ранее не учтенные;
- в) накопленные за предшествующие годы;
- г) все - независимо от метода выявления и даты регистрации;
- д) зарегистрированные по причинам смерти.

**10. При расчете показателя распространенности заболеваний (болезненности населения) принимаются во внимание случаи заболеваний**

- а) впервые выявленные, нигде ранее не учтенные;
- б) зарегистрированные по результатам медицинских осмотров;
- в) накопленные за предшествующие годы;
- г) все, независимо от метода выявления и даты регистрации №;
- д) зарегистрированные по причинам смерти.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.1)**

**1. В стационаре по штату положено 38 врачебных должностей, занято 35. Какой показатель можно рассчитать?**

- а) показатель совместительства;
- б) соотношение врачей и штатов;
- в) нагрузка врачей;
- г) характеристика штатов;
- д) укомплектованность штатов врачей стационара.

**2. Методы руководства сотрудниками включают:**

- а) поддержание работоспособности персонала;
- б) аттестация;
- в) наставничество;
- г) денежное вознаграждение и поощрение;
- д) все ответы верны.

**3. Трудовая мотивация проявляется в следующих формах:**

- а) улучшение сложившейся системы отношений в коллективе;
- б) стремление реализовать призвание;
- в) стремление реализовать внешние побуждения;
- г) увеличение нагрузки.

**4. Успешное руководство предполагает перечисленные умения руководителя, кроме:**

- а) определение цели, перспектив, проблем;
- б) выделение приоритетов;
- в) организацию работы по достижению цели;
- г) удовлетворение потребности управлять;
- д) обеспечение мотивации сотрудников.

**5. Механизмы управления предполагают взаимодействие:**

- а) руководства и исполнителей;
- б) производственных и непроизводственных фондов;
- в) законов и нормативных документов;
- г) сметы и финансового плана учреждения.

**6. Взаимоотношения между врачом и медицинской сестрой должны быть основаны на:**

- а) взаимном уважении;
- б) субординации;
- в) четком выполнении своих обязанностей;
- г) соблюдении правил асептики и антисептики.

**7. Термин «деловая субординация» означает:**

- а) распоряжения старшего по должности являются обязательными для подчинённых;
- б) демократизм в отношении коллег.

**8. Какой из перечисленных этапов является начальным в формировании резерва кадров:**

- а) изучение, оценка, отбор кандидатов в резерв;
- б) рассмотрение, согласование, утверждение состава резерва;
- в) определение потребности в руководителях (количественного и должностного состава резервов).

**9. Функции управления включают:**

- а) планирование;
- б) организацию;
- в) контроль;
- г) мотивацию;
- д) все вышеперечисленное;
- е) все перечисленное не соответствует.

**10. Функциональные обязанности руководителя медицинской организации не включают:**

- а) работу с кадрами медицинской организации;
- б) определение цели и задач медицинской организации;
- в) организацию деятельности подразделений;
- г) осуществление внутренних и внешних коммуникативных связей;
- д) контроль совместных и индивидуальных действий в медицинской организации.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.2)**

**1. Тактика руководителя, если сотрудник не может и не желает работать:**

- а) усилить мотивацию;
- б) способствовать подготовке и развитию;
- в) следует принять вызов, или уволить сотрудника.

**2. Социально-психологические методы управления здравоохранением подразумевают:**

- а) организацию медицинских советов, комиссий по этике;
- б) совокупность средств воздействия на коллектив с целью достижения долгосрочной, стратегической цели;
- в) создание благоприятного морально-психологического климата в коллективе и предоставление возможности развития и реализации личных способностей работников;
- г) все перечисленное верно.

**3. При принятии самостоятельного решения руководитель должен руководствоваться:**

- а) традициями;
- б) логическим мышлением;
- в) рациональным подходом;
- г) опытом работы.

**4. Современные требования к руководителю включают все, кроме:**

- а) принципиальности;
- б) высокого профессионализма;
- в) организаторских способностей;
- г) склонности к конкуренции;
- д) высоких нравственных качеств.

**5. Методы мотивации в управлении коллективом не включают:**

- а) содержание и условия труда;
- б) экономическое стимулирование;
- в) состояние социально-психологического климата;
- г) обучение, повышение квалификации;
- д) конкуренцию.

**6. Созданию хорошего социально-психологического климата в коллективе не способствуют:**

- а) четкая организация труда;
- б) оптимальный подбор и расстановка кадров;
- в) согласованность в руководстве;
- г) низкая культура общения в коллективе.

**7. Какой стиль управления считается наиболее эффективным в современных условиях:**

- а) авторитарный;
- б) демократический;
- в) либеральный.

**8. Что является признаком бюрократического управления:**

- а) отсутствие инициативы сотрудника, приоритета личных интересов;
- б) блокирование предпринимательской деятельности;
- в) управление в рамках четко разработанных правил и предписаний;
- г) некомпетентность руководителя.

**9. Если сотрудник может, но не желает работать, ему требуется:**

- а) мотивация;
- б) подготовка и развитие;
- в) следует принять его вызов;
- г) следует его уволить.

**10. Оптимальным стилем управления считают:**

- а) авторитарный;
- б) формальный;
- в) демократический;
- г) динамический.

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.3)**

**1. Наиболее эффективный стиль руководства коллективом на этапе знакомства:**

- а) авторитарный
- б) демократический
- в) либеральный
- г) демократический в сочетании с авторитарным
- д) демократический в сочетании с либеральным

**2. При принятии самостоятельного решения руководитель должен руководствоваться:**

- а) традициями
- б) логическим мышлением
- в) рациональным подходом
- г) опытом работы

**3. Перевод медсестры для замещения отсутствующего работника осуществляется в течение календарного года на срок не более:**

- а) двух недель
- б) одного месяца
- в) двух месяцев
- г) трех месяцев

**4. Руководителю быть лидером в коллективе:**

- а) желательно
- б) желательно в определенных условиях
- в) не желательно

**5. Средства профилактики конфликтных ситуаций:**

- а) недопущение спора

- б) вступление в спор и выяснение ситуации
- в) умение слушать
- г) исключение суждений и оценок, ущемляющих человеческое достоинство собеседника

**6. Наиболее эффективный стиль руководства коллективом на этапе выработки концепции деятельности:**

- а) авторитарный
- б) демократический
- в) либеральный
- г) демократический в сочетании с авторитарным
- д) демократический в сочетании с либеральным

**7. Наиболее эффективный стиль руководства на этапе повышенного напряжения развития коллектива:**

- а) авторитарный
- б) демократический
- в) либеральный
- г) демократический в сочетании с авторитарным
- д) демократический в сочетании с либеральным

**8. Делегирование полномочий - это передача подчиненным:**

- а) задач, ответственность за исполнение которых несет руководитель
- б) прав по управлению с разделением ответственности
- в) задач, прав и ответственности за принятые решения

**9. Сеткой управления называют:**

- а) двухразмерный подход к оценке эффективности руководства, учитывающий «заботу о людях» и «заботу о производстве»
- б) график оптимального управления организацией, учитывающий контроль качества
- в) систему управления организацией, утвержденную руководителем

**10. Управленческая деятельность включает:**

- а) управление персоналом, организацию деятельности, регулирование и контроль
- б) обеспечение технологического развития, регулирование и контроль
- в) контроль технологии, выбор стратегии, регуляцию деятельности