

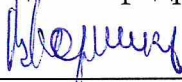
МИНОБРНАУКИ РОССИИ

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)**

«Офтальмоонкология»

**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. Внутриглазные опухоли, основные принципы диагностики.
2. Дифференциальная диагностика внутриглазных опухолей.
3. Меланоцитарные новообразования кожи век, клиническая картина, диагностика.
4. Доброкачественные опухоли век, клиническая картина, диагностика.
5. Современные методы диагностики внутриглазных опухолей.
6. Методы диагностики и дифференциальная диагностика ретинобластомы.
7. Опухоли орбиты, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики.
8. Опухоли слезной железы, клиническая картина, диагностика.
9. Опухоли зрительного нерва, классификация, клиническая картина.
10. Дифференциальная диагностики опухолей и псевдоопухолевых поражений орбиты.

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

1. Особенности сбора жалоб и анамнеза при опухолях органа зрения.
2. Методы диагностики опухолей конъюнктивы и роговицы.
3. Признаки прогрессии опухолей орбиты.
4. Клиническая картина доброкачественных опухолей конъюнктивы и роговицы.
5. Методы диагностики опухолей орбиты.
6. Клиническая картина доброкачественных опухолей орбиты.
7. Доброкачественные опухоли век, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
8. Увеальная меланома, эпидемиология, этиопатогенез, классификация, особенности клинической картины.
9. Дифференциальная диагностика внутриглазных опухолей.
10. Современные методы диагностики внутриглазных опухолей.

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

1. Алгоритм диагностики внутриглазных опухолей.
2. Признаки прогрессии опухолей конъюнктивы.
3. Клиническая картина злокачественных опухолей орбиты.
4. Алгоритм обследования больных с опухолями органа зрения.
5. Внутриглазные опухоли, основные принципы диагностики и лечения.
6. Опухоли слезоотводящей системы, клиника, диагностика, лечение.
7. Алгоритм обследования больных с опухолями органа зрения.
8. Современные методы диагностики при опухолях органа зрения.
9. Дифференциальная диагностика опухолей и псевдоопухолевых поражений орбиты.
10. Ретинобластома, эпидемиология, этиопатогенез, классификации, клинические формы.

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

1. Виды и особенности лучевой терапии при злокачественных новообразованиях придаточного аппарата глаза.
2. Лучевая терапия злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза, основные виды, показания, осложнения.
3. Методы хирургического лечения опухолей придаточного аппарата глаза, реконструктивно-пластические операции, виды, показания.
4. Комбинированные методы лечения при опухолях придаточного аппарата глаза.
5. Особенности лечения опухолей иридоцилиарной зоны.
6. Лазерные технологии в лечении внутриглазных опухолей, показания, ограничения, осложнения.
7. Особенности лечения опухолей иридоцилиарной зоны.
8. Энуклеация и экзентерация орбиты как метод выбора лечения внутриглазных опухолей.
9. Современные принципы лечения ретинобластомы, виды химиотерапии.
10. Хирургические доступы при лечении опухолей орбиты, возможные осложнения.

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

1. Доброкачественные опухоли век, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
2. Методы лечения доброкачественных опухолей конъюнктивы и роговицы.
3. Методы лечения доброкачественных опухолей орбиты.
4. Доброкачественные опухоли век, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
5. Методы лечения опухолей слезоотводящих путей.
6. Современная стратегия лечения увеальной меланомы: виды органосохранного лечения, показания, противопоказания.
7. Хирургические доступы при лечении опухолей орбиты, возможные осложнения.
8. Опухоли хориоидеи. Методы лечения.
9. Опухоли орбиты, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики.
10. Опухоли слезной железы, клиническая картина, диагностика, лечение.

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

1. Методы лечения злокачественных опухолей орбиты.
2. Доброкачественные опухоли век, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
3. Методы хирургического лечения опухолей придаточного аппарата глаза, реконструктивно-пластические операции, виды, показания.
4. Особенности лечения опухолей иридоцилиарной зоны.
5. Энуклеация и экзентерация орбиты как метод выбора лечения внутриглазных опухолей.
6. Особенности мультидисциплинарного ведения больных с опухолями органа зрения.
7. Особенности анатомии орбиты, хирургические пространства, экстраокулярные мышцы, васкуляризация, иннервация.
8. Опухоли зрительного нерва, классификация, клиническая картина, лечение.
9. Меланоцитарные новообразования кожи век методы лечения.
10. Базальноклеточный рак век, клинические формы, диагностика, основные принципы лечения.

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. Клиническая картина злокачественных опухолей конъюнктивы и роговицы.
2. Признаки прогрессии опухолей орбиты.
3. Классификация опухолей орбиты.
4. Методы диагностики и дифференциальная диагностика ретинобластомы.
5. Семиотика и клиническая симптоматика при новообразованиях орбиты.
6. Методы лечения злокачественных опухолей конъюнктивы и роговицы.

7. Современная классификация опухолевых заболеваний органа зрения
8. Классификация, морфологические особенности, клиника доброкачественных новообразований придатков глаза.
9. Классификация, морфологические особенности, клиника злокачественных новообразований придатков глаза.
10. Классификация, морфологические особенности, клиника доброкачественных и злокачественных внутриглазных новообразований

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

1. При общем обследовании пациента с увеальной меланомой для исключения метастазирования необходимо проводить:

- а) сцинтиграфию костей скелета;
- б) ультразвуковое исследование печени;
- в) стерильную пункцию;
- г) термографию периферических лимфоузлов;
- д) трепанобиопсию бедренной кости.

2. Разновидностью меланом радужки не является:

- а) узловая;
- б) диффузная;
- в) смешанная;
- г) меланома тапиока;
- д) эндофитная.

3. Косвенным признаком растущей меланомы хориоидеи не является:

- а) отслойка сетчатки;
- б) увеит;
- в) кератит;
- г) склерит;
- д) гемофальм.

4. Информативным диагностическим методом хориоидальной меланомы не является:

- а) конфокальная микроскопия;
- б) диафаноскопия;
- в) флюоресцентная ангиография;
- г) ультразвуковое сканирование;
- д) радионуклидный метод.

5. Причиной внутриглазных метастатических опухолей является чаще всего

- а) рак простаты;
- б) рак молочной железы;
- в) рак кожи;
- г) рак желудка;
- д) меланома кожи.

6. Чаще всего ретинобластома клинически манифестирует в возрасте до _____ лет

- а) 3;
- б) 5;
- в) 10;
- г) 2;
- д) 8.

7. Распространенная отслойка сетчатки является клиническим признаком _____ формы ретинобластомы

- а) экзофитной;
- б) эндофитной;

- в) диффузной;
- г) смешанной;
- д) некротической.

8. Трилатеральной ретинобластомой называется:

- а) сочетание билатеральной ретинобластомы с пинеалобластомой;
- б) опухоль, представленная 3 узлами;
- в) сочетание опухоли сетчатки и хориоидеи;
- г) сочетание билатеральной ретинобластомы с медуллобластомой;
- д) сочетание опухоли сетчатки с опухолью мозжечка.

9. К доброкачественным новообразованиям век не относятся:

- а) аденома мейбомиевой железы;
- б) гемангиома;
- в) дермоидная киста;
- г) кожный рог;
- д) меланома.

10. К злокачественным новообразованиям век относятся:

- а) дермоидная киста;
- б) аденокарцинома мейбомиевой железы;
- в) аденома мейбомиевой железы.

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

1. К первичным доброкачественным опухолям орбиты относится:

- а) ангиома;
- б) менингиома;
- в) глиома;
- г) смешанная опухоль слезной железы;
- д) верно все перечисленное.

2. При подозрении на меланому конъюнктивы необходимо проводить:

- а) биопсию опухоли с морфологическим исследованием биоптата;
- б) биопсию опухоли с иммуногистохимическим исследованием биоптата;
- в) аспирационную биопсию с цитологическим исследованием пунктата;
- г) аспирационную биопсию с цитоиммунохимическим исследованием пунктата;
- д) радиоизотопное исследование опухоли.

3. Меланома конъюнктивы чаще всего локализуется в

- а) верхнем конъюнктивальном своде;
- б) нижнем конъюнктивальном своде;
- в) бульбарном отделе;
- г) конъюнктиве хряща;
- д) конъюнктиве переходной складки.

4. Для злокачественных опухолей слезного мешка не типично:

- а) позднее прорастание в окружающие ткани;
- б) наличие крови в отделяемом из слезных точек при надавливании на область слезного мешка;
- в) наличие малоподвижной опухоли;
- г) наличие бугристой поверхности опухоли;
- д) кровь при промывании слезных путей в промывных водах.

5. Опухоль орбиты, развивающаяся изарахноидальных ворсинок, называется:

- а) менингиомой;
- б) глиомой;
- в) невриномой;

- г) нейрофибромой;
- д) арахноидомой.

6. Дермоидная киста орбиты чаще всего локализуется в

- а) области вершины орбиты;
- б) верхненаружном квадранте орбиты;
- в) верхневнутреннем квадранте орбиты;
- г) области наружной спайки век;
- д) области внутренней спайки век.

7. Первичный рак орбиты развивается в большинстве случаев в

- а) слезной железе;
- б) слезном мешке;
- в) области вершины орбиты;
- г) тарзоорбитальной фасции;
- д) слезном озере.

8. Наиболее частым источником метастазирования в орбиту является:

- а) нейробластома;
- б) рак легкого;
- в) рак почки;
- г) увеальная меланома;
- д) рак молочной железы.

9. К опухолеподобным заболеваниям орбиты не относят:

- а) орбитальный васкулит;
- б) инвертирующую папиллому;
- в) первичный идиопатический миозит;
- г) дакриoadенит;
- д) склероз орбиты.

10. Тканеспецифическим маркером, используемым в иммунодиагностике ретинобластомы, является:

- а) S100;
- б) HNF-35;
- в) HMB-45;
- г) десмин;
- д) цитокератины.

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

1. В глазное отделение для проведения оперативного лечения катаракты госпитализирован пациент, мужчина 57 лет, с направительным диагнозом OS Зрелая катаракта. Пациент отмечает прогрессирующее снижение зрения в течение последнего года. При проведении ультразвукового обследования перед оперативным лечением выявлена плюс-ткань в заднем полюсе, с грибовидным ростом в сторону стекловидной полости из наружных отделов сетчатки, плоскую отслойку сетчатки.

Какие заболевание наиболее вероятно у данного пациента? Какова тактика дальнейшего ведения и лечения пациента? Какие исследования необходимо рекомендовать провести пациенту?

2. К врачу-офтальмологу обратилась мама с ребенком 6 месяцев с жалобой на возникновение косоглазия и посветление зрачка правого глаза у ребенка. Семейный анамнез по органу зрения не отягощен. Беременность и роды проходили без осложнений. Вышеуказанные жалобы отметила около двух недель назад. Со слов матери, ранее ребенок врачом-офтальмологом осмотрен не был.

Какое обследование наиболее информативно для проведения и оценки текущего со-

стояния глаза? Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностики?

3. Больная 54 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на появление участка изъязвления на нижнем веке левого глаза в течение 8 месяцев. Объективно: на нижнем веке левого глаза в медиальной трети определяется язвочка 3 мм в диаметре с валикообразными краями, поверхность покрыта геморрагической корочкой, опухоль захватывает интермаргинальный край, при прикосновении кровотоцит, пальпебральная конъюнктура перифокально гиперемирована.

Диагноз. Тактика лечения

4. В глазное отделение для проведения оперативного лечения халазиона госпитализирован пациент, мужчина 70 лет, с направительным диагнозом OS Халазион нижнего века. Образование нижнего века появилось около 2-х лет назад, постепенно увеличивалось в размере, изъязвлялось, периодически кровотоцит. У офтальмолога ранее не наблюдался, ежегодную диспансеризацию не проходит. При осмотре образование покрыто кровянистой корочкой, с приподнятыми в виде вала краями, капсула при пальпации не определяется.

Какие заболевание наиболее вероятно у данного пациента? Какова тактика дальнейшего ведения и лечения пациента? Какие исследования необходимо рекомендовать провести пациенту? Прохождение ежегодной диспансеризации могло бы повлиять на текущее состояние и прогноз?

5. В отделение офтальмоонкологии научно-исследовательского центра госпитализирован пациент, мужчина 60 лет, с направительным диагнозом OD Меланома хориоидеи. С данным диагнозом наблюдается в течение последних 2-х лет. Год назад проведена брахитерапия, с положительным эффектом. За последние 2 месяца отмечился эндофитный рост опухоли до 4 мм, появление новых узлов.

Какова тактика дальнейшего ведения и лечения пациента? Какие исследования необходимо рекомендовать провести пациенту? Развитие каких осложнений можно ожидать у данного пациента? Каковы сроки диспансерного наблюдения и дальнейшая маршрутизация пациента?

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

1. Какое лечение является оптимальным при базальноклеточном раке кожи 1 стадии на лице:

- а) близкофокусная рентгенотерапия;
- б) комбинированное лечение;
- в) химиотерапия;
- г) хирургическое.

2. Предпочтительный метод лечения злокачественных опухолей кожи век:

- а) комбинированный;
- б) криотерапия;
- в) лазерный;
- г) лучевой;
- д) фотодинамическая терапия;
- е) хирургический.

3. При хирургическом удалении плоскоклеточного рака кожи век, предпочтительный отступ от границ опухоли:

- а) не менее 10 мм;
- б) не менее 15 мм;
- в) не менее 3 мм;
- г) не менее 5 мм.

4. Показаниями к брахитерапии при увеальной меланоме являются все, кроме:

- а) единственного опухолевого очага
- б) проминенции опухоли не более 5 мм
- в) распространения опухоли на цилиарное тело
- г) диаметра опухоли не более 14 мм
- д) локализации заднего края опухоли на расстоянии 3 мм от диска зрительного нерва

5. Выбор метода лечения не определяется:

- а) анатомо-топографической локализацией;
- б) возрастом пациента;
- в) желанием пациента;
- г) клинико-морфологическими особенностями опухоли;
- д) наличием сопутствующей патологии;
- е) распространённостью.

6. Основным методом лечения кавернозной гемангиомы кожи век является:

- а) криодеструкция;
- б) хирургическое иссечение;
- в) лазериспарение;
- г) брахитерапия;
- д) дистанционная лучевая терапия.

7. При хирургическом удалении меланомы кожи век, предпочтительный отступ от границ опухоли:

- а) не менее 10 мм;
- б) не менее 15 мм;
- в) не менее 3 мм;
- г) не менее 5 мм. 30.

8. Частота возникновения рецидивов после хирургического лечения меланомы кожи век составляет:

- а) 10,5%;
- б) 2-3%;
- в) 30%;
- г) более 25%;
- д) менее 5 %.

9. При меланоме кожи век противопоказано:

- а) хирургическое лечение с использованием лазерного скальпеля
- б) брахитерапия
- в) лучевая терапия с использованием узкого медицинского протонного пучка
- г) хирургическое лечение с применением электроножа
- д) криодеструкция

10. При язвенной форме базально-клеточного рака граница иссечения от здоровой кожи должна быть не менее:

- а) 10 мм;
- б) 3 мм;
- в) 5 мм;
- г) не нужно отступать.

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

1. Что особенно важно знать врачу для успешного хирургического лечения злокачественных опухолей кожи век?

- а) клиническую симптоматику;
- б) методы реконструктивно-пластической хирургии;
- в) онкологические правила удаления опухолей;

г) частоту встречаемости опухолей.

2. К пигментным новообразованиям конъюнктивы относятся все, кроме:

- а) стационарного невуса
- б) прогрессирующего невуса
- в) лимфангиомы
- г) голубого невуса
- д) первичного приобретенного меланоза.

3. При минимальных дефектах после удаления опухоли, какой вид пластики предпочтителен?

- а) лепестковым лоскутом на ножке;
- б) прямое ушивание раны;
- в) свободным кожным лоскутом;
- г) транспозиционным полнослойным лоскутом.

4. Лечение ретинобластомы групп В, С, Д И Е является:

- а) хирургическим
- б) химиотерапевтическим
- в) лучевым
- г) комбинированным

5. Основным методом лечения кератоакантомы век является:

- а) короткодистанционная рентготерпия;
- б) криодеструкция;
- в) хирургическое удаление;
- г) лазериспарение;
- д) дистанционная лучевая терапия.

6. При узловой форме базально-клеточного рака граница иссечения от здоровой кожи должна быть не менее:

- а) 10 мм;
- б) 3 мм;
- в) 5 мм;
- г) не нужно отступать.

7. Энуклеация, как метод лечения ретинобластомы, применяется при:

- а) распространении опухоли через склеру;
- б) при опухолях до 10 мм в диаметре;
- в) при размере опухоли до 3 d ДЗН;
- г) опухоли, занимающей половину объема полости глаза и более;
- д) опухоли, занимающей до 1/3 объема полости глаза.

8. Фотодинамическая терапия, как изолированный метод лечения, применяется для опухолей кожи век:

- а) аденокарцинома мейбомиевой железы;
- б) базально-клеточный рак век;
- в) меланома кожи век;
- г) метатипический рак кожи век;
- д) плоскоклеточный рак век.

9. Транспупиллярная термотерапия, как метод лечения меланом хориоидеи может быть использован при:

- а) постэкваториальной локализации опухоли с диаметром до 12 мм и проминенцией до 4 мм;
- б) экваториальной локализации меланомы;
- в) опухолях до 1,5 мм толщиной;
- г) предэкваториальной локализации опухоли с диаметром до 12 мм и проминенцией до 4 мм;
- д) выходе опухоли за пределы фиброзной капсулы глаза.

10. Криотерапия применяется при:

- а) аденокарцинома мейбомиевой железы;

- б) базально-клеточный рак век;
- в) меланома кожи век;
- г) метатипический рак кожи век;
- д) плоскоклеточный рак век.

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

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 ПК-3 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-3.2)

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 ПК-3 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-3.3)

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 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 МСЭК:

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

8. Критерии для установления инвалидности I группы:

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

9. 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°.

10. 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.

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

1. 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".

2. 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.

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. 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.

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 МСЭК:

- а) таблица сивцева-голова;на
- 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°;
- 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°.

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

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) Белокураха;

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.

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. Пациентка С., 61 года обратилась с жалобами на снижение зрения на OS. Проведенные офтальмологические исследования:

1. Визометрия Visus OD = 0,9 со sph - 0,5D = 1,0 Visus OS = 0,2 со sph -1,0 D = 0,3 - 0,4

2. Тонометрия: ВГД OU – 16 мм.рт.ст.

3. Периметрия OD – поле зрения в норме. OS - центральные, парацентральные скотомы.

4. Биомикроскопия: OU – спокойны, начальные помутнения под задней капсулой хрусталика, нитчатая деструкция стекловидного тела.

5. Прямая офтальмоскопия: OS – диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, в 2 pd от ДЗН с 3.30 до 5.30 имеется слабопигментированный очаг размером 2x2 pd, аспидного цвета, округлой формы, с нечеткими и неровными границами, поверхность гладкая.

6. Эхография OS – «+» - ткань с проминенцией 2,3 мм, основание – 6,4 мм.

7. Результаты флюоресцентной ангиографии: в зоне офтальмоскопически видимого очага в ранние фазы определяются явления ангиопатии сетчатки (расширение капиллярной сети, микроаневризмы), «горячие пятна», в поздние фазы формируются «pink-points». Отмечается тенденция к возникновению мелкопятнистой флюоресценции. Через 40 минут – неравномерное усиление флюоресценции.

8. Результаты оптической когерентной томографии: интратетинальные микрокисты мелкого и среднего диаметра, отек сетчатки умеренной степени, серозная отслойка нейроэпителия над новообразованием и в сопредельной зоне умеренной степени, дугообразное проминирование хориоидального профиля, утолщение нейроэпителия и гиперрефлективного слоя (ретикулярный пигментный эпителий/мембрана Бруха/хориокапилляры) умеренной степени выраженности.

Диагноз? Тактика лечения?

2. Пациент А., 60 лет. При осмотре офтальмологом в поликлинике по месту жительства на глазном дне левого глаза выявлен небольшой очаг темного цвета.

Результаты проведенных исследований показали:

1. Визометрия Visus OD = 1,0, Visus OS = 0,8 н/к.
2. Тонометрия: ВГД OU – 17 мм.рт.ст.
3. Периметрия OD – поле зрения в норме. OS – расширение слепого пятна.
4. Биомикроскопия: OU – спокойны, начальные помутнения под задней капсулой хрусталика, нитчатая деструкция стекловидного тела.
5. Прямая офтальмоскопия: OS – диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, юкстапапиллярно с 11.00 до 12.00 имеется густопигментированный очаг, по периферии которого имеется ободок аспидной ткани, размером 3x4 pd, черного и серого цвета, неправильной формы, с нечеткими и неровными границами, с гладкой поверхностью.

Какие дополнительные инструментальные методы диагностики необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Пациент Ж. обратился к офтальмологу с жалобами на появление на коже нижнего века образования, которое постепенно увеличивается.

1. Визометрия Visus OU = 1,0
2. Тонометрия: ВГД OU – 16 мм.рт.ст.
3. Периметрия OU – поле зрения в норме.
4. Биомикроскопия: OU – спокойны, начальные помутнения под задней капсулой хрусталика, нитчатая деструкция стекловидного тела. На коже нижнего века слева небольшой безболезненный узел на широком основании, хорошо смещаемый вместе с кожей, в центре которого имеется изъязвляющееся западение, края вокруг западения каллезные.
5. Прямая офтальмоскопия: диски зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, очаговой патологии не выявлено

Ваш диагноз? Способы диагностики? Лечение?

4. Пациентка В. обратилась с жалобами на постепенно нарастающий экзофтальм, снижение зрения, ограничение подвижности глаза, отек век, боли в орбите.

Вопрос: Необходимые диагностические мероприятия?

5. Пациентку М., 49 лет направил к офтальмологу онколог, у которой она наблюдалась по поводу рака правой молочной железы, в связи с жалобами на снижение зрения левого глаза. Результаты проведенных исследований показали:

1. Визометрия Visus OD = 1,0 Visus OS = 0,2 н/к.
2. Тонометрия: ВГД OU – 17 мм.рт.ст.
3. Периметрия OD – поле зрения в норме. OS – центральные, парацентральные скотомы.
4. Биомикроскопия: OU – спокойны, среды прозрачны.
5. Прямая офтальмоскопия: OS – диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, юкстамакулярно с 7.00 до 8.00 имеется беспигментный очаг, размером 2x2 PD, желтоватого цвета, неправильной формы, с нечеткими и неровными границами, с гладкой поверхностью.
6. Эхография OS – «плюс» - ткань с проминенцией 2,3 мм, основание – 5,7 мм.
7. Результаты флюоресцентной ангиографии: OS – в зоне офтальмоскопически видимого очага в ранние фазы отмечается относительная гипофлюоресценция с постепенным усилением гиперфлюоресценции в последующие фазы. По периферии опухоли наблюдаются множественные мелкие флюоресцирующие пятнышки, чередующиеся с точечными гипофлюорес-

цирующими очажками («россыпь крупы»). Через 40 минут – слабоконтрастная гиперфлюоресценция.

Ваш диагноз? Дальнейшая тактика лечения больного?

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

1. К вам, врачу районной поликлиники, обратилась женщина 36 лет с жалобами на появление темного пятна на радужке правого глаза около 6 месяцев назад. Со слов пациентки, образование медленно увеличивается в размерах. При объективном осмотре выявлено: острота зрения обоих глаз 1,0 без коррекции, биомикроскопически справа. При биомикроскопии в цилиарном поясе радужки на 11 ч определяется плотный узел темно-коричневого цвета с бугристой поверхностью и четкими границами 2,5 мм в диаметре. Новообразованные сосуды на поверхности опухоли не видны, небольшой выворот пигментной каймы зрачка в сторону узла, розовый рефлекс с глазного дна, глазное дно без особенностей, ВГД в норме.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. К детскому офтальмологу поликлиники, обратилась женщина с ребенком 7 месяцев, у которого после пребывания на свежем воздухе, особенно на ярком солнце, на веках и коже лица стало появляться покраснение, которое со временем темнеет, кожа стала сухой. При объективном осмотре выявлено: кожа век и лица сухая, тонкая, шелушится, видны расширенные сосуды, множественные участки гиперпигментации кожи

Предположите наиболее вероятный диагноз.

3. В поликлинику сельской больницы обратилась женщина с жалобами на появление узелка на коже нижнего века левого глаза, который периодически изъязвляется. Новообразование, со слов пациентки, растет медленно в течение 2-х лет. Объективно: в средней трети нижнего века левого глаза на коже с захватом интермаргинального края определяется узел розоватого цвета с нечеткими границами, плотный, 4 мм в диаметре, в центре – углубление с язвенной поверхностью, края язвы пологие, плотные, бугристые, вокруг узла – перифокальный дерматит, гиперкератоз, конъюнктивы века перифокально гиперемирована.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

4. К детскому офтальмологу поликлиники обратилась женщина, у трехмесячного ребенка которой на глазном яблоке появилось образование желтого цвета. Объективно: при биомикроскопии правого глаза обнаружено образование конъюнктивы бело-желтого цвета, тестоватой консистенции размером 3 мм около лимба на 7 часах, роговая оболочка прозрачная, розовый рефлекс с глазного дна, ВГД в норме

Предположите наиболее вероятный диагноз.

5. Пациентка 70 лет обратилась к офтальмологу в связи с появлением множественных образований на веках обоих глаз в течение 2-х лет. Объективно: на коже верхних и нижних век – множественные плоские, ровные, белого цвета образования, покрытые множеством чешуек.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

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

1. К лучевым методам исследования, применяемым для диагностики опухолей органа зрения, не относят:

- а) радиофосфорную диагностику;
- б) сцинтиграфию;
- в) магнито-резонансную томографию;
- г) флюоресцентную ангиографию;
- д) компьютерную томографию.

2. Термосимптоматика доброкачественных внутриглазных опухолей, выявляемая методом термографии, включает в себя:

- а) изотермию или невыраженную гипотермию;
- б) изотермию или невыраженную гипертермию;
- в) выраженную гипертермию;
- г) выраженную гипотермию;
- д) невыраженную гипотермию.

3. Тонкоигольная аспирационная биопсия в офтальмологии применяется при:

- а) подозрении на злокачественную опухоль века;
- б) подозрении на внутриглазную сосудистую опухоль;
- в) подозрении на злокачественную опухоль орбиты;
- г) опухолях вершины орбиты;
- д) наличии гемофтальма.

4. Врожденная опухоль кожи века светлорозового или черного цвета, с неровным краями, покрытая сосочковыми разрастаниями и поражающая всю толщу века, называется:

- а) невусом Ота;
- б) гигантским невусом;
- в) голубым невусом;
- г) кавернозной гемангиомой;
- д) внутридермальным невусом.

5. Клинической формой базально-клеточного рака кожи век не является

- а) разрушающая;
- б) разъедающе-язвенная;
- в) склеродермоподобная;
- г) разъедающая;
- д) пигментированная.

9. Методом лечения базально-клеточного рака кожи, не превышающего в максимальном диаметре 12 мм и не распространяющегося на интермаргинальный край, является:

- а) криодеструкция или брахитерапия;
- б) лазерная микрохирургия;
- в) химиотерапия;
- г) протонотерапия;
- д) иммунотерапия.

10. Чаще всего в веки метастазирует рак:

- а) молочной железы;
- б) поджелудочной железы;
- в) щитовидной железы;
- г) печени;
- д) селезенки.

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

1. Эпидемиология опухолей органа зрения. Основные принципы диагностики и лечения новообразований органа зрения.
2. Диагностика и лечение новообразований орбиты.
3. Диагностика и лечение новообразований век, конъюнктивы и слёзоотводящих путей.
4. Современные методы лечения ретинобластомы.
5. Диагностика и лечение новообразований радужки и цилиарного тела.
6. Лазерные методы в лечении внутриглазных новообразований.
7. Современные подходы к лечению увеальной меланомы.

8. Опухоли хориоидеи. Методы лечения.

9. Показания для проведения брахитерапии.

10. Саркомы орбиты. Классификация, клиника, особенности течения, лечение. Прогноз.

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

1. Больная 54 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на появление участка изъязвления на нижнем веке левого глаза в течение 8 месяцев. Объективно: на нижнем веке левого глаза в медиальной трети определяется язвочка 3 мм в диаметре с валикообразными краями, поверхность покрыта геморрагической корочкой, опухоль захватывает интермаргинальный край, при прикосновении кровоточит, пальпебральная конъюнктура перифокально гиперемирована.

Диагноз. Тактика лечения

2. В отделение офтальмоонкологии научно-исследовательского центра госпитализирован пациент, мужчина 60 лет, с направительным диагнозом OD Меланома хориоидеи. С данным диагнозом наблюдается в течение последних 2-х лет. Год назад проведена брахитерапия, с положительным эффектом. За последние 2 месяца отмечился эндофитный рост опухоли до 4 мм, появление новых узлов.

Какова тактика дальнейшего ведения и лечения пациента? Какие исследования необходимо рекомендовать провести пациенту? Развитие каких осложнений можно ожидать у данного пациента? Каковы сроки диспансерного наблюдения и дальнейшая маршрутизация пациента?

3. В глазное отделение для проведения оперативного лечения халазиона госпитализирован пациент, мужчина 70 лет, с направительным диагнозом OS Халазион нижнего века. Образование нижнего века появилось около 2-х лет назад, постепенно увеличивалось в размере, изъязвлялось, периодически кровоточит. У офтальмолога ранее не наблюдался, ежегодную диспансеризацию не проходит. При осмотре образование покрыто кровянистой корочкой, с приподнятыми в виде вала краями, капсула при пальпации не определяется.

Какие заболевание наиболее вероятно у данного пациента? Какова тактика дальнейшего ведения и лечения пациента? Какие исследования необходимо рекомендовать провести пациенту? Прохождение ежегодной диспансеризации могло бы повлиять на текущее состояние и прогноз?

4. К врачу-офтальмологу обратилась мама с ребенком 6 месяцев с жалобой на возникновение косоглазия и посветление зрачка правого глаза у ребенка. Семейный анамнез по органу зрения не отягощен. Беременность и роды проходили без осложнений. Вышеуказанные жалобы отметила около двух недель назад. Со слов матери, ранее ребенок врачом-офтальмологом осмотрен не был.

Какое обследование наиболее информативно для проведения и оценки текущего состояния глаза? Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностики?

5. В глазное отделение для проведения оперативного лечения катаракты госпитализирован пациент, мужчина 57 лет, с направительным диагнозом OS Зрелая катаракта. Пациент отмечает прогрессирующее снижение зрения в течение последнего года. При проведении ультразвукового обследования перед оперативным лечением выявлена плюс-ткань в заднем полюсе, с грибовидным ростом в сторону стекловидной полости из наружных отделов сетчатки, плоскую отслойку сетчатки.

Какие заболевание наиболее вероятно у данного пациента? Какова тактика дальнейшего ведения и лечения пациента? Какие исследования необходимо рекомендовать провести пациенту?

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

1. Особенности лечения опухолей иридоцилиарной зоны.
2. Опухоли слезной железы, клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Опухоли зрительного нерва, классификация, клиническая картина, лечение.
4. Методы лечения доброкачественных опухолей конъюнктивы и роговицы.
5. Методы хирургического лечения опухолей придаточного аппарата глаза, реконструктивно-пластические операции, виды, показания.
6. Энуклеация и экзентерация орбиты как метод выбора лечения внутриглазных опухолей.
7. Современные принципы лечения ретинобластомы, виды химиотерапии.
8. Хирургические доступы при лечении опухолей орбиты, возможные осложнения.
9. Современная стратегия лечения увеальной меланомы: виды органосохранного лечения, показания, противопоказания.
10. Методы лечения доброкачественных опухолей орбиты.

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) преемственность на этапах реабилитации;

г) единую система 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 своевре-

менности 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 работ-

ников 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 пациент 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. Дифференциальную диагностику меланомы кожи век следует проводить со всем кроме:

- а) аденокарцинома мейбомиевой железы;
- б) ангиома с кровоизлиянием;
- в) базально-клеточный рак;
- г) папилломатоз;
- д) пигментный невус;
- е) плоскоклеточный рак;
- ж) себорейный кератоз.

2. Дифференциальный диагноз при подозрении на меланому кожи не проводят с:

- а) гемангиомой;
- б) папилломой кожи века;
- в) пигментной ксеродермой;
- г) пигментным невусом;
- д) плоскоклеточным раком кожи.

3. Для базально-клеточного рака характерно:

- а) гематогенное метастазирование;
- б) лимфогенное метастазирование;
- в) местно-деструктивный рост;
- г) преимущественная локализация на коже конечностей.

4. Для малигнизации пигментного невуса нехарактерно:

- а) быстрый рост невуса;
- б) длительно текущий процесс;
- в) изменение пигментации;
- г) появление красноты в виде асимметричного венчика.

5. Дополнительная диагностика при ЗНО век по показаниям может включать, всё кроме:

- а) Гастродуоденоскопия;
- б) МРТ головного мозга;
- в) МСКТ/Рентгенография лёгких;
- г) ПЭТ- КТ;
- д) УЗИ лимфатических узлов;
- е) УЗИ органов брюшной полости.

6. Какая гистологическая форма рака кожи практически не метастазирует:

- а) базально-клеточный рак;
- б) плоскоклеточный неороговевающий рак;
- в) плоскоклеточный ороговевающий рак;
- г) рак из придатков кожи.

7. Какое из данных новообразований имеет самое агрессивное течение?

- а) аденокарцинома мейбомиевой железы;

- б) базально-клеточный рак;
- в) лимфангиома век;
- г) себорейный кератоз.

8. Какой путь метастазирования чаще всего развивается при плоскоклеточном раке?

- а) гематогенный;
- б) имплантационный;
- в) лимфогенный;
- г) смешанный.

9. Какой тип меланомы кожи имеет самое агрессивное течение?

- а) веретенноклеточная;
- б) все перечисленные;
- в) смешанноклеточная;
- г) эпителиоидноклеточная.

10. Клиническое течение базально-клеточного рака:

- а) быстрое;
- б) длительное;
- в) региональными метастазами;
- г) с отдаленными метастазами.

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

1. Плоскоклеточный рак кожи век чаще развивается в форме:

- а) поверхностной;
- б) экзофитной;
- в) эндофитной;
- г) язвенной.

2. С каким заболеванием прежде всего необходимо дифференцировать халазион?

- а) аденокарцинома мейбомиевой железы;
- б) базально-клеточный рак;
- в) беспигментный невус век;
- г) папиллома век.

3. Стандартный диагностический алгоритм при ЗНО кожи век не включает:

- а) визуальный осмотр опухоли и всего кожного покрова;
- б) инцизионная биопсия;
- в) пальпаторное исследование лимфатических узлов;
- г) пальпаторное исследование опухоли.

4. Факторы риска развития ЗНО век, все кроме:

- а) воздействие на кожи вредных веществ;
- б) питание;
- в) повышенная фоточувствительность;
- г) различные виды излучения;
- д) солнечная инсоляция;
- е) фенотипические особенности.

5. Опухоль кожи век, имеющая вид подкожно расположенных узлов ярко-красного или синеватого цвета, носит название:

- а) пиогенной гранулемы
- б) капиллярной гемангиомы
- в) невуса Ота
- г) эпителиомы Малерба
- д) базально-клеточного рака

6. Аденокарцинома мейбомиевой железы среди всех опухолей век занимает:

- 1) 15%;
- 2) 5 %;
- 3) более 20%;
- 4) менее 1%.

7. В стандартное офтальмологическое обследование пациента с ЗНО кожи век не входит:

- а) биомикроскопия;
- б) визометрия;
- в) гониоскопия;
- г) офтальмоскопия;
- д) пахиметрия;
- е) периметрия;
- ж) тонометрия.

8. Выделите неверное положение в характеристике меланомы:

- а) злокачественная;
- б) метастазирует;
- в) может быть беспигментной;
- г) растет экспансивно;
- д) рецидивирует

9. Выделите неверное положение в характеристике невуса:

- а) всегда малигнизируется;
- б) может быть беспигментным;
- в) опасен при наличии дисплазии;
- г) опухолеподобное образование;
- д) типичная локализация кожи.

10. Для оценки распространённости процесса при аденокарциноме мейбомиевой железы Рентгенографию/МСКТ лёгких проводят:

- а) 1 раз в 2 года;
- б) 1 раз в 3 месяца;
- в) 1 раз в 6 месяцев;
- г) 1 раз в год;
- д) не проводят.

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

1. К доброкачественным новообразованиям кожи век относятся все, кроме:

- а) папилломы;
- б) кератоакантомы;
- в) цистаденомы;
- г) аденокарциномы мейбомиевой железы;
- д) сириномы.

2. Энуклеация показана при следующих опухолях радужки:

- а) меланоцитоме;
- б) капиллярной гемангиоме;
- в) меланоме тапиока;
- г) анулярной меланоме;
- д) невусе.

3. К глиальной опухоли сетчатки относится:

- а) капиллярная гемангиома;
- б) астроцитомы;
- в) кавернозная гемангиома;

- г) гиперплазия пигментного эпителия;
- д) ретинобластома.

4. Для ретинобластомы характерно:

- а) мультифокальный рост, сателлиты в стекловидном теле, лейкокория, косоглазие;
- б) одностороннее поражение, аспидный очаг;
- в) опухоль малинового цвета с синюшным оттенком, состоящая из многочисленных отдельных тонкостенных сосудистых узелков;
- г) медленный рост, плоский очаг серовато-зеленоватого цвета;
- д) цвет опухоли интенсивно-черный, локализация – папиллярная.

5. Угроза метастазирования возможна при обнаружении следующих опухолей конъюнктивы:

- а) капиллярной гемангиоме;
- б) фиброзной гистиоцитоме;
- в) прогрессирующем невусе;
- г) чешуйчато-клеточном раке;
- д) первичном приобретенном меланозе.

6. Наиболее часто встречаемая локализация магноцеллюлярного невуса (меланоцитомы) хориоидеи:

- а) экваториальная;
- б) периферическая;
- в) папиллярная;
- г) центральная;
- д) парамакулярная.

7. Для оценки распространённости процесса при аденокарциноме мейбомиевой железы УЗИ органов брюшной полости и лимфатических узлов проводят:

- а) 1 раз в 2 года;
- б) 1 раз в 3 месяца;
- в) 1 раз в 6 месяцев;
- г) 1 раз в год;
- д) не проводят.

8. Наиболее информативный метод диагностики рака кожи:

- а) УЗИ;
- б) иммунологический;
- в) морфологическое исследование;
- г) ответ на пробное лечение.

9. Частота метатипического рака в структуре опухолей кожи составляет:

- а) 0,18-2%;
- б) 13,4%;
- в) до 10%;
- г) менее 5 %.

10. Меланома кожи развивается на основе:

- а) витилиго;
- б) внутридермального невуса;
- в) лентиго;
- г) меланоцитарной дисплазии;
- д) пигментного пятна.

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

1. Основным методом лечения кератоакантомы век является:

- а) короткодистанционная рентготерпия;

- б) криодеструкция;
- в) хирургическое удаление;
- г) лазериспарение;
- д) дистанционная лучевая терапия.

2. Основным методом лечения кавернозной гемангиомы кожи век является:

- а) криодеструкция;
- б) хирургическое иссечение;
- в) лазериспарение;
- г) брахитерапия;
- д) дистанционная лучевая терапия.

3. Транспупиллярная термотерапия, как метод лечения меланом хориоидеи может быть использован при:

- а) постэкваториальной локализации опухоли с диаметром до 12 мм и проминенцией до 4 мм;
- б) экваториальной локализации меланомы;
- в) опухолях до 1,5 мм толщиной;
- г) предэкваториальной локализации опухоли с диаметром до 12 мм и проминенцией до 4 мм;
- д) выходе опухоли за пределы фиброзной капсулы глаза.

4. Энуклеация, как метод лечения ретинобластомы, применяется при:

- а) распространении опухоли через склеру;
- б) при опухолях до 10 мм в диаметре;
- в) при размере опухоли до 3 d ДЗН;
- г) опухоли, занимающей половину объема полости глаза и более;
- д) опухоли, занимающей до 1/3 объема полости глаза.

5. Какое лечение является оптимальным при базальноклеточном раке кожи 1 стадии на лице:

- а) близкофокусная рентгенотерапия;
- б) комбинированное лечение;
- в) химиотерапия;
- г) хирургическое.

6. Криотерапия применяется при:

- а) аденокарцинома мейбомиевой железы;
- б) базально-клеточный рак век;
- в) меланома кожи век;
- г) метатипический рак кожи век;
- д) плоскоклеточный рак век.

7. Предпочтительный метод лечения злокачественных опухолей кожи век:

- а) комбинированный;
- б) криотерапия;
- в) лазерный;
- г) лучевой;
- д) фотодинамическая терапия;
- е) хирургический.

8. При хирургическом удалении меланомы кожи век, предпочтительный отступ от границ опухоли:

- а) не менее 10 мм;
- б) не менее 15 мм;
- в) не менее 3 мм;
- г) не менее 5 мм. 30.

9. При хирургическом удалении плоскоклеточного рака кожи век, предпочтительный отступ от границ опухоли:

- а) не менее 10 мм;
- б) не менее 15 мм;

в) не менее 3 мм;

г) не менее 5 мм.

10. Фотодинамическая терапия, как изолированный метод лечения, применяется для опухолей кожи век:

а) аденокарцинома мейбомиевой железы;

б) базально-клеточный рак век;

в) меланома кожи век;

г) метатипический рак кожи век;

д) плоскоклеточный рак век.

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

1. Частота возникновения рецидивов после хирургического лечения меланомы кожи век составляет:

а) 10,5%;

б) 2-3%;

в) 30%;

г) более 25%;

д) менее 5 %.

2. Что особенно важно знать врачу для успешного хирургического лечения злокачественных опухолей кожи век?

а) клиническую симптоматику;

б) методы реконструктивно-пластической хирургии;

в) онкологические правила удаления опухолей;

г) частоту встречаемости опухолей.

3. При меланоме кожи век противопоказано:

а) хирургическое лечение с использованием лазерного скальпеля

б) брахитерапия

в) лучевая терапия с использованием узкого медицинского протонного пучка

г) хирургическое лечение с применением электроножа

д) криодеструкция

4. К пигментным новообразованиям конъюнктивы относятся все, кроме:

а) стационарного невуса

б) прогрессирующего невуса

в) лимфангиомы

г) голубого невуса

д) первичного приобретенного меланоза.

5. Показаниями к брахитерапии при увеальной меланоме являются все, кроме:

а) единственного опухолевого очага

б) проминенции опухоли не более 5 мм

в) распространения опухоли на цилиарное тело

г) диаметра опухоли не более 14 мм

д) локализации заднего края опухоли на расстоянии 3 мм от диска зрительного нерва

6. Выбор метода лечения не определяется:

а) анатомо-топографической локализацией;

б) возрастом пациента;

в) желанием пациента;

г) клинико-морфологическими особенностями опухоли;

д) наличием сопутствующей патологии;

е) распространённостью.

7. При минимальных дефектах после удаления опухоли, какой вид пластики предпо-

чителен?

- а) лепестковым лоскутом на ножке;
- б) прямое ушивание раны;
- в) свободным кожным лоскутом;
- г) транспозиционным полнослойным лоскутом.

8. При узловой форме базально-клеточного рака граница иссечения от здоровой кожи должна быть не менее:

- а) 10 мм;
- б) 3 мм;
- в) 5 мм;
- г) не нужно отступать.

9. При язвенной форме базально-клеточного рака граница иссечения от здоровой кожи должна быть не менее:

- а) 10 мм;
- б) 3 мм;
- в) 5 мм;
- г) не нужно отступать.

10. Лечение ретинобластомы групп В, С, Д и Е является:

- а) хирургическим
- б) химиотерапевтическим
- в) лучевым
- г) комбинированным

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

1. Больной 65 лет обратил внимание на снижение зрения левого глаза. При осмотре: острота зрения левого глаза составляет светоощущение с неправильной проекцией света, передний отрезок глазного яблока не изменен, оптические среды прозрачные, офтальмоскопически на периферии глазного дна визуализируется объемное образование округлой формы желто-коричневого цвета, субтотальная отслойка сетчатки.

Предположите наиболее вероятный диагноз? Какое лечение должно быть назначено пациенту?

2. Пациент Ж. обратился к офтальмологу с жалобами на появление на коже нижнего века образования, которое постепенно увеличивается. Визометрия Visus OU = 1,0. онометрия: ВГД OU – 16 мм.рт.ст. Периметрия OU – поле зрения в норме. Биомикроскопия: OU – спокойны, начальные помутнения под задней капсулой хрусталика, нитчатая деструкция стекловидного тела. На коже нижнего века слева небольшой безболезненный узел на широком основании, хорошо смещаемый вместе с кожей, в центре которого имеется изъязвляющееся западение, края вокруг западения каллезные. Прямая офтальмоскопия: диски зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, очаговой патологии не выявлено

Ваш диагноз? Способы диагностики? Лечение?

3. В глазное отделение для проведения оперативного лечения катаракты госпитализирован пациент, мужчина 57 лет, с направительным диагнозом OS Зрелая катаракта. Пациент отмечает прогрессирующее снижение зрения в течение последнего года. При проведении ультразвукового обследования перед оперативным лечением выявлена плюс-ткань в заднем полюсе, с грибовидным ростом в сторону стекловидной полости из наружных отделов сетчатки, плоскую отслойку сетчатки.

Какие заболевание наиболее вероятно у данного пациента? Какова тактика дальнейшего ведения и лечения пациента? Какие исследования необходимо рекомендовать провести пациенту?

4. Больная 54 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на появление участка изъязвления на нижнем веке левого глаза в течение 8 месяцев. Объективно: на нижнем веке левого глаза в медиальной трети определяется язвочка 3 мм в диаметре с валикообразными краями, поверхность покрыта геморрагической корочкой, опухоль захватывает интермаргинальный край, при прикосновении кровоточит, пальпебральная конъюнктива перифокально гиперемирована.

Диагноз. Тактика лечения

5. В отделение офтальмоонкологии научно-исследовательского центра госпитализирован пациент, мужчина 60 лет, с направительным диагнозом OD Меланома хориоидеи. С данным диагнозом наблюдается в течение последних 2-х лет. Год назад проведена брахитерапия, с положительным эффектом. За последние 2 месяца отмечился эндофитный рост опухоли до 4 мм, появление новых узлов.

Какова тактика дальнейшего ведения и лечения пациента? Какие исследования необходимо рекомендовать провести пациенту? Развитие каких осложнений можно ожидать у данного пациента? Каковы сроки диспансерного наблюдения и дальнейшая маршрутизация пациента?

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

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 ПК-3 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-3.2)

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-3.3)

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. 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. 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-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-4.2)

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-4.3)

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.