

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ЛАЗЕРНАЯ ОФТАЛЬМОХИРУРГИЯ**

Специальность 31.08.59 Офтальмология

Кафедра: глазных болезней

Форма обучения \_очная

Владимир  
2023

## 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Лазерная офтальмохирургия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Лазерная офтальмохирургия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Лазерная офтальмохирургия» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6.	Текущий	Раздел 1. Лазерное лечение патологии сетчатки Раздел 2. Лазерное лечение глаукомы, вторичной катаракты	Ситуационные задачи
	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тестовые задания, собеседование

### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

4.1 Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач

Перечень ситуационных задач для оценки компетенций: УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	<b>001</b>
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и/или состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты, установления диагноза
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты, контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/03.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	А/04.8	Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты
	А/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
	А/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациент В., 71 год, 2 года назад оперирован по поводу катаракты обоих глаз. В течение последних месяцев заметил постепенное снижение зрения правого глаза. Объективно: острота зрения правого глаза 0,1 н. глазное яблоко спокойное, передняя камера глубокая, собственный хрусталик отсутствует, в задней камере ИОЛ, положение правильное, задняя капсула фиброзирована, содержит пласты вакуолей, розовый рефлекс с глазного дна ослаблен.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Вторичная катаракта правого глаза
P2	-	Ответ верный, диагноз установлен правильно.
P1	-	Ответ неполный, не уточнена этиология помутнения хрусталика
P0	-	Ответ неверный. Диагноз не установлен или неверен.
В	2	Обоснуйте диагноз.
Э	-	Наличие в анамнезе оперативного лечения катаракты, снижение остроты зрения правого глаза до 0,1 с отсутствием коррекции, выявляемое биомикроскопически отсутствие нативного хрусталика, наличие ИОЛ в задней камере глаза, фиброз задней капсулы с пластами дегенерировавших эпителиальных клеток в виде вакуолей, ослабление розового рефлекса с глазного дна.
P2	-	Ответ верный, учтены все диагностические критерии
P1	-	Ответ неполный, часть диагностических признаков упущена или

		названа неверно
P0	-	Ответ неверный, диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	Какое лечение должно быть назначено пациенту?
O	-	1. ИАГ-лазерная дисцизия задней капсулы хрусталика правого глаза в плановом порядке. 2. Предоперационная подготовка: левофлоксацин 0,5% 4 раза, диклофенак 0,1% 4 раза, тропикамид 1% 2 раза.
P2	-	Ответ полный, все необходимые лечебные мероприятия перечислены
P1	-	Ответ неполный, не все лечебные мероприятия перечислены
P0	-	Ответ неверный. Лечебные мероприятия не указаны или указаны неверно.
B	4	Какие формы вторичной катаракты вам известны?
Э	-	1. «Шары (жемчужины)» Адамюка-Эльшнига на задней капсуле хрусталика, представляющие собой пролиферирующие эпителиальные клетки передней капсулы хрусталика. 2. Фиброз задней капсулы за счет метаплазии эпителиальных клеток.
P2	-	Ответ верный. Указаны все клинические формы вторичной катаракты
P1	-	Ответ неполный. Указаны не все формы вторичной катаракты или одна из них указана неверно
P0	-	Ответ неверный. Неправильно указаны формы вторичной катаракты или не указаны вообще
B	5	Какие факторы риска развития вторичной катаракты вам известны?
Э	-	Возраст, пол, клиническая рефракция, наличие сопутствующей патологии (псевдоэкзофолиативный синдром), тип хирургической техники, вид искусственного хрусталика.
P2	-	Ответ верный. Факторы риска перечислены верно и в полном объеме
P1	-	Ответ неполный, Факторы риска указаны частично
P0	-	Ответ неверный. Факторы риска указаны неверно или не указаны вообще
H	-	<b>002</b>
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Во время вашего ночного дежурства у медсестры приемного отделения, 55 лет, внезапно развилась резкая боль в левом глазу, иррадиирующая в левую половину головы, зубы, ухо. Имела место рвота, пульс замедлен, АД 180/100 мм ртутного столба. Со слов больной, в последнее время отмечались периодические приступы затуманивания зрения, радужные круги при взгляде на источник света, чувство тяжести и явления слезотечения обоих глаз. При внешнем осмотре выявилось умеренное сужение левой глазной щели, покраснение левого глазного яблока, мутная роговица и

		расширенный зрачок слева, который почти не реагирует на свет. Больная различает этим глазом лишь предметы у лица. Пальпаторно левый глаз более плотный по сравнению с правым глазом.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый приступ закрытоугольной глаукомы на левом глазу
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно определена патогенетическая форма глаукомы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз острого приступа закрытоугольной глаукомы установлен на основании: - жалоб больного на резкую боль в левом глазу, иррадирующую в левую половину головы, зубы, ухо, слезотечение, тяжесть в глазу, радужные круги при взгляде на источник света, тошноту, рвоту; - данных объективного исследования (умеренное сужение левой глазной щели, покраснение левого глазного яблока, мутная роговица, расширенный зрачок с отсутствием реакции на свет, острота зрения равна счету пальцев у лица, повышенный тонус левого глаза при пальпаторном исследовании).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э	-	При остром приступе глаукомы требуется неотложная медицинская помощь, основной целью является снизить внутриглазное давление и нормализовать метаболизм в тканях глаза и зрительном нерве. Начинают с инстилляций пилокарпина 2% в течение 1-го часа каждые 15 мин, 2-го часа – 3 раза, 3-го часа – 2 раза, затем 6 раз в день; 2 раза в день инстиллируют раствор бета-блокаторов (тимолол 0.5% или бетаксолол 0.5%), одновременно применяют ингибиторы карбоангидразы местно (бринзоламид 1% или дорзоламид 2%) и системно ацетозоламид 500 или 1000 мг однократно. При отсутствии компенсации внутриглазного давления через 3 ч добавляют осмотические диуретики – глицерин 50% 50 мл внутрь или манитол 25% 200 мл в/в капельно. После проведения неотложных мероприятий больного направляют на стационарное лечение.
P2	-	Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно, правильно указаны дозировки лекарственных средств
P1	-	Ответ не полный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства выбраны неверно.
В	4	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при

		данной патологии?
Э	-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым иридоциклитом, который тоже сопровождается болями в глазу и голове. Необходимо учесть, что роговица при остром приступе мутная, а при ирите – прозрачная. Передняя камера при глаукоме мелкая, а при ирите не изменяется. Зрачок при глаукоме широкий, а при ирите сужен. При глаукоме не изменяется цвет радужки. Внутриглазное давление при глаукоме повышено, а при ирите нормальное или снижено. Для глаукомы характерны типичные изменения головки зрительного нерва, при иридоциклите диск зрительного нерва не изменяется.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациентки.
Э	-	С целью предупреждения повторных атак закрытоугольной глаукомы больной должен быть направлен на лазерную или хирургическую иридэктомию на обоих глазах. Профилактическая базальная лазерная иридотомия на парном глазу выполняется при анатомическом сходстве состояния УПК с глаукомным глазом. За больным устанавливается диспансерное наблюдение. Осмотр офтальмолога каждые 3 месяца: измерение внутриглазного давления, осмотр глазного дна, определение полей зрения каждые 6 месяцев.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
Н	-	<b>003</b>
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больная К., 47 лет, обратилась к Вам, дежурному терапевту районной поликлиники с жалобами на интенсивные ломящие боли в обоих глазах, иррадиирующие в лобную область, затылок, однократно была рвота, не принесящая облегчения. Со слов больной имеет низкое зрение с детских лет, пользуется «плюсовыми» очками для дали и для чтения. В дни, предшествующие ухудшению состояния, отмечала снижение остроты зрения даже при использовании очков, а также появление радужных кругов при взгляде на источник света. При осмотре: умеренная застойная инъеция обоих глазных яблок, роговицы непрозрачные, передняя камера обоих глаз мелкая, зрачки расширены, на свет не реагируют. При пальпации глазные яблоки «каменной» плотности.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый приступ узко-закрытоугольной глаукомы. Описанные симптомы являются следствием резкого повышения

		внутриглазного давления, что характерно для острого приступа закрытоугольной глаукомы. Гиперметропия является фактором риска развития закрытоугольной глаукомы.
P2	-	Ответ верный. Диагноз поставлен верно, с учетом данных анамнеза, факторов риска и объективной картины.
P1	-	Ответ неполный. Диагноз неточен, не уточнена форма глаукомы.
P0	-	Ответ неверный. Нозология не определена.
B	2	Какой объем первой врачебной помощи необходимо выполнить в данном случае?
Э	-	При остром приступе глаукомы требуется неотложная медицинская помощь, основной целью является снизить внутриглазное давление и нормализовать метаболизм в тканях глаза и зрительном нерве. Начинают с инстилляций пилокарпина 2% в течение 1-го часа каждые 15 мин, 2-го часа – 3 раза, 3-го часа – 2 раза, затем 6 раз в день; 2 раза в день инстиллируют раствор бета-блокаторов (тимолол 0.5% или бетаксолол 0.5%), одновременно применяют ингибиторы карбоангидразы местно (бринзоламид 1% или дорзоламид 2%) и системно ацетозоламид 500 или 1000 мг однократно. При отсутствии компенсации внутриглазного давления через 3 ч добавляют осмотические диуретики – глицерин 50% 50 мл внутрь или манитол 25% 200 мл в/в капельно. После проведения неотложных мероприятий больного направляют на стационарное лечение.
P2	-	Ответ верный. Объем первой врачебной помощи указан верно
P1	-	Ответ не полный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства выбраны неверно.
B	3	Какая группа препаратов имеет наибольшее значение в медикаментозном лечении данной патологии и почему?
O	-	При медикаментозном лечении закрытоугольной глаукомы наибольшее значение имеют м-холиномиметические препараты. Действие основано на сужении зрачка, что способствует оттягиванию корня радужки от фильтрационной зоны и улучшению оттока через трабекулярный аппарат.
P2	-	Ответ верен. Правильно названа группа препаратов и описан основной механизм действия
P1	-	Ответ неполный. Правильно названа группа, не описан механизм действия.
P0	-	Ответ неверный. Неправильно указана группа препаратов.
B	4	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э	-	Закрытоугольная глаукома протекает приступообразно с периодически возникающими частичными или полными блокадами угла передней камеры. С целью предупреждения повторных атак используют лазерную или хирургическую иридэктомию. Лазерная иридэктомия на втором глазу проводится при анатомическом сходстве состояния УПК с глаукомным глазом. Диспансерное наблюдение, частота визитов зависит от стадии заболевания, тяжести течения, выраженности оптиконейропатии.

P2	-	Ответ полный. Тактика ведения определена верно.
P1	-	Ответ неполный. Не все мероприятия включены в план ведения.
P0	-	Ответ неверный. Тактика ведения не определена.
B	5	Какие еще заболевания глаза могут сопровождаться развитием вторичной закрытоугольной глаукомы?
Э	-	Передний увеит (иридоциклит) вследствие сращения или зарращения зрачка, либо при формировании передний синехий. Факоморфическая глаукома, сопровождающаяся бомбажем радужки Фактопическая глаукома при смещении хрусталика в область зрачка или переднюю камеру. Неопластическая глаукома при внутриглазных опухолях. Тотальный гемофтальм.
P2	-	Ответ полный, перечислены все заболевания глаза, сопровождающиеся развитием вторичной закрытоугольной глаукомы.
P1	-	Ответ неполный. Часть нозологий упущена
P0	-	Ответ неверный. Нозологии не определены, или названы неверно.
H	-	<b>004</b>
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	К Вам, дежурному терапевту ЦРБ, обратилась пациентка В., 78 лет, с жалобами на резко развившуюся слепоту левого глаза, ощущение тумана и плавающих теней и мушек перед правым глазом. Больная страдает сахарным диабетом II типа на протяжении 25 лет, находится на заместительной инсулинотерапии последние 15 лет. Из сопутствующей патологии – гипертоническая болезнь 3ст, риск 4. При осмотре: глазные яблоки спокойны, роговица - гладкая, блестящая, рефлекс с глазного дна правого глаза ослаблен, рефлекс с глазного дна левого глаза отсутствует. Пациентка 2 недели назад проходила осмотр офтальмодиабетолога, которым был выставлен диагноз: Диабетическая пролиферативная ретинопатия обоих глаз. Осложненная незрелая катаракта обоих глаз. В плане лечения была рекомендована лазеркоагуляция сетчатки.
B	1	Что, по Вашему мнению, послужило причиной внезапной слепоты в данном случае?
Э	-	Причиной внезапной слепоты в данном случае послужило кровоизлияние в стекловидное тело, которое часто осложняет течение диабетической ретинопатии в пролиферативной стадии.
P2	-	Ответ верный. Причина внезапной слепоты указана верно
P1	-	Ответ неполный. Не указана анатомическая область поражения
P0	-	Ответ неверный, причина снижения зрения не указана или определена неверно.
B	2	Перечислите стадии диабетической ретинопатии (ДР) по классификации ВОЗ.
Э	-	Классификация ВОЗ делит диабетическую ретинопатию на 3 стадии: непролиферативная, препролиферативная и пролиферативная.



P2	-	Ответ верный, перечислены все стадии ДР
P1	-	Ответ неполный, не все стадии ДР перечислены
P0	-	Ответ неверный, стадии не указаны.
В	3	Назовите средства медикаментозной терапии, используемые при данной патологии.
Э	-	Задачами лечения нетравматического гемофтальма являются ускорение процессов гемолиза и фибринолиза. В первые 1-2 дня применяют гемостатические средства: этамзилат 12.5% в/м и парабульбарно, кальция хлорид 10%. Для ускорения гемолиза вводят осмотические препараты: маннитол, гипертонические растворы натрия хлорида или глюкозы. Для ускорения лизиса фибринового сгустка, через 2-3 дня, применяют фибринолитики: гемаза 5000 ЕД п/б. Системная ферментная терапия может включать : вобэнзим или флогэнзим в течение нескольких месяцев.
P2	-	Ответ полный. Все основные средства медикаментозной терапии перечислены
P1	-	Ответ неполный, не все основные средства медикаментозной терапии перечислены
P0	-	Ответ неверный, лекарственные средства не названы или названы неверно.
В	4	Определите алгоритм офтальмологического ведения пациентов с сахарным диабетом.
Э	-	Пациенты с сахарным диабетом должны осматриваться офтальмологом не реже 1 раза в год. При развитии ретинопатии – чаще. С I стадией ДР - один раз в 6-8 мес, со II стадией ДР - один раз в 3-4 мес, с III стадией - раз в 2-3 мес. Раннее лечение тяжелой пролиферативной или ранней пролиферативной ретинопатии аргоновой лазеркоагуляцией может предотвратить тяжелые осложнения. При развитии тяжелой пролиферативной ДР, осложненной гемофтальмом или тракционной отслойкой сетчатки показана витрэктомия. Эндокринолог осуществляет коррекцию сахарного диабета, нарушений липидного обмена и нормализацию артериального давления.
P2	-	Ответ полный, алгоритм раскрыт полностью
P1	-	Ответ неполный. Тактика ведения больного полностью не определена
P0	-	Ответ неверный. Алгоритм ведения больных не описан или описан неверно.
В	5	Какие ещё заболевания глаза сопровождаются внезапным и значительным снижением зрительных функций?
Э	-	Внезапным и значительным снижением зрительных функций сопровождаются нарушения кровообращения сосудов сетчатки (тромбоз ЦВС, эмболия ЦАС), нарушения кровообращения в системе зрительного нерва, отслойка сетчатки, кровоизлияния в центральные отделы сетчатки или стекловидное тело, контузии тяжелой степени,

		ожоги глаз тяжелой степени, открытые травмы глаз, ранение глазницы при сдавлении зрительного нерва костными отломками, неврит зрительного нерва, токсические поражения зрительного нерва, острый приступ глаукомы, центральные хориоретиниты, дислокация хрусталика.
P2	-	Ответ полный, перечислены все возможные заболевания, сопровождающиеся внезапной и значительной утратой зрительных функций.
P1	-	Ответ неполный, не все заболевания перечислены.
P0	-	Ответ неверный. Заболевания не указаны или указаны неверно.
H	-	<b>005</b>
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больная Ю., 28 лет, находится в отделении патологии беременных, полторы недели назад были естественные срочные роды. В анамнезе миопия обоих глаз, носила очки с десяти лет. При плановом обследовании на поздних сроках беременности офтальмологом был выставлен диагноз: Миопия средней степени обоих глаз, периферическая хориоретинальная дистрофия по типу «бульжной мостовой». К вам, дежурному врачу обратилась с жалобами на внезапное снижение зрения и ощущение колышущейся пелены с назальной стороны правого глаза.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	У пациентки первичная регматогенная отслойка сетчатки правого глаза.
P2	-	Ответ верный. Диагноз поставлен верно.
P1	-	Ответ неполный, неправильно определен патогенетический вид отслойки.
P0	-	Ответ неверный. Диагноз не установлен или неверный.
В	2	Обоснуйте Ваш диагноз.
Э	-	Предполагаемый диагноз установлен 1. На основании жалоб на появление темной завесы перед глазом и снижение зрения. 2. На основании данных анамнеза: миопия средней степени с наличием периферической хориоретинальной дегенерации. 3. Основным провоцирующим фактором в данном случае послужили естественные срочные роды.
P2	-	Ответ верный. Диагноз обоснован верно. Учтены все диагностические критерии и факторы риска.
P1	-	Ответ неполный. Не все диагностические критерии и факторы риска учтены.
P0	-	Ответ неверный. Диагностические критерии установлены неверно.
В	3	Какие неотложные мероприятия должны быть выполнены до осмотра узким специалистом?
О	-	Мероприятий неотложной помощи включают строгий постельный режим и бинокулярную повязку.
P2	-	Ответ полный. Объем экстренных мероприятий определен верно

P1	-	Ответ неполный, не все мероприятия неотложной помощи указаны.
P0	-	Ответ неверный, мероприятия первой помощи не указаны или указаны неверно.
B	4	Определите тактику дальнейшего ведения больной.
Э	-	Пациентка должна быть направлена на хирургическое лечение. Целью хирургического лечения является выявление и закрытие ретинальных разрывов, достижение анатомического прилегания сетчатки. Методы хирургии делятся на экстрасклеральные (вмешательство производится на поверхности склеры) и эндовитреальные (вмешательство проводится изнутри глазного яблока). В дальнейшем больной должна быть проведена профилактическая лазеркоагуляция сетчатки.
P2	-	Ответ полный. Тактика ведения больной определена верно.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный. Тактика ведения больной не определена или определена неверно.
B	5	Назовите основные факторы риска, приводящие к развитию данного заболевания.
Э	-	Отслойка развивается при истончении и разрывах в зоне дистрофий сетчатки. Чаще всего таких как: решетчатая, кистевидная, ретиношизис, «след улитки». К факторам риска также относятся высокая осложненная близорукость, травмы глаза (проникающие или контузии), наличие отслойки на одном глазу или у ближайших родственников. При происхождении отслойки сетчатки обусловлена выраженным натяжением со стороны стекловидного тела в области витреоретинальных сращений даже без образования разрыва.
P2	-	Ответ верный. Все факторы риска перечислены.
P1	-	Ответ частичный, не все факторы риска указаны.
P0	-	Ответ неверный. Факторы риска не указаны или указаны неверно.
H	-	<b>006</b>
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент 70 лет обратился в офтальмологическую клинику с жалобами на слепоту правого глаза, боли в правом глазу. По данным амбулаторной карты, 10 лет назад был установлен диагноз первичной открытоугольной II «В» глаукомы правого глаза, I «А» глаукомы левого глаза. Пациенту были назначены гипотензивные препараты (тимолол, ксалатан), которые он капал нерегулярно. 2 года назад правый глаз ослеп. При осмотре правого глаза обнаружена застойная инъекция глазного яблока, роговица отечная, буллезно изменена в центре, хрусталик мутный частично С2, рефлекс с глазного дна ослаблен, детали глазного дна не видны, ВГД правого глаза=36 мм рт.ст., острота зрения ОД=0.</p> <p>При осмотре левого глаза: острота зрения=0,3 н/к, глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, помутнение хрусталика С1, розовый рефлекс с глазного дна, на глазном дне – ДЗН сероватый, локальная краевая экскавация, ВГД=20 мм рт.ст., при периметрии – скотома Бьеррума, сужение периферических границ на 12 градусов с носовой стороны.</p>

В	1	Сформулируйте полный клинический диагноз на момент исследования.
Э	-	Первичная открытоугольная болящая IV «С» глаукома правого глаза, первичная открытоугольная II «А» глаукома левого глаза. Осложненная начальная катаракта обоих глаз.
P2	-	Диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Диагноз сформулирован неполностью: допущены ошибки в определении стадии глаукомы или уровня ВГД на одном из глаз.
P0	-	Диагноз сформулирован неверно. Неправильно определена стадия глаукомы на обоих глазах и уровень ВГД.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании: - жалоб пациента на слепоту правого глаза и снижение зрения левого глаза, боли в правом глазу - данных анамнеза (глаукомой страдает около 10 лет, гипотензивные средства закапывал нерегулярно, 2 года назад правый глаз ослеп) - данных объективного исследования (ОД: застойная инъекция глазного яблока, отек роговицы с буллезными изменениями, помутнение хрусталика С2, ВГД=36 мм рт.ст. OS: острота зрения=0,3 н/к, глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, помутнение хрусталика С1, розовый рефлекс с глазного дна, на глазном дне – ДЗН сероватый, локальная краевая экскавация, ВГД=20 мм рт.ст., при периметрии – скотома Бьеррума, сужение периферических границ на 12 градусов с носовой стороны.)
P2	-	Диагноз обоснован верно, указаны все диагностические критерии.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не все диагностические критерии указаны.
P0	-	Диагноз не обоснован или обоснован полностью неверно.
В	3	Определите тактику ведения данного пациента.
О	-	Прежде всего, в связи с декомпенсацией ВГД правого глаза, необходимо назначить максимальный гипотензивный режим пациенту (азарга+ксалатан, или азарга+траватан, косопт+тафлотан, ганфорт+азопт). При отсутствии снижения ВГД левого глаза до 26 мм рт. ст. решить вопрос о возможности выполнения диодной транссклеральной циклокоагуляции правого глаза.
P2	-	Ответ верный, тактика ведения пациента определена верно.
P1	-	Ответ неполный, есть ошибки в выборе гипотензивных средств или методе хирургического лечения.
P0	-	Ответ неверный. Допущены грубые ошибки в определении тактики ведения пациента.
В	4	В чем заключается смысл проведения диодной транссклеральной циклокоагуляции правого глаза у данного пациента?
Э	-	Задача лечения терминальной стадии глаукомы – это сохранить слепой глаз (предотвращение энуклеации глаза как калечащей операции) и ликвидировать болевой синдром за счет снижения ВГД.

		Диодная транссклеральная циклокоагуляция заключается в нанесении ожогов на склеру в проекции реснитчатой части цилиарного тела с помощью диодного лазера, за счет чего разрушаются ресничные отростки цилиарного тела и уменьшается выработка внутриглазной жидкости, следовательно снижается внутриглазное давления. Данная процедура выполняется только на слепых глазах.
P2	-	Ответ верный. Дано обоснование применения диодной транссклеральной циклокоагуляции при терминальной стадии глаукомы.
P1	-	Ответ неполный, допущены неточности в раскрытии сущности данного метода.
P0	-	Ответ неверный. Обоснование применения метода циклокоагуляции не указано или полностью неверно.
B	5	Какие параметры лазерного излучения являются общепринятыми в ходе выполнения диодной транссклеральной циклокоагуляции?
Э	-	1. Лазерные аппликаты наносятся на расстоянии 1,5-2 мм от лимба, мощность излучения 1000-2500 мВт, экспозиция 0,5-3 с, количество аппликаций – 15-40, которые наносятся равномерно по окружности на 180-360 градусов.
P2	-	Ответ верный, верно указаны все параметры излучения
P1	-	Ответ неполный, указаны не все параметры излучения или в некоторых из них допущены ошибки
P0	-	Ответ неверный, большая часть параметров лазерного излучения указана не верно или не указана вообще
H	-	<b>007</b>
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	К дежурному офтальмологу приемного покоя обратилась женщина 73 лет, у которой на фоне резкого повышения артериального давления до 200/110 мм рт. ослеп правый глаз. Артериальное давление было снижено медикаментозно до 150/90 мм рт.ст., однако зрение не восстановилось. Гипертонической болезнью страдает около 30 лет, лекарства принимает, рабочее артериальное давление 150/80 мм рт.ст. Сахарным диабетом не страдает. Объективно при осмотре обнаружено: острота зрения правого глаза счет пальцев у лица, левого глаза 0,8 н/к. ОД: глазное яблоко спокойное, начальное помутнение ядра хрусталика, на глазном дне – ДЗН отечен, гиперемирован, сливается с окружающей сетчаткой, вены темные, расширены, извиты, артерии сужены, а:в=1:3, масса интратетинальных кровоизлияний, покрывающих все глазное дно, очаги экссудации, макулярный отек, ВГД в норме. ОС: глазное яблоко спокойное, начальные помутнения ядра хрусталика, на глазном дне – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, а:в=1:3, Salus I-II, ВГД в норме.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Тромбоз центральной вены сетчатки правого глаза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указана

		анатомическая локализация процесса
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: - жалоб больной на резкое безболезненное снижение зрения - данных анамнеза (пациентка пожилого возраста страдает гипертонической болезнью) - данных объективного исследования (снижение зрения правого глаза до счета пальцев у лица, на глазном дне при исследовании с широким зрачком - ДЗН отечен, гиперемирован, сливается с окружающей сетчаткой, вены темные, расширены, извиты, артерии сужены, а:в=1:3, масса интравитреальных кровоизлияний, покрывающих все глазное дно, очаги экссудации, макулярный отек)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
B	3	Какие типы нарушения венозного кровообращения выделяют при тромбозе центральной вены сетчатки? Какой из них вероятнее всего имеет место в данной ситуации?
О	-	Выделяют 2 типа нарушения венозного кровообращения при тромбозе центральной вены сетчатки: неишемический и ишемический. <u>Неишемический тип</u> встречается в 75-80% случаев. Он возникает вследствие неполной окклюзии венозного сосуда тромбом. Характерно умеренное снижение остроты небольшое количество интравитреальных геморрагий, очагов твердого экссудата, небольшое количество очагов мягкого экссудата, отек и кровоизлияния в макулярной зоне умеренные. <u>Ишемический тип</u> поражения вызван полной окклюзией центральной вены сетчатки и встречается в 20-25% случаев. Характерно значительное снижение зрения до сотых и светопроекции. При офтальмоскопии определяются массивные штрихообразные кровоизлияния, покрывающие все глазное дно, ДЗН гиперемирован, отечен, границы размыты, вены полнокровны, извиты, расширены, артерии сужены, масса очагов мягкого экссудата и твердого в макулярной зоне (картина «раздавленного помидора», что и имеет место у данной пациентки.
P2	-	Ответ полный. Указаны все осложнения заболевания
P1	-	Ответ неполный, 1 из осложнений не указано или указано неверно
P0	-	Ответ неверный. Осложнения указаны неверно или не указаны
B	4	Какие принципы экстренной терапии заболевания?
Э	-	1. В первые 3-5 дней применяют г 0,5 мл парабульбарно гемостатические и противоотечные средства - этамзилат-натрия 12,5% 0,5 мл №5, в/м по 2 мл 2 раза в сутки №10. - фуросемид 40 мг в/м №3 или ацетозоламид 250 мг 1 раз в сутки №3. 2. С противоотечной целью - п/б дексаметазон 0,4% с гепарином 500 ЕД

		<p>3. Как нейтропротектор и антигипоксикант - п/б эмоксипин 1% 1 мл №10</p> <p>4. Через 5 дней назначают фибринолитики: под конъюнктиву гемаза 5000 МЕ 1 раз в сутки 5-10 инъекций.</p> <p>5. Для улучшения микроциркуляции и реологических свойств крови - в/в капельно реополиглюкин по 200-400 мл №3 - пентоксифиллин 2% 5 мл на 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия - мексидол по 200-300 мг на 200 мл 0,9% натрия хлорида 2-4 дня, затем 100 мг 3 раза в день 10-14 дней внутрь.</p> <p>6. В качестве антиагреганта: ацетилсалициловая кислота по 0,1-0,05 г пожизненно.</p> <p>7. Через 1,5 месяца показана флюоресцентная ангиография сетчатки для выявления зон ишемии, при их наличии показана лазеркоагуляция сетчатки для профилактики неоваскуляризации, при неэффективности или при наличии кистозного макулярного отека – интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза.</p>
P2	-	Ответ верный, принципы терапии изложены верно
P1	-	Ответ неполный. Некоторые методы терапии указаны неверно
P0	-	Ответ неверный. Принципы терапии изложены неверно
B	5	Какие осложнения со стороны органа зрения имеют место при данном заболевании?
Э	-	<p>1. Неоваскуляризация переднего сегмента глаза с рецидивирующими интравитреальными кровоизлияниями, фиброзом стекловидного тела, тракционной отслойкой сетчатки.</p> <p>2. Неоваскуляризация переднего сегмента глаза с развитием вторичной неоваскулярной глаукомы.</p> <p>3. Хронический кистозный макулярный отек.</p> <p>4. Атрофия зрительного нерва.</p>
P2	-	Ответ полный. Указаны все осложнения заболевания
P1	-	Ответ неполный, часть осложнений не указана или указана неверно
P0	-	Ответ неверный. Осложнения указаны неверно или не указаны

### 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания и вопросы для собеседования.

5.1.1. Перечень тестовых заданий:

Тестовые задания с вариантами ответов		Код компетенции, (согласно РПД)
<b>Раздел 1. Лазерное лечение патологии сетчатки</b>		
1. МЕХАНИЗМОМ ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТКАНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ		УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2,
1) фототрансформация		
2) биостимуляция		
3) фотодеструкция		

4) фотоаблиция 5) коагуляция	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
2. К ФОРМАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ РЕТИНАЛЬНЫХ ДЕГЕНЕРАЦИЙ, ПРИ КОТОРЫХ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ОТСЛОЙКА СЕТЧАТКИ, ОТНОСЯТ 1) <b>решетчатую</b> 2) кистозную 3) по типу «булыжной мостовой» 4) патологическую гиперпигментацию 5) ретинальные друзы	
3. К МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ОТНОСЯТ 1) <b>фотодинамическую терапию, ингибиторы ангиогенеза</b> 2) консервативную терапию вазодилататорами, ангиопротекторами 3) применение пептидных биорегуляторов 4) физиотерапевтическое лечение 5) гипербарическую оксигенацию	
4. ФОРМОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1) фокальный 2) кистозный 3) ишемический 4) <b>транссудативный</b> 5) смешанный	
5. ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПАНРЕТИНАЛЬНОЙ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) <b>предупреждение или регрессия неоваскуляризации</b> 2) купирование макулярного отека 3) повышение зрительных функций 4) улучшение трофики сетчатки 5) расширение полей зрения	
6. ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИЯ СЕТЧАТКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ _____ ДИАБЕТИЧЕСКОМ МАКУЛЯРНОМ ОТЕКЕ 1) <b>фокальном</b> 2) кистозном 3) ишемическом 4) диффузном 5) любом из перечисленных	
7. К ПВХРД С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ОТНОСЯТ ДЕГЕНЕРАЦИЮ 1) инееподобную 2) <b>сотовидную</b> 3) по типу «след улитки» 4) по типу «белое без вдавления» 5) решетчатую	
8. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОТГРАНИЧИВАЮЩЕЙ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ ПРИ ЕЕ РАЗРЫВАХ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1) разрыв в афакичном глазу 2) симптоматический клапанный разрыв 3) наличие выраженной тракции края разрыва 4) <b>асимптоматический разрыв</b> 5) А,Б,В	



<p>9. ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СЕТЧАТКИ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТАТОЧНО ЭФФЕКТИВНОЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ _____ ОТСЛОЙКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вторичной</li> <li>2) тракционной</li> <li>3) <b>субклинической локальной протяженностью до 1 ДД от края разрыва</b></li> <li>4) субклинической локальной протяженностью до 2 ДД от края разрыва</li> <li>5) осложненной пролиферацией</li> </ol>	
<p>10. ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ НЕ ПОДЛЕЖАТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) асимптоматические разрывы в миопических глазах</li> <li>2) решетчатые дистрофии</li> <li>3) прогрессирующий ретиношизис</li> <li>4) <b>асимптоматические разрывы при отсутствии наследственной предрасположенности</b></li> <li>5) дистрофия по типу «след улитки»</li> </ol>	
<p>11. ДИОДНЫЕ ЛАЗЕРЫ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>коагуляции тканей глазного дна</b></li> <li>2) лазерной капсулотомии</li> <li>3) фотоабляции роговицы</li> <li>4) рассечения зрачковой мембраны</li> <li>5) иридотомии</li> </ol>	
<p>12. СУБРЕТИНАЛЬНАЯ НЕОВАСКУЛЯРНАЯ МЕМБРАНА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) осложненной миопии</li> <li>2) «влажной» формы возрастной макулярной дегенерации</li> <li>3) <b>«сухой» формы возрастной макулярной дегенерации</b></li> <li>4) глазного гистоплазмоза</li> <li>5) неоваскулярной ВМД</li> </ol>	
<p>13. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ТРАНСПУПИЛЛЯРНОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) субфовеальная оккультная форма СНМ</li> <li>2) субфовеальная классическая форма СНМ</li> <li>3) субфовеальная смешанная форма СНМ</li> <li>4) <b>субретинальное кровоизлияние</b></li> <li>5) А,Б,В</li> </ol>	
<p>14. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В КАЧЕСТВЕ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРА ДЛЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>вертепорфин</b></li> <li>2) флюоресцеин натрия</li> <li>3) йодлипол</li> <li>4) гемопорфин</li> <li>5) омнипак</li> </ol>	
<b>Раздел 2. «Лазерное лечение глаукомы, вторичной катаракты»</b>	
<p>15. ПОКАЗАНИЕМ К ЛАЗЕРНОЙ КАПСУЛО- И МЕМБРАНОТОМИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вторичная катаракта</li> <li>2) ретро- и прелентальные мембраны</li> <li>3) фиброзная гиперплазия края иссеченной передней капсулы хрусталика</li> <li>4) <b>истончение задней капсулы хрусталика</b></li> <li>5) А, Б, В</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5,</p>
<p>16. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ</p>	

<p>ДИСЦИЗИИ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ХРУСТАЛИКА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>3 месяца</b></li> <li>2) 1 год</li> <li>3) 2 месяца</li> <li>4) 6 месяцев</li> <li>5) 1 месяц</li> </ol>	ПК-6
<p>17. ВАРИАНТОМ ЛАЗЕРНОГО РАССЕЧЕНИЯ ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ХРУСТАЛИКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) по типу «вскрытия консервной банки»</li> <li>2) крестообразное</li> <li>3) <b>треугольное</b></li> <li>4) спиралевидное</li> <li>5) А,Б</li> </ol>	
<p>18. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЛАЗЕРНОЙ ДИСЦИЗИИ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ НЕ ОТНОСЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кровотечение</li> <li>2) транзиторную гипертензию глаза</li> <li>3) повреждение роговицы</li> <li>4) <b>разрыв радужки</b></li> <li>5) А,В</li> </ol>	
<p>19. ЛАЗЕРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА РАДУЖКЕ НЕ ВКЛЮЧАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) корепраксию</li> <li>2) ретрокорнеальную мембранотомию</li> <li>3) цистодеструкцию и цистоккоагуляцию</li> <li>4) <b>фотомиоз</b></li> <li>5) А,Б</li> </ol>	
<p>20. ПОКАЗАНИЕМ К ЛАЗЕРНОЙ ИРИДЭКТОМИИ ПРИ ГЛАУКОМАХ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) первичная закрытоугольная глаукома</li> <li>2) вторичная глаукома, вызванная сращением и заращением зрачка</li> <li>3) <b>неоваскулярная глаукома</b></li> <li>4) первичная смешанная глаукома</li> <li>5) Б,Г</li> </ol>	
<p>21. ОСЛОЖНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ИРИДЭКТОМИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ЮТСЯ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ожог эпителия и эндотелия роговицы</li> <li>2) повышение ВГД по типу острого приступа</li> <li>3) задние синехии</li> <li>4) <b>ожог сетчатки</b></li> <li>5) А,Б</li> </ol>	
<p>22. ОТКРЫТОУГОЛЬНУЮ ФОРМУ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ СЧИТАЮТ ОПАСНОЙ ИЗ-ЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>бессимптомного течения</b></li> <li>2) резкой потери зрительных функций</li> <li>3) внезапного начала заболевания</li> <li>4) развития выраженного болевого синдрома</li> <li>5) развития полной слепоты</li> </ol>	
<p>23. ЛАЗЕРНОЙ МИКРООПЕРАЦИЕЙ ПЕРФОРАЦИОННОГО ТИПА ПРИ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>лазергониопунктура</b></li> </ol>	

2)	циклотрабекулоспазис
3)	трабекулопластика по Wise
4)	селективная трабекулопластика
5)	иридотомия
24. YAG- ЛАЗЕРЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ ДЛЯ	
1)	<b>дисцизии вторичных катаракт</b>
2)	коррекции аномалий рефракции
3)	коагуляции сетчатки при диабете и дистрофиях
4)	инкапсуляции инородных тел
5)	всем выше перечисленном
25. К ЛАЗЕРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ, ОТНОСЯТ	
1)	<b>трабекулопластику</b>
2)	гониотомию
3)	гониодесцеметопунктуру
4)	иридотомию
5)	иридэктомию
26. К ЦИКЛОДЕСТРУКТИВНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ОТНОСЯТ	
1)	<b>диодную транссклеральную циклокоагуляцию</b>
2)	циклодиализ, циклоретракцию
3)	глубокую проникающую склерэктомию
4)	периферическую лазерную иридотомию
5)	гониодесцеметопунктуру
27. К КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ИЗМЕНЕНИЯ ХРУСТАЛИКОВОЙ КАПСУЛЫ НЕ ОТНОСЯТ	
1)	регенераторную
2)	фиброзную
3)	поствоспалительную
4)	<b>склеротическую</b>
5)	А,В
28. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ТИПОМ ПРЕЛЕНТАЛЬНОГО ПОМУТНЕНИЯ ЗРАЧКОВОЙ МЕМБРАНЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ	
1)	пролиферация хрусталиковых клеток
2)	фиброзная гиперплазия
3)	экссудативная
4)	<b>псевдоэкзофоллиативная</b>
5)	А,В
29. КЛАССИФИКАЦИЯ РЕТОЛЕНТАЛЬНЫХ ПОМУТНЕНИЙ НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ФОРМУ	
1)	регенераторную
2)	фиброзную
3)	смешанную
4)	<b>экссудативную</b>
5)	А,Б
30. ПРОФИЛАКТИКА ТРАНЗИТОРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ГЛАЗА ПОСЛЕ ЛАЗЕРНОЙ ДИСЦИЗИИ ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ВКЛЮЧАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ	
1)	<b>диакарба до и после операции</b>
2)	тимолола до операции
3)	диакарба после операции
4)	диакарба до операции
5)	тимолола после операции

5.1.2. Вопросы для собеседования к зачету по дисциплине «Лазерная офтальмохирургия»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Лазерные технологии в офтальмологии. История и принципы метода.	УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
2. Лазерное лечение при периферических дистрофиях сетчатки. Виды дистрофий, показания и методы лазерного лечения	
3. Лазерное лечение при возрастной макулярной дегенерации. Классификация, показания и методы лазерного лечения	
4. Диабетическая ангиоретинопатия. Классификация, показания и тактика лазерного лечения	
5. Диспансерное наблюдение пациентов с диабетической ангиоретинопатией, осложнения диабетической ангиоретинопатии	
6. Лазерное лечение открытоугольной глаукомы. Показания, методы лазерного воздействия, возможные осложнения	
7. Лазерное лечение закрытоугольной глаукомы. Показания, методы лазерного воздействия, возможные осложнения	
8. Лазерное лечение вторичной глаукомы. Показания, методы лазерного воздействия, возможные осложнения	
9. Лазерное лечение вторичной катаракты. Показания, методы лазерного воздействия, возможные осложнения. Диспансерное наблюдение после лазерного лечения глаукомы, вторичной катаракты.	
10. Диспансерное наблюдение и реабилитация пациентов с внутриглазными опухолями	

### 6. Критерии оценивания результатов обучения

*Для зачета*

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

*Для тестирования:*

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Сметанкин Игорь Глебович, заведующий кафедрой глазных болезней ФГОУ ВПО

«ПИМУ» МЗ РФ, д.м.н., доцент

Белоусова Наталья Юрьевна, доцент кафедры глазных болезней ФГОУ ВПО «ПИМУ» МЗ РФ, к.м.н.