

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания
Центрального координационного
учебно - методического совета
«23» мая 2023 г. № 5

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине Офтальмология

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 32.05.01 Медико-
профилактическое дело, утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 4 курса

по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
«27» апреля 2023 г., протокол № 9.**

Заведующий кафедрой



д.м.н., профессор Э.Т. Гаппоева

г. Владикавказ 2023 г.

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензия на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных средств:
 - вопросы к модулю
 - вопросы к зачету
 - банк ситуационных задач
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
 - билеты к зачету

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на оценочные материалы**

по дисциплине Офтальмология для студентов 4 курса по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

Оценочные материалы составлены на кафедре оториноларингологии с офтальмологией на основании рабочей программы дисциплины Офтальмология (2023), утвержденной 24.05.2023 г. и соответствуют требованиям ФГОС 3++ по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

Оценочные материалы включает в себя:

- вопросы к модулю
- вопросы к зачету
- банк ситуационных задач
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
- билеты к зачету

Банк ситуационных задач включают в себя сами задания и шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины Офтальмология формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Банк содержит ответы ко всем ситуационным задачам.

Эталонные тестовые задания включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины Офтальмология формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Эталонные содержат ответы ко всем тестовым заданиям.

Количество билетов к зачету достаточно для его проведения и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время зачета в течение одного дня. Билеты к зачету выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет к зачету включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам рабочей программы дисциплины, позволяющее более полно охватить материал дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач. Ситуационные задачи дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимися теоретического материала при текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации. Сложность вопросов в билетах к зачету распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине Офтальмология способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися профессиональными компетенциями. Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине Офтальмология могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации на медико-профилактическом факультете у обучающихся 4 курса.

Рецензент:

Председатель ЦУМК хирургических дисциплин №1

Л.В. Цаллагова.

М.П.
27.04.2023 г.



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на оценочные материалы**

**по дисциплине Офтальмология для студентов 4 курса по специальности 32.05.01 Медико-
профилактическое дело**

Оценочные материалы составлены на кафедре оториноларингологии с офтальмологией на основании рабочей программы дисциплины Офтальмология (2023), утвержденной 24.05.2023 г. и соответствуют требованиям ФГОС 3++ по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

Оценочные материалы включает в себя:

- вопросы к модулю
- вопросы к зачету
- банк ситуационных задач
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
- билеты к зачету

Банк ситуационных задач включают в себя сами задания и шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины Офтальмология формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Банк содержит ответы ко всем ситуационным задачам.

Эталонные тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины Офтальмология формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Эталонные содержат ответы ко всем тестовым заданиям.

Количество билетов к зачету достаточно для его проведения и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время зачета в течение одного дня. Билеты к зачету выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет к зачету включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам рабочей программы дисциплины, позволяющее более полно охватить материал дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач. Ситуационные задачи дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимися теоретического материала при текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации. Сложность вопросов в билетах к зачету распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине Офтальмология способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися профессиональными компетенциями. Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине Офтальмология могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации на медико-профилактическом факультете у обучающихся 4 курса.

Рецензент:

Директор ГАУЗ «Республиканский Офтальмологический центр МЗ РСО-А, к.б.н.,

М.П.
27.04.2023



Дзгоева И.С.

Паспорт оценочных материалов по Офтальмологии

№п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточная аттестация		
1.	Принципы и методы охраны зрения у детей и взрослых. Роль глаза (части мозга) в жизни. Роль света в функционировании оптико-вегетативной системы фотоэнергетической системы. Связь глазной патологии с общими болезнями у детей и взрослых. Фило-морфогенез и анатомия органа зрения.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, билеты по зачету
2.	Методы исследования глаза и его придатков. Порядок обследования глазного больного и схема истории болезни. Выполнение глазных диагностических и лечебных манипуляций.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
3.	Зрительные функции, начиная с рождения и у взрослых. Бинокулярный характер зрения и его нарушения.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
4.	Оптическая система глаза. Актуальные проблемы клинической рефракции. Коррекция аметропии (очковая, контактная, лазерная, хирургическая).	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
5.	Заболевания орбиты, век, конъюнктивы и слезных органов.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
6.	Заболевания роговицы и склеры.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки

			практических навыков, билеты по зачету
7.	Заболевания сосудистой оболочки глаза.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
8.	Заболевания сетчатки и зрительного нерва. Глазные проявления важнейших частых общих заболеваний лиц разного возраста.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
9.	Заболевания хрусталика и стекловидного тела.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
10.	Глаукомы.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
11.	Новообразования органа зрения.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
12.	Повреждения органа зрения.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
13.	Профессиональные заболевания глаз.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
14.	Экспертиза военная и трудовая.	ОПК-4; ОПК-5;	Тестовые задания,

		ОПК-9.	ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
15.	Бинокулярное зрение. Косоглазие.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
16. Модуль	Офтальмология Модульное занятие. Доклады в рамках УИРС. Проверка практических навыков. Тестирование теоретических знаний.	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
17. Зачет	Офтальмология	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету

Вопросы к модулю

1. Офтальмология как раздел хирургии. Достижения современной офтальмологии.
2. Строение зрительного анализатора. Его части и их функции.
3. Анатомия и гистологическое строение роговой оболочки. Ее питание. Особенности строения белочной оболочки.
4. Сосудистая оболочка глаза, ее части, их функциональные особенности.
5. Внутриглазные мышцы, их функция и иннервация.
6. Строение ресничного тела, его функциональные особенности. Хориоидея.
7. Анатомия и гистология сетчатки. Зубчатая линия и желтое пятно. Пути питания и функциональные особенности сетчатой оболочки.
8. Проводящие нервные пути и корковый зрительный анализатор. Значение анатомических особенностей в топической диагностике патологического процесса.
9. Передняя и задняя камеры глаза. Состав и функции внутриглазной жидкости. Значение угла передней камеры глаза в оттоке водянистой влаги.
10. Строение, анатомия и гистология хрусталика. Возрастные особенности хрусталика.
11. Анатомия и химический состав стекловидного тела, его значение для жизнедеятельности глаза.
12. Кровоснабжение и иннервация глазного яблока.
13. Анатомия глазницы и окружающие ее полости, ее содержимое. Фасции глаза. Функциональное значение орбиты.
14. Анатомические особенности и врожденная патология век, их функциональное предназначение.
15. Строение и функциональные особенности соединительной оболочки глаза.
16. Анатомия и функциональные особенности слезовырабатывающего аппарата. Состав и функции слезы. Прекорнеальная пленка.
17. Анатомия слезоотводящего аппарата.
18. Глазодвигательные мышцы, их функции и иннервация.
19. Понятие об остроте зрения. Угол зрения и его взаимосвязь с остротой зрения. Методы исследования остроты зрения.
20. Теория цветоощущения. Методы исследования цветового зрения. Врожденные и приобретенные нарушения цветовосприятия.
21. Светоощущение и его исследование. Световая и темновая адаптация. Виды гемералопии.
22. Поле зрения. Методы исследования этой функции. Границы и патологические изменения поля зрения. Виды скотом.
23. Понятие о диоптрийном исчислении. Глаз как оптическая система. Физическая рефракция глаза.
24. Клиническая рефракция глаза. Субъективный и объективный способы исследования клинической рефракции глаза.
25. Дальнозоркость. Клинические особенности, степени выраженности и способы коррекции.
26. Близорукость. Клинические особенности, степени выраженности и способы коррекции.
27. Прогрессирующая близорукость. Диагностика, диспансеризация, клиника и лечение.
28. Астигматизм, его виды, диагностика и коррекция.
29. Анизометропия и анизейкония. Способы коррекции анизометропии. Специальные виды коррекции зрения. Контактные линзы.
30. Виды оптических линз и очков. Показания к их применению. Определение вида и силы оптического стекла.
31. Аккомодация, ее механизм и возрастные особенности. Паралич и спазм аккомодации.
32. Воспалительные заболевания век. Этиология, клиника и лечение.

33. Заболевания век, связанные с патологией их мышечного аппарата. Клиника и способы лечения.
34. Общая симптоматика воспалительных заболеваний соединительной оболочки глаза. Принципы лечения.
35. Острый эпидемический конъюнктивит. Этиология, клиника, профилактика и лечение.
36. Гнобленнорея. Этиология, профилактика, клинические проявления и лечение. Осложнения гнобленнореи.
37. Дифтерийный конъюнктивит. Этиология, профилактика, клиника и лечение.
38. Основные виды вирусных конъюнктивитов. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
39. Этиология, эпидемиология, клиника и лечения трахомы. Ее осложнения и последствия.
40. Дакриоаденит, причины, клиника и лечение заболевания. Проба Ширмера. Синдромы Микулича и Сьегрена.
41. Острый и хронический дакриоцистит. Причины развития. Функциональные пробы на проходимость слезных путей. Принципы лечения дакриоциститов.
42. Воспалительные заболевания глазницы. Клинические проявления и принципы лечения. Экзофтальм.
43. Общая симптоматика заболеваний роговой оболочки. Роговичный синдром. Инфильтрат роговицы и его развитие. Типы васкуляризации роговой оболочки.
44. Изменения роговицы по форме и величине. Классификация кератитов. Понятие о роговичном синдроме. Осложнения кератитов.
45. Эрозия и ползучая язва роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.
46. Глубокие паренхиматозные кератиты. Этиология, клиническое течение, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
47. Поверхностные и глубокие вирусные кератиты. Клинические проявления и особенности течения. Диагностика и лечение.
48. Исходы заболеваний роговой оболочки и их лечение. Принципы кератопластики и кератопротезирования.
49. Передние увеиты. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения. Первая помощь при остром иридоциклите. Осложнения передних увеитов и их лечение.
50. Хориоидит и хориоретинит. Этиология, клинические проявления и лечение.
51. Причины помутнения хрусталика. Классификация катаракт по локализации помутнений. Диагностика катаракты.
52. Классификация катаракт по М.И. Авербаху. Врожденная и приобретенная катаракты. Принципы лечения.
53. Стадии развития возрастной катаракты. Диагностика и лечение. Виды экстракции катаракты.
54. Хирургическое лечение катаракты. Вторичная катаракта. Афакия. Признаки афакии, способы ее коррекции. Имплантация искусственного хрусталика.
55. Изменения сетчатки при гипертонической болезни и заболеваниях почек.
56. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки. Причины, клиника, первая помощь и лечение.
57. Тромбозы вен сетчатки. Клинические проявления и принципы лечения.
58. Диабетическая ретинопатия. Классификация, клинические проявления, осложнения. Лечение глазных проявлений сахарного диабета.
59. Ретиниты. Центральные и метастатические ретиниты. Диагностика и клиническая картина. Принципы лечения. Исходы.
60. Токсоплазмоз сетчатки. Диагностика, клиника, лечение и исходы.
61. Пигментная дистрофия сетчатки. Клинические проявления. Лечение. Прогноз.
62. Старческие дистрофии сетчатки. Виды дистрофии, клинические проявления.

63. Отслойка сетчатки. Основные причины возникновения патологии. Патогенез заболевания. Клиническая картина и диагностика. Принципы лечения.
64. Виды невритов зрительного нерва. Причины возникновения и клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.
65. Застойный диск зрительного нерва. Офтальмоскопическая картина, дифференциальная диагностика.
66. Атрофия зрительного нерва. Клиническая картина и принципы лечения.
67. Понятие о внутриглазном давлении. Циркуляция внутриглазной жидкости, пути ее оттока. Строение дренажной системы угла передней камеры.
68. Способы исследования внутриглазного давления. Нормальное внутриглазное давление и его изменения.
69. Основные типы глауком. Общая симптоматика глаукомы.
70. Врожденная глаукома. Основные причины возникновения заболевания. Клинические проявления и принципы лечения.
71. Ранняя диагностика первичной глаукомы. Классификация.
72. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Причины возникновения, патогенез и клиника. Первая помощь при остром приступе. Дифференциальная диагностика с иридоциклитом.
73. Виды лечения глауком. Вторичная глаукома.
74. Понятие о бинокулярном зрении. Монокулярное и одновременное зрение. Способы исследования бинокулярного зрения.
75. Содружественное косоглазие. Его причины, виды и диагностика. Принципы лечения. Амблиопия.
76. Паралитическое косоглазие. Дифференциальная диагностика с содружественным косоглазием. Принципы лечения.
77. Тупые повреждения глазницы и придатков глаза. Диагностика, принципы лечения.
78. Травматические повреждения оптических сред и содержимого глаза непроникающего характера. Диагностика и клиника. Принципы лечения.
79. Повреждения заднего отрезка глаза при тупой травме. Их диагностика и лечение.
80. Диагностика проникающих ранений глаза. Классификация по локализации повреждения. Первая помощь. Определение наличия внутриглазного инородного тела и его локализация.
81. Способы удаления внутриглазных инородных тел. Металлозы глаза.
82. Осложнения проникающих ранений глаза. Симпатическое воспаление.
83. Ожоги глаз, первая помощь и лечение. Электросветоофтальмия.
84. Доброкачественные и злокачественные новообразования глаз и придаточного аппарата. Их диагностика и принципы лечения.

Вопросы к зачету

1. Офтальмология как раздел хирургии. Достижения современной офтальмологии.
2. Строение зрительного анализатора. Его части и их функции.
3. Анатомия и гистологическое строение роговой оболочки. Ее питание. Особенности строения белочной оболочки.
4. Сосудистая оболочка глаза, ее части, их функциональные особенности.
5. Внутриглазные мышцы, их функция и иннервация.
6. Строение ресничного тела, его функциональные особенности. Хориоидея.
7. Анатомия и гистология сетчатки. Зубчатая линия и желтое пятно. Пути питания и функциональные особенности сетчатой оболочки.
8. Проводящие нервные пути и корковый зрительный анализатор. Значение анатомических особенностей в топической диагностике патологического процесса.
9. Передняя и задняя камеры глаза. Состав и функции внутриглазной жидкости. Значение угла передней камеры глаза в оттоке водянистой влаги.
10. Строение, анатомия и гистология хрусталика. Возрастные особенности хрусталика.
11. Анатомия и химический состав стекловидного тела, его значение для жизнедеятельности глаза.
12. Кровоснабжение и иннервация глазного яблока.
13. Анатомия глазницы и окружающие ее полости, ее содержимое. Фасции глаза. Функциональное значение орбиты.
14. Анатомические особенности и врожденная патология век, их функциональное предназначение.
15. Строение и функциональные особенности соединительной оболочки глаза.
16. Анатомия и функциональные особенности слезовырабатывающего аппарата. Состав и функции слезы. Прекорнеальная пленка.
17. Анатомия слезоотводящего аппарата.
18. Глазодвигательные мышцы, их функции и иннервация.
19. Понятие об остроте зрения. Угол зрения и его взаимосвязь с остротой зрения. Методы исследования остроты зрения.
20. Теория цветоощущения. Методы исследования цветового зрения. Врожденные и приобретенные нарушения цветовосприятия.
21. Светоощущение и его исследование. Световая и темновая адаптация. Виды гемералопии.
22. Поле зрения. Методы исследования этой функции. Границы и патологические изменения поля зрения. Виды скотом.
23. Понятие о диоптрийном исчислении. Глаз как оптическая система. Физическая рефракция глаза.
24. Клиническая рефракция глаза. Субъективный и объективный способы исследования клинической рефракции глаза.
25. Дальнозоркость. Клинические особенности, степени выраженности и способы коррекции.
26. Близорукость. Клинические особенности, степени выраженности и способы коррекции.
27. Прогрессирующая близорукость. Диагностика, диспансеризация, клиника и лечение.
28. Астигматизм, его виды, диагностика и коррекция.
29. Анизометропия и анизейкония. Способы коррекции анизометропии. Специальные виды коррекции зрения. Контактные линзы.
30. Виды оптических линз и очков. Показания к их применению. Определение вида и силы оптического стекла.
31. Аккомодация, ее механизм и возрастные особенности. Паралич и спазм аккомодации.

32. Воспалительные заболевания век. Этиология, клиника и лечение.
33. Заболевания век, связанные с патологией их мышечного аппарата. Клиника и способы лечения.
34. Общая симптоматика воспалительных заболеваний соединительной оболочки глаза. Принципы лечения.
35. Острый эпидемический конъюнктивит. Этиология, клиника, профилактика и лечение.
36. Гнобленнорея. Этиология, профилактика, клинические проявления и лечение. Осложнения гнобленнореи.
37. Дифтерийный конъюнктивит. Этиология, профилактика, клиника и лечение.
38. Основные виды вирусных конъюнктивитов. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
39. Этиология, эпидемиология, клиника и лечения трахомы. Ее осложнения и последствия.
40. Дакриоаденит, причины, клиника и лечение заболевания. Проба Ширмера. Синдромы Микулича и Сьегрена.
41. Острый и хронический дакриоцистит. Причины развития. Функциональные пробы на проходимость слезных путей. Принципы лечения дакриоциститов.
42. Воспалительные заболевания глазницы. Клинические проявления и принципы лечения. Экзофтальм.
43. Общая симптоматика заболеваний роговой оболочки. Роговичный синдром. Инфильтрат роговицы и его развитие. Типы васкуляризации роговой оболочки.
44. Изменения роговицы по форме и величине. Классификация кератитов. Понятие о роговичном синдроме. Осложнения кератитов.
45. Эрозия и ползучая язва роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.
46. Глубокие паренхиматозные кератиты. Этиология, клиническое течение, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
47. Поверхностные и глубокие вирусные кератиты. Клинические проявления и особенности течения. Диагностика и лечение.
48. Исходы заболеваний роговой оболочки и их лечение. Принципы кератопластики и кератопротезирования.
49. Передние увеиты. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения. Первая помощь при остром иридоциклите. Осложнения передних увеитов и их лечение.
50. Хориоидит и хориоретинит. Этиология, клинические проявления и лечение.
51. Причины помутнения хрусталика. Классификация катаракт по локализации помутнений. Диагностика катаракты.
52. Классификация катаракт по М.И. Авербаху. Врожденная и приобретенная катаракты. Принципы лечения.
53. Стадии развития возрастной катаракты. Диагностика и лечение. Виды экстракции катаракты.
54. Хирургическое лечение катаракты. Вторичная катаракта. Афакия. Признаки афакии, способы ее коррекции. Имплантация искусственного хрусталика.
55. Изменения сетчатки при гипертонической болезни и заболеваниях почек.
56. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки. Причины, клиника, первая помощь и лечение.
57. Тромбозы вен сетчатки. Клинические проявления и принципы лечения.
58. Диабетическая ретинопатия. Классификация, клинические проявления, осложнения. Лечение глазных проявлений сахарного диабета.
59. Ретиниты. Центральный и метастатический ретиниты. Диагностика и клиническая картина. Принципы лечения. Исходы.
60. Токсоплазмоз сетчатки. Диагностика, клиника, лечение и исходы.
61. Пигментная дистрофия сетчатки. Клинические проявления. Лечение. Прогноз.

62. Старческие дистрофии сетчатки. Виды дистрофии, клинические проявления.
63. Отслойка сетчатки. Основные причины возникновения патологии. Патогенез заболевания. Клиническая картина и диагностика. Принципы лечения.
64. Виды невритов зрительного нерва. Причины возникновения и клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.
65. Застойный диск зрительного нерва. Офтальмоскопическая картина, дифференциальная диагностика.
66. Атрофия зрительного нерва. Клиническая картина и принципы лечения.
67. Понятие о внутриглазном давлении. Циркуляция внутриглазной жидкости, пути ее оттока. Строение дренажной системы угла передней камеры.
68. Способы исследования внутриглазного давления. Нормальное внутриглазное давление и его изменения.
69. Основные типы глауком. Общая симптоматика глаукомы.
70. Врожденная глаукома. Основные причины возникновения заболевания. Клинические проявления и принципы лечения.
71. Ранняя диагностика первичной глаукомы. Классификация.
72. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Причины возникновения, патогенез и клиника. Первая помощь при остром приступе. Дифференциальная диагностика с иридоциклитом.
73. Виды лечения глауком. Вторичная глаукома.
74. Понятие о бинокулярном зрении. Монокулярное и одновременное зрение. Способы исследования бинокулярного зрения.
75. Содружественное косоглазие. Его причины, виды и диагностика. Принципы лечения. Амблиопия.
76. Паралитическое косоглазие. Дифференциальная диагностика с содружественным косоглазием. Принципы лечения.
77. Тупые повреждения глазницы и придатков глаза. Диагностика, принципы лечения.
78. Травматические повреждения оптических сред и содержимого глаза непроникающего характера. Диагностика и клиника. Принципы лечения.
79. Повреждения заднего отрезка глаза при тупой травме. Их диагностика и лечение.
80. Диагностика проникающих ранений глаза. Классификация по локализации повреждения. Первая помощь. Определение наличия внутриглазного инородного тела и его локализация.
81. Способы удаления внутриглазных инородных тел. Металлозы глаза.
82. Осложнения проникающих ранений глаза. Симпатическое воспаление.
83. Ожоги глаз, первая помощь и лечение. Электросветоофтальмия.
84. Доброкачественные и злокачественные новообразования глаз и придаточного аппарата. Их диагностика и принципы лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Ситуационные задачи

1. Ребенок У., 8-ми лет, пришел на прием к врачу с матерью. Со слов родителей с наступлением сумерек у ребенка резко ухудшается зрение. Данные объективного исследования. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза совершенно спокойные. Двигательный аппарат не изменен. Небольшая гиперемия краев век. Передний отрезок глаз без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Рефрактометрически – эметропия. Какие дополнительные исследования нужно провести? Предполагаемый диагноз? Лечение?
2. У ребенка Л. при обращении к врачу выявлено снижение остроты зрения обоих глаз. Ребенку 9 лет, учится во втором классе. При поступлении в школу проходил осмотр у окулиста. Острота зрения обоих глаз была нормальной. В настоящее время объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,1 со сферическим стеклом $-3,0 \text{ Д} = 1,0$. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Предположительные диагнозы? Какие дополнительные исследования нужно провести? План лечения?
3. Больная Г.. 34 лет, обратилась к врачу с жалобами на низкое зрение обоих глаз. Плохо видит давно, очками не пользовалась. В школьные годы говорили, что у нее имеется близорукость. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 0,09 со сферическим стеклом $-2,25 \text{ Д} = 0,3$. Острота зрения левого глаза = 0,1 со сферическим стеклом $-2,0 \text{ Д} = 0,3$. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Какие способы коррекции зрения Вы можете предложить пациентке?
4. Ребенок Ч., 13-ти лет, в течение длительного времени наблюдается окулистом по месту жительства. Взят на диспансерный учет по поводу близорукости. Страдает сколиозом. При взятии на учет в 9-ти летнем возрасте степень близорукости составляла 1,5 Д. Ребенок носит очки не постоянно. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 со сферой $-4,5 \text{ Д} = 0,8$. Острота зрения левого глаза = 0,1 со сферой $-5,0 \text{ Д} = 1,0$. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. На глазном дне с обеих сторон вокруг дисков миопические конусы. На периферии сетчатки намечаются дистрофические изменения. После циклоплегии проведена рефрактометрия – близорукость обоих глаз до 5,5 Д. Какие дополнительные исследования нужно произвести ребенку? Предположительный диагноз? Рекомендуемое лечение?
5. Больная П., 23-х лет, страдает прогрессирующей близорукостью с детства. 10 лет назад ей сделана склеропластика на обоих глазах, после чего близорукость стабилизировалась. В настоящее время острота зрения обоих глаз = 0,06 со сферой –

7,5 Д = 1,0. Пациентка носить корректирующие очки не хочет. Какие еще способы коррекции аномалии рефракции ей можно предложить?

6. Родители привели к окулисту ребенка Т., 9-ти лет, по просьбе педиатра. Ребенок жалуется на головные боли, особенно в вечернее время после занятий в школе. Жалоб на зрение не предъявляет. Острота зрения обоих глаз = 1,0; но при коррекции положительными линзами до + 1,5 Д зрение не ухудшается. Глаза здоровы. Диагноз? Дополнительные исследования?
7. Пациентка П., 46 лет, предъявляет жалобы на ухудшение зрения при чтении. Вдаль видит хорошо. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза здоровы. Диагноз? Возможная оптическая коррекция или лечебные мероприятия?
8. Инженер Г., 51-го года, обратился к окулисту с жалобами на усталость, боли в глазах, их покраснение в вечернее время, особенно после длительной работы с чертежами. В это время отмечает невозможность работы с мелкими предметами на близком расстоянии: контуры их расплываются. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечебные мероприятия?
9. Пациентка С., 23-х лет, жалуется на низкое зрение обоих глаз. Несколько раз обращалась к окулисту, но подобрать очки не могут. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,3 со сферическим стеклом – 1,25 Д = 1,0. Острота зрения левого глаза = 0,04 со сферическим стеклом – 5,5 Д = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно правого глаза в норме. Слева вокруг диска миопический конус. При назначении очковой коррекции возникают боли в глазах и неприятные ощущения. Назовите причину астигматизма. Как помочь пациентке?
10. Больной З., 14-ти лет, обратился к врачу в связи с появлением отека века правого глаза. Отек появился внезапно вчера вечером. Никакими субъективными жалобами со стороны органа зрения он не сопровождался. Накануне днем больной ел шоколад. Отмечал зуд внутренних поверхностей предплечий. В настоящее время объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Веки правого глаза отечны. Отек мягкий, кожа над ним не гиперемирована, на ощупь – нормальной температуры. Глазная щель сужена. Конъюнктив не инъецирована. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Глазное дно в норме. Левый глаз здоров. Предполагаемый диагноз? Лечение?
11. Больной А. страдает фурункулезом. Около недели назад на нижнем веке правого глаза появился ячмень, по поводу которого он принимал тепловые процедуры. Ячмень не рассосался и не вскрылся. В настоящее время определяется отек нижнего века, кожа в этой области напряжена, гиперемирована, горячая на ощупь. Глазная щель сужена. Гнойное отделяемое из конъюнктивального мешка. Ссохшиеся корочки у медиальной спайки век. Пальпация наружной трети нижнего века резко болезненная, определяется флюктуация. Конъюнктив глазного яблока умеренно инъецирована по конъюнктивальному типу. Острота зрения обоих глаз не изменена. Поставьте диагноз. Какие лечебные мероприятия необходимы?
12. Больной Щ., 19-ти лет, предъявляет жалобы на покраснение и утолщение век, зуд. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,8 со сферическим стеклом + 1,75 Д = 1,0 (Больной очков не носит). Края век гиперемированы, утолщены. Пенистое

отделяемое в углах глаза. Пальпация краев век совершенно безболезненная. Отмечается частое мигание век. Конъюнктив глазного яблока, и особенно век несколько гиперемирована. Через нее просвечивают утолщенные мейбомиевы железы. Какой диагноз пациенту можно поставить? Лечебные мероприятия?

13. Ребенок Ц., 6-ти лет, страдает гельминтозом, по поводу которого в настоящее время проходит курс лечения. К окулисту обратился с жалобами на выраженный зуд век. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,9. Края век гиперемированы, утолщены. Кожа век у корней ресниц покрыта мелкими отрубевидными чешуйками серого цвета. Края век при пальпации безболезненны. Частое мигание век. В углах глазной щели пенистое отделяемое. Поставьте диагноз заболевания. Какие лечебные и диагностические мероприятия нужно провести?
14. Заболевание началось у больного У., 36-ти лет после пребывания в Африке. Жалобы на покраснение век и глаз, неправильный рост ресниц. Объективно: острота зрения обоих глаз = 0,3 со сферическим стеклом – 2,5 Д = 1,0. Края век гиперемированы, утолщены. Ресницы ссохлись в пучки, местами обращены к главному яблоку, местами отмечается мадароз. На краях век гнойные корочки. При их отделении появляется кровоточащая язвенная поверхность. Конъюнктив век и глазного яблока гладкая, умеренно инъектированная. Проведите дифференциальную диагностику заболевания. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать?
15. Больной П., 30-ти лет, жалуется на покраснение и утолщение края верхнего века левого глаза, зуд. Свое заболевание ни с чем не связывает. Объективно: острота зрения обоих глаз = 1,0. Верхнее веко отечно, кожа гиперемирована, реберный край утолщен. При пальпации определяется болезненность в определенной точке реберного края. Отделяемого из конъюнктивального мешка нет. Конъюнктив век гиперемирована. Предположительный диагноз? Лечебные мероприятия?
16. У больной М., 24-х лет, несколько недель назад на верхнем веке левого глаза появилось опухолевидное образование размером с горошину. Кожа над опухолью подвижна. Само образование спаяно с подлежащими тканями. Со стороны конъюнктивы оно просвечивает сероватым цветом, вокруг конъюнктивы утолщена и гиперемирована. Пальпация опухоли безболезненная. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Диагноз? Лечение?
17. После перенесенного гипертонического криза у больной И., 68-ми лет, глазная щель левого глаза не смыкается. Отмечается асимметрия лица, сглаженность носогубной складки слева. Нижнее веко не прилежит к главному яблоку, эверсия слезной точки. При попытке сомкнуть веки глазная щель остается открытой. Острота зрения обоих глаз = 0,5 (не корр.). Глаза спокойные. Частичные помутнения хрусталиков. На глазном дне с обеих сторон явления гипертонической ретинопатии. Диагноз? Какие исследования нужно провести? Как предотвратить высыхание роговой оболочки?
18. Больной Ж., 26-ти лет, ходит, высоко запрокинув голову. Верхние веки обоих глаз припущены. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза здоровы. Диагноз? Лечебные мероприятия?
19. Больной Е., 42-х лет, получил химический ожог глаз на производстве около трех лет назад, лечился в стационаре, но после ожога зрение обоих глаз снизилось. В настоящее время предъявляет жалобы на слезотечение, покраснение, чувство инородного тела под веком правого глаза, снижение зрения обоих глаз. Объективно.

Передний ресничный край нижнего века обращен к главному яблоку. Ресницы растут по роговой оболочке. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). Правое глазное яблоко инъецировано по перикорнеальному типу. На роговице правого глаза поверхностные эрозии и старые стромальные помутнения по всей поверхности роговицы. Роговица левого глаза парацентрально помутнена в строме. В остальном передние отрезки не изменены. Другие оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечение?

20. Больной Д., 76-ти лет, жалуется на слезотечение, покраснение обоих глаз, снижение зрения. Страдает хроническим конъюнктивитом, по поводу которого регулярно получает лечение. Объективные данные. Острота зрения обоих глаз = 0,3 (не корр.). Нижние веки отвисают книзу. Реберные края не прилежат к главному яблоку. Конъюнктивальная поверхность века обнажена. Конъюнктивит гипертрофирован в нижнем своде. Слезные точки вывернуты. Конъюнктивальная инъекция главного яблока. Передний отрезок глаз без видимых изменений. При исследовании в проходящем свете на фоне красного рефлекса видны черные шипы. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечение?
21. Больная Б., 46-ти лет, страдает почечной недостаточностью с рецидивирующими отеками век. В последнее время стала отмечать «увеличение» верхних век. При обращении к окулисту объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,6 со сферой +1,0 Д = 1,0. На верхних веках у наружных углов глазной щели имеется свисающая складка истонченной кожи. Глаза спокойные. Передние отрезки не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечение?
22. Заболевание у ребенка Б., 6-ти лет началось вначале на одном, а затем на другом глазу. Жалобы на засоренность, зуд и жжение в глазу, покраснение и наличие выделений из глаза. По утрам веки склеиваются засохшим гноем. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,9 (не корр.). Веки несколько отечные. На ресницах единичные корочки засохшего гноя. Выраженная конъюнктивальная инъекция главного яблока. Конъюнктивит слегка отечный, утолщен. На верхнем веке гипертрофия сосочков. В конъюнктивальном своде прожилки гноя. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечебные и профилактические мероприятия?
23. У ребенка К., 8-ми лет, несколько дней назад появилось покраснение, чувство засоренности обоих глаз. При обращении к окулисту объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,8 (не корр.). Отмечаются отек век и точечные геморрагии на конъюнктиве склеры. На слизистой оболочке век и нижнего свода имеются белесовато-серые пленки, которые легко снимаются влажной ватой. После их удаления обнажается разрыхленная, но не кровоточащая ткань конъюнктивы. В поверхностных слоях перилимбальной области мелкие инфильтраты, местами эрозированные. Подлежащие отделы глаз без видимой патологии. Диагноз? Лечение?
24. В детском саду конъюнктивитом заболело сразу большое количество детей. Для большинства характерны слезотечение и светобоязнь. Отмечается сильный отек конъюнктивы в нижней переходной складке. Петехиальные кровоизлияния в конъюнктиве. Конъюнктивит главного яблока видна в глазной щели в виде двух отечных треугольников серого цвета. Мелкие поверхностные инфильтраты в роговице. Подлежащие отделы глаз и острота зрения без патологии. Отмечается

недомогание, повышение температуры, головная боль. Диагноз? Возбудитель заболевания? Меры профилактики и лечения?

25. У больного Ю., 37-ми лет, конъюнктивит начался остро, сначала на одном, а затем на другом глазу. Больной отмечает общее недомогание. Веки отечные, гиперемизированные, с синюшным оттенком. На конъюнктиве век и глазного яблока бело-серые пленки, плотно спаянные с конъюнктивой. Роговица интактна. Подлежащие отделы глаза не изменены. Глазное дно в норме. Какие дополнительные данные нужны для постановки диагноза? Возможный диагноз? Лечебные мероприятия?
26. У ребенка Ш. через три дня после рождения появились выраженная гиперемия и отек век обоих глаз. Веки плотные. Раскрыть глазную щель почти невозможно. Из глазной щели имеется отделяемое цвета мясных помоев. Конъюнктура резко гиперемизирована, разрыхлена. Глазное яблоко без видимых изменений. Возможный диагноз? Диагностические и лечебные мероприятия?
27. У новорожденного Л. имеется обильное гнойное отделяемое из левого глаза. Глазная щель сужена. Веки отечны. Конъюнктура век гиперемизирована, отечна. Правый глаз здоров. О каком заболевании глаза можно подумать? Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? В каком лечении нуждается ребенок?
28. Больная Ч., 32-х лет, жалуется на выраженный отек и гиперемию век левого глаза, гнойное отделяемое и невозможность раскрыть глаз. Больная отмечает подъем температуры в вечернее время, мышечные боли. Объективно. Правый глаз здоров, острота зрения = 1,0. Слева острота зрения снижена до 0,2 и не корректируется оптическими стеклами. Выраженный отек и гиперемия век. Веки на ощупь мягкие, тестоватые. Из глазной щели обильное гнойное отделяемое желтого цвета, сливкообразной консистенции. Конъюнктура отечна, разрыхлена. На роговой оболочке поверхностные эрозии и маленький инфильтрат. Подлежащие отделы без видимой патологии. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
29. Больной Н., 34-х лет, жалуется на сильный зуд, жжение и резь в глазах, частые болезненные моргания. Болеет уже около двух месяцев. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,4 со сферой + 1,5 Д = 1,0. При внешнем осмотре обращает на себя внимание выраженное покраснение по углам глазной щели. Кожа здесь мацерирована, экзематозно изменена, с мокнущими трещинами. Конъюнктура век в области угла глазной щели разрыхлена и гиперемизирована. Отделяемое скудное, в виде тягучей слизи. Глазные яблоки интактны. Диагноз? Лечение?
30. После возвращения из туристической поездки в страны Азии у больного Ц., 38-ми лет, появилось чувство «засоренности» в глазах, они покраснели. При обращении к врачу объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Веки слегка отечны. На конъюнктиве век видны фолликулы и гипертрофированные сосочки. Конъюнктура инфильтрирована. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Возможные диагнозы? Лечение?
31. У чернокожего пациента Х., 24-х лет, отмечается покраснение обоих глаз, легкая припухлость век, слизистое отделяемое из глаз. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Конъюнктура век и глазного яблока умеренно инъецирована, гипертрофирована. В роговицу с верхней половины лимба опускается

воспалительный инфильтрат в виде пленки, пронизанной сосудами. Остальные оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Классифицируйте возможное заболевание? Какие виды лечения можно применить?

32. Ребенок Ф., 8-ми лет болен ангиной. На фоне этого заболевания появилась выраженная припухлость, и гиперемия в наружной части верхнего века правого глаза. Эта область несколько болезненна при пальпации. Конъюнктив глазного яблока инъецирована и несколько отечна в верхненаружном отделе. Глазное яблоко смещено книзу и кнутри, подвижность его несколько ограничена. Острота зрения правого глаза = 1,0. Передний отрезок не изменен. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. У ребенка лихорадочное состояние. Диагноз? Лечение?
33. Больного У., 56-ти лет, беспокоит постоянное слезотечение. Объективно определяется слезостояние. Веки занимают правильное положение, спокойные. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования для диагностики заболевания нужно произвести? Возможные диагнозы при разных исходах исследования?
34. Больная Т., 61-го года, жалуется на упорное слезотечение справа, гнойное отделяемое из глаза. Страдает правосторонним гайморитом. Острота зрения обоих глаз = 1,0. При осмотре определяется слезостояние справа. Фасолевидное мягкое выпячивание кожи под внутренней спайкой век. При надавливании на него из слезных точек выделяется гной. Диагноз? Диагностические и лечебные мероприятия?
35. Почти с момента рождения ребенок С., 8-ми месяцев, страдает конъюнктивитом левого глаза. Периодически лечится с кратковременным улучшением. Гнойное отделяемое из глаза полностью практически не исчезает. Проводимое антибактериальное и противовоспалительное лечение неэффективно. Объективно. Легкий отек и гиперемия краев век. Реснички склеены в пучки ссохшимся гноем (больше у медиального угла глаза). Гнойное отделяемое из глаза. Слезостояние. Конъюнктив век умеренно инъецирован. Глаз почти спокойный. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Диагноз? Лечение?
36. Пациентка У., 45-ти лет, жалуется на постоянное слезотечение из правого глаза, особенно на улице. Слезотечение беспокоит в течение 2-х лет. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Положение век и слезных точек правильное, при надавливании на область слезного мешка – отделяемого нет. Имеется слезостояние. Цветная слезноносовая проба отрицательная. При промывании слезных путей жидкость в нос не проходит, возвращается через верхнюю слезную точку. Глаз спокойный. Оптические среды прозрачные. Глазное дно без патологии. TOD = 21 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Слезноносовая проба положительная, при промывании жидкость свободно проходит в нос. TOS = 21 мм рт. ст. Диагноз? Лечение?
37. В течение нескольких дней у больной Р., 52-х лет, у медиальной спайки век левого глаза появился выраженный отек и гиперемия тканей, сопровождающиеся резкой болезненностью при дотрагивании. Отмечается повышение температуры, общее недомогание, головная боль. Объективно, Определяется выраженный отек,

гиперемия тканей у медиальной спайки век левого глаза. Отек распространяется на веки, щеку и спинку носа. Пальпация тканей болезненна, повышена местная температура. Глазная щель сомкнута. Увеличены подчелюстные лимфатические узлы. При раскрытии глазной щели видна небольшая гиперемия и отек в области нижней переходной складки. Острота зрения не снижена. Глаза спокойные. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?

38. К окулисту обратился пациент Р., 17-ти лет, с жалобами на ухудшение зрения обоих глаз, более выраженное справа. Зрение стало снижаться около четырех лет назад, заболевание ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,06 со сферой – 7,0 Д и цилиндром – 2,0 Д ось 95° = 0,3. Глаз спокойный. Роговица чуть помутнена в центре и кажется «заостренной». Передняя камера средней глубины с прозрачной влагой. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Острота зрения левого глаза = 0,1 со сферой – 2,0 Д и цилиндром – 2,0 Д = 0,7. Глаз спокойный. Визуальных изменений глазного яблока нет. Рефрактометрия правого глаза не удается из-за размытости меток. Слева определяется сложный обратный миопический астигматизм. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Диагноз? Лечебные мероприятия?

39. Больной П., 16-ти лет, жалуется на слезотечение, чувство инородного тела левого глаза. Утром ненароком «зацепил» глаз ногтем. Объективно. Легкий отек век с явлениями блефароспазма. Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). Слезотечение. Глазное яблоко слабо инъецировано по перикорнеальному типу. Поверхность роговицы кажется шероховатой. Подлежащие отделы и глазное дно без видимой патологии. Правый глаз здоров. Какие дополнительные диагностические манипуляции необходимо произвести? Диагноз? Лечение?

40. К окулисту обратилась больная С., 60-ти лет с жалобами на боли и снижение зрения правого глаза. Из анамнеза – 3 дня назад случайно попало веткой по глазу, к врачу не обращалась и не лечилась. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Глазная щель справа резко сужена. Выраженная смешанная инъекция глазного яблока. В центре роговицы виден серовато-желтый инфильтрат диаметром 4-5 мм с рыхлой поверхностью. В передней камере беловатая полоска гноя высотой 2 мм. Рисунок радужки стушеван, зрачок узкий. Рефлекса с глазного дна не видно. Внутриглазное давление пальпаторно T_n . Острота зрения левого глаза = 0,5 sph + 1,0^D = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?

41. Больному Р., 61-го года при работе на приусадебном участке в правый глаз попал кусочек земли. При обращении к окулисту несколько дней назад с конъюнктивы верхнего века удалено инородное тело. Однако чувство инородного тела продолжает беспокоить. Снизилось зрение, появились боли в глазу. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,09 (не корр.). Легкий отек и гиперемия век. Перикорнеальная инъекция глазного яблока. Роговица отечная. Парацентрально на роговице располагается язва серповидной формы с подрывным краем. В передней камере гной, заполняющий ее на 1/3. Радужка отечная, рисунок ее стушеван. Зрачок узкий, на свет не реагирует. В проходящем свете красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удается. Диагноз? Лечение?

42. Больной Р., 48-ми лет, обратился к окулисту с жалобами на покраснение правого глаза, боли в глазу и чувство инородного тела. Болеет около недели. К врачу не обращался. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,05 (не корр.). Умеренный отек и гиперемия век. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу.

Роговица в центре изъязвлена, на дне язвы маленький черный пузырек. Края язвы инфильтрированы. Роговица отечна. На дне передней камеры полоска гноя. Рисунок радужки стусеван. Зрачок узкий, слабо реагирует на свет. Подлежащие отделы глаза не видны из-за снижения прозрачности роговицы. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?

43. При обращении к врачу бросается в глаза выраженная светобоязнь у ребенка С., 5-ти лет. Он старается отвернуться от света, прикрыть глаза руками, почти постоянно жмурится. Проверить остроту зрения в таких условиях не представляется возможным. Объективно. Выраженный блефароспазм. Умеренный отек век правого глаза и слабовыраженный – слева. Перикорнеальная инъекция правого глазного яблока. На роговице на 7-ми часах сероватый полупрозрачный узелок диаметром около 3 мм, отстоит от лимба на 4 мм. К узелку тянется пучок поверхностных сосудов. Передняя камера и подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечение?
44. Больной Т., 38-ми лет, жалуется на слезотечение, светобоязнь правого глаза. В анамнезе переохлаждение, частые простудные заболевания, бронхит. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,03 (не корр.). Глазное яблоко инъецировано по смешанному типу. Роговица почти диффузно мутна. На фоне общего помутнения в глубоких слоях выделяются крупные желтовато-серые очаги. Смешанная васкуляризация роговицы. Подлежащие отделы глаза практически не видны. Левый глаз здоров. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
45. У ребенка У., 11-ти лет, слабовыраженная светобоязнь, умеренное слезотечение. Острота зрения обоих глаз = 0,6 (не корр.). Слабая перикорнеальная инъекция обоих глаз. В строме роговицы у лимба симметрично на обоих глазах соответственно на 5-ти и 7-ми часах диффузная инфильтрация серовато-белого цвета. Инфильтрат состоит из отдельных точек, черточек, штрихов. Глубокая васкуляризация роговиц. Подлежащие отделы глаз без видимых изменений. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Прогноз?
46. Больной Х., 56-ти лет, жалуется на слезотечение, светобоязнь и чувство инородного тела в правом глазу. Заболевание началось около недели назад. Начало болезни пациент ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,8 (не корр.). Выраженная перикорнеальная инъекция глазного яблока. На роговице инфильтрат серого цвета в виде веточки дерева, окрашивается флюоресцеином. При биомикроскопии видно, что инфильтрат состоит из мелких пузырьков, расположенных в эпителии. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечение?
47. Больной Ч., 47-ми лет, перенес вирусный кератит левого глаза 4 года назад. Лечился длительно, наблюдались рецидивы заболевания. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 0,5 со сферическим стеклом – 1,75 Д = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,08 (не корр.). Глазное яблоко не инъецировано. От лимба к центру в роговицу врастают сосуды ярко-красного цвета, которые ветвятся и анастомозируют между собой. В центре роговицы имеется ограниченное помутнение серо-белого цвета, неправильной формы. Периферические отделы роговицы прозрачные. Подлежащие отделы глаза не изменены. Диагноз? Лечение?

48. Больной Э., 40-ка лет, жалуется на покраснение правого глаза. Около недели без эффекта лечится от конъюнктивита. В настоящее время объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Легкий отек век правого глаза. При боковом освещении определяется покраснение и утолщение конъюнктивы, смешанная инъекция глазного яблока. Покраснение носит локальный характер. Очаг воспаления размером 1,5х2,0 см ярко красный, с фиолетовым оттенком, как бы приподнят над поверхностью склеры. Пальпация его болезненная. Остальные отделы глаза не изменены. Диагноз? Обследование? Лечение?
49. После перенесенного переохлаждения у больной А., 43-х лет, ночью появились боли в правом глазу. Глаз покраснел, немного ухудшилось зрение. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,4 (не корр.). Легкий отек и гиперемия верхнего века. Глазное яблоко инъецировано по перикорнеальному типу. Роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины с прозрачной влагой. Рисунок радужной оболочки ступенчат. Зрачок правого глаза уже, чем слева. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечебные мероприятия?
50. Больная Д., 52-х лет, длительное время лечится по поводу конъюнктивита. В настоящее время ее беспокоят боли в правом глазу, его покраснение и понижение зрения этого глаза. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Умеренный отек и гиперемия верхнего века. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу. Роговица прозрачная, на ее задней поверхности мелкие точки серого цвета, расположенные в виде треугольника вершиной к центру. Радужная оболочка изменена в цвете, рисунок ее сглажен. Зрачок умеренно расширен, неправильной формы. В проходящем свете не совсем ясный красный рефлекс. Глазное дно в норме. Глазное яблоко при пальпации резко болезненное. Левый глаз. Острота зрения = 0,7 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. В проходящем свете на фоне красного свечения от периферии к центру зрачка видны четные полосы. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
51. Жалобы больного Ж., 38-ми лет, на сильные боли в левом глазу и левой половине головы. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,07 (не корр.). Веки отечные. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу. Резко извиты и расширены веточки передних цилиарных артерий (симптом «кобры»). Роговица отечная, полупрозрачная. Передняя камера мелкая, неравномерная, как будто втянута в области зрачка. Рисунок радужки ступенчат. Зрачок круглый, узкий, подтянут к хрусталику. В проходящем свете тусклый красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удается. Внутриглазное давление слева = 38 мм рт. ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?
52. Инженер У., 50-ти лет, обратился на прием к окулисту с жалобами на снижение зрения левого глаза. Данные жалобы появились около 2 месяцев назад. Заболевание ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. TOD = 24 мм рт.ст. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,1 (не корр.). TOS = 24 мм рт.ст. Глаз спокоен. Передний отрезок без патологии. При офтальмоскопии с узким зрачком, в нижневнутреннем квадранте глаза обнаруживается наличие темного образования. После расширения зрачка, в той же зоне обнаружено большое бурое проминирующее образование с четкими границами и очагами кровоизлияния на его поверхности. Отек сетчатки в области желтого пятна. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?

53. К окулисту обратился больной Щ., 41-го года, с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, искажения формы и размеров предметов. Данные жалобы появились 2 дня назад, к врачу не обращался. Объективно. Острота зрения = 0,08 (не корр.). TOD=23 мм рт. ст. Правый глаз спокоен. Роговица прозрачная и сферичная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена. Зрачок правильной формы, хорошо реагирует на свет. Хрусталик прозрачный. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, экскавация физиологическая, артерии слегка расширены. В макулярной зоне виден округлый очаг желтовато-серого цвета, размером 0,5 мм с нечеткими границами и с красноватым ободком вокруг. Сетчатка вокруг очага слегка отечна. Острота зрения левого глаза = 1,0. TOS= 21 мм рт. ст. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?
54. Больной К., 32-х лет, предъявляет жалобы на ухудшение зрения правого глаза, вспышки перед глазом, искривление рассматриваемых предметов. Ухудшение зрения наступило около двух недель назад. Заболевание ни с чем не связывается, не сопровождается болями. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Придаточный аппарат глаза не изменен. Глаз спокойный. Передний отрезок глаза без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне парамакулярно имеется желтовато-серый очаг округлой формы, размерами до одного диаметра диска зрительного нерва. Границы очага нечеткие. Сетчатка в центральных отделах отечная. Макулярный и фовеальный световые рефлексы отсутствуют. Левый глаз. Острота зрения = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
55. При консультации больного Н., 64-х лет, в терапевтическом отделении на глазном дне обоих глаз определяется следующая картина. Вены сетчатки расширены, извиты. Артерии несколько сужены, неравномерного калибра. Положительные симптомы Гвиста и Салюса – I. Легкая гиперемия диска зрительного нерва. Единичные точечные кровоизлияния в сетчатку. Диагноз? Какой или какими стадиям гипертонической болезни соответствуют данные изменения?
56. У пациента С., 68-ми лет, страдающего гипертонической болезнью, на глазном дне обоих глаз определяется расширение и извитость вен. Артерии сужены, стенки их утолщены, отдельные стволы облитерированы (симптом серебряной проволоки). Штопорообразная извитость венозных стволов в макулярной области. В месте пересечения вен артериями вена перед перекрестом изгибается и резко истончается (Салюс II). Диагноз? Какой стадии гипертонической болезни соответствуют данные изменения?
57. При осмотре глазного дна обоих глаз у больного Х., 72-х лет, жалующегося на понижение зрения, видны извитые и расширенные вены. Артерии узкие, местами облитерированные. В местах пересечения артерией вены, последняя становится невидимой. Очаговые помутнения сетчатки. Множественные кровоизлияния по ходу сосудов. В области желтого пятна желто-белые очаги и плазморрагии, образующие форму звезды. Дисковидный макулярный отек сетчатки. Диагноз? Какой стадии гипертонической болезни соответствуют такие изменения? Лечебные мероприятия?
58. Больной Щ., 43-х лет, консультирован окулистом по поводу гипертонической болезни. Выдержка из записи консультанта: на глазном дне с обеих сторон диски зрительных нервов серо-розового цвета, отечные. Сосуды резко сужены, без склеротических изменений. Салюс II-III. Многочисленные хлопьевидные белые

пятна на сетчатке. Сетчатка сероватая. У заднего полюса множественные кровоизлияния различной формы и размеров. В области желтого пятна фигура звезды. Предполагаемый диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?

59. Мужчина А., 46-ти лет, обратился в поликлинику с жалобами на внезапную потерю зрения левого глаза. Утром зрение было нормальным. Во время умывания заметил, что левый глаз вдруг стал видеть плохо. Снижение зрения болями не сопровождалось. За 5-10 минут глаз ослеп совершенно. Пациент страдает гипертонической болезнью. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз спокойный. Передний отрезок глаза без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. На глазном дне картина гипертонического ангиосклероза. Острота зрения левого глаза = 0. Левое глазное яблоко не инъецировано. Передний отрезок глаза без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. На глазном дне определяется помутневшая бледная сетчатка. На ее фоне в области желтого пятна выделяется ярко-красная центральная ямка. Артерии резко сужены. В мелких артериях прерывистые столбики крови. Вены практически не изменены. Диск зрительного нерва бледноват, с серым оттенком. Диагноз? Первая помощь? Лечебные мероприятия?
60. После перенесенного гипертонического криза у больной Ж., 77-ми лет, снизилось зрение правого глаза. Снижение зрения произошло быстро, безболезненно. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,04 (не корр.). Придаточный аппарат глаза в норме. Глазное яблоко не инъецировано. Передний отрезок глаза без видимой патологии. На фоне красного рефлекса с глазного дна видны черные спицеобразные полосы, направленные вершиной к центру зрачка. На глазном дне виден отечный, красный, контуры его ступеваны, плохо просматриваются из-за многочисленных кровоизлияний, напоминающих языки пламени. Вены темные, расширенные, извитые, местами теряются в отечной ткани сетчатки. Артерии узкие. Многочисленные штрихообразные и крупные кровоизлияния по всему глазному дну. Левый глаз. Острота зрения = 0,6 со сферическим стеклом -3,0 Д = 0,8. Придаточный аппарат глаза в норме. Глазное яблоко не инъецировано. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете на фоне красного рефлекса видны черные штрихи, аналогичные таковым справа. На глазном дне картина гипертонического ангиосклероза сетчатки. Диагноз? Лечебные мероприятия?
61. Больная Н., 54-х лет, жалуется на понижение зрения обоих глаз. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Придаточный аппарат в норме. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. В проходящем свете на фоне красного рефлекса с глазного дна по периферии зрачка видны черные спицеобразные помутнения, направленные вершиной к центру зрачка. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. На концевых венулах видны микроаневризмы. Неравномерность калибра вен. По ходу сосудов мелкоточечные геморрагии и восковидные экссудаты. Макулярный и фовеальный рефлекс отсутствуют. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
62. Больная Р., 31-го года, направлена на консультацию к окулисту из отделения физиотерапевтической больницы, где проходит очередной курс лечения по поводу рецидивирующего гонита слева. При офтальмоскопическом исследовании на глазном дне с обеих сторон вокруг сосудов на некотором протяжении обнаруживаются сероватые компактные муфты. По ходу пораженных сосудов

имеются сероватые пролиферативные очажки. Единичные небольшие ретинальные кровоизлияния. Диагноз? Терапия?

63. У больного Ф., 27-ми лет, страдающего миопией, после поднятия тяжести возникло резкое понижение зрения левого глаза. Больной жалуется на наличие темной «занавески» сверху. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,04 со сферой – 7,5 Д = 1,0. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне вокруг диска зрительного нерва виден круговой миопический конус. Периферическая витреохориоретинодистрофия. Острота зрения левого глаза = 0,01 (не корр.). Глаз совершенно спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. В проходящем свете на фоне красного рефлекса в нижних отделах глаза видна вуалеподобная пленка серого цвета, которая при движении глазного яблока колеблется. При офтальмоскопии. Снизу видно пузыревидное полупрозрачное образование, на которое взбираются сосуды. Дополнительные исследования? Диагноз? Принципы лечения?
64. У ребенка Я., 4-х лет, в течение нескольких месяцев резко снизилось зрение левого глаза. Родители обратили внимание на широкий «светящийся» зрачок этого глаза. Боли ребенка не беспокоят. При осмотре объективно. Острота зрения правого глаза = 1.0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = $1/\infty$ р. l. inc. Придаточный аппарат глаза не изменен. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Зрачок круглый, расширен, на свет практически не реагирует. Оптические среды прозрачные. Офтальмоскопически на глазном дне видно проминирующее желтовато-золотистое бугристое образование. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
65. Больной Ж..., 31-го года предъявляет жалобы на низкое зрение правого глаза. Зрение снизилось постепенно, безболезненно. Заболевание ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,3 (не корр.). Придаточный аппарат глаза в норме. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне диск зрительного нерва гиперемирован, границы его ступены. Артерии и вены расширены, последние извиты. На диске плазморрагии и кровоизлияния. Левый глаз. Острота зрения = 1,0. Глаз здоров. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
66. Монтажник Г., 40-ка лет, обратился к окулисту с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, которое заметил 2 дня назад. Неделю назад перенес острый правосторонний гайморит. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Правый глаз спокоен, оптические среды прозрачные. Глазное дно: диск зрительного нерва гиперемирован, границы его ступены, отечен, несколько проминирует в стекловидное тело, артерии расширены, вены извитые, сосудистая воронка заполнена экссудатом. Макулярная область и периферия сетчатки без патологии. TOD = 22 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. TOS = 23 мм рт. ст. Дополнительные исследования? Диагноз? Лечение?
67. Больная П., 28-ми лет, жалуется на резкое снижение зрения правого глаза, небольшие боли при движении глазного яблока. Жалобы появились накануне вечером. Только что перенесла грипп, лечилась дома. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,08 (не корр.). Правый глаз спокоен, при надавливании на него отмечается легкая болезненность в глубине орбиты. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие,

физиологическая экскавация. Ход и калибр сосудов не изменен. Макулярная область и периферия сетчатки без патологии. В поле зрения – центральная скотома. TOD = 20 мм рт.ст. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечебные мероприятия?

68. Больной О., 61-го года, жалуется на периодическое затуманивание зрения левого глаза, головные боли. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 1,0. Придаточный аппарат глаза не изменен. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. При осмотре в проходящем свете на фоне красного рефлекса в плоскости зрачка видны штрихи треугольной формы, вершиной направленные к центру. На глазном дне диск зрительного нерва увеличен в размерах, грибовидно выбухает в стекловидное тело. Сосуды как бы взбираются на него. Цвет диска розовато-серый, границы нечеткие. Выражен перипапиллярный отек с единичными кровоизлияниями. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
69. Больной Ж., 56-ти лет, жалуется на ухудшение зрения обоих глаз, более выраженное справа. Заметил это около недели назад, после перенесенного гриппа. Раньше на снижение зрения не обращал внимания. Объективно. Глаза спокойные. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). Передние отрезки без видимых изменений. В проходящем свете на фоне красного рефлекса с глазного дна видны черные шипы, направленные вершиной к центру. Глазное дно в норме. Дополнительные исследования? Возможный диагноз? Лечение?
70. Больной Ц., 58-ми лет, жалуется на «дым» перед правым глазом. Больной видит этим глазом сразу несколько (вместо одного) предметов, особенно светящихся. Острота зрения правого глаза = 0,4 со сферическим стеклом – 2,0 Д = 0,8. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. При осмотре в проходящем свете на фоне красного рефлекса в плоскости зрачка видны штрихи треугольной формы, вершиной направленные к центру. Глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Возможный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
71. Больной Б., 69-ти лет, жалуется на понижение зрения обоих глаз, более выраженное слева. Зрение снижалось постепенно и безболезненно, заболевание ни с чем не связывает. Объективно. Глаза спокойные. Острота зрения правого глаза = 0,8 (не корр.). Передний отрезок без видимой патологии. В проходящем свете на фоне красного рефлекса с глазного дна видны черные шипы, направленные вершиной к центру. Глазное дно в пределах нормы. Острота зрения левого глаза = 0,09 (не корр.). Глаз спокойный. Роговица гладкая, блестящая, прозрачная. Передняя камера мельче, чем на правом глазу. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, средней величины. При осмотре фокальным освещением в плоскости зрачка виден неравномерно помутневший хрусталик серо-белого цвета. На хрусталике полулунная тень от радужки. Глазного дна в деталях не видно. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
72. Больной Ж., 65-ти лет, жалуется на постепенное снижение зрения обоих глаз, больше правого. Заметил год назад. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,02 (не корр.). TOD=19 мм рт. ст. Правый глаз спокойный. Роговица прозрачная, сферичная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена. Хрусталик с сероватым оттенком. После расширения зрачка просматривается диффузное помутнение центрального и нижнего отделов

хрусталика. На остальной периферии рефлекс хорошо виден. Видимая часть глазного дна без патологии. Острота зрения левого глаза = 0,1 sph +2,0 D = 0,7. Глаз спокоен, Передний отрезок в норме. На фоне красного рефлекса с глазного дна в хрусталике видны черные шипы, направленные острием к центру. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечебные мероприятия?

73. Больная М., 70-ти лет, жалуется на отсутствие зрения правого глаза и снижение зрения левого глаза. Зрение снижалось постепенно в течение 2 лет. К врачу не обращалась. Объективно. Острота зрения правого глаза = правильному светоощущению. TOD = 20 мм рт. ст. Конъюнктива правого глаза спокойная, роговица прозрачная, сферичная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка субатрофична, пигментная кайма сохранена. Зрачок круглый, реагирует на свет. Хрусталик неравномерно мутный, серого цвета с перламутровым оттенком. Рефлекс с глазного дна отсутствует. Острота зрения левого глаза = 0,04 (не корр.). TOS = 20 мм рт. ст. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка субатрофична, пигментная кайма сохранена. Зрачок реагирует на свет. Хрусталик мутный в центральных отделах, по периферии красный рефлекс. В этой зоне глазное дно без патологии. Диагноз? Лечебная тактика?
74. При проведении профосмотра на предприятии у пациентки И., 58-ми лет, выявлены следующие изменения правого глаза. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз совершенно спокойный. Роговица гладкая, прозрачная. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. Рисунок и цвет радужки не изменены. Местами участки атрофии. При движении глаза радужка колеблется. На 12-ти часах отверстие в радужной оболочке. Зрачок неправильной – шестигранной формы. В плоскости зрачка округлое двояковыпуклое совершенно прозрачное инородное тело. От торца его отходят три прозрачных штырька. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз?
75. Больная Т., 81-го года, жалуется на низкое зрение левого глаза. Зрение снижалось постепенно, безболезненно. Объективно. Глаза спокойные. Острота зрения правого глаза = 0,04 со сферой +10,0 Д = 0,9. Роговица прозрачная. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. Рисунок и цвет радужки не изменены. Иридоденез. Зрачок круглый. В проходящем свете красный рефлекс. На глазном дне явления гипертонического ангиосклероза сетчатки. Острота зрения левого глаза – светоощущение с правильной проекцией. Передний отрезок без видимых изменений. В плоскости зрачка мутный хрусталик серо-белого цвета. Подлежащие отделы глаза не видны. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
76. Больной Ю., 27-ми лет, получил травму правого глаза два года назад, оперирован. В настоящее время беспокоит низкое зрение правого глаза, невозможность пользоваться двумя глазами одновременно. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,03 со сферическим стеклом + 8,0 Д и цилиндрическим + 1,5 Д ось 165° = 1,0. Глаз спокойный. На периферии роговицы, на 4-х часах рубец неправильной формы размером до 8 мм. Передняя камера неравномерная за счет передней синехии, глубокая, с прозрачной влагой. Радужка местами атрофична. Зрачок неправильной формы, подтянут к рубцу. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно в пределах нормы. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Способы коррекции? Возможные лечебные мероприятия?

77. После перенесенного гипертонического криза у больной К, 49 лет, резко снизилась острота зрения правого глаза. При обращении к врачу жалобы на низкое зрение правого глаза, «летающие хлопья» перед глазом. Объективно. Правый глаз. Острота зрения = 0,3 (не корр.) Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете не совсем ясный красный рефлекс. Глазного дна в деталях рассмотреть не удастся. После расширения зрачка в проходящем свете на фоне красного рефлекса видны плавающие помутнения. Рефлекс остается неясным. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами, артерии сужены, вены полнокровны, Саллюс-2. Местами симптом «серебряной проволоки». Симптом Гвиста. Левый глаз. Острота зрения = 1,0. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами, артерии сужены, вены полнокровны, Саллюс-2. Местами симптом «серебряной проволоки». Симптом Гвиста. Диагноз? Лечение?
78. У ребенка Щ., 8-ми месяцев, отмечается слезотечение слева и светобоязнь. Объективно. Глазное яблоко инъецировано по перикорнеальному типу. Роговица увеличена в размерах, отечная. Лимб расширен. Передняя камера глубокая. Радужка и зрачок просматриваются с трудом. Последний чуть расширен. В проходящем свете тусклый красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удастся. Правый глаз здоров. Дополнительные диагностические мероприятия? Возможный диагноз? Лечение?
79. У больной Е., 67-ми лет, утром возникли резкие боли в правом глазу и голове. Зрение правого глаза снизилось. При взгляде на источник света вокруг него появляются радужные круги. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Легкий отек век. Расширены и извиты артериолы и венулы на склере. Роговица несколько отечна, полупрозрачная. Передняя камера мелкая, с прозрачной влагой. Зрачок расширен, в виде вертикального овала. Глазное дно видно в тумане. Пальпаторно Т₊₃. Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). В хрусталике начальные помутнения. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
80. Больная Ж., 60-ти лет, обратилась с жалобами на резкое ухудшение зрения и сильные боли в левом глазу и левой половине головы, которые появились ночью, тошноту и рвоту. Несколько дней назад у нее было тяжелое эмоциональное переживание. Раньше глаза никогда не болели. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,5 sph + 2,0^D = 1,0. TOD = 19 мм рт. ст. Правый глаз в пределах возрастной нормы. Острота зрения левого глаза = 0,04 (не корр.). TOS = 47 мм рт. ст. Слева – глазная щель сужена, выраженная застойная инъекция глазного яблока. Роговица отечная. Передняя камера очень мелкая. Зрачок расширен до 5 мм, неправильной овальной формы. Рефлекс с глазного дна тускло-розовый. Диск зрительного нерва виден в тумане. Диагноз? Лечебные мероприятия?
81. Больной Н., 58-ми лет, страдает первичной открытоугольной глаукомой. Острота зрения обоих глаз = 0,3 со сферическим стеклом – 2,0 Д = 1,0. У него отмечается периодическое нестойкое повышение внутриглазного давления, которое нормализуется медикаментозно. Увеличены размеры слепого пятна. Имеются парацентральные скотомы в зоне Бьеррума. На глазном дне изменений нет. Какая стадия глаукомы у больного? Рекомендации для лечения?

82. Больной Ц., 67-ми лет, обратился к окулисту с жалобами на понижение зрения левого глаза. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. Незначительная деструкция пигментной каймы зрачка левого глаза. Оптические среды прозрачные. На глазном дне слева имеется сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону и экскавация зрительного нерва. При периметрии слева имеется сужение поля зрения в верхне-носовом квадранте. Возможный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
83. Больная Б., 55-ти лет, обратилась к окулисту с жалобами на периодические боли в обоих глазах, появление тумана и радужных кругов при взгляде на источник света, особенно при наклонах головы. Впервые подобные ощущения заметила 1,5 года назад, но в последние месяцы они стали более частыми. Объективно: острота зрения правого глаза = 0,3 sph + 1,5 D = 0,5; TOD = 35 мм рт. ст.; острота зрения левого глаза = 0,7 sph + 1,0 D = 1,0; TOS = 34 мм рт. ст. Глаза спокойные, имеется расширение передних цилиарных сосудов. Передняя камера мелкая. Радужка субатрофична. Зрачок 4 мм, круглый, вяло реагирует на свет. Рефлекс с глазного дна розовый. Справа имеется краевая экскавация с перегибом сосудов по краю диска, слева – сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону. Макулярная зона и периферия сетчатки без патологии. Поле зрения правого глаза сужено в верхненосовом квадранте до 25°, слева – в пределах нормы. Диагноз? Лечебные мероприятия?
84. Больной Г., 57-ми лет, обратился к врачу с жалобами на ухудшение зрения и ориентировки в пространстве. Вышеуказанные жалобы появились около полугода назад, но не вызывали особого беспокойства. Отмечал периодическое проходящее затуманивание зрения. В настоящее время патологические явления прогрессируют. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,4 sph – 3,5 D = 1,0. Глаза спокойные. Роговицы прозрачные. Передние камеры средней глубины. Радужки субатрофичные. Зрачки слабо расширены. Реакция на свет замедлена. В проходящем свете красный рефлекс. На глазном дне отмечается экскавация дисков зрительных нервов, их побледнение. При периметрии определяется трубчатое поле зрения. TOU = 38 мм рт. ст. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
85. После автомобильной аварии у больной В., 26-ти лет, отмечаются симметричные подкожные кровоизлияния век обоих глаз. Острота зрения = 0,7. Сами глазные яблоки спокойны. Небольшие субконъюнктивальные кровоизлияния. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. На глазном дне отмечается помутнение сетчатки в макулярной области. Возможный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
86. У больного К., 31-го года, после полученной травмы левое глазное яблоко запало в глубину орбиты. Имеет место ограничение его подвижности. Движения болезненные. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глазные яблоки без видимых изменений. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
87. Больной У., 19-ти лет, в драке получил травму левого глаза. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = светоощущению с правильной проекцией света. Выраженная подкожная и подконъюнктивальная гематома. Глазная щель сомкнута. Роговая оболочка прозрачная. Передняя камера средней глубины, на 1/3 заполнена кровью. Рисунок радужки не изменен. Зрачок круглый, несколько расширен. В проходящем свете рефлекса не видно. Пальпаторно Т_п. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?

88. После полученной около месяца назад тупой травмы левого глаза больной Я., 56-ти лет, отмечает периодическое ухудшение зрения этого глаза. При изменении положения головы зрение то ухудшается, то улучшается. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза, если больной смотрит, наклонив голову вперед, = 0,6; если голова находится в прямом положении, больной видит полосу перед глазом и острота зрения его = 0,02 со сферой +9,0 Д = 0,8. Глаз спокойный. Роговица прозрачная. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. При движении глаза определяется иридодегенерация. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, средней величины. В плоскости зрачка в проходящем свете видна изогнутая линия. Глазное дно в норме. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
89. Больная Б., 68-ми лет, получила травму во время падения, ударившись левой половиной головы и надбровной дугой о перила лестницы. Обратила внимание на снижение зрения левого глаза. Через несколько часов появились боли в глазу и головные боли. Зрение снизилось еще больше. При обращении к окулисту объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. TOD = 20 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 0,03 (не корр.). Подкожная гематома области надбровной дуги и верхнего века. Левое глазное яблоко инъецировано по смешанному типу. Роговица отечная, утолщена, но сохраняет прозрачность. Передняя камера глубокая, как будто заполнена масляной каплей. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, умеренно расширен. Розовый рефлекс с глазного дна. Глазного дна в деталях рассмотреть не удастся из-за отека роговицы. TOS = 46 мм рт.ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?
90. Больной Р., 24-х лет, обратился к окулисту через два дня после драки. Со слов пациента во время свалки упал и получил удар по левому глазу ногой. К врачу не обращался из-за ухудшения общего состояния (головные боли, рвота). В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Выраженная подкожная гематома века, ссадины на коже. Глазная щель чуть приоткрыта. Подконъюнктивальные кровоизлияния. Передний отрезок глазного яблока не изменен. Оптические среды прозрачные, глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = светоощущению с неуверенной проекцией. Выраженная подкожная гематома и отек века. Ссадины на коже. При пальпации века определяется крепитация. Глазная щель практически сомкнута. При разведении века видна обширная субконъюнктивальная гематома, через которую в верхненаружном квадранте просвечивает темное пятно со светлым круглым образованием посередине. Роговица прозрачная. Передняя камера до половины заполнена кровью. Зрачок подтянут к пятну. В проходящем свете рефлекса нет. Гипотония. Диагноз? Лечебные мероприятия?
91. На прием к окулисту обратился шофер Ш., 32-х лет, с жалобами на боли в левом глазу, светобоязнь, покраснение глаза. С его слов, 2 часа тому назад разбилось ветровое стекло машины, и в глаз попал осколок. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз без патологии. Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). Слева имеется умеренное сужение глазной щели, светобоязнь, слезотечение, умеренная инъекция глазного яблока. В роговице на 3-х часах, ближе к лимбу видна небольшая линейная рана, длиной 3-4 мм, не достигающая до глубоких слоев. Передняя камера средней глубины, зрачок круглый, расположен в центре. Рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии. Внутриглазное давление пальпаторно Т_н. Диагноз? Лечение?

92. Больная Л., 32-х лет, во время шитья уколола правый глаз швейной иглой. Сразу почувствовала резкую боль, возникло слезотечение и снизилось зрение. При обращении к врачу объективно. Острота зрения = 0,8 (не корр.). Правое глазное яблоко слабо инъецировано по перикорнеальному типу. Роговица прозрачная. На 6-ти часах, в 3 мм от лимба имеется точечный инфильтрат. Передняя камера мелкая, с прозрачной влагой. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, средней величины. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно в норме. TOD = 13 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?
93. Врач скорой помощи вызван к ребенку Э., 6-ти лет. Мальчик получил травму правого глаза при выстреле из рогатки. При осмотре объективно. Выраженный блефароспазм. Из правой глазной щели выступает кровь. Проверить зрение не удается. При раскрытии глазной щели у лимба виден темного цвета комочек. Роговица прозрачная. На дне передней камеры кровь. Передняя камера глубокая. Диагноз? Первая помощь?
94. В стационар доставлен ребенок Э., 6-ти лет, получивший травму правого глаза при стрельбе из рогатки. Объективно. Блефароспазм. После инстилляций анестетиков произведен осмотр. Острота зрения правого глаза = светоощущению с правильной проекцией. Смешанная инъекция глазного яблока. Роговица гладкая, прозрачная блестящая. На склере у лимба скальпированная рана конъюнктивы шириной до 2 см. В ране склеры видна выпавшая сосудистая оболочка. Передняя камера глубокая, на $\frac{1}{3}$ заполнена кровью. Зрачок овальный, подтянут к ране. В проходящем свете рефлекса не видно. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагностические мероприятия? Диагноз? Лечение?
95. Рабочий Я., 45-ти лет, жалуется на снижение зрения левого глаза в течение последних 3-х месяцев. Ухудшение зрения ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,001 (не корр.). Глаз спокоен. В роговице на 5-ти часах недалеко от лимба виден рубец длиной 5 мм, соответственно ему – небольшой дефект в радужке. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка несколько темнее, чем справа, зрачок круглый 4 мм, слабо реагирует на свет. Хрусталик равномерно мутный, серый, под передней капсулой буроватые отложения. Рефлекс с глазного дна отсутствует. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
96. Электрик Т., 46-ти лет, обратился к окулисту с жалобами на снижение зрения травмированного около двух месяцев назад левого глаза. В глаз попал отскочивший кусок провода. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,06 (не корр.). Глазное яблоко умеренно инъецировано по смешанному типу. Роговица гладкая, блестящая прозрачная. Влага передней камеры прозрачная, но опалесцирует, единичные преципитаты на задней поверхности роговицы. Рисунок радужки несколько ступеван, она изменена в цвете. Зрачок круглый, узкий. После его расширения в хрусталике видны желто-зеленые помутнения в виде цветущего подсолнуха. Рефлекс с глазного дна тусклый. Деталей глазного дна не видно. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
97. Больной В., 29-ти лет, находится на лечении в глазном отделении по поводу проникающего ранения правого глаза уже более двух недель. В настоящее время предъявляет жалобы на появление болей и покраснение левого, здорового глаза. Объективно. Острота зрения правого глаза = светоощущению с правильной

проекцией. Глазное яблоко умеренно инъецировано по смешанному типу. На роговице уштая рана линейной формы длиной до 6 мм. На задней поверхности роговицы множественные преципитаты. Передняя камера мелкая. Рисунок и цвет радужки изменены, бомбаж. Круговая задняя синехия. Зрачок круглый, слабо расширен. В плоскости зрачка неравномерно помутневший хрусталик. Подлежащие отделы глаза не видны. TOD = 13 мм рт.ст. Острота зрения левого глаза = 0,8 (не корр.). Перикорнеальная инъекция глазного яблока. Роговица прозрачная, на задней ее поверхности единичные преципитаты. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. TOS = 18 мм рт.ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?

98. Больной Л., 53-х лет, получил химический ожог обоих глаз известью при выполнении малярных работ дома. Глаза промыл проточной водой. Приехал к окулисту через 2 часа после травмы. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.), левого глаза = 0,1. Блефароспазм, отек и гиперемия век. При вывороте верхних век на тарзальной их части видны крупинки извести. Конъюнктив нижних сводов несколько ишемична, эрозирована. Смешанная инъекция глазного яблока. Эпителий роговиц слущен практически по всей поверхности. Роговицы диффузно прокрашивается флюоресцеином. Передние камеры средней глубины с прозрачной влагой. Подлежащие отделы без видимых изменений. Диагноз? Первая помощь? Лечебные мероприятия?
99. Сварщик А., 38-ми лет, обратился за помощью к окулисту с жалобами на чувство инородного тела, боли в глазах, слезотечение, светобоязнь. Накануне проводил сварку труб без защитных очков. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,7 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). Конъюнктив глаз инъецирована по смешанному типу. На поверхности роговиц мелкие пузырьвидные вздутия эпителия. Подлежащие отделы глаз не изменены. Диагноз? Первая помощь? Лечение?
100. К окулисту обратились родители ребенка М., 6-ти лет, с жалобами на наличие у него косоглазия. Обратили внимание на заболевание около года назад. К врачу не обращались. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Глазное яблоко отклонено кнутри. Косоглазие постоянное. Объем движений глаза полный. Диплопии нет. Глазное яблоко без видимых патологических изменений. Острота зрения левого глаза = 0,4 sph + 1,5^D = 0,7. Глаз здоров. Подвижность в полном объеме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
101. У ребенка Ж., 5-ти лет, сходящееся косоглазие слева. Косоглазие постоянное. Острота зрения правого глаза = 0,5 со сферой + 1,75 Д = 1,0 Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,1 (не корр.). Рефрактометрически определяется гиперметропия до 3,0 Д, однако коррекция зрения оптическими линзами результата не дает. При закрытом правом глазе левое глазное яблоко, хоть и исправляет свое положение, но до центра не доходит, оставаясь несколько смещенным кнутри. Видимых патологических изменений левого глаза не выявлено. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
102. После авто аварии у больного Д., 39-ти лет, наблюдается сходящееся косоглазие слева. Жалобы на двоение. Больной принимает вынужденное положение головы. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Объем движений полный, глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глазное яблоко отклонено кнутри. Объем движений кнаружи резко ограничен. При закрытом правом глазе левый

устанавливается почти прямо. Глаз спокоен. Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечение?

103. Больная Б., 31-го года, жалуется на низкое зрение обоих глаз. Плохо видит с детства. Очками не пользовалась – не подходят. К окулисту обращалась неоднократно, но никто помочь не мог. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,2 (не корр.). Придаточный аппарат глаз в норме. Глазные яблоки спокойные. Передние отрезки без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне диски зрительных нервов бледноваты, несколько уменьшены в размерах. Другой патологии не видно. Толчкообразные горизонтальные качательные движения глаз. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
104. После перенесенной простуды у больного Ю., 27-ми лет, внезапно появились боли при движении глаз. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Отмечается небольшой экзофтальм, незначительное ограничение подвижности глазных яблок. При крайних отведениях глаз – диплопия. Легкий отек век и конъюнктивы. Незначительная смешанная инъекция глазных яблок. Отделяемого из конъюнктивальных мешков нет. Передние отрезки без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
105. Больной Ш., 47-ми лет, обратился к врачу с жалобами на сильную головную боль, высокую температуру, озноб. Все вышеперечисленные жалобы появились два дня назад. Лечился дома, принимая антигриппин. Обращает на себя внимание резкий отек и гиперемия век правого глаза. Конъюнктив глазного яблока отечна, ущемлена в глазной щели. Подвижность глазного яблока отсутствует. Отмечается увеличение региональных лимфатических узлов. Диагноз? Действия врача-терапевта? Дополнительные исследования офтальмолога? Лечебные мероприятия?
106. К окулисту больную Х., 26-ти лет, привело двустороннее пучеглазие. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Отмечается увеличение обнажения поверхности склеры (симптом Дальримпля), отставание верхнего века от верхнего края зрачка при взгляде вниз (симптом Грефе), редкое мигание (симптом Штельвага) и затруднение конвергенции (симптом Мебиуса). Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
107. Больная Ж., 27-ми лет, обратилась к окулисту с жалобами на пучеглазие справа. Это явление появилось несколько месяцев назад. Другими жалобами экзофтальм не сопровождается. Больная отмечает периодическое улучшение и ухудшение состояния. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Экзофтальмометрия: OD – 23 мм, OS – 17 мм. Глазные щели обоих глаз смыкаются, но не симметричны. Глазное яблоко справа достаточно легко поддается репозиции в орбиту. Легкий отек конъюнктивы сводов. Глаз спокойный. Объем движений глазного яблока полный. Глазное яблоко без видимой патологии. Левый глаз здоров. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
108. После наблюдения за электросваркой вечером больной К., 47 лет, вечером почувствовал чувство инородного тела в обоих глазах, появились слезотечение и светобоязнь. Постепенно нарастала боль, и появился блефароспазм. При осмотре офтальмологом обнаружен отек и гиперемия век обоих глаз, отек конъюнктивы, смешанная инъекция глазных яблок. Конъюнктив с внутренней стороны напояет

на роговицу в виде языка. Зрачок узкий. Подлежащие отделы в деталях рассмотреть не удастся. Предположительный диагноз? Лечение?

109. Шофер самосвала Л., 58 лет, обратился к офтальмологу с жалобами на ухудшение зрения на близком расстоянии. Врач подобрал ему очки для чтения в 3,0 Д, в которых пациент вроде бы видел хорошо. Но, однако, через некоторое время больной обратился вновь с этими же жалобами. Объективно при осмотре конъюнктивы видна ее гиперемия, извитость и ампулообразное расширение вен, микроаневризмы и геморрагии. Аналогичные явления выявлены и в сетчатке. Диски зрительных нервов без видимых изменений. Поля зрения сужены. Расширены слепые пятна. Предполагаемый диагноз?
110. После работы в поле у сельскохозяйственного работника Г., 32 лет, отмечается обильное слезотечение, выраженный миоз и вялая реакция зрачков на свет. Пациент жалуется на снижение зрения вдаль, боли в глазах и орбитах, головную боль. Внутриглазное давление снижено. Небольшой нистагм, диплопия. Предположительный диагноз?
111. При обследовании призывника Н. установлено, что при скиаскопии правого глаза определяется миопия в 5,0 Д, а слева – 7,0 Д. Определите степень годности его к военной службе.
112. При обследовании призывника Д. установлено, что при скиаскопии обоих глаз определяется миопия в 13,0 Д. Определите степень годности его к военной службе.
113. При обследовании призывника У. установлено, что при скиаскопии правого глаза определяется гиперметропия в 7,0 Д, а слева – 6,5 Д. Определите степень годности его к военной службе.
114. При обследовании призывника Ж. установлено, что при скиаскопии правого глаза определяется сложный миопический астигматизм в 3,0 Д, а слева – смешанный астигматизм в 4,5 Д. Определите степень годности его к военной службе.
115. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больного Б. 46 лет, имеется осложненная миопия высокой степени (-14,0 Д), начинающаяся осложненная катаракта обоих глаз. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,01 (не корр.). Поля зрения с обеих сторон – остаточные. Глаза спокойные. В хрусталиках начальные помутнения. Деструктивные изменения в стекловидном теле. На глазном дне вокруг дисков обширные миопические конусы, переходящие в стафиломы. Атрофические изменения по всей сетчатке. Какой группе инвалидности соответствует состояние больного?
116. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больной Ю. 36 лет, на фоне сахарного диабета имеется диабетическая ретинопатия обоих глаз. Сахарным диабетом страдает 8 лет. Лечится у эндокринолога, на инсулинотерапии. Снижение зрения обоих глаз, больше левого, отмечает в течение последнего года. Проводилось лечение лазером. Объективно. Правый глаз. Острота зрения = 0,3 со сферой + 1,25 Д и цилиндром – 0,5 Д = 0,5. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Частичные периферические помутнения в хрусталике. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. Вены расширены, неравномерного калибра. В сетчатке геморрагии, твердые экссудаты, следы лазеркоагулятов, выраженный преретинальный фиброз стекловидного тела.

Локальная тракционная отслойка сетчатки. TOD = 18 мм рт. ст. Левый глаз. Острота зрения = счет пальцев у лица. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Частичные периферические помутнения в хрусталике. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. Вены расширены, неравномерного калибра. В сетчатке геморрагии, твердые экссудаты, следы лазеркоагулятов. TOD = 18 мм рт. ст. Какой группе инвалидности соответствуют изменения, имеющиеся у пациентки? Реабилитационные мероприятия?

117. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больного Л. 63 лет, имеется незрелая возрастная катаракта обоих глаз. Острота зрения правого глаза = 0,5 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,1 (не корр.). При осмотре с широким зрачком другой патологии не выявлено. Действия врача МСЭК?
118. Больная П. 30 лет, обратилась с жалобами на внезапное покраснение правого глаза, появление светобоязни, ощущение «песка» в глазу, слезотечение, которые появились 3 дня тому назад, а сегодня подобные симптомы, но не такие выразительные, возникли и в левом глазу. Объективно: выраженный отек век, гиперемия конъюнктивы в области переходной складки. Мелкие точечные кровоизлияния в конъюнктиве верхнего века, незначительные слизисто-гнойные выделения. Диагноз? Лечебные мероприятия?
119. Больной А. 50-ти лет, обратился с жалобой на ухудшение зрения правого глаза. Из анамнеза выяснено, что, когда он работал в мастерской, глаз травмировал куском металла. Объективно: острота зрения = 0,6 (не корр.). Роговица не повреждена, глубокая передняя камера, линейная рана и кровоизлияние в конъюнктиве склеры, гипотония. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечебные мероприятия?
120. Больная Е. 74-х лет, предъявляет жалобы на ухудшение зрения левого глаза, искривление предметов при рассматривании их этим глазом. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,6 со сферой + 1,5 Д = 0,9. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете на фоне красного рефлекса единичные черные полосы в виде «шипов». Глазное дно в пределах возрастной нормы. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете на фоне красного рефлекса единичные черные полосы в виде «шипов». Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. Ход и калибр сосудов не изменены. В макулярной области определяется отек сетчатки с небольшой крапчатостью по периферии. Дополнительные исследования? Возможный диагноз? Лечебные мероприятия?
121. Больная Т., 23-х лет, жалуется на покраснение глаз, чувство инородного тела, слезотечение. Жалобы появились после работы на производстве с компьютером. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Умеренный отек век. Смешанная инъекция конъюнктивы. У заднего ребра нижних век практически отсутствует слезный мениск. Тянущиеся густые выделения в конъюнктиве. Сосочки гипертрофированы. Поверхность роговицы шероховата, на ней в виде ниточек эпителиальные выросты. Подлежащие отделы глаз без видимых изменений. Диагноз? Лечебные мероприятия?

Ответы на ситуационные задачи.

1. Необходимо проведение адаптометрии. У ребенка возможно гемералопия, на фоне которой имеет место простой блефарит. Гемералопия, скорее всего, имеет функциональный характер. Назначить витамины группы А.
2. У ребенка возможно предположить или истинную, или ложную миопию, возникшую на фоне спазма аккомодации. Необходимо проведение обследования ребенка в условиях циклоплегии объективными способами исследования рефракции – скиаскопией или рефрактометрией. При наличии миопии – оптическая коррекция, при спазме аккомодации – лечение спазма.
3. В связи с тем, что сферическая коррекция миопии не дала достаточного эффекта, а видимых изменений со стороны глаз не выявлено, нужно предположить наличие астигматизма. Для диагностики необходимо произвести скиаскопию или рефрактометрию, а также офтальмометрию. Провести сфероцилиндрическую очковую коррекцию. При необходимости – контактная коррекция или рефракционная хирургия.
4. Нужно произвести ультразвуковую биометрию глаза. У пациента предполагается прогрессирующая близорукость. Показана операция – склеропластика.
5. Пациентке можно предложить контактную коррекцию или рефракционную хирургию.
6. У ребенка можно предположить наличие скрытой дальнозоркости. Для уточнения диагноза необходимо проведение исследования рефракции объективными методами в условиях циклоплегии.
7. У пациентки начальные проявления пресбиопии. Необходима очковая коррекция для работы на близком расстоянии собирательными линзами +1,5 Д.
8. У пациента пресбиопия. Необходима очковая коррекция для работы на близком расстоянии собирательными линзами +2,0 Д.
9. У пациентки анизометропия, сопровождающаяся астигматизмом. Полная очковая коррекция невозможно. Можно использовать очки: для правого глаза – 1,25 Д, а для левого –3,25 Д. При недостаточности эффекта рекомендовать контактную коррекцию или рефракционную хирургию.
10. У больного аллергический отек Квинке. Назначить десенсибилизирующие препараты.
11. У больного абсцесс нижнего века. Показано вскрытие абсцесса и его дренирование, проведение антибактериальной терапии.
12. На фоне гиперметропии у пациента развился простой блефарит. Необходима коррекция аномалии рефракции. Показана обработка краев век спиртом, Массаж век. Инстилляцией в конъюнктивальный мешок сульфацил-натрия или сульфата цинка. За веки и на веки гидрокортизоновая мазь.

13. У больного чешуйчатый блефарит. Нужно проводить лечение гельминтоза. Показана обработка краев век спиртом, Массаж век. Инстилляции в конъюнктивальный мешок сульфацил-натрия или сульфата цинка. За веки и на веки гидрокортизоновая мазь.
14. У больного миопия слабой степени, язвенный блефарит, сопровождающийся трихиазом и мадарозом. Тщательно удалить все корочки после их размягчения рыбьим жиром, вазелиновым маслом. Первые 2-3 дня места изъязвлений тушировать спиртом или 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Быстро снимают явления воспаления аппликации на края век ватных полосок, смоченных растворами одного из антибиотиков, если на них нет аллергии. Тампоны накладывают на 10-15 мин до 4 раз в день. На ночь края век смазывают 10-20% сульфациловой, 0,3% флоксаловой или 0,5% гидрокортизоновой мазью. Неправильно растущие ресницы эпилировать.
15. Имеющиеся симптомы, скорее всего, указывают на воспаление слезной железы или волосяного фолликула ресницы – ячмень. В стадии начинающегося воспаления иногда достаточно смазать кожу в месте инфильтрации 2-3 раза 70% спиртом или 1% раствором бриллиантового зеленого на 70% спирту. В глаз закапывают 6-8 раз в день 30% раствор сульфацил-натрия, или растворы антибиотиков. Показаны сухое тепло, УФЧ-терапия.
16. У больной халазион. В начальной стадии в область халазиона вводят кортикостероиды пролонгированного действия, например кеналог, смазывают кожу века 0,1% мазью дексаметазона (максидекс). При неэффективности радикальным является хирургическое удаление.
17. У больной лагофтальм слева, начинающиеся возрастные катаракты, гипертоническая ретинопатия обоих глаз. Паралич лицевого нерва обычно лечат невропатологи. Офтальмологическая помощь заключается в предохранении глаза от избыточного высыхания и инфицирования. Для этого несколько раз в день в конъюнктивальную полость закапывают 30% раствор сульфацил-натрия, стерильное вазелиновое масло, либо мази, содержащие сульфаниламиды или антибиотики. При стойком лагофтальме показано оперативное лечение – частичное ушивание глазной щели (блефарорафия) или подтягивание атоничного нижнего века к глазу. По поводу начинающихся катаракт назначают инстилляции препаратов квинакс, катахром и т.д. Необходимо наблюдение и лечение терапевта по поводу гипертонической болезни.
18. Запрокинутая голова носит название позы «звездочета». У больного частичный двусторонний врожденный птоз. Лечение хирургическое.
19. Рубцовый заворот нижнего века, эрозия, стромальные помутнения роговицы правого глаза. Помутнение роговицы левого глаза. Лечение – пластика нижнего века правого глаза, Закладывание антибактериальных мазей в правый конъюнктивальный мешок. В последующем возможно проведение кератопластики.
20. Спастический выворот век, хронический конъюнктивит, начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. Проводят посев отделяемого из конъюнктивальных мешков на микрофлору и назначают в соответствии с полученными данными антибактериальное лечение. При отсутствии эффекта проводят хирургическое

лечение. По поводу начинающихся катаракт назначают инстилляцию препаратов квинакс, катахром и т.д.

21. У больной гиперметропия слабой степени, блефарохалазис обоих глаз. Назначают коррекцию гиперметропии, оперативное лечение блефарохалазиса.
22. Острый бактериальный конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.
23. Пневмококковый конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.
24. Острый эпидемический конъюнктивит. Вызывается палочкой Коха-Уикса. Больного необходимо изолировать. Пациенту необходимо инстиллировать в глаза каждые 2-4 часа 30% раствор сульфацил-натрия, 0,3% раствор или мазь тобрамицина, флоксала. Находящимся с ним в контакте 30% раствор сульфацил-натрия инстиллируют 3-4 раза в день.
25. У больного дифтерия конъюнктивы. Для уточнения диагноза необходимо провести бактериологические исследования. Больного немедленно изолируют в инфекционное отделение, где весь комплекс общего лечения проводится врачом-инфекционистом. Офтальмологические назначения состоят в промывании конъюнктивальной полости антисептическими растворами (3% раствор борной кислоты, раствор калия перманганата 1:5000, 1:5000 фурацилина), частые инстилляции 20% раствора сульфацила натрия или пенициллина. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь или 0,3% флоксаловую мазь. При поражении роговицы применяют препараты, улучшающие ее регенерацию.
26. У ребенка гонобленнорея. Диагноз должен быть подтвержден лабораторными бактериологическими исследованиями отделяемого из конъюнктивальной полости. назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляции окацина, флоксала – 6-8 раз в сутки. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь. Общее лечение состоит в назначении сульфаниламидных препаратов и антибиотиков в дозах соответственно возрасту.
27. Можно думать о гонобленнорее новорожденных. Диагноз должен быть подтвержден лабораторными бактериологическими исследованиями отделяемого из конъюнктивальной полости. назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляции окацина, флоксала – 6-8 раз в сутки. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь. Общее лечение состоит в назначении сульфаниламидных препаратов и антибиотиков в дозах соответственно возрасту.
28. Гонобленнорея. Диагноз должен быть подтвержден лабораторными бактериологическими исследованиями отделяемого из конъюнктивальной полости. Назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляции окацина, флоксала – 6-8 раз в сутки. На ночь за веки

закладывают 1 % эритромициновую мазь. Общее лечение состоит в назначении сульфаниламидных препаратов и антибиотиков в дозах соответственно возрасту.

29. У больного ангулярный блефароконъюнктивит, гиперметропия слабой степени. Эффективным средством является 0,5-1 % раствор цинка сульфата или комбинация его с борной кислотой, которые закапывают 3-4 раза в день в течение 1-1,5 мес. Используются 0,3% раствор гентамицина, 0,1% раствор диклофенака натрия (капли «Наклоф»). На ночь за веки закладывают 1% тетрациклиновую мазь.
30. Решающее значение имеют лабораторные диагностические исследования: микроскопия соскобов конъюнктивы на выявление цитоплазматических включений, бактериоскопия методом флюоресцирующих антител, иммуноферментный анализ сыворотки крови на обнаружение хламидийного антигена. Возможны диагнозы трахомы и других хламидийных или фолликулярных конъюнктивитов. Можно применить консервативное и хирургическое лечение.
31. Необходим осмотр век с их выворотом. Решающее значение имеют лабораторные диагностические исследования: микроскопия соскобов конъюнктивы на выявление цитоплазматических включений, бактериоскопия методом флюоресцирующих антител, иммуноферментный анализ сыворотки крови на обнаружение хламидийного антигена. Скорее всего, у пациента трахома II стадии. Можно применить консервативное и хирургическое лечение.
32. Правосторонний дакриoadенит. Назначают сухое тепло, УВЧ-терапию, внутрь – сульфаниламиды, жаропонижающие, анальгетики; внутримышечно и местно – инъекции антибиотиков. При нагноении производят разрез с последующим дренированием абсцесса и наложением повязок с гипертоническим раствором.
33. Необходимо поставить канальцевую и носовую пробы. При отрицательных обеих пробах нужно предполагать сужение слезных точек или канальцев. При отрицательной носовой пробе – непроходимость носослезного канала.
34. Хронический дакриоцистит. Проводят канальцевую и носовую пробу. Промывание слезоотводящих путей. Выполняют их контрастную рентгенографию. При отсутствии проходимости жидкости в нос показана операция – дакриоцисториностомия.
35. Длительное наличие гнойного отделяемого из глаза может говорить в пользу дакриоцистита новорожденных. Ребенку необходимо поставить канальцевую и носовую пробы. При отсутствии проходимости жидкости в нос проводят массаж слезного мешка. При безуспешности манипуляции – промывание слезоотводящих путей или зондирование слезноносового канала.
36. У больной непроходимость слезноносового канала. Проводят рентгенографическое исследование черепа и контрастную рентгенографию слезоотводящих путей. Консультируют больного с оториноларингологом. Как лечебное мероприятие показана операция – дакриоцисториностомия.
37. Флегмона слезного мешка. Проводят функциональные пробы на проходимость слезоотводящих путей. В разгар воспаления назначают общее лечение с применением антибактериальных средств. Местно рекомендуют: сухое тепло в разных видах, УВЧ-терапия, кварцевое облучение. Своевременно начатое лечение

предупреждает самопроизвольное вскрытие флегмоны. При сформировавшемся флюктуирующем абсцессе производят его вскрытие с дренированием и промыванием гнойной полости антибиотиками. После стихания острых явлений выполняют дакриоцисториностомию.

38. Больному назначают рефрактометрию и офтальмометрию. Диагноз – кератоконус. При начальных стадиях выполняют кросслинкинг. При выраженных изменениях – керраринг или кератопластику.
39. Больному выполняют окрашивание роговицы 2% раствором флюоресцеина. Дефект роговицы окрашивается в зеленый цвет, что говорит о наличии эрозии. Назначают антибактериальные препараты, кератопротекторы, антибиотиковые мази.
40. Гнойный кератит, гипопион правого глаза. Гиперметропия слабой степени левого глаза. Назначают инстилляции антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивальных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляции мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляции нестероидных противовоспалительных средств проводятся 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначаются антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначаются кератопластические средства.
41. Диагноз – ползучая язва роговицы. Немедленная госпитализация больного. Назначают инстилляции антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивальных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляции мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляции нестероидных противовоспалительных средств проводятся 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначаются антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначаются кератопластические средства.
42. У больного на фоне язвы роговицы имеется десцеметоцеле. Необходима госпитализация. Наложение контактной линзы как бандажа, Прикрытие роговицы конъюнктивой или кератопластика.
43. Ребенок страдает фликтенулезным кератитом. Необходимо проведение туберкулиновых проб, рентгенологического исследования, анализа крови. Лечение фликтенулезных кератитов должно быть комплексным, включающим общее и местное воздействия. Общее лечение проводится в контакте с фтизиатром. Местно применяют кортикостероиды в каплях и подконъюнктивально, мидриатики, магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером.

44. Предположительный диагноз – гематогенный глубокий туберкулезный кератит. Достоверным критерием туберкулезных метастатических кератитов служит очаговая реакция в пораженном глазу на подкожное введение туберкулина (реакция Манту). Лечение туберкулезного метастатического кератита проводится совместно с фтизиатром. Проводят инстиллянии 3% раствора тубазида, 5% раствора салюзиды, подконъюнктивальные инъекции 5% раствора салюзиды. Дополнительно местно применяют кортикостероиды, мидриатики.
45. Предположительный диагноз – сифилитический паренхиматозный кератит. Положительные серологические реакции, семейный анамнез позволяют рано установить правильный диагноз. Лечение должно быть направлено на устранение основной причины, что оказывает благоприятное влияние на исход общего заболевания и местного процесса. Общее лечение проводится совместно с дерматовенерологом. Местно применяются кортикостероиды, мидриатики, магнитотерапия, облучение гелий-неоновым лазером. Инфильтрация роговицы имеет тенденцию к рассасыванию.
46. Древоидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксифуридин (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстиллянии офтальмоферона. Растворы закапывают в конъюнктивальный мешок через каждые 1-2 часа, мази закладывают в нижний конъюнктивальный свод до 5 раз в день с интервалом 4 часа. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией.
47. У больного миопия слабой степени правого глаза, васкуляризованное пятно роговицы левого глаза. Для лечения выполняют кератопластику.
48. Диагноз – склерит правого глаза. Воспалительные заболевания склеры нередко возникают на фоне системных заболеваний, аллергических проявлений, вирусных поражений, таких хронических инфекций, как туберкулез и сифилис. Лечение зависит от этиологии процесса. Необходимо учитывать роль иммунных факторов. Рекомендуется назначать антибиотики, салицилаты, кортикостероиды, антигистаминные средства, тепловые процедуры, магнитотерапию, магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером.
49. У больной ирит правого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок, противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды (инстиллянии 0,1% раствора дексаметазона не менее 6 раз в день, парабульбарные или подконъюнктивальные инъекции 0,4% раствора дексаметазона). Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры.
50. У больной иридоциклит правого глаза, начинающаяся возрастная катаракта левого глаза. Зрачок правого глаза расширен, возможно медикаментозно, так как больная длительно лечится по поводу конъюнктивита. Учитывая возможность повышения внутриглазного давления в случае глаукомы иридоциклитического криза, измеряют давление правого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок, противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды (инстиллянии 0,1% раствора дексаметазона не менее 6 раз в день, парабульбарные

или подконъюнктивальные инъекции 0,4% раствора дексаметазона). Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры.

51. У больного иридоциклит, сращение зрачка, бомбированная радужка, вторичная глаукома левого глаза. Необходимо назначение инстилляций 1% раствора атропина и 0,1% раствора адреналина на фоне диуретиков. В случае отсутствия расширения зрачка и сохранения бомбажа радужки производят иридэктомию. Назначают противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды (инстилляций 0,1% раствора дексаметазона не менее 6 раз в день, парабульбарные или подконъюнктивальные инъекции 0,4% раствора дексаметазона). Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры.
52. У больного пигментированное новообразование хориоидеи левого глаза, возможно меланома. Дополнительные методы исследования (ультразвуковое сканирование, флюоресцентная ангиография, компьютерная томография, тонкоигольная аспирационная биопсия) помогают в уточнении диагноза. До решения вопроса о характере лечения больной с увеальной меланомой должен быть тщательно обследован у онколога с целью исключения метастазов. Для лечения применяют органосохранные методы лечения. К таким методам относятся лазеркоагуляция, гипертермия, криодеструкция, лучевые методы лечения. При экваториально расположенных опухолях возможно локальное удаление. В тяжелых случаях – энуклеация.
53. Центральный хориоретинит правого глаза. Лечение центрального серозного хориоретинита должно быть комплексным с обязательным учетом этиологии процесса. Патогенетическим лечением является блокада дефектов базальной пластинки методом лазеркоагуляции. Во всех случаях следует применять ангиопротекторы, антиоксиданты, ингибиторы простагландинов, кортикостероиды в виде ретробульбарных инъекций.
54. Центральный хориоретинит правого глаза. Лечение центрального серозного хориоретинита должно быть комплексным с обязательным учетом этиологии процесса. Патогенетическим лечением является блокада дефектов базальной пластинки методом лазеркоагуляции. Во всех случаях следует применять ангиопротекторы, антиоксиданты, ингибиторы простагландинов, кортикостероиды в виде ретробульбарных инъекций.
55. Гипертоническая ангиопатия сетчатки. Изменения глазного дна обычно соответствуют Ib-IIa стадиям гипертонической болезни.
56. У больного гипертонический ангиосклероз сетчатки. Изменения глазного дна обычно соответствуют II стадии гипертонической болезни.
57. У больного гипертоническая ретинопатия. Изменения глазного дна обычно соответствуют III стадии гипертонической болезни.

58. Предполагаемый диагноз – почечная ретинопатия. Необходимо исследование функций мочевыделительной системы. Лечение у нефролога.
59. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки левого глаза. Назначают таблетку 0,5 мг или 2-3 капли 1% раствора нитроглицерина на сахаре и вдыхание амилнитрита или карбогена; 0,5 мл 0,1% раствора атропина, 0,3-0,5 мл 15% раствора ксантинола никотината ретробульбарно; никотиновую кислоту 0,1 г внутрь и в инъекциях, 10 мл 2,4% раствора эуфиллина в виде внутривенных вливаний; внутривенное или внутримышечное введение 5-10 тыс. ЕД гепарина, тромболитина, фибринолизина, который можно применять также подконъюнктивально и ретробульбарно. Внутриглазное давление снижают инстилляцией бета-блокаторов, назначением глицерола, диакарба. С этой же целью производят массаж глазного яблока, парацентез роговицы.
60. Тромбоз центральной вены сетчатки правого глаза. Миопия слабой степени, гипертонический ангиосклероз сетчатки левого глаза. Начинаяющаяся возрастная катаракта обоих глаз. В лечении тромбоза центральной вены сетчатки применяются антикоагулянты, ферменты, ангиопротекторы, спазмолитики, кортикостероиды, препараты, улучшающие микроциркуляцию.
61. Предположительный диагноз: диабетическая ретинопатия?, начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. Исследуют уровень сахара крови. Консультация и лечение эндокринолога. Применяют ангиопротекторы и антиоксиданты. После флюоресцентной ангиографии производят лазеркоагуляцию сетчатки.
62. Ревматический ретиноваскулит. Консультация и лечение ревматолога.
63. У больного отслойка сетчатки левого глаза на фоне осложненной миопии высокой степени обоих глаз. Выполняют хирургическое лечение.
64. Предположительный диагноз – ретинобластома левого глаза. Выполняют офтальмоскопию с максимально расширенным зрачком. Ультразвуковое сканирование дополняет диагностику ретинобластомы, позволяет определить ее размеры, подтвердить или исключить наличие кальцификатов. Компьютерная томография орбит и головного мозга показана детям старше 1 года жизни. Лечение – криодеструкция, лазеркоагуляция и лучевая терапия. В тяжелых случаях – энуклеация.
65. Предположительный диагноз – неврит зрительного нерва справа. Исследуют поля зрения и цветоощущение. Причинами оптического неврита могут быть воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек, глазного яблока и глазницы, уха, горла и носа, острые и хронические инфекции, общие заболевания токсико-аллергического генеза – необходимо обследование. Проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики, кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию.
66. Неврит зрительного нерва справа. Исследуют поля зрения и цветоощущение. Причинами оптического неврита могут быть воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек, глазного яблока и глазницы, уха, горла и носа, острые и

хронические инфекции, общие заболевания токсико-аллергического генеза – необходимо обследование. Проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики, кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию.

67. Ретробульбарный неврит. Исследуют поля зрения и цветоощущение. Причиной оптического неврита могут быть воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек, глазного яблока и глазницы, уха, горла и носа, острые и хронические инфекции, общие заболевания токсико-аллергического генеза – необходимо обследование. Проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики, кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию.
68. Предположительный диагноз застойные диски зрительных нервов?, начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. Проводят флюоресцентную ангиографию, консультацию невропатолога и нейрохирурга, исследуют давление и состав спинномозговой жидкости, Получают данные КТ, МРТ, рентгенологические данные Лечение направлено на основное заболевание.
69. Больного нужно обследовать в условиях расширенного зрачка. Если дополнительных данных не получено, то у него начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. Назначают инстилляцию препаратов, улучшающих метаболические процессы в хрусталике.
70. Начинаяющаяся возрастная катаракта, миопия правого глаза. Больного нужно обследовать в условиях расширенного зрачка. Назначают инстилляцию препаратов, улучшающих метаболические процессы в хрусталике.
71. Начинаяющаяся возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная катаракта левого глаза. Расширяют зрачок, проводят биомикроскопию и тонометрию. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на левом глазу.
72. Незрелая возрастная катаракта правого глаза, гиперметропия слабой степени, начинающаяся возрастная катаракта левого глаза. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на правом глазу.
73. Зрелая возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная катаракта левого глаза. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на правом глазу.
74. Артификация правого глаза. В лечении не нуждается.
75. Афакия, гипертонический ангиосклероз правого глаза, зрелая возрастная катаракта левого глаза. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией

интраокулярной линзы на левом глазу. В последующем – имплантация ИОЛ на правом глазу.

76. Спаянный рубец роговицы, афакия правого глаза. Лечение – оперативное: пластика радужки с имплантацией интраокулярной линзы на правом глазу.
77. Частичный гемофтальм справа, гипертонический ангиосклероз обоих глаз. В свежих случаях рекомендуются госпитализация и постельный режим с бинокулярной повязкой, гемостатические препараты, далее – рассасывающая терапия. Если в первые 7-10 дней кровоизлияние не рассасывается, рекомендуется витрэктомия.
78. Врожденная глаукома левого глаза. Проводят измерение внутриглазного давления, офтальмоскопию и гониоскопию. Лечение – оперативное.
79. Острый приступ закрытоугольной глаукомы правого глаза, начинающаяся возрастная катаракта левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляцию пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор. Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол. Назначается гирудотерапия и отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны. При отсутствии эффекта в течение 1-2 часов под контролем артериального давления применяют седативные, антигистаминные, обезболивающие препараты в виде литической смеси. Если через 24 часа приступ не удалось купировать, показана лазерная или хирургическая иридэктомия.
80. Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляцию пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор. Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол. Назначается гирудотерапия и отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны. При отсутствии эффекта в течение 1-2 часов под контролем артериального давления применяют седативные, антигистаминные, обезболивающие препараты в виде литической смеси. Если через 24 часа приступ не удалось купировать, показана лазерная или хирургическая иридэктомия.
81. У больного первичная открытоугольная начальная глаукома с нормальным внутриглазным давлением. Учитывая компенсацию офтальмотонуса, больной должен использовать те гипотензивные препараты, которые он получает.
82. Возможный диагноз: первичная открытоугольная развитая глаукома левого глаза. Проводят тонометрические и тонографические исследования. При отсутствии компенсации офтальмотонуса назначают гипотензивные препараты с контролем внутриглазного давления. При отсутствии нормализации уровня ВГД – оперативное лечение.
83. Диагноз: первичная закрытоугольная развитая глаукома правого глаза с высоким внутриглазным давлением, первичная закрытоугольная начальная глаукома левого глаза с высоким внутриглазным давлением, гиперметропия слабой степени обоих глаз. Осуществляют подбор гипотензивных препаратов. При отсутствии нормализации уровня внутриглазного давления – оперативное лечение.

84. Диагноз: первичная открытоугольная далекозашедшая глаукома обоих глаз с высоким внутриглазным давлением, миопия слабой степени обоих глаз. Осуществляют подбор гипотензивных препаратов. При отсутствии нормализации уровня внутриглазного давления – оперативное лечение.
85. Возможный диагноз: берлиновское помутнение сетчатки обоих глаз. Перелом основания черепа? Производят рентгенографию черепа в двух проекциях, направляют больного к невропатологу и нейрохирургу.
86. Перелом стенок левой орбиты. Выполняют рентгенографию черепа в двух проекциях. При смещении отломков – пластические операции на стенках орбиты.
87. Тупая травма, подкожная гематома век, субконъюнктивальное кровоизлияние, травматическая гифема, гемофтальм слева. Проводят рентгенографию черепа в двух проекциях, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. В первые дни назначают кровоостанавливающие препараты, затем проводят рассасывающую терапию с применением ферментов. При отсутствии динамики – парацентез роговицы с вымыванием гифемы, витрэктомия.
88. Подвывих хрусталика левого глаза. Проводят биомикроскопию с расширенным зрачком, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. Лечение – экстракция хрусталика с имплантацией интраокулярной линзы.
89. Тупая травма, подкожная гематома области надбровной дуги и верхнего века, вывих хрусталика в переднюю камеру, вторичная глаукома левого глаза. Больной в экстренном порядке проводят удаление вывихнутого хрусталика из передней камеры с имплантацией интраокулярной линзы.
90. Тупая травма, подкожная гематома век, подконъюнктивальные кровоизлияния правого глаза. Тупая травма, подкожная гематома век, перелом стенок орбиты, субконъюнктивальная гематома, разрыв склеры с выпадением оболочек и вывихом хрусталика под конъюнктиву, гифема левого глаза. Проводят рентгенографию черепа в двух проекциях, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. Производят удаление вывихнутого хрусталика с ушиванием раны склеры. При наличии перелома глазницы со смещением отломков – пластические операции на глазнице.
91. Непроникающая резаная рана роговицы левого глаза. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей, кератопротекторы.
92. Проникающее ранение роговицы правого глаза. Проводят рентгенографию правой орбиты, ультразвуковое исследование правого глаза. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей.
93. Проникающее корнеосклеральное ранение правого глаза с выпадением оболочек, гифема правого глаза. Врач скорой помощи инстиллирует в глаз дезинфицирующие капли, проводит обезболивание, накладывает бинокулярную повязку и доставляет больного в стационар.
94. Проникающее склеральное ранение правого глаза с выпадением оболочек, гифема, гемофтальм справа. Проводят рентгенографию глазницы в двух проекциях, ультразвуковое исследование глаза. При наличии внутриглазного инородного тела

производят его рентгенлокализацию по Комбергу-Балтину. Выполняют первичную хирургическую обработку раны, заключающуюся во вправлении выпавших оболочек и наложении швов на склеру и конъюнктиву. При наличии внутриглазного инородного тела производят его удаление одним из способов. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают антибактериальную, противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию.

95. Рубец роговицы, сидероз? левого глаза. Для уточнения диагноза производят рентгенологическое и ультразвуковое исследование глаза. В случае наличия внутриглазного инородного тела производят его диасклеральное удаление. После первичной хирургической обработки раны назначают антибиотики, кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, физиотерапию, при необходимости – мидриатики, ферменты, ангиопротекторы, антигистаминные средства.
96. Халькоз левого глаза? Для уточнения диагноза производят рентгенологическое и ультразвуковое исследование глаза. В случае наличия внутриглазного инородного тела производят его диасклеральное удаление. После первичной хирургической обработки раны назначают антибиотики, кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, физиотерапию, при необходимости – мидриатики, ферменты, ангиопротекторы, антигистаминные средства.
97. Проникающее ранение, пластический увеит правого глаза. Симпатическое воспаление левого глаза. Диагностическим симпатизирующим иридоциклитом могут способствовать реакции клеточного и гуморального иммунитета сыворотки крови больного с хрусталиковым антигеном и антигеном из сосудистой оболочки. В этот период необходимо проводить энергичную противовоспалительную терапию. Назначают кортикостероиды внутрь, в каплях и субконъюнктивально, инъекции антибиотиков внутримышечно и под конъюнктиву, сульфаниламиды внутрь, гипосенсибилизирующие средства, цитостатики и иммунокорректирующие препараты. Местно – инсталляции мидриатиков. Лишь в тех случаях, когда лечение не оказывает должного эффекта, фибринозно-пластический иридоциклит приобретает затяжной характер и функции утрачиваются полностью, травмированный глаз необходимо энуклеировать.
98. Щелочной химический ожог II степени обоих глаз. Первая помощь – удаляют частички извести, промывают конъюнктивальный мешок водой, дезинфицирующими растворами или слабым кислотным раствором. В глаз закапывают какие-либо дезинфицирующие растворы и закладывают мази. Под конъюнктиву и своды вводят гемодез ежедневно в течение 6-7 дней. Показано также подконъюнктивальное введение «коктейля», в состав которого входят аутосыворотка, антибиотики, сосудорасширяющие препараты и антикоагулянты. Хороший эффект при тяжелых ожогах наблюдается в результате применения сыворотки ожоговых реконвалесцентов путем подконъюнктивальных и внутривенных инъекций.
99. Электроофтальмия. Лечение заключается в инстилляциях раствора дикаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки.
100. Сходящееся содружественное косоглазие, амблиопия? справа. Гиперметропия левого глаза. Проводят исследование рефракции обоих глаз в условиях циклоплегии.

Измеряют угол косоглазия. Назначают адекватную коррекцию. Проводят ортоптическое и плеоптическое лечение. При сохранении косоглазия – оперативное лечение.

101. У ребенка сходящееся содружественное косоглазие, амблиопия слева. Гиперметропия слабой степени правого глаза. Проводят исследование рефракции обоих глаз в условиях циклоплегии. Измеряют угол косоглазия. Назначают адекватную коррекцию. Проводят ортоптическое и плеоптическое лечение. При сохранении косоглазия – оперативное лечение.
102. Сходящееся паралитическое косоглазие слева. Проводят лечение у невропатолога. При отсутствии эффекта – оперативное лечение.
103. Диагноз: Аплазия дисков зрительных нервов, нистагм, амблиопия. Показано исследование рефракции, по возможности оптическая коррекция. Лечение аплазии нет.
104. У больного тенонит. Общее и местное противовоспалительное лечение. Сухое тепло.
105. Флегмона орбиты справа. Врач-терапевт вводит антибиотики широкого спектра действия и срочно отправляет больного в офтальмологический стационар. В офтальмологическом стационаре проводят рентгенографию черепа в двух проекциях, при необходимости консультируют больного с оториноларингологом, стоматологом, невропатологом. В первые часы заболевания показано внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия. При внезапном ухудшении зрения или появлении признаков абсцедирования показано срочное хирургическое вмешательство с дренированием полости абсцесса. При наличии патологического процесса в параназальных синусах необходимо их дренирование.
106. Тиреотоксикоз. Больную лечит и консультирует эндокринолог.
107. Диагноз: эндокринный экзофтальм справа. Лечение эндокринной офтальмопатии каузальное, симптоматическое и восстановительное. Каузальную терапию кортикостероидами назначают при субкомпенсации и декомпенсации процесса. Стероидную терапию можно комбинировать с наружным облучением орбит. Симптоматическое лечение заключается в назначении пациенту антибактериальных капель, искусственной слезы, солнцезащитных очков и обязательно глазную мазь на ночь. Восстановительное хирургическое лечение назначают при эндокринной миопатии с целью улучшения функций пораженных экстраокулярных мышц или при резкой ретракции верхнего века для восстановления его нормального положения.
108. Электроофтальмия. Птериgium обоих глаз. Лечение электроофтальмии заключается в инсталляциях раствора дикаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки. Птериgium требует оперативного лечения.
109. Имеющиеся изменения глаз могут указывать на проявление вибрационной болезни. Рекомендуются обследование и лечение у профпатолога. Смена профессии.
110. Отравление фосforoорганическими соединениями.
111. Призывник ограниченно годен к военной службе.

112. Призывник к военной службе не годен. Должен быть снят с военного учета.
113. Призывник ограниченно годен к военной службе.
114. Призывник ограниченно годен к военной службе.
115. Данные больного соответствуют требованиям для I группы инвалидности.
116. Проллиферативная диабетическая ретинопатия, сложный гиперметропический астигматизм, тракционная отслойка сетчатки правого глаза. Развитая диабетическая ретинопатия левого глаза. Больной показана швартвитрэктомия с эндолазером на правом глазу. Наблюдение и лечение у эндокринолога.
117. Врач МСЭК для реабилитации пациента должен рекомендовать проведение хирургического лечения катаракты.
118. Острый эпидемический конъюнктивит. Применяют закапывания в глаз антимикробных препаратов каждые 2-4 часа в течение нескольких дней. По мере стихания воспаления частоту инстилляций снижают до 3-5 раз в сутки.
119. Проникающее ранение склеры правого глаза. Проводят рентгенографию глазницы в двух проекциях, ультразвуковое исследование глаза. При наличии внутриглазного инородного тела производят его рентгенлокализацию по Комбергу-Балтину. Выполняют первичную хирургическую обработку раны, заключающуюся в наложении швов на склеру и конъюнктиву. При наличии внутриглазного инородного тела производят его удаление одним из способов. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают Антибактериальную, противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию.
120. Для диагностики заболевания выполняют исследование центрального поля зрения, флюоресцентную ангиографию и оптическую когерентную томографию глаза. Диагноз – центральная инволюционная дистрофия сетчатки левого глаза. Начинаяющаяся возрастная катаракта обоих глаз. Возможно лазерное лечение.
121. У больной синдром «сухого глаза». Лечение симптоматическое: назначение препаратов искусственной слезы.

МПД-19

**Федеральное государственного бюджетного образовательного учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине Офтальмология основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело, утвержденной 24.05.2023 г.
для студентов 4 курса

по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

г. Владикавказ

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела дисциплины/практики	Количество тестов (всего)	Код формируемых компетенций	стр. с __ по __
1	2	3	4	5
Вид контроля	Промежуточный			
1.	Принципы и методы охраны зрения у детей и взрослых. Роль глаза (части мозга) в жизни. Роль света в функционировании оптико-вегетативной системы фотоэнергетической системы. Связь глазной патологии с общими болезнями у детей и взрослых. Фило-морфогенез и анатомия органа зрения. Аномалии развития.	181	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	53-75
2. 4	Методы исследования глаза и его придатков. Порядок обследования глазного больного и схема истории болезни. Выполнение глазных диагностических и лечебных манипуляций.	44	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	76-81
3.	Зрительные функции, начиная с рождения и у взрослых. Бинокулярный характер зрения и его нарушения.	57	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	82-89
4.	Оптическая система глаза. Актуальные проблемы клинической рефракции. Коррекция аметропии (очковая, контактная, лазерная, хирургическая).	96	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	90-102
5.	Заболевания орбиты, век, конъюнктивы и слезных органов.	192	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	103-128
6.	Заболевания роговицы.	46	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	129-134
7.	Заболевания сосудистой оболочки глаза.	42	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	135-140

8.	Заболевания сетчатки и зрительного нерва. Глазные проявления важнейших частых общих заболеваний лиц разного возраста, лучевых поражений.	87	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	141-153
9.	Заболевания хрусталика.	70	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	154-162
10.	Глаукомы.	61	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	163-170
11.	Новообразования органа зрения.	24	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	171-173
12.	Повреждения органа зрения.	59	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	174-181
13.	Профессиональные заболевания глаз.	13	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	182-183
14.	Экспертиза военная и трудовая.	24	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	184-187
15.	Бинокулярное зрение. Косоглазие.	40	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	188-193
16.	Офтальмология	1023	ОПК-4; ОПК-5; ОПК-9.	53-193

АНАТОМИЯ

Бактерицидное действие слезы обеспечивает присутствие в ней:

- А – липазы;
- Б – химотрипсина;
- +В – лизоцима;
- Г – фосфотазы;
- Д – фибринолизина.

Блок (trochlea) располагается:

- +А – в верхне-внутреннем углу орбиты;
- Б – в верхне-наружном углу орбиты;
- В – в нижне-наружном углу орбиты;
- Г – в нижне-внутреннем углу орбиты;
- Д – у вершины орбиты.

Блоковый нерв иннервирует:

- А – верхнюю и нижнюю прямые мышцы;
- Б – внутреннюю прямую мышцу;
- В – наружную прямую мышцу;
- +Г – верхнюю косую мышцу;
- Д – нижнюю косую мышцу.

Более узкий зрачок наблюдается у:

- А – новорожденных;
- Б – лиц среднего возраста;
- В – стариков;
- +Г – верно А и В;
- Д – одинаков в любом возрасте.

Боуменова мембрана находится между:

- +А – эпителием роговицы и стромой;
- Б – стромой и десцеметовой оболочкой;
- В – десцеметовой оболочкой и эндотелием;
- Г – эпителием и десцеметовой оболочкой;
- Д – правильного ответа нет.

Брыжами называются:

- А – выступы на радужке, отделяющие лакуны друг от друга;
- Б – складки, формирующиеся в радужке при расширении зрачка;
- +В – выступы на радужке, отделяющие зрачковый пояс от ресничного;
- Г – перемычки между корнем радужки и трабекулой;
- Д – пигментная кайма в области зрачка.

В каком из трех отделов зрительного анализатора световая энергия преобразуется в нервное возбуждение?

- +А – рецепторном (глаз);
- Б – проводящих путях;
- В – подкорковых центрах;
- Г – корковых центрах;
- Д – правильно все перечисленное.

В образовании орбиты принимают участие все кости, кроме:

- А – лобной;
- Б – клиновидной;
- +В – височной;

Г – верхнечелюстной;
Д – скуловой.

В общей массе хрусталика белки составляют:

А – свыше 50%;
Б – свыше 40%;
+В – свыше 30%;
Г – свыше 15%;
Д – до 10%.

В питании роговой оболочки принимает участие все, кроме:

А – краевой петливой капиллярной сети;
+Б – собственных сосудов роговой оболочки;
В – слезной жидкости;
Г – водянистой влаги.

В ресничном теле находится мышца:

А – суживающая зрачок;
Б – расширяющая зрачок;
В – орбитальная;
+Г – цилиарная;
Д – Риолана.

В синдром верхней глазничной щели входят все симптомы, кроме:

А – птоза;
+Б – миоза;
В – мидриаз;
Г – офтальмоплегии;
Д – экзофтальма.

В состав кожи век входит все, кроме:

А – нежных пушковых волос;
+Б – мейбомиевых желез;
В – сальных желез;
Г – потовых желез;
Д – эпидермиса.

В состав слезной жидкости входит все, кроме:

А – воды;
Б – минеральных солей;
В – белка;
+Г – лимфоцитов;
Д – лизоцима.

В стекловидном теле содержится воды:

А – до 40%;
Б – до 50%;
В – до 60%;
Г – до 85%;
+Д – до 98%.

Веки являются:

А – придаточной частью органа зрения;
Б – защитным аппаратом органа зрения;
+В – и тем, и другим;
Г – ни тем, ни другим.

Веко содержит все анатомические образования, кроме:

- А – кожи;
- Б – мышечного слоя;
- В – хряща;
- +Г – теноновой фасции;
- Д – тарзо-орбитальной фасции.

Венозное кровообращение осуществляется:

- А – верхней глазной веной;
- Б – нижней глазной веной;
- В – наружной глазной веной;
- +Г – верно А и Б;
- Д – верно все перечисленное.

Венозный отток крови из глаза и глазницы происходит в направлении:

- А – кавернозного синуса;
- Б – крылонебной ямки;
- В – вен лица;
- +Г – всех перечисленных образований.

Верхнюю стенку орбиты составляют:

- А – лобная и носовая кости;
- Б – лобная кость и большое крыло клиновидной кости;
- +В – лобная кость и малое крыло клиновидной кости;
- Г – лобная кость и тело клиновидной кости;
- Д – лобная кость и бумажная пластинка решетчатой кости.

Верхняя глазничная вена покидает глазницу через:

- +А – верхнюю глазничную щель;
- Б – зрительное отверстие;
- В – нижнюю глазничную щель;
- Г – овальное отверстие;
- Д – круглое отверстие.

Верхняя глазничная щель соединяет орбиту с:

- А – передней черепной ямкой;
- +Б – средней черепной ямкой;
- В – задней черепной ямкой;
- Г – областью турецкого седла;
- Д – крылонебной ямкой.

Ветвями глазничной артерии являются:

- А – лобная артерия;
- Б – надглазничная артерия;
- В – слезная артерия;
- +Г – все перечисленное;
- Д – ничего из перечисленного.

Влага передней камеры служит для:

- А – питания роговицы;
- Б – питания хрусталика;
- В – преломления света;
- Г – выведения отработанных продуктов обмена;
- +Д – всего перечисленного.

Внутреннюю стенку орбиты составляют все кости, кроме:

- А – клиновидной;

Б – верхнечелюстной;
+В – скуловой;
Г – решетчатой;
Д – слезной.

Внутриглазную жидкость вырабатывает в основном:

А – радужка;
Б – хориоидея;
+В – цилиарное тело;
Г – хрусталик;
Д – стекловидное тело.

Во внутреннем углу глазной щели располагается:

А – слезная железа;
Б – добавочные слезные железы;
В – железы Молля;
+Г – слезное мяско;
Д – мышца, поднимающая верхнее веко.

Водянистая влага обеспечивает все следующие функции, кроме:

А – поддержания определенного уровня внутриглазного давления;
Б – вымывания шлаковых веществ из глаза;
В – питания бессосудистых структур глаза;
Г – проведения света к сетчатке;
+Д – бактерицидного и бактериостатического действия.

Водянистая влага образуется в глазу благодаря:

А – фильтрации из стекловидного тела;
Б – фильтрации из водоворотных вен;
В – осмоса через роговицу;
+Г – секреции (ультрафильтрации) из сосудов ресничного тела;
Д – правильно Б и В.

Водянистая влага содержит:

А – воду;
Б – альбумины;
В – глюкозу;
Г – верно А и Б;
+Д – верно все.

Возвышение на веках у медиального края носит название:

+А – слезный сосочек;
Б – слезный бугорок;
В – слезный мешочек;
Г – слезное мяско;
Д – полулунная складка.

Всего в глазнице находится ____ мышц:

А – 5;
Б – 6;
+В – 7;
Г – 8;
Д – 9.

Выводные протоки мейбомиевых желез открываются:

А – на кожу век;
Б – в конъюнктивный мешок в области сводов;

В – в заднюю камеру глаза;
Г – в слезный мешок;
+Д – на свободный край век.

Гистологически в сетчатке различают:

А – 12 слоев;
+Б – 10 слоев;
В – 8 слоев;
Г – 5 слоев;
Д – 3 слоя.

Главная роль в зрительном анализаторе принадлежит:

А – глазодвигательному аппарату;
Б – оптическим средам глаза;
+В – сетчатке и хориоидее;
Г – правильно А и Б;
Д – правильно Б и В.

Глазницу образуют:

А – 5 костей;
Б – 6 костей;
+В – 7 костей;
Г – 8 костей;
Д – 9 костей.

Глазное дно – это:

А – дно глазницы, выстланное надкостницей;
Б – внутренняя поверхность теноновой капсулы;
В – внутренняя поверхность склеры;
+Г – внутренняя поверхность глазного яблока, выстланная сетчаткой;
Д – вся внутренняя поверхность глазного яблока.

Глазодвигательный нерв иннервирует:

А – верхнюю прямую мышцу;
Б – внутреннюю прямую мышцу;
В – нижнюю прямую мышцу;
Г – нижнюю косую мышцу;
+Д – все перечисленные мышцы.

Глубина орбиты взрослого человека составляет:

А – 2-3 см;
+Б – 4-5 см;
В – 6-7 см;
Г – 8-9 см;
Д – 10-11 см.

Глубина передней камеры взрослого человека в норме равна:

А – 1-2 мм;
Б – 2-2,5 мм;
+В – 2,5-3,5 мм;
Г – 3,5-4 мм;
Д – 4-5 мм.

Горизонтальный размер роговой оболочки взрослого равен:

А – 8 мм;
Б – 9 мм;
В – 10 мм;

+Г – 11 мм;

Д – 12 мм.

Двигательная иннервация мышцы, расширяющей зрачок, осуществляется:

+А – симпатической нервной системой;

Б – парасимпатической нервной системой;

В – лицевым нервом;

Г – отводящим нервом;

Д – тройничным нервом.

Двигательная иннервация мышцы, суживающей зрачок, осуществляется:

А – симпатической нервной системой;

+Б – парасимпатической нервной системой;

В – лицевым нервом;

Г – отводящим нервом;

Д – тройничным нервом.

Двигательную иннервацию экстраокулярных мышц осуществляют:

А – глазодвигательный нерв;

Б – отводящий нерв;

В – блоковый нерв;

+Г – все перечисленное;

Д – только А и Б.

Диск зрительного нерва на глазном дне расположен:

А – в месте проекции желтого пятна;

+Б – в 4 мм медиальнее желтого пятна;

В – в 4 мм латеральнее желтого пятна;

Г – в 4 мм выше желтого пятна;

Д – в 4 мм ниже желтого пятна.

Диск зрительного нерва – это:

А – область, в которой сходятся волокна ганглиозных клеток;

Б – место отсутствия палочек и колбочек;

В – место соответствующее слепому пятну;

Г – структура, представляющая собой белое вещество головного мозга;

+Д – все перечисленное верно.

Длинные и короткие цилиарные нервы содержат:

+А – чувствительные волокна;

Б – трофические волокна;

В – двигательные волокна;

Г – вазомоторные волокна;

Д – все перечисленные волокна.

Для роговой оболочки характерны все качества, кроме:

А – прозрачности;

Б – высокой чувствительности;

В – блеска;

+Г – обильной васкуляризации;

Д – сферичности формы.

Для сетчатки характерно все, кроме:

+А – наличия чувствительной иннервации;

Б – плотной фиксации по зубчатой линии;

В – наличия в ней палочек и колбочек;

Г – питания от хориоидеи;

Д – прозрачности.

Для слезной железы характерно все, кроме:

- А – наличия орбитальной части;
- Б – наличия пальпебральной части;
- +В – выработки за сутки около 1 мл слезы;
- Г – наличия отверстий выводных протоков в верхнем своде конъюнктивы;
- Д – расположения в верхне-наружном углу орбиты.

Для стекловидного тела характерно:

- А – прозрачность;
- Б – плотная фиксация около диска зрительного нерва;
- В – отсутствие сосудов и нервов;
- Г – диффузия питательных веществ из водянистой влаги;
- +Д – верно все перечисленное.

Для хряща века характерно:

- А – полулунная форма;
- Б – наличие хрящевой ткани;
- В – наличие мейбомиевых желез;
- Г – верно А и Б;
- +Д – верно А и В.

Для центральной ямки желтого пятна сетчатки характерно:

- А – наличие 4 слоев нервных клеток;
- Б – наименьшая толщина;
- В – наличие колбочковых элементов;
- Г – наличие палочковых элементов;
- +Д – верно все, кроме Г.

Задние длинные цилиарные артерии осуществляют кровоснабжение:

- А – зрительного нерва;
- Б – собственно сосудистой оболочки;
- +В – ресничного тела и радужной оболочки;
- Г – склеры;
- Д – всего перечисленного.

Задние короткие цилиарные артерии осуществляют кровоснабжение:

- А – зрительного нерва;
- +Б – собственно сосудистой оболочки;
- В – ресничного тела и радужной оболочки;
- Г – склеры;
- Д – всего перечисленного.

Зрительное отверстие соединяет орбиту с:

- А – передней черепной ямкой;
- +Б – областью турецкого седла;
- В – лобной пазухой;
- Г – задней черепной ямкой;
- Д – решетчатым лабиринтом.

Зрительные функции обеспечивают следующие нейроэпителиальные клетки:

- +А – палочки и колбочки;
- Б – биполярные клетки;
- В – ганглиозные клетки;
- Г – правильно А и Б;
- Д – правильно А и В.

Зрительный нерв выходит из орбиты глаза через:

- А – верхнюю глазничную щель;
- +Б – for. opticum;
- В – нижнюю глазничную щель;
- Г – круглое отверстие;
- Д – из орбиты не выходит.

Зрительный нерв имеет:

- А – мягкую оболочку;
- Б – паутинную оболочку;
- В – твердую оболочку;
- +Г – все перечисленное;
- Д – правильно А и Б.

Зубчатая линия на склере соответствует:

- А – лимбу;
- +Б – месту прикрепления глазодвигательных мышц;
- В – экватору;
- Г – горизонтальному меридиану;
- Д – вертикальному меридиану.

Из скольких нейронов состоит сетчатка?

- А – 1;
- Б – 2;
- +В – 3;
- Г – 4;
- Д – 5.

Из скольких частей состоит зрительный анализатор?

- А – 1;
- Б – 2;
- В – 3;
- Г – 4;
- +Д – 5.

Из слоев роговицы наиболее устойчив к воздействию инфекции:

- А – эпителий;
- Б – наружная пограничная мембрана;
- В – строма;
- +Г – внутренняя пограничная мембрана;
- Д – эндотелий.

Иннервация слезной железы осуществляется:

- А – парасимпатической нервной системой;
- Б – симпатической нервной системой;
- +В – по смешанному типу;
- Г – соматической нервной системой.

К анатомическим границам задней камеры относят все, кроме:

- +А – роговой оболочки;
- Б – цилиарного тела;
- В – стекловидного тела;
- Г – радужной оболочки;
- Д – хрусталика.

К границам передней камеры относится все, кроме:

А – роговой оболочки;
Б – цилиарного тела;
+В – стекловидного тела;
Г – радужной оболочки;
Д – хрусталика.

К зрительной проводящей системе относится все, кроме:

А – зрительного нерва;
Б – хиазмы;
В – латеральных коленчатых тел;
+Г – зрительных бугров;
Д – лучистого венца.

К механизму слезоотведения имеет отношение все, кроме:

А – капиллярного действия слезных канальцев;
Б – присасывающей силы слезного мешка при действии мышцы Горнера;
+В – проталкивания слезы в слезный мешок с помощью мышцы Риолана;
Г – отрицательного давления в полости носа;
Д – специфического сокращения пальпебральной части круговой мышцы век.

К наружным мышцам глаза относятся:

А – верхняя и наружная прямые мышцы;
Б – внутренняя и наружная прямые мышцы;
В – верхняя и нижняя косые мышцы;
Г – нижняя и внутренняя прямые мышцы;
+Д – все перечисленное.

К слезовырабатывающим органам относятся:

А – слезная железа;
Б – добавочные слезные железки;
В – слезный мешок;
+Г – верно А и Б;
Д – все верно.

К слезоотводящим органам относят все, кроме:

+А – добавочных слезных железок;
Б – носослезного канала;
В – слезного мешка;
Г – слезных канальцев;
Д – слезных точек.

К сосудам, питающим хрусталиковое вещество взрослого человека, относятся:

А – a. hyaloidea;
Б – передние ресничные артерии;
В – короткие задние ресничные артерии;
Г – длинные задние ресничные артерии;
+Д – кровоснабжения нет.

Как называется внутренняя оболочка глазного яблока?

А – конъюнктивa;
Б – фиброзная капсула;
В – сосудистая оболочка;
+Г – сетчатка;
Д – склера.

Какой из трех нейронов сетчатки обращен к свету:

А – палочки и колбочки;

Б – биполярные клетки;
+В – ганглиозные клетки;
Г – верно все перечисленное.

Какую часть сосудистого тракта составляет хориоидея?

А – $1/3$;
Б – $1/2$;
+В – $2/3$;
Г – $5/6$;
Д – $9/10$.

Канал зрительного нерва служит для прохождения:

А – зрительного нерва;
Б – глазничной артерии;
В – глазничной вены;
+Г – правильно А и Б;
Д – правильно А и В.

Количество ресниц на верхнем и нижнем веках составляет:

А – 100 и 50;
Б – 120 и 60;
+В – 150 и 70;
Г – 170 и 80;
Д – 190 и 90.

Конъюнктивa делится на все отделы, кроме:

+А – конъюнктивы внутренней спайки;
Б – конъюнктивы хряща;
В – конъюнктивы переходной складки;
Г – конъюнктивы полулунной складки;
Д – конъюнктивы глазного яблока.

Конъюнктивальным мешком называется:

А – полость между слезным мешком и полулунной складкой;
+Б – полость между задней поверхностью век и поверхностью глаза;
В – пространство между конъюнктивой и слезным мешком;
Г – полость между наружной спайкой век и глазным яблоком.
Д – верного ответа нет.

Корковый зрительный центр располагается:

А – в лобной доле головного мозга;
Б – в теменной доле головного мозга;
В – в височных долях головного мозга;
+Г – в затылочной доле головного мозга;
Д – в продолговатом мозге.

Короткие задние цилиарные артерии питают:

А – роговицу;
Б – радужку;
В – склеру;
+Г – наружные слои сетчатки;
Д – все перечисленное.

Кровоснабжение глазного яблока осуществляется:

+А – глазничной артерией;
Б – центральной артерией сетчатки;
В – задними цилиарными артериями;

Г – правильно А и Б;
Д – правильно Б и В.

Кровоснабжение радужки и ресничного тела осуществляется:

А – задними короткими цилиарными артериями;
Б – задними длинными цилиарными артериями;
В – передними цилиарными артериями;
Г – верно А и Б;
+Д – верно Б и В.

Масса глазного яблока составляет:

А – 5-6 г;
+Б – 7-8 г;
В – 9-10 г;
Г – 11-12 г;
Д – 13-15 г.

Мейбомиевы железы продуцируют:

А – слезу;
Б – внутриглазную жидкость;
В – слизь;
+Г – жировой секрет;
Д – гной.

Мелкие железы Краузе и Вольфринга, расположенные в сводах конъюнктивной полости выделяют:

А – слезу;
Б – слизистый секрет;
+В – слезу;
Г – правильно А и Б;
Д – правильно все.

Место перехода роговицы в склеру называют:

А – экватором;
Б – трабекулой;
В – главным меридианом;
+Г – лимбом;
Д – геронтоксоном.

«Мышечная воронка» берет свое начало от:

А – круглого отверстия;
Б – блока;
+В – зрительного отверстия;
Г – верхней глазничной щели;
Д – нижней глазничной щели.

Мышечный аппарат глаза состоит из экстраокулярных мышц:

А – трех;
Б – четырех;
В – пяти;
Г – шести;
+Д – семи.

Мышечный слой верхнего века содержит все мышцы, кроме:

А – мышцы, поднимающей верхнее веко;
Б – пальпебральной части круговой мышцы века;
В – мышцы Мюллера;

+Г – мышцы, опускающей верхнее веко;
Д – орбитальной части круговой мышцы век.

Мышца, поднимающая верхнее веко, вплетается в него:

А – одним пучком;
Б – двумя пучками;
+В – тремя пучками;
Г – четырьмя пучками;
Д – пятью пучками.

На глазном яблоке различают все опознавательные пункты, кроме:

А – лимба;
Б – полюсов;
В – меридианов;
+Г – параллелей;
Д – экватора.

На каком примерно расстоянии от лимба располагается зубчатая линия?

А – 3-4 мм;
Б – 5-6 мм;
+В – 7-8 мм;
Г – 9-10 мм;
Д – соответствует лимбу.

Наиболее активен в осуществлении питания роговицы:

А – эпителий;
Б – наружная пограничная мембрана;
В – строма;
Г – внутренняя пограничная мембрана;
+Д – эндотелий.

Наиболее тонким местом склеры является:

А – лимб;
Б – место прикрепления глазодвигательных мышц;
В – задний полюс;
Г – экватор;
+Д – решетчатая пластинка.

Наиболее устойчив к механическим воздействиям на роговицу:

А – эпителий;
+Б – наружная пограничная мембрана;
В – строма;
Г – внутренняя пограничная мембрана;
Д – эндотелий.

Наружная стенка орбиты отделяет ее от:

А – полости носа;
Б – полости черепа;
В – гайморовой пазухи;
Г – височной ямки;
+Д – крылонебной ямки.

Наружную стенку орбиты составляют все кости, кроме:

А – лобной;
Б – скуловой;
В – клиновидной;
+Г – височной;

Д – верно все.

Наружные мышцы глаза иннервируются:

- А – глазодвигательным нервом;
- Б – блоковым нервом;
- В – отводящим нервом;
- +Г – всеми перечисленными нервами;
- Д – только А и Б.

Начинаются у вершины орбиты и образуют здесь сухожильное кольцо:

- А – верхняя и нижняя прямая мышцы;
- Б – внутренняя прямая мышца;
- В – наружная прямая мышца;
- Г – верхняя косая мышца;
- +Д – все перечисленное.

Нейроны сетчатки представлены:

- А – рецепторным нейроэпителием;
- Б – биполярными клетками;
- В – ганглиозными клетками;
- Г – верно Б и В;
- +Д – верно все перечисленное.

Нервные волокна сетчатки покидают глазное яблоко через:

- А – эмиссарии;
- +Б – дырчатую пластинку;
- В – трабекулу;
- Г – шлеммов канал;
- Д – зрительное отверстие.

Нижняя глазничная щель соединяет орбиту с:

- А – передней черепной ямкой;
- Б – средней черепной ямкой;
- В – задней черепной ямкой;
- Г – областью турецкого седла;
- +Д – крылонебной ямкой.

Нормальная толщина центральной части роговицы взрослого человека равна:

- А – 1,5 мм;
- Б – 1,2 мм;
- В – 0,7-0,8 мм;
- +Г – 0,5-0,6 мм;
- Д – 0,4 мм.

Объем передней камеры взрослого человека равен:

- А – 0,5 мл;
- Б – 0,4 мл;
- В – 0,3 мл;
- +Г – 0,2 мл;
- Д – 0,1 мл.

Оптическая сила роговой оболочки взрослого равна:

- А – 20 диоптриям;
- Б – 30 диоптриям;
- +В – 40 диоптриям;
- Г – 50 диоптриям;
- Д – 60 диоптриям.

Оптическая сила хрусталика в среднем составляет:

- А – 2 дптр;
- Б – 10 дптр;
- +В – 18 дптр;
- Г – 20 дптр;
- Д – 40 дптр.

Орбита взрослого по форме напоминает:

- А – трехгранную пирамиду;
- +Б – четырехгранную пирамиду;
- В – шестигранную пирамиду;
- Г – конус;
- Д – усеченный конус.

Орбита граничит:

- А – с лобной пазухой;
- Б – с решетчатым лабиринтом;
- В – с верхнечелюстной пазухой;
- Г – с полостью черепа;
- +Д – верно все.

Орбитальная мышца иннервируется:

- А – глазодвигательным нервом;
- +Б – симпатическим нервом;
- В – отводящим нервом;
- Г – зрительным нервом;
- Д – блоковым нервом.

Основная роль вортикозных вен состоит в:

- А – регуляции внутриглазного давления;
- +Б – оттоке венозной крови из заднего отдела глаза;
- В – терморегуляции тканей глаза;
- Г – всем перечисленным;
- Д – только А и Б.

Основное физиологическое значение радужки заключается в:

- +А – диафрагмировании света;
- Б – оттоке водянистой влаги;
- В – регуляции температуры влаги;
- Г – питании хрусталика;
- Д – верно все перечисленное.

Основной функцией хориоидеи является:

- +А – питание сетчатки;
- Б – терморегуляция глаза;
- В – отток внутриглазной жидкости;
- Г – световосприятие;
- Д – питание бессосудистых структур глаза.

От сухожильного кольца в вершине орбиты начинаются все глазодвигательные мышцы кроме:

- А – верхней косой;
- Б – наружной прямой;
- +В – нижней косой;
- Г – верхней прямой;
- Д – нижней прямой.

Отводящий нерв иннервирует:

- А – верхнюю и нижнюю прямые мышцы;
- Б – внутреннюю прямую мышцу;
- +В – наружную прямую мышцу;
- Г – верхнюю косую мышцу;
- Д – нижнюю косую мышцу.

Отношение диаметра артерий к венам на глазном дне у взрослого человека составляет:

- А – 1:1;
- Б – 2:1;
- В – 1:2;
- Г – 3:2;
- +Д – 2:3.

Отсутствие болевого симптома при заболеваниях хориоидеи можно объяснить:

- А – автономностью этой зоны сосудистой оболочки глаза;
- Б – нарушением нормальной нервной проводимости в заднем отделе сосудистой оболочки глаза;
- +В – отсутствием в хориоидеи чувствительных нервных окончаний;
- Г – всем перечисленным.

Отток жидкости из передней камеры осуществляется через:

- А – область зрачка;
- Б – капсулу хрусталика;
- +В – зону трабекул;
- Г – ничего из перечисленного;
- Д – правильно А и Б.

Отток крови из век направляется:

- А – в сторону вен глазницы;
- Б – в сторону лицевых вен;
- +В – в оба направления;
- Г – ни в одно из перечисленных.

Отток крови от тканей глазницы осуществляется через:

- А – верхнюю глазничную вену;
- Б – нижнюю глазничную вену;
- +В – и ту, и другую;
- Г – ни ту, ни другую.

Передние ресничные артерии осуществляют питание:

- А – конъюнктивы глазного яблока;
- Б – радужной оболочки;
- В – ресничного тела;
- +Г – верно Б и В;
- Д – верно все.

Передний отдел сосудистого тракта кровоснабжается:

- А – передними цилиарными артериями;
- Б – задними длинными цилиарными артериями;
- В – задними короткими цилиарными артериями;
- +Г – верно А и Б;
- Д – верно все перечисленное.

Периферическая часть органа зрения включает в себя:

- А – защитный аппарат глазного яблока;

- +Б – глазное яблоко;
- В – придаточный аппарат глаза;
- Г – проводящую систему глаза;
- Д – все, кроме Г.

Пигментный эпителий сетчатки обладает всеми качествами, кроме:

- А – тесной связи с сосудистой оболочкой;
- Б – осуществляет функцию восприятия света;
- В – содержит зрительные вещества;
- Г – устраняет возможность светорассеяния;
- +Д – способствуют обновлению палочек и колбочек.

Питание хрусталика осуществляется за счет:

- А – радужной оболочки;
- +Б – водянистой влаги;
- В – волокон Цинновой связки;
- Г – цилиарного тела;
- Д – верно все перечисленное.

Положение зубчатой линии соответствует:

- А – зоне проекции лимба;
- +Б – месту прикрепления сухожилий прямых мышц;
- В – зоне проекции цилиарного тела;
- Г – правильно А и В;
- Д – правильного ответа нет.

Полупрозрачная зона перехода роговицы в склеру называется:

- +А – лимб;
- Б – нимб;
- В – трабекула;
- Г – зрачок;
- Д – меридиан.

Помимо питательной, хориоидея выполняет функции:

- А – ультрафильтрации водянистой влаги;
- Б – отток внутриглазной жидкости;
- В – темной камеры – обскуры;
- Г – верно А и В;
- +Д – верно все перечисленное.

Прекорнеальная пленка состоит из:

- А – муцинового слоя;
- Б – слезного слоя;
- В – водянистого слоя;
- Г – липидного слоя;
- +Д – верно А, В и Г.

Преломляющая сила хрусталика составляет:

- А – до 10 диоптрий;
- +Б – до 20 диоптрий;
- В – до 30 диоптрий;
- Г – до 35-40 диоптрий;
- Д – до 50 диоптрий.

При зажмуривании глаза сокращается:

- А – мышца, поднимающая верхнее веко;
- Б – мышца, опускающая верхнее веко;

В – пальпебральная часть круговой мышцы век;
Г – орбитальная часть круговой мышцы век;
+Д – вся круговая мышца век.

При смыкании век во время сна и мигании сокращается:

А – мышца, поднимающая верхнее веко;
Б – мышца, опускающая верхнее веко;
+В – пальпебральная часть круговой мышцы век;
Г – орбитальная часть круговой мышцы век;
Д – вся круговая мышца век.

Ресничное тело является:

А – средней частью сосудистого тракта;
Б – кольцевидным образованием, имеющем на срезе треугольную форму;
В – функциональным элементом, осуществляющим активную фазу аккомодации;
Г – органом, секретирующим внутриглазную жидкость цилиарная;
+Д – верно все перечисленное.

Роговая оболочка состоит из:

А – двух слоев;
Б – трех слоев;
В – четырех слоев;
+Г – пяти слоев;
Д – шести слоев.

Роговица и конъюнктивa глаза постоянно увлажняются за счет:

А – секрета слезных желез;
Б – секрета сальных желез;
В – секрета слизистых желез;
+Г – всего перечисленного;
Д – только А и В.

Рост хрусталика заканчивается:

А – к 2-м годам;
Б – к 5-ти годам;
В – к 18-ти годам;
Г – к 23-м годам;
+Д – продолжается в течение всей жизни.

Самой тонкой стенкой орбиты является:

+А – внутренняя;
Б – нижняя;
В – наружная;
Г – верхняя;
Д – правильно В и Г.

Самым толстым слоем роговой оболочки является:

А – эпителий;
Б – наружная пограничная мембрана;
+В – строма;
Г – внутренняя пограничная мембрана;
Д – эндотелий.

Свойствами радужной оболочки являются все, кроме:

+А – изменения цвета в зависимости от освещения;
Б – округлой формы;

В – функции физиологической диафрагмы;
Г – наличия зрачка в центре;
Д – изменения величины зрачка.

Свойствами хрусталика являются все, кроме:

А – формы двояковыпуклой линзы;
+Б – кровоснабжения от передних ресничных артерий;
В – эластичности;
Г – прозрачности;
Д – правильного ответа нет.

Сетчатка выполняет функцию:

А – преломления света;
Б – трофическую;
+В – восприятия света;
Г – защитную;
Д – все перечисленное.

Сетчатка кровоснабжается:

А – центральной артерией сетчатки;
Б – задними длинными цилиарными артериями;
+В – задними короткими цилиарными артериями;
Г – верно А и Б;
Д – верно А и В.

Сетчатка плотно фиксируется в следующих местах:

А – по зубчатой линии;
Б – в области диска зрительного нерва;
В – в месте перехода радужки в ресничное тело;
+Г – верно А и Б;
Д – верно все перечисленное.

Склера предназначена для:

А – трофики глаза;
+Б – защиты внутренних образований глаза;
В – преломления света;
Г – всего перечисленного;
Д – ничего из перечисленного.

Склера состоит из всех слоев, кроме:

А – эписклеры;
Б – собственного вещества;
+В – субсклеры;
Г – бурой пластинки;
Д – все перечисленное верно.

Слезная железа у ребенка начинает функционировать:

А – сразу после рождения ребенка;
Б – через несколько дней после рождения;
+В – через 4-6 недель после рождения;
Г – через 6 месяцев после рождения;
Д – через год после рождения.

Слезно-носовой канал открывается:

А – в слезное озеро;
+Б – в нижний носовой ход;
В – в конъюнктивальный мешок;

Г – в верхний носовой ход;
Д – в гайморову пазуху.

Слезные каналы соединяют:

А – слезную железу с конъюнктивальным мешком;
+Б – слезные точки со слезным мешком;
В – слезный мешок с полостью носа;
Г – слезный ручей со слезным озером;
Д – слезную железу со слезными точками.

Слоем сетчатки, воспринимающим свет, является:

+А – слой палочек и колбочек;
Б – внутренний ядерный слой;
В – наружный ядерный слой;
Г – внутренний плексиформный слой;
Д – наружный плексиформный слой.

Слои роговицы располагаются:

+А – параллельно поверхности роговицы;
Б – хаотично;
В – концентрично;
Г – правильно А и Б;
Д – правильно Б и В.

Содержимым глазницы является все, кроме:

А – глазного яблока;
Б – жировой клетчатки;
+В – слезного мешка;
Г – теноновой фасции;
Д – глазодвигательных мышц.

Соединительная оболочка глаза носит название:

+А – конъюнктив;
Б – фиброзная капсула глаза;
В – роговица;
Г – склера;
Д – тенонова оболочка.

Сосудистый тракт выполняет:

+А – трофическую функцию;
Б – функцию преломления света;
В – функцию восприятия света;
Г – защитную функцию;
Д – все перечисленное.

Сосудистую систему хориоидеи составляют:

А – передние длинные ресничные артерии;
Б – решетчатые артерии;
В – задние длинные ресничные артерии;
Г – назоцилиарные артерии;
+Д – задние короткие ресничные артерии.

Сосудистый тракт глаза состоит из всех перечисленных частей, кроме:

А – хориоидеи;
Б – ресничного тела;
В – радужки;
+Г – сосудов сетчатки;

Д – правильно все.

Средний диаметр роговицы взрослого человека в норме равен:

- А – 8-9 мм;
- +Б – 10 мм;
- В – 11-12 мм;
- Г – 13-14 мм;
- Д – 15-16 мм.

Средняя величина преломляющей силы роговицы взрослого человека равна:

- А – 23 дптр;
- Б – 30 дптр;
- +В – 43 дптр;
- Г – 50 дптр;
- Д – 53 дптр.

Средняя величина радиуса кривизны передней поверхности роговицы взрослого человека составляет:

- А – 9 мм;
- +Б – 7,7-7,8 мм;
- В – 6,7-6,8 мм;
- Г – 5,5 мм;
- Д – 5 мм.

Стекловидное тело выполняет:

- А – трофическую функцию;
- Б – «буферную» функцию;
- В – светопроводящую функцию;
- +Г – все перечисленное.

Тарзо-орбитальная фасция выполняет все функции, кроме:

- А – отделяет орбиту от век;
- Б – закрывает вход в глазницу;
- В – прикрепляется к краям хрящей;
- Г – препятствует проникновению в орбиту воспалительных процессов из век и слезного мешка;
- +Д – окружает глазное яблоко как сумкой.

Тенонова капсула отделяет:

- А – сосудистую оболочку от склеры;
- Б – сетчатку от стекловидного тела;
- +В – глазное яблоко от клетчатки орбиты;
- Г – хрусталик от стекловидного тела;
- Д – правильного ответа нет.

Тенонова фасция выполняет все функции кроме:

- +А – закрывает вход в глазницу;
- Б – окружает глазное яблоко как сумкой;
- В – образует влагалища для глазодвигательных мышц;
- Г – делит глазницу на два отдела;
- Д – образует капиллярную щель между ней и глазным яблоком.

Ткани глазницы получают питание из:

- А – решетчатых артерий;
- Б – слезной артерии;
- +В – глазничной артерии;
- Г – лицевой артерии;

Д – центральной артерии сетчатки.

Топографически зрительный нерв можно разделить на все отрезки, кроме:

- А – внутриглазного;
- Б – глазничного;
- В – внутриканального;
- Г – внутричерепного;
- +Д – хиазмального.

У взрослого человека с эметропической рефракцией сагиттальный размер глаза в среднем равен:

- А – 19-20 мм;
- Б – 21-22 мм;
- +В – 23-24 мм;
- Г – 25-26 мм;
- Д – 27-28 мм.

У здорового взрослого человека соотношение калибра артерий и вен сетчатки определяется как:

- А – 1 : 2;
- +Б – 2 : 3;
- В – 2 : 5;
- Г – 1 : 1;
- Д – 1 : 1,5.

У ниже-внутреннего края глазницы начинается:

- А – верхняя прямая мышца;
- Б – нижняя прямая мышца;
- В – внутренняя прямая мышца;
- Г – верхняя косая мышца;
- +Д – нижняя косая мышца.

У новорожденного имеются все придаточные пазухи, кроме:

- А – верхнечелюстной;
- +Б – лобной;
- В – решетчатого лабиринта;
- Г – верно А и Б;
- Д – верно Б и В.

Устье слезно-носового канала находится в ____ см от наружного отверстия носа.

- А – 1-1,5 см;
- Б – 2-2,5 см;
- +В – 3-3,5 см;
- Г – 4-4,5 см;
- Д – 5-5,5 см.

Физиологическое значение радужки сводится ко всем следующим факторам, кроме:

- +А – бактерицидного;
- Б – защиты сетчатки от ультрафиолетовой части спектра солнечного света и регулирования (дозирования) поступления света в задний отдел глаза;
- В – участия в ультрафильтрации и оттоке внутриглазной жидкости;
- Г – центрирования пучка света на макулярную область сетчатки;
- Д – всего перечисленного.

Функциональным центром сетчатки является:

- А – диск зрительного нерва;
- +Б – центральная ямка;

В – зона зубчатой линии;
Г – правильно А и В;
Д – правильно А и Б.

Хориоидея имеет:

А – один слой сосудов;
Б – два слоя сосудов;
+В – три слоя сосудов;
Г – четыре слоя сосудов;
Д – пять слоев сосудов.

Хориоидея осуществляет:

А – питание зрительного нерва;
Б – питание роговой оболочки;
В – питание склеры;
+Г – питание сетчатки;
Д – верно все перечисленное.

Хориоидея питает:

+А – наружные слои сетчатки;
Б – внутренние слои сетчатки;
В – всю сетчатку;
Г – все перечисленное.

Хориокапилляры отличаются от обычных капилляров всеми свойствами, кроме:

А – широким просветом;
Б – легким прохождением эритроцитов;
В – медленной скоростью движения эритроцитов;
Г – наличием фенестрированных стенок;
+Д – всем перечисленным.

Через верхнюю глазничную щель проходят:

А – глазничный нерв;
Б – глазодвигательные нервы;
В – основной венозный коллектор орбиты;
+Г – все перечисленное;
Д – ничего из перечисленного.

Чувствительная иннервация глаза и его придатков осуществляется:

А – первой ветвью тройничного нерва;
Б – второй ветвью тройничного нерва;
В – третьей ветвью тройничного нерва;
+Г – верно А и Б;
Д – верно все перечисленное.

Чувствительность роговицы выше в:

А – области лимба;
Б – перилимбальной зоне;
В – парацентральной зоне;
+Г – центральной области;
Д – одинакова по всей поверхности.

Чувствительность роговицы страдает при поражении:

А – лицевого нерва;
Б – глазодвигательного нерва;
+В – тройничного нерва;
Г – правильно А и Б;

Д – правильно А и В.

Эпителий покрывает:

- А – заднюю капсулу хрусталика;
- +Б – переднюю капсулу хрусталика;
- В – всю капсулу хрусталика;
- Г – зародышевое ядро хрусталика;
- Д – ядро хрусталика.

Ямка слезной железы располагается:

- А – в углублении слезной кости;
- Б – в верхне-внутреннем углу орбиты;
- +В – в верхне-наружном углу орбиты;
- Г – в углублении клиновидной кости;
- Д – под медиальной спайкой век.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

Величину выстояния глазного яблока из орбиты можно определить с помощью:

- А – офтальмометрии;
- Б – ультразвуковой биометрии;
- +В – экзофтальмометрии;
- Г – рефрактометрии;
- Д – динамометрии.

Внутриглазное давление можно исследовать всеми методами, кроме:

- +А – офтальмодинамометрии;
- Б – тонометрии по Маклакову;
- В – пальпаторного метода;
- Г – тонометрии по Гольдману;
- Д – тонографии.

Гониоскопия применяется для осмотра:

- А – роговицы;
- +Б – угла передней камеры;
- В – плоской части цилиарного тела;
- Г – стекловидного тела;
- Д – глазного дна.

Детали сетчатки можно осмотреть методом:

- А – проходящего света;
- Б – бокового освещения;
- В – фентоскопии;
- +Г – офтальмоскопии;
- Д – всеми перечисленными методами.

Диафаноскопия – это:

- А – осмотр глазного дна;
- Б – просвечивание глаза через зрачок;
- +В – диасклеральное просвечивание глаза;
- Г – осмотр переднего отрезка глаза в отраженном свете;
- Д – правильного ответа нет.

Для выполнения офтальмоскопии в обратном виде необходимо иметь:

- А – офтальмоскоп;
- Б – линзу в 20 дптр.;
- В – линзу в 13 дптр.;
- Г – верно А и Б;
- +Д – верно А и В.

Для исследования функции слезовырабатывающих органов необходимо произвести:

- А – канальцевую пробу;
- Б – пробу с флюоресцеином;
- В – носовую пробу;
- +Г – пробу Ширмера;
- Д – ортостатическую пробу.

Для осмотра верхней переходной складки век необходимо выполнить:

- А – выворот нижнего века;
- Б – выворот верхнего века;
- +В – двойной выворот верхнего века;
- Г – оттягивание верхнего века с помощью уздечного шва;
- Д – манипуляция невозможна.

Для осмотра переднего отрезка глаза можно применить все методы, кроме:

- А – бокового освещения;
- Б – комбинированного метода;
- +В – офтальмоскопии;
- Г – биомикроскопии;
- Д – фокального освещения.

Для осмотра сетчатки нужно выполнить:

- А – гониоскопию;
- +Б – офтальмоскопию;
- В – биомикроскопию;
- Г – циклоскопию;
- Д – фентоскопию.

Для проведения выворота верхнего века можно использовать:

- +А – все, кроме Г;
- Б – стеклянную палочку;
- В – векоподъемник;
- Г – векорасширитель;
- Д – инструмент не нужен.

Для проведения выворота нижнего века необходимо иметь:

- А – стеклянную палочку;
- Б – векоподъемник;
- В – векорасширитель;
- +Г – инструмент не нужен;
- Д – пинцет.

Исследовать оптическую силу роговицы можно с помощью:

- А – биомикроскопии;
- +Б – офтальмометрии;
- В – экзофтальмометрии;
- Г – рефрактометрии;
- Д – УЗ-биометрии.

Какие виды офтальмоскопии вы знаете?

- А – прямую и боковую;
- Б – боковую и обратную;
- +В – прямую и непрямую;
- Г – прямую и опосредованную;
- Д – верного ответа нет.

Какой степени повышения внутриглазного давления при исследовании его пальпаторно не бывает:

- А – Т+1;
- Б – Т+2;
- В – Т+3;
- +Г – Т+4;
- Д – Тп.

Канальцевая проба считается положительной, если глазное яблоко обесцвечивается через:

- +А – 1-2 минуты;
- Б – 3-4 минуты;
- В – 5-7 минут;
- Г – 7-10 минут;

Д – не обесцвечивается.

Критерием прозрачности прозрачных сред глаза при проведении исследования проходящим светом является:

- А – желтое свечение зрачка;
- Б – отсутствие свечения зрачка;
- В – серое свечение зрачка;
- Г – зеленое свечение зрачка;
- +Д – красное свечение зрачка.

Метод биомикроскопии первым предложил:

- А – Герман Гельмгольц;
- +Б – Альвар Гульшtrand;
- В – Альбрехт Грефе;
- Г – Франц Корнелий Дондерс;
- Д – Ян Пуркинье.

Методика эхоофтальмографии базируется на использовании:

- А – светового излучения;
- +Б – ультразвукового излучения;
- В – инфразвукового излучения;
- Г – лазерного излучения;
- Д – рентгеновского излучения.

Наибольшая чувствительность роговицы характерна для:

- +А – центральных отделов;
- Б – парацентральных отделов;
- В – периферических отделов;
- Г – паралимбальной зоны;
- Д – одинакова по всей поверхности.

Носовая проба считается положительной, если красящее вещество появляется в носу через:

- А – 1-2 минуты;
- +Б – 3-5 минут;
- В – 6-7 минут;
- Г – 8-10 минут;
- Д – не появляется.

Оптический срез роговицы и хрусталика можно получить при исследовании глаза:

- А – офтальмоскопа;
- Б – скиаскопа;
- В – гониоскопа;
- +Г – биомикроскопа;
- Д – диафаноскопа.

Осмотр глаза с помощью щелевой лампы носит название:

- А – офтальмоскопии;
- +Б – биомикроскопии;
- В – диафаноскопии;
- Г – скиаскопии;
- Д – правильного ответа нет.

Осмотр глазного дна возможен с помощью всего перечисленного, кроме:

- +А – диафаноскопа;
- Б – офтальмоскопа;
- В – фундус-камеры;

Г – фундус-линзы;
Д – всего перечисленного.

Основным преимуществом непрямой бинокулярной офтальмоскопии перед обычной офтальмоскопией является возможность:

А – более детального осмотра глазного дна;
Б – осмотра большей площади глазного дна;
+В – получения объемного изображения;
Г – проведения исследования с цветными фильтрами;
Д – преимуществ нет.

Офтальмоскопию и глазное зеркало предложил:

А – Гиппократ;
Б – Корнелий Цельс;
В – Иоганн Кеплер
+Г – Герман Гельмгольц;
Д – Альбрехт ГрEFE.

При вывернутом верхнем веке железы хряща выглядят как:

+А – желтовато-серые полосы, расположенные перпендикулярно краю века;
Б – желтовато-серые полосы, расположенные параллельно краю века;
В – красноватые полосы, расположенные перпендикулярно краю века;
Г – красноватые полосы, расположенные параллельно краю века;
Д – железы не видны.

При гониоскопии различают:

А – широкий угол передней камеры;
Б – угол средней ширины;
В – узкий угол передней камеры;
Г – закрытый угол передней камеры;
+Д – все перечисленное верно.

При исследовании боковым освещением хрусталик становится видимым:

А – при аккомодации;
Б – при циклоплегии;
+В – только при его помутнении;
Г – никогда не виден;
Д – при воспалительном процессе хрусталика.

При проведении наружного осмотра невозможно оценить:

А – состояние переднего и заднего ребер века;
+Б – состояние цилиарного тела;
В – цвет кожи века;
Г – положение и толщину краев века;
Д – направление роста ресниц.

При проведении флюоресцентной ангиографии заднего отрезка глаза возможно:

А – определить патологическое состояние сосудов глазного дна;
Б – определить барьерную функцию сосудов глазного дна;
В – изучать динамику патологического процесса на глазном дне;
Г – определять показания к лазерному лечению глаза;
+Д – все перечисленное верно.

Проходящим светом можно исследовать прозрачность:

А – роговицы;
Б – влаги передней камеры;
+В – всего перечисленного;

Г – хрусталика;
Д – стекловидного тела.

Различают все виды инъекции глазного яблока, кроме:

+А – поверхностной;
Б – конъюнктивальной;
В – перикорнеальной;
Г – смешанной;
Д – все без исключения.

С помощью А-метода ультразвуковой диагностики можно определить:

А – отслойку сетчатки;
Б – толщину хрусталика;
В – внутриглазное инородное тело;
Г – внутриглазное новообразование
+Д – все перечисленное.

С помощью бокового освещения можно осмотреть:

А – роговицу;
Б – радужную оболочку;
В – глазное дно;
+Г – верно А и Б;
Д – все верно.

С помощью экзофтальмометра можно выявить:

А – экзофтальм;
+Б – верно А и В;
В – энофтальм;
Г – верно А и Д;
Д – буфтальм.

Состояние угла передней камеры можно исследовать с помощью:

А – гониоскопа;
Б – линзы Гольдмана;
В – осмотра по Вургафту;
Г – верно А и Б;
+Д – верно все.

Стандартными грузиками для эластонометрии являются все, кроме:

А – 5 г;
Б – 7,5 г;
В – 10 г,
+Г – 10,5 г;
Д – 15 г.

Суточные колебания офтальмотонуса у здоровых людей не должны превышать:

А – 3 мм рт. ст.;
Б – 4 мм рт. ст.;
+В – 5 мм рт. ст.;
Г – 6 мм рт. ст.;
Д – 7 мм рт. ст.

Существуют методики тонометрии по:

А – Веберу;
Б – Шиотцу;
В – Гольдману;
Г – Маклакову;

+Д – верно все, кроме А.

Толщину хрусталика и длину переднезадней оси глаза можно определить:

- А – с помощью биомикроскопии;
- Б – с помощью пахиметрии;
- +В – с помощью ультразвуковой эхоофтальмографии;
- Г – с помощью рентгенологического метода;
- Д – с помощью рефрактометра.

Тонометр для измерения внутриглазного давления предложил:

- А – Ф. Дорофеев;
- Б – Э.А. Юнге;
- +В – А.Н.Маклаков;
- Г – А.А. Крюков;
- Д – С.С. Головин.

Тонометрический уровень нормального внутриглазного давления составляет:

- А – 11-14 мм рт.ст.;
- +Б – 16-26 мм рт.ст.;
- В – 27-32 мм рт.ст.;
- Г – 33-38 мм рт.ст.;
- Д – 39-41 мм рт.ст.

Эхоофтальмография – это исследование глаза с помощью:

- +А – ультразвука;
- Б – рентгеновского излучения;
- В – светового луча;
- Г – инфразвука;
- Д – теплового излучения.

ЗРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ

Встречаются скотомы всех видов, кроме:

- +А – ахроматических;
- Б – физиологических;
- В – относительных;
- Г – положительных;
- Д – центральных.

Для исследования остроты зрения можно использовать все, кроме:

- А – таблиц Сивцева;
- +Б – таблиц Рабкина;
- В – таблиц Орловой;
- Г – опто типов Снеллена;
- Д – опто типов Поляка.

Для исследования поля зрения возможно использовать все способы, кроме:

- А – контрольного;
- Б – периметрии;
- +В – офтальмометрии;
- Г – кампиметрии;
- Д – можно использовать все способы.

Для сетчатки характерны все функции, кроме:

- А – остроты зрения;
- Б – поля зрения;
- +В – бинокулярного зрения;
- Г – цветового зрения;
- Д – светоощущения.

Если больной различает только первую строчку таблицы для определения остроты зрения с расстояния 2,5 метра, то он имеет остроту зрения равную:

- А – 0,1;
- +Б – 0,05;
- В – 0,03;
- Г – 0,02;
- Д – 0,01.

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

- А – 0,1;
- Б – 0,05;
- В – 0,03;
- +Г – 0,02;
- Д – 0,01.

Если больной с расстояния 5 метров может прочесть в таблице Сивцева буквы второго ряда сверху, острота зрения его равна:

- А – 0,1;
- +Б – 0,2;
- В – 0,3;
- Г – 0,4;
- Д – 0,5.

Если больной с расстояния 5 метров может прочесть в таблице Сивцева буквы четвертого ряда сверху, острота зрения его равна:

- А – 0,1;

- Б – 0,2;
- В – 0,3;
- +Г – 0,4;
- Д – 0,5.

Если на определенном участке белый и цветные объекты не воспринимаются совсем, то такая скотома называется:

- А – слепое пятно;
- Б – центральная скотома;
- В – относительная скотома;
- +Г – абсолютная скотома;
- Д – центральная скотома.

Если на определенном участке белый и цветные объекты становятся менее яркими и контрастными, то такая скотома называется:

- А – слепое пятно;
- Б – центральная скотома;
- +В – относительная скотома;
- Г – абсолютная скотома;
- Д – центральная скотома.

Зрительные функции обеспечивают следующие нейроэпителиальные клетки:

- +А – палочки и колбочки;
- Б – биполярные клетки;
- В – ганглиозные клетки;
- Г – правильно А и Б;
- Д – правильно А и В.

Исследование цветоощущения можно проводить любым способом, кроме:

- +А – таблиц Сивцева;
- Б – таблиц Рабкина;
- В – таблиц Юстовой;
- Г – тестов Фарнsworthа;
- Д – анамалоскопа.

Какие участки глазного дна дают физиологические скотомы?

- А – головка зрительного нерва и зубчатая линия;
- +Б – головка зрительного нерва и крупные сосуды;
- В – головка зрительного нерва и желтое пятно;
- Г – желтое пятно и крупные сосуды;
- Д – желтое пятно и зубчатая линия.

Ксантопсия – это видение окружающих предметов в:

- +А – желтом цвете;
- Б – красном цвете;
- В – зеленом цвете;
- Г – синем цвете.

Кто первым выдвинул трехкомпонентную теорию цветоощущения?

- А – Ибн Сина;
- Б – Кеплер;
- +В – М.В. Ломоносов;
- Г – Т. Юнг;
- Д – Г. Гельмгольц.

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

А – центральная ямка расположена почти по оси оптической системы глаза;
Б – имеется максимальная концентрация колбочек;
В – каждая фовеолярная колбочка связана со своей ганглиозной клеткой;
Г – только Б и В;
+Д – всем перечисленным.

Наиболее высокая острота зрения связана с функцией:

А – склеры;
Б – сосудистой оболочки;
В – оптически недействительной части сетчатки;
+Г – центральной ямки сетчатки;
Д – всем перечисленным.

Наиболее частым нарушением цветовосприятия является:

А – ахромазия;
Б – монохромазия;
В – дихромазия;
+Г – аномальная трихромазия;
Д – трихромазия.

Наиболее частыми патологическими изменениями поля зрения являются:

+А – очаговые дефекты – скотомы;
Б – концентрическое сужение полей зрения;
В – двустороннее выпадение половин поля зрения – гемианопсии;
Г – верно все перечисленное;
Д – верно А и Б.

Нарушение темновой адаптации носит название:

А – гемианопсия;
Б – амблиопия;
В – мезопия;
Г – гиперметропия;
+Д – гемералопия.

О поражении зрительного тракта может говорить:

А – слепота одного глаза;
Б – биназальная гемианопсия;
В – центральная абсолютная скотома;
+Г – гомонимная гемианопсия;
Д – битемпоральная гемианопсия.

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

А – периферическое зрение;
Б – острота зрения;
В – цветоощущение;
+Г – светоощущение;
Д – стереоскопическое зрение.

Особенностью сумеречного зрения является все перечисленное, кроме:

+А – сужения полей зрения;
Б – бесцветности;
В – понижения остроты зрения;
Г – изменения яркости (светлоты) цветов;
Д – всего перечисленного.

Остроту зрения можно исследовать с помощью:

А – оптокинетического нистагма;
Б – гелий-неонового лазера с линейными диафрагмами;
В – теста Примроза;
Г – аутоофтальмоскопии по Пуркинье;
+Д – всего перечисленного.

Отсутствие восприятия цвета вторым типом колбочек называется:

А – монохромазия;
Б – протанопия;
+В – дейтеранопия;
Г – тританопия;
Д – протаномалия.

Отсутствие у больного светоощущения указывает на:

А – интенсивное помутнение оптических сред глаза;
Б – распространенную отслойку сетчатки;
В – заболевание нервно-мышечного аппарата глаза;
+Г – поражение зрительного аппарата глаза;
Д – верно все перечисленное.

Первым предположил существование в сетчатке 3 элементов для восприятия цветов:

+А – М.В. Ломоносов;
Б – Йоган Кеплер;
В – Исаак Ньютон;
Г – Томас Юнг;
Д – Герман Гельмгольц.

Поле зрения можно исследовать всеми способами, кроме:

А – периметрии;
Б – кампиметрии;
В – контрольного способа;
+Г – офтальмометрии;
Д – квантитативной периметрии.

При остроте зрения выше 1,0 величина угла зрения:

+А – меньше 1 минуты;
Б – равна 1 минуте;
В – больше 1 минуты;
Г – равна 2 минутам;
Д – больше 2 минут.

При остроте зрения равной 1,0 величина угла зрения:

А – меньше 1 минуты;
+Б – равна 1 минуте;
В – больше 1 минуты;
Г – равна 2 минутам;
Д – больше 2 минут.

При периметрическом исследовании физиологическая скотома в норме находится по отношению к точке фиксации в:

А – 15° с носовой стороны;
Б – 20° с носовой стороны;
+В – 15° с височной стороны;
Г – 20° с височной стороны;
Д – 30° с височной стороны.

Приобретенным нарушением цветовосприятия является:

А – ахромазия;
Б – дальтонизм;
В – протанопия;
+Г – цианопсия;
Д – тританомалия.

Причиной гемералопии может быть:

А – заболевания сетчатки и зрительного нерва;
Б – заболевания печени;
В – авитаминоз А;
Г – глаукома;
+Д – все перечисленное.

Прямая и содружественная реакции зрачков на свет формируется у ребенка к:

+А – моменту рождения;
Б – 3 месяцам жизни;
В – 6 месяцам жизни;
Г – 1 году жизни;
Д – 3 годам жизни.

Расставьте по порядку, начиная с самой широкой границы полей зрения на цвета:

А – синий, зеленый, красный;
Б – красный, синий, зеленый;
+В – синий, красный, зеленый;
Г – зеленый, синий, красный;
Д – желтый, зеленый, красный.

Расстройства темновой адаптации (гемералопия) может встречаться при:

А – увеитах, пануеитах, высоких степенях миопии;
Б – воспалительных поражениях зрительного нерва;
В – недостатке или отсутствии в пище витамина «А», а также «В₂» и «С»;
Г – воспалительных и дегенеративных поражениях сетчатки;
+Д – всем перечисленным.

С расстояния 5 м буква десятого ряда таблицы Сивцева видна под углом в:

А – 1';
Б – 3';
+В – 5';
Г – 1°;
Д – 3°.

С расстояния 5 м детали буквы десятого ряда таблицы Сивцева видна под углом в:

+А – 1';
Б – 3';
В – 5';
Г – 1°;
Д – 3°.

Сохранность центральной зоны поля зрения при гомонимной гемианопсии говорит о поражении:

А – зрительного нерва;
Б – хиазмы;
В – зрительного тракта;
+Г – лучистости Грациоле;
Д – корковых отделов.

Темновую адаптацию следует проверять у людей при:

А – подозрении на пигментную абiotрофию сетчатки, приосложненной миопии высокой степени;
Б – авитаминозах, циррозе печени;
В – хориоидитах, отслойке сетчатки, застое диска зрительного нерва;
Г – профессиональном отборе шоферов, авиаторов, водителе поездов, при военной экспертизе;
+Д – всем перечисленном.

У больных с дейтеранопией имеется выпадение:

+А – зеленоощущаемого компонента;
Б – красноощущаемого компонента;
В – синеощущаемого компонента;
Г – желтоощущаемого компонента;
Д – правильно Б и Г.

У больных с протанопией имеется выпадение:

А – зеленоощущаемого компонента;
+Б – красноощущаемого компонента;
В – синеощущаемого компонента;
Г – желтоощущаемого компонента;
Д – правильно Б и Г.

У больных с тританопией имеется выпадение:

А – зеленоощущаемого компонента;
Б – красноощущаемого компонента;
+В – синеощущаемого компонента;
Г – желтоощущаемого компонента;
Д – правильно Б и Г.

У здорового взрослого человека верхняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:

А – 45°;
+Б – 55°;
В – 65-70°;
Г – 90°;
Д – 100°.

У здорового взрослого человека внутренняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:

А – 45°;
+Б – 55°;
В – 65-70°;
Г – 90°;
Д – 100°.

У здорового взрослого человека наружная граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:

А – 45°;
Б – 55°;
В – 65-70°;
+Г – 90°;
Д – 100°.

У здорового взрослого человека нижняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:

А – 45°;
Б – 55°;

+В – 65-70°;
Г – 90°;
Д – 100°.

Узловой точкой глаза называется:

А – точка, расположенная в центре роговицы;
Б – точка, лежащая посередине оптической оси глаза;
+В – точка, через которую лучи проходят, не преломляясь;
Г – точка, соответствующая центральной ямке сетчатки;
Д – точка, лежащая впереди глаза на конечном расстоянии.

Функция цветового зрения связана с:

А – корковым анализатором;
Б – зрительным нервом;
В – оптическим аппаратом глаза;
Г – палочками сетчатки;
+Д – колбочками сетчатки.

Функциями колбочкового аппарата сетчатки являются:

А – острота зрения и поле зрения;
+Б – острота зрения и цветоощущение;
В – поле зрения и светоощущение;
Г – поле зрения и цветоощущение;
Д – цветоощущение и светоощущение.

Функциями палочкового аппарата сетчатки являются:

А – острота зрения и поле зрения;
Б – острота зрения и цветоощущение;
+В – поле зрения и светоощущение;
Г – поле зрения и цветоощущение;
Д – цветоощущение и светоощущение.

Хлоропсия – это видение окружающих предметов в:

А – желтом цвете;
Б – красном цвете;
+В – зеленом цвете;
Г – синем цвете.

Цвета ночью не воспринимаются в связи с тем, что:

А – недостаточна освещенность окружающих предметов;
Б – функционирует только палочковая система сетчатки;
В – не функционирует колбочковая система сетчатки;
+Г – все перечисленное.

Центральное зрение характеризуется:

А – высокой остротой зрения;
Б – восприятием цвета;
В – восприятием формы предмета;
Г – различением отдельных деталей предмета;
+Д – всем перечисленным.

Цианопсия – это видение окружающих предметов в:

А – желтом цвете;
Б – красном цвете;
В – зеленом цвете;
+Г – синем цвете.

Человеческий глаз различает электромагнитные волны световой части спектра длиной:

- А – от 196 до 360 нм;
- Б – от 296 до 560 нм;
- +В – от 396 до 760 нм;
- Г – от 496 до 760 нм;
- Д – от 596 до 960 нм.

Эритропсия – это видение окружающих предметов в:

- А – желтом цвете;
- +Б – красном цвете;
- В – зеленом цвете;
- Г – синем цвете.

РЕФРАКЦИЯ

Аккомодация - это:

- А – статическая рефракция;
- Б – преломляющая сила роговицы;
- В – переднезадняя ось глаза;
- +Г – приспособление зрительного аппарата к рассматриванию предметов на различных расстояниях от глаза;
- Д – все перечисленное.

Анизейконией называют:

- А – аномальную рефракцию глаза;
- Б – неодинаковое преломление в различных меридианах глаза;
- В – аномалию цветоощущения;
- Г – различную силу рефракции в разных глазах;
- +Д – неодинаковую величину изображения на сетчатке разных глаз.

Анизометропией называют:

- А – аномальную рефракцию глаза;
- Б – неодинаковое преломление в различных меридианах глаза;
- В – аномалию цветоощущения;
- +Г – различную силу рефракции в разных глазах;
- Д – неодинаковую величину изображения на сетчатке разных глаз.

Ближайшая точка ясного видения - это:

- А – точка, расположенная на вершине роговицы;
- Б – точка, расположенная перед хрусталиком;
- В – точка, расположенная за хрусталиком;
- +Г – минимальное расстояние, на котором видны рассматриваемые предметы при максимальном напряжении аккомодации;
- Д – точка, в которой сходятся лучи после прохождения оптической системы глаза.

Важное значение в профилактике близорукости имеет все, кроме:

- А – общеукрепляющего режима;
- +Б – спортивных состязаний;
- В – занятий физкультурой;
- Г – пребывания на свежем воздухе;
- Д – правильного чередования труда и отдыха.

Величина физической рефракции взрослого человека в среднем составляет:

- А – 50 дптр;
- +Б – 60 дптр;
- В – 70 дптр;
- Г – 80 дптр;
- Д – 90 дптр.

Величина физической рефракции новорожденного в среднем составляет:

- А – 50 дптр;
- Б – 60 дптр;
- В – 70 дптр;
- +Г – 80 дптр;
- Д – 90 дптр.

Выберите знак и название, соответствующие линзам для коррекции гиперметропии:

- А – конвекс –;
- +Б – конвекс +;

В – конкав –;
Г – конкав +.

Гиперметропией высокой степени называют дальнозоркость свыше:

А – 4,0 дптр;
+Б – 5,0 дптр;
В – 6,0 дптр;
Г – 7,0 дптр;
Д – 8,0 дптр.

Дальнейшая точка ясного зрения при гиперметропии располагается:

А – на конечном перед глазом расстоянии;
Б – в бесконечности;
В – на роговице;
+Г – позади глаза;
Д – на сетчатке.

Дальнейшая точка ясного видения при эметропии располагается:

А – в 5 м от глаза;
Б – в 4 м от глаза;
В – в 3 м от глаза;
+Г – в бесконечности;
Д – позади глаза.

Дальнейшая точка ясного зрения при миопии располагается:

+А – на конечном перед глазом расстоянии;
Б – в бесконечности;
В – на роговице;
Г – позади глаза;
Д – на сетчатке.

Дальнейшей точкой ясного видения называют:

А – точку, расположенную в центре роговицы;
+Б – точку, на которую установлен глаз при покое accommodation;
В – точку, расположенную в 1 м от глаза;
Г – точку, расположенную на уровне передней главной плоскости глаза;
Д – точку, на которую установлен глаз при напряжении accommodation.

Distantio pupillorum – это расстояние между:

А – центрами входа в орбиты;
+Б – центрами зрачков;
В – центрами роговиц;
Г – наружным краем одной роговицы и внутренним другой;
Д – наружным краем одного зрачка и внутренним – другого.

Для изменений макулярной области при миопии нехарактерно:

А – депигментация;
Б – полосы хориоидальных сосудов;
+В – мягкие экссудаты;
Г – атрофические очаги;
Д – кровоизлияния.

Для консервативной терапии близорукости следует применять:

А – препараты кальция;
Б – препараты фосфора;
В – рыбий жир;
Г – витамины;

+Д – все перечисленное.

Для коррекции пресбиопии 50-летнему пациенту с миопией в 2,0 дптр. необходимы очки силой в:

- А – + 1,0 дптр;
- Б – – 1,0 дптр;
- В – + 2,0 дптр;
- Г – – 2,0 дптр;
- +Д – очки не нужны.

Для коррекции пресбиопии 50-летнему эметропу необходимы очки силой в:

- А – + 1,0 дптр;
- Б – – 1,0 дптр;
- +В – + 2,0 дптр;
- Г – – 2,0 дптр;
- Д – очки не нужны.

Для механизма аккомодации характерно все, кроме:

- А – изменения формы хрусталика;
- Б – уменьшения глубины передней камеры;
- +В – увеличения кривизны передней поверхности роговицы;
- Г – опущения хрусталика книзу;
- Д – сужения зрачка.

Для неправильного астигматизма характерно все, кроме:

- А – скачкообразного перехода от рефракции одного меридиана к рефракции другого;
- Б – главные меридианы находятся не под прямым углом;
- В – различные участки одного и того же меридиана имеют различную рефракцию;
- +Г – различные меридианы имеют одинаковую рефракцию;
- Д – все перечисленное верно.

Для определения вида и силы клинической рефракции используются все линзы, кроме:

- А – сферических;
- Б – рассеивающих;
- В – цилиндрических;
- Г – собирательных;
- +Д – призматических.

Для хирургического исправления близорукости можно применить все методы, кроме:

- А – кератотомии;
- +Б – склеропластики;
- В – удаления прозрачного хрусталика;
- Г – кератомилеза;
- Д – лазерной кератэктомии.

Для хирургической коррекции дальнозоркости возможно применение всего, кроме:

- +А – радиальной кератотомии;
- Б – гексагональной кератотомии;
- В – глубокой термокоагуляции;
- Г – аутокератопластики;
- Д – эксимерлазерной кератопластики.

Для чтения гиперметропу в 1 диоптрию в возрасте 50 лет необходимы очки в:

- А – + 1,0 дптр;
- Б – + 2,0 дптр;

+В – + 3,0 дптр;
Г – + 4,0 дптр;
Д – + 5,0 дптр.

Для чтения эмметропу в 60 лет требуются очки в:

А – + 1,0 дптр;
Б – + 2,0 дптр;
+В – + 3,0 дптр;
Г – + 4,0 дптр;
Д – + 5,0 дптр.

Если главный фокус оптической системы глаза располагается за сетчаткой, то такой вид рефракции называется:

А – эмметропией;
Б – аметропией;
В – миопией;
+Г – гиперметропией;
Д – астигматизмом.

Если главный фокус оптической системы глаза располагается перед сетчаткой, то такой вид рефракции называется:

А – эмметропией;
Б – аметропией;
+В – миопией;
Г – гиперметропией;
Д – астигматизмом.

Если главный фокус оптической системы глаза совпадает с сетчаткой, то такой вид рефракции называется:

+А – эмметропией;
Б – аметропией;
В – миопией;
Г – гиперметропией;
Д – астигматизмом.

За 1 диоптрию принимают преломляющую силу линзы с фокусным расстоянием:

А – 100 м;
Б – 10 м;
+В – 1 м;
Г – 10 см;
Д – 1 см.

Исследовать оптическую силу роговицы можно с помощью:

А – биомикроскопии;
+Б – офтальмометрии;
В – экзофтальмометрии;
Г – рефрактометрии;
Д – УЗ-биометрии.

К объективным методам определения клинической рефракции относятся:

А – подбор очковых линз;
Б – теневая проба;
В – рефрактометрия;
+Г – верно Б и В;
Д – верно все перечисленное.

К осложнениям гиперметропической рефракции относят:

- А – блефарит;
- Б – спазм аккомодации;
- В – конъюнктивит;
- Г – косоглазие;
- +Д – все перечисленное.

К субъективным методам определения клинической рефракции относятся:

- +А – подбор очковых линз;
- Б – теневая проба;
- В – рефрактометрия;
- Г – верно Б и В;
- Д – верно все перечисленное.

Какая из операций не применяется для коррекции гиперметропии?

- +А – радиальная кератотомия;
- Б – гексагональная кератотомия;
- В – глубинная термокоагуляция;
- Г – аутокератопластика;
- Д – фоторефракционная кератэктомия.

Какая предельная величина анизометропии возможна для очковой коррекции у взрослого человека?

- А – 1,0 дптр;
- +Б – 2,0 дптр;
- В – 3,0 дптр;
- Г – 4,0 дптр;
- Д – 6,0 дптр.

Клиническая рефракция:

- А – характеризует положение главной узловой точки по отношению к сетчатке;
- Б – характеризует положение фокусной точки по отношению к роговице;
- В – характеризует положение хрусталика по отношению к сетчатке;
- Г – характеризует положение сетчатки по отношению к роговице;
- +Д – характеризует положение фокуса по отношению к сетчатке.

Клиническая рефракция в состоянии покоя аккомодации носит название:

- А – полной;
- +Б – статической;
- В – неполной;
- Г – динамической;
- Д – физической.

Клиническая рефракция имеет виды:

- А – дисбинокулярная и обскурационная;
- Б – истерическая и анизометропическая;
- В – роговичная и хрусталиковая;
- +Г – статическая и динамическая;
- Д – витреальная и ретиальная.

Клиническая рефракция при действии аккомодации носит название:

- А – полной;
- Б – статической;
- В – неполной;
- +Г – динамической;
- Д – физической.

Клиническая рефракция – это:

- А – сумма оптической силы преломляющих сред глаза, выраженная в диоптриях;
- +Б – соотношение между оптической силой и длиной оси глаза;
- В – преломляющая сила роговицы;
- Г – преломляющая сила хрусталика;
- Д – главные плоскости оптической системы.

Коррекция гиперметропии осуществляется:

- А – рассеивающими цилиндрическими линзами;
- Б – рассеивающими сферическими линзами;
- +В – собирательными сферическими линзами;
- Г – собирательными цилиндрическими линзами;
- Д – торическими линзами.

Линза – это:

- +А – оптическая система, ограниченная преломляющими поверхностями;
- Б – ткань организма, поглощающая свет;
- В – оптическая деталь, гасящая изображение;
- Г – верно Б и В;
- Д – верно все перечисленное.

Медицинским показанием для контактной коррекции зрения является:

- А – миопия высокой степени;
- Б – прогрессирующая близорукость;
- В – астигматизм;
- +Г – анизометропия больше 2,0 дптр;
- Д – пресбиопия.

Миопия средней степени – это близорукость:

- А – от 1,0 до 4,0 дптр;
- Б – от 2,0 до 5,0 дптр;
- +В – от 3,0 до 6,0 дптр;
- Г – от 4,0 до 7,0 дптр;
- Д – от 5,0 до 8,0 дптр.

Название аметропии носит любой вид клинической рефракции, кроме:

- +А – эмметропии;
- Б – миопии;
- В – гиперметропии;
- Г – астигматизма;
- Д – все перечисленное.

Назначьте очковую коррекцию пациенту 60 лет, расстояние между центрами зрачков вдаль 66 мм:

- А – оба глаза сфера –1,0 Д, Р.Ц. 66 мм (очки для дали);
- Б – оба глаза сфера +1,0 Д, Р.Ц. 64 мм (очки для постоянного ношения);
- +В – оба глаза сфера +3,0 Д, Р.Ц. 64 мм (очки для близи);
- Г – все вышеперечисленное;
- Д – ничего из вышеперечисленного.

Нехарактерным симптомом для миопии является:

- А – атрофические изменения макулярной области;
- Б – разрывы мембраны Бруха;
- +В – гиперемия диска зрительного нерва;
- Г – пятно Фукса;
- Д – периферическая дистрофия сетчатки.

Нормальная величина анизейконии, обеспечивающая бинокулярное зрение равна:

- +А – 5-6%;
- Б – 10-12%;
- В – 16-18%;
- Г – 20-22%;
- Д – 28-30%.

Операция кератотомии показана при:

- А – прогрессирующей миопии;
- +Б – неправильном астигматизме;
- В – анизометропии;
- Г – афакии;
- Д – гиперметропии.

Основным качеством, отличающим цилиндрическую линзу от сферической, является:

- +А – наличие оси – плоскости, в которой параллельные лучи не меняют направления;
- Б – наличие плоскости, в которой лучи преломляются,
- В – способность к рассеиванию света;
- Г – наличие главного фокуса в виде точки;
- Д – способность к фокусировке света.

Офальмометр служит для:

- А – измерения радиуса кривизны передней поверхности роговицы;
- Б – измерения преломляющей силы передней поверхности роговицы;
- В – измерения роговичного астигматизма;
- Г – только А и Б;
- +Д – всего перечисленного.

Под динамической рефракцией понимают:

- +А – преломляющую силу оптической системы глаза относительно сетчатки при действующей аккомодации;
- Б – преломляющую силу роговицы;
- В – преломляющую силу камерной влаги;
- Г – радиус кривизны роговицы;
- Д – радиус кривизны хрусталика.

Правильным называют такой астигматизм, когда:

- А – преломление в вертикальном меридиане сильнее;
- Б – преломление в горизонтальном меридиане сильнее;
- В – в одном меридиане имеется миопия, а в другом эмметропическая рефракция;
- +Г – по ходу меридианов рефракция не изменяется;
- Д – гиперметропия в горизонтальном меридиане сочетается с эмметропией в вертикальном.

Пределами изменения физической рефракции глаза являются:

- А – от 0 до 20 дптр;
- Б – от 21 до 51 дптр;
- +В – от 52 до 71 дптр;
- Г – от 72 до 91 дптр;
- Д – от 91 до 100 дптр.

Преимуществом контактных линз перед очками является:

- А – более широкое поле зрения;
- Б – близкая к нормальной величина изображения;

В – косметическое преимущество;
Г – возможность исправления неправильного астигматизма;
+Д – все перечисленное.

Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 2,0 м равна:

А – 4,0 дптр;
Б – 2,0 дптр;
В – 1,0 дптр;
+Г – 0,5 дптр;
Д – 0,1 дптр.

Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 0,25 м равна:

+А – 4,0 дптр;
Б – 2,0 дптр;
В – 1,0 дптр;
Г – 0,5 дптр;
Д – 0,1 дптр.

Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 0,5 м равна:

А – 4,0 дптр;
+Б – 2,0 дптр;
В – 1,0 дптр;
Г – 0,5 дптр;
Д – 0,1 дптр.

Преломляющей силой линзы называется:

А – радиус кривизны передней поверхности линзы;
+Б – величина, обратная фокусному расстоянию;
В – радиус кривизны задней поверхности линзы;
Г – фокусное расстояние линзы;
Д – толщина линзы.

При аккомодативной астиопии может наблюдаться:

А – усталость глаз;
Б – слезотечение;
В – жжение и боли в глазах;
Г – головные боли;
+Д – все вышеперечисленные симптомы.

При близорукости могут наблюдаться все явления, кроме:

А – ослабленной аккомодативной способности;
+Б – повышения внутриглазного давления;
В – легкого миопии;
Г – нарушения метаболизма хрусталика;
Д – деструкции стекловидного тела.

При обратном астигматизме:

А – основные меридианы находятся в косом положении;
Б – преломляющая сила в вертикальном меридиане больше, чем в горизонтальном;
В – происходит изменение оптической силы по ходу горизонтального меридиана;
+Г – преломляющая сила в горизонтальном меридиане больше, чем в вертикальном;
Д – происходит изменение оптической силы по ходу вертикального меридиана.

При подборе корректирующих стекол на степень гиперметропии указывает:

- А – самая слабая положительная линза, обеспечивающая наилучшую остроту зрения;
- +Б – самая сильная положительная линза, обеспечивающая наилучшую остроту зрения;
- В – самая слабая отрицательная линза, обеспечивающая наилучшую остроту зрения;
- Г – самая сильная отрицательная линза, обеспечивающая наилучшую остроту зрения;
- Д – степень определить невозможно.

При подборе корректирующих стекол на степень миопии указывает:

- +А – самая слабая положительная линза, обеспечивающая наилучшую остроту зрения;
- Б – самая сильная положительная линза, обеспечивающая наилучшую остроту зрения;
- В – самая слабая отрицательная линза, обеспечивающая наилучшую остроту зрения;
- Г – самая сильная отрицательная линза, обеспечивающая наилучшую остроту зрения;
- Д – степень определить невозможно.

При прогрессирующей миопии рациональной операцией является:

- А – кератомилез;
- +Б – склеропластика;
- В – кератокоагуляция;
- Г – удаление прозрачного хрусталика;
- Д – кератотомия.

При прямом астигматизме:

- А – основные меридианы находятся в косом положении;
- +Б – преломляющая сила в вертикальном меридиане больше, чем в горизонтальном;
- В – происходит изменение оптической силы по ходу горизонтального меридиана;
- Г – преломляющая сила в горизонтальном меридиане больше, чем в вертикальном;
- Д – происходит изменение оптической силы по ходу вертикального меридиана.

Признаками паралича аккомодации являются:

- А – улучшение зрения вблизи, сужение зрачка;
- +Б – резкое ухудшение зрения вблизи, расширение зрачка;
- В – повышение зрения вдаль;
- Г – повышение зрения вдаль и вблизи;
- Д – все перечисленное.

Причинами нарушения зрительных функций при миопии являются:

- А – миопическая рефракция;
- Б – уменьшение аккомодации;
- В – патологические изменения глазного дна;
- +Г – верно А и В;
- Д – верно все перечисленное.

Причиной паралича аккомодации может быть:

- А – патологические процессы в глазнице;
- Б – интоксикации;

В – инстилляцией атропина;
Г – поражение ядер глазодвигательного нерва;
+Д – все перечисленное.

Простой гиперметропический астигматизм, это когда:

+А – в одном меридиане рефракция эметропическая, а в другом гиперметропическая;
Б – в одном меридиане рефракция эметропическая, а в другом миопическая;
В – в обоих меридианах рефракция гиперметропическая, но разной величины;
Г – в обоих меридианах рефракция миопическая, но разной величины;
Д – в одном меридиане рефракция миопическая, а в другом гиперметропическая.

Простой миопический астигматизм, это когда:

А – в одном меридиане рефракция эметропическая, а в другом гиперметропическая;
+Б – в одном меридиане рефракция эметропическая, а в другом миопическая;
В – в обоих меридианах рефракция гиперметропическая, но разной величины;
Г – в обоих меридианах рефракция миопическая, но разной величины;
Д – в одном меридиане рефракция миопическая, а в другом гиперметропическая.

Противопоказаниями к назначению контактных линз являются:

А – блефарит;
Б – мейбомит;
В – халазион;
Г – ячмень;
+Д – все перечисленное.

Противопоказаниями к назначению контактных линз являются:

+А – нарушение эпителия роговицы;
Б – гипертоническая болезнь;
В – глазные операции в анамнезе;
Г – тромбоз центральной вены сетчатки в анамнезе;
Д – все перечисленное.

Противопоказанием к операции кератотомии служит все, кроме:

А – воспалительных заболеваний глазного яблока;
Б – дистрофии роговицы;
+В – неправильного астигматизма;
Г – халазиона (градина);
Д – прогрессирующей миопии.

Проявлением пресбиопии является все, кроме:

А – отдаление ближайшей точки ясного видения;
Б – ослабление аккомодации;
В – изображение мелких предметов, расположенных на близком расстоянии кажется размытым;
Г – потеря эластичности хрусталика;
+Д – уменьшение силы цилиарной мышцы.

Различают следующие виды астигматизма:

А – простой, сложный, смешанный;
Б – прямой, обратный, с косыми осями;
В – правильный, неправильный, роговичный, хрусталиковый;
Г – правильно А и Б;
+Д – все перечисленное.

Различают следующие виды гиперметропии:

- А – полная;
- Б – явная;
- В – латентная;
- Г – верно Б и В;
- +Д – верно все.

Различают следующие виды клинической рефракции:

- А – дисбинокулярную и обскурационную;
- Б – истерическую и анизометропическую;
- В – роговичную и хрусталиковую;
- Г – витреальную и ретинальную;
- +Д – статическую и динамическую.

Рассеивающие линзы могут быть:

- А – сферическими;
- Б – цилиндрическими;
- В – торическими;
- Г – двояковогнутыми;
- +Д – верно все перечисленное.

Рефрактометр служит для:

- А – объективного определения рефракции глаза;
- Б – определения сферического и астигматического компонента рефракции;
- В – установления главных сечений астигматичного глаза;
- Г – правильно Б и В;
- +Д – всего перечисленного.

Рефракцией оптической системы называется:

- А – состояние, тесно связанное с конвергенцией;
- +Б – преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях;
- В – способность оптической системы нейтрализовать проходящий через нее свет;
- Г – отражение оптической системой падающих на нее лучей;
- Д – система линз, расположенных на определенном расстоянии друг от друга.

Самым ранним клиническим проявлением миопии является:

- А – ложная задняя стафилома;
- Б – истинная задняя стафилома;
- В – пятно Фукса;
- Г – ретинальные кровоизлияния;
- +Д – миопический конус.

Сложный гиперметропический астигматизм, это когда:

- А – в одном меридиане рефракция эметропическая, а в другом гиперметропическая;
- Б – в одном меридиане рефракция эметропическая, а в другом миопическая;
- +В – в обоих меридианах рефракция гиперметропическая, но разной величины;
- Г – в обоих меридианах рефракция миопическая, но разной величины;
- Д – в одном меридиане рефракция миопическая, а в другом гиперметропическая.

Сложный миопический астигматизм, это когда:

- А – в одном меридиане рефракция эметропическая, а в другом гиперметропическая;

Б – в одном меридиане рефракция эметропическая, а в другом миопическая;
В – в обоих меридианах рефракция гиперметропическая, но разной величины;
+Г – в обоих меридианах рефракция миопическая, но разной величины;
Д – в одном меридиане рефракция миопическая, а в другом гиперметропическая.

Смешанный астигматизм, это когда:

А – в одном меридиане рефракция эметропическая, а в другом гиперметропическая;
Б – в одном меридиане рефракция эметропическая, а в другом миопическая;
В – в обоих меридианах рефракция гиперметропическая, но разной величины;
Г – в обоих меридианах рефракция миопическая, но разной величины;
+Д – в одном меридиане рефракция миопическая, а в другом гиперметропическая.

Спазм аккомодации – это состояние:

А – при котором в естественных условиях выявляется миопия;
Б – при котором в условиях циклоплегии выявляется эметропия, гиперметропия или меньшая, чем в естественных условиях миопия;
В – которое характеризует общую рефракцию глаза;
+Г – только А и Б;
Д – все перечисленное.

Средняя величина преломляющей силы роговицы взрослого человека равна:

А – 23 дптр;
Б – 30 дптр;
+В – 43 дптр;
Г – 50 дптр;
Д – 53 дптр.

Степень анизометропии определяет:

А – рефракция глаза с более сильной оптикой;
Б – разница рефракции слабого глаза по сравнению с эметропией;
В – сумма рефракции обоих глаз;
+Г – разница рефракции в двух глазах;
Д – верного ответа нет.

Термин «дальнозоркость» обозначает:

А – хорошее зрение вдаль и плохое на близком расстоянии;
+Б – лучшее зрение вдаль, чем вблизи;
В – хорошее зрение на далеком и близком расстоянии;
Г – хорошее зрение вдаль и отсутствие зрения на близком расстоянии;
Д – лучшее зрение вблизи, чем вдаль.

Узловыми точками называются:

+А – точки, проходя которые, лучи не преломляются;
Б – точки, проходя которые, лучи максимально отклоняются;
В – точки, в которых собираются все преломленные лучи;
Г – точки, из которых исходят все, попадающие в глаз лучи;
Д – точки, с которых начинается преломление.

Физическая рефракция – это:

+А – сумма оптической силы преломляющих сред глаза, выраженная в диоптриях;
Б – соотношение между оптической силой и длиной оси глаза;
В – преломляющая сила роговицы;
Г – преломляющая сила хрусталика;

Д – главные плоскости оптической системы.

Физиологический механизм аккомодации состоит в том, что:

- А – цилиарная мышца сокращается, расслабляются зонулярные волокна;
- Б – ослабляется степень натяжения капсулы хрусталика
- В – хрусталик становится более выпуклым и сила его преломления увеличивается;
- Г – только А и В;
- +Д – все перечисленное.

Физической рефракцией глаза называется:

- А – состояние тесно связанное с конвергенцией;
- +Б – преломляющая сила оптической системы глаза, выраженная в диоптриях;
- В – способность оптической системы глаза нейтрализовать проходящий через нее свет;
- Г – отражение оптической системой глаза падающих на нее лучей;
- Д – система линз, расположенная на определенном расстоянии друг от друга.

Фокусным расстоянием называется:

- А – расстояние от рассматриваемого предмета до главного фокуса;
- Б – расстояние от передней поверхности роговицы до главного фокуса;
- В – расстояние от передней капсулы хрусталика до главного фокуса;
- +Г – расстояние от узловой точки до главного фокуса;
- Д – расстояние от задней капсулы хрусталика до главного фокуса.

Фокусом линзы называется:

- А – центр ее сферической поверхности;
- Б – центр ее плоской поверхности;
- В – центр ее цилиндрической поверхности;
- Г – центр ее торической поверхности;
- +Д – точка, в которой собирается пучок падающих на линзу параллельных лучей.

Человек, страдающий дальнозоркостью может хорошо видеть вдаль при:

- А – прищуривании глаз;
- Б – надавливании на глаз;
- +В – использовании аккомодации;
- Г – циклоплегии;
- Д – всем перечисленным.

ВЕКИ

Атонический выворот век проявляется:

- А – снижением эластичности кожи;
- Б – отвисанием века книзу;
- В – гипертрофией конъюнктивы;
- Г – слезотечением;
- +Д – всем перечисленным.

Блефарит – это:

- А – острое гнойное воспаление век;
- Б – хроническое пролиферативное воспаление хряща;
- В – гнойное воспаление волосяного мешочка;
- +Г – воспаление края века;
- Д – гнойное воспаление подкожной клетчатки века.

В симптомокомплекс простого блефарита не входит:

- +А – наличие гнойных корочек на краях век;
- Б – зуд;
- В – наличие пенистого отделяемого в углах глазной щели;
- Г – покраснение краев век;
- Д – частое мигание.

В спокойном положении свободный край верхнего века:

- А – не доходит до края роговицы;
- Б – располагается по краю роговицы;
- В – прикрывает роговицу на 1 мм;
- +Г – прикрывает роговицу на 2 мм;
- Д – доходит до верхнего края зрачка.

Дисфункция мейбомиевых желез при блефарите выражается в:

- А – в гиперсекреции желез;
- Б – в гипосекреции желез;
- В – в недостаточности выведения секрета;
- +Г – верно А и В;
- Д – верно Б и В.

В этиологии блефаритов не имеет значения:

- А – некорригированные аномалии рефракции;
- Б – глистные инвазии;
- В – сахарный диабет;
- Г – заболевания желудочно-кишечного тракта;
- +Д – заболевания сердечно-сосудистой системы.

Возбудителем углового блефарита является:

- А – стафилококк;
- +Б – диплобацилла Моракса –Аксенфельда;
- В – стрептококк;
- Г – палочка Коха-Уикса;
- Д – вирус простого герпеса.

Возможными осложнениями полного или почти полного одностороннего птоза являются:

- А – амблиопия;
- Б – косоглазие;
- В – атрофия зрительного нерва;
- +Г – только А и Б;
- Д – все перечисленное.

Врожденный птоз обусловлен:

- А – спазмом;
- +Б – неполноценностью развития мышцы, поднимающей верхнее веко;
- В – парезом ветвей тройничного нерва;
- Г – спазмом круговой мышцы века;
- Д – параличом верхней прямой мышцы глаза.

Встречаются все виды блефаритов, кроме:

- А – язвенного;
- Б – ангулярного;
- В – чешуйчатого;
- Г – простого;
- +Д – воспалительного.

Выворот века может носить любой характер, кроме:

- А – спастического;
- Б – паралитического;
- +В – дерматогенного;
- Г – атонического;
- Д – рубцового.

Выворот века сопровождается всеми перечисленными симптомами, кроме:

- +А – всеми перечисленными без исключения;
- Б – отставанием века от глазного яблока;
- В – отвисанием века книзу;
- Г – обнажением конъюнктивальной поверхности века;
- Д – резкой гипертрофией конъюнктивы.

Выдавливание ячменя может привести:

- А – к развитию флегмоны орбиты;
- Б – синус-тромбозу;
- В – менингиту;
- Г – верно А и Б;
- +Д – верно все перечисленное.

Гемангиомы век имеют виды:

- А – капиллярной;
- Б – все, кроме Д;
- В – кавернозной;
- +Г – все перечисленные;
- Д – рацемозной.

Демодекозный блефарит вызывается:

- А – вшами;
- Б – блохами;
- В – москитами;
- +Г – клещами;
- Д – инфузориями.

Дермоид века содержит в себе:

- А – сальные и потовые железы;
- Б – жир;
- В – волосы;
- Г – только Б и В;
- +Д – все перечисленное.

Для восстановления функции желез хряща наиболее рациональным является:

- +А – массаж век;
- Б – туалет век;
- В – туширование краев век;
- Г – наложение на края век тампонов с антибиотиками;
- Д – мазевые аппликации.

Для клинической картины лагофталма характерно все, кроме:

- А – неполного смыкания глазной щели;
- Б – атонии нижнего века;
- В – слезотечения;
- +Г – опущения верхнего века;
- Д – высыхания глазного яблока.

Для клинической картины халазиона характерно все, кроме:

- А – наличия новообразования в толще века;
- +Б – болезненности при пальпации;
- В – подвижности кожи над халазионом;
- Г – спаянности с хрящом;
- Д – просвечивания со стороны конъюнктивы.

Для лечения блефарохалазиса можно применить:

- +А – хирургическое лечение;
- Б – физиотерапевтическое лечение;
- В – введение кортикостероидов;
- Г – верно А и Б;
- Д – все перечисленное верно.

Для лечения углового блефарита наиболее целесообразно применять:

- А – раствор сульфацил-натрия;
- Б – раствор левомецетина;
- В – суспензию гидрокортизона;
- Г – раствор хлорида натрия;
- +Д – раствор сульфата цинка.

Для предотвращения повреждения роговицы завернутыми или неправильно растущими ресницами можно применить все, кроме:

- А – оттягивания века с помощью лейкопластыря;
- +Б – обрезания неправильно растущих ресниц;
- В – хирургического лечения;
- Г – диатермоэпиплазии;
- Д – можно применить все, без исключения.

Если при массаже век из выводных протоков тарзальных желез выдавливается гной, то это:

- +А – мейбомиевый блефарит;
- Б – ангулярный блефарит;
- В – язвенный блефарит;
- Г – чешуйчатый блефарит;
- Д – простой блефарит.

Значительным отеком век и появлением на коже зудящих волдырей может сопровождаться:

- А – крапивница кожи век;
- Б – опоясывающий лишай;
- В – токсидермия;
- +Г – верно А и В;

Д – верно все перечисленное.

Изменения век при воспалительном отеке включают:

- А – гиперемия кожи век;
- Б – повышение температуры кожи;
- В – болезненность при пальпации;
- +Г – все перечисленное верно.

Изменения век при невоспалительном отеке:

- А – чаще двустороннее;
- Б – отсутствует болезненность при пальпации;
- В – кожные покровы нормальной окраски;
- Г – может сочетаться с отеком ног, асцитом;
- +Д – все перечисленное верно.

Исходными моментами для развития кожного рака век могут быть:

- А – травмы бородавки;
- Б – ячмени;
- В – фурункулы;
- Г – родимые пятна;
- +Д – все перечисленное.

К возникновению блефарита могут вести:

- А – витаминная недостаточность;
- Б – некорригированные аномалии рефракции;
- В – глистные инвазии;
- Г – профессиональные вредности;
- +Д – верно все перечисленное.

К воспалительным заболеваниям век относится все, кроме:

- +А – птоза;
- Б – абсцесса;
- В – блефарита;
- Г – ячменя;
- Д – градины.

К врожденной патологии век относится все, кроме:

- А – аблефарии;
- +Б – ксантелазмы;
- В – колобомы;
- Г – анкилоблефарона;
- Д – эпикантуса.

К клиническим изменениям век при воспалительном отеке относят:

- А – гиперемия кожи век;
- Б – повышение температуры кожи;
- В – болезненность при пальпации;
- Г – сужение глазной щели;
- +Д – верно все перечисленное.

Как правило, причиной блефарита не является:

- +А – гипертоническая болезнь;
- Б – глистная инвазия;
- В – аллергическое состояние;
- Г – анемия;
- Д – эндокринная патология.

Классификация птозов предусматривает все его виды, кроме:

- А – врожденного;
- +Б – воспалительного;
- В – одностороннего;
- Г – полного;
- Д – приобретенного.

Клинические признаки эмфиземы век включают:

- А – крепитацию;
- Б – отек;
- В – целостность кожных покровов;
- +Г – все перечисленное верно.

Клиника заболевания. На ограниченном участке по краю века заметная припухлость, сопровождающаяся резкой болезненностью и отеком конъюнктивы и кожи века. Через 2-3 дня образовалась гнойная пустула. Через 4 дня гнойник вскрылся. Это:

- А – токсикодермия кожи век;
- +Б – ячмень;
- В – мейбомиевый блефарит;
- Г – флегмона века;
- Д – халазион.

Клиническим проявлением чешуйчатого блефарита является:

- А – покраснение век;
- Б – утолщение краев век;
- В – мучительный зуд в веках;
- Г – наличие серых чешуек у корней ресниц;
- +Д – верно все перечисленное.

Контагиозный моллюск века характеризуется:

- А – появлением на краю века моллюска, напоминающего двустороннюю раковину;
- Б – наличием на краях и коже век язвочек с подрывными краями;
- В – наличием в коже твердых узелков, напоминающих по виду жемчужины;
- Г – появлением запыленности ресниц и наличием паразитов в волосяных фолликулах;
- +Д – появлением на коже одиночных или множественных узелков с воронкообразным углублением в центре.

Лейкосаркома век может производить впечатление:

- А – лимфангиомы;
- Б – гемангиомы;
- +В – амилоида;
- Г – меланосаркомы;
- Д – кожного рака.

Лечения не требует:

- +А – небольшой врожденный двусторонний птоз;
- Б – односторонний птоз;
- В – травматический полуптоз;
- Г – двусторонний неполный птоз;
- Д – птоз, вызванный парезом леватора.

Мадарозом называется:

- А – неправильный рост ресниц;
- Б – утолщение края века;
- +В – облысение края века;

Г – изъязвление края века;
Д – наличие корочек на краю века.

Методами лечения трихиаза являются:

А – удаление ресниц;
Б – пластическая операция;
+В – и то, и другое;
Г – ни то, ни другое.

Наиболее опасным последствием заворота век является:

А – постоянное слезотечение;
Б – трихиаз;
В – хронический конъюнктивит;
+Г – повреждение роговицы;
Д – флегмона века.

Наиболее часто на веках встречается следующая форма кожного рака:

А – мейбомиевая;
+Б – поверхностная язвенная;
В – спиноцеллюлярная;
Г – инфильтративная;
Д – бородавчатая.

Наличие плоских желто-лимонных пятен на коже век является признаком:

А – лимфангиомы;
Б – липомы;
+В – ксантелазмы;
Г – фибромы;
Д – невуса.

Невус века следует иссечь или подвергнуть диатермокоагуляции в силу того что он может:

А – увеличиваться в размерах;
+Б – злокачественно перерождаться;
В – захватывать оба века;
Г – изъязвляться;
Д – быть косметическим дефектом.

Ожоги век могут быть причиной:

+А – рубцового выворота век;
Б – паралитического выворота век;
В – атонического выворота век;
Г – спастического выворота век;
Д – всего перечисленного.

Основная опасность пигментной ксеродермы век заключается в:

А – выраженной сухости кожи век;
Б – атрофических изменениях кожи век;
В – изъязвлении век;
Г – папилломатозных разрастаниях на веках;
+Д – озлокачествлении.

Отличие эмфиземы век от воспалительного отека характеризуется:

А – наличием гиперемии кожи век;
Б – болезненностью при пальпации век;
+В – наличием крепитации;
Г – всем перечисленным;
Д – только А и Б.

Очаговое скопление холестерина в коже века носит название:

- А – дермоида;
- Б – невуса;
- В – лимфангиомы;
- +Г – ксантелазмы;
- Д – липомы.

Показаниями к вскрытию абсцесса века являются:

- +А – появление флюктуации;
- Б – выраженная гиперемия века;
- В – уплотнение ткани века;
- Г – болезненность при пальпации;
- Д – распространение отека на ткани лица.

При абсцессе века необходимо:

- А – обколоть инфильтрат антибиотиками;
- Б – назначить УВЧ, сухое тепло;
- В – при наличии флюктуации – вскрыть и дренировать гнойник;
- +Г – верно А и В;
- Д – верно все перечисленное.

При аллергическом дерматите наблюдается:

- А – отек века;
- Б – сужение глазной щели;
- В – зуд;
- Г – появление пузырьков на коже, которые вскрываются с выделением серозной жидкости;
- +Д – все перечисленное верно.

При блефарохалазисе наблюдается:

- А – ксероз роговицы;
- Б – снижение остроты зрения из-за опущения века;
- +В – косметический дискомфорт;
- Г – все перечисленное;
- Д – правильно А и Б.

При выраженном вывороте века наиболее эффективна операция по:

- +А – Кунту-Шимановскому;
- Б – Сапежко;
- В – Иванову;
- Г – Филатову;
- Д – Мак-Рейнольдсу.

При поражении простым герпесом на коже века появляются:

- А – мелкие гнойнички;
- Б – высыпания в виде белых пятен с красным венчиком вокруг;
- В – мелкие язвочки, покрытые салым налетом;
- Г – серо-белого цвета пленочки, с трудом отделяющиеся от кожи;
- +Д – мелкие прозрачные пузырьки.

При лагофтальме возможно возникновение:

- А – эрозии роговицы из-за травматизации ресницами;
- +Б – ксероза роговицы;
- В – экзофтальма;
- Г – дакриoadенита;
- Д – всего перечисленного.

При лагофталме необходимо проводить:

- А – инстилляцию дезинфицирующих капель;
- Б – использование глазных мазей;
- В – в некоторых случаях – блефароррафию;
- +Г – все перечисленное;
- Д – только А и Б.

При лечении ячменя недопустимо:

- А – прижигание раствором бриллиантового зеленого;
- Б – УВЧ-терапия;
- +В – выдавливание ячменя;
- Г – инстилляций в глаз сульфаниламидов;
- Д – проведение аутогемотерапии.

При поражении кожи век опоясывающим герпесом наблюдается:

- А – гиперемия и отек век;
- Б – появление резко гиперемизированных участков и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела;
- В – на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью;
- +Г – пузырьевидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд;
- Д – обширные гнойные пузыри на веках.

При ранах век регенерация тканей:

- +А – высокая;
- Б – низкая;
- В – существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица;
- Г – ниже, чем других областей лица.

При трихиазе необходимо проводить:

- А – эпиляцию ресниц;
- Б – диатермокоагуляцию ресниц;
- В – пластику века;
- +Г – все перечисленное верно.

При упорных блефаритах показаны:

- А – массаж век;
- Б – сеансы УВЧ;
- В – пластика век;
- +Г – все перечисленное верно.

При чешуйчатом блефарите не бывает:

- А – сужения глазной щели;
- +Б – изъязвлений краев век;
- В – наличия чешуек между ресницами;
- Г – гиперемии краев век;
- Д – утолщения краев век.

При язвенной форме кожного рака век возможно метастазирование в:

- А – глазное яблоко;
- Б – головной мозг;
- В – легкие;
- +Г – регионарные лимфоузлы;
- Д – во все перечисленные образования.

При язвенном блефарите изменения век носят характер:

- +А – кровоточащих язвочек с гнойным налетом;
- Б – покраснения краев век с наличием чешуек;
- В – заворота век;
- Г – выворота век;
- Д – всего перечисленного.

При ячмене из физиопроцедур следует рекомендовать:

- А – ультрафиолетовое облучение;
- Б – токи ультравысокой частоты;
- В – электрофорез с десказоном;
- +Г – все перечисленное верно.

Признаками трихиаза являются:

- А – блефароспазм;
- Б – слезотечение;
- В – рост ресниц в сторону глаза;
- +Г – все перечисленное;
- Д – только Б и В.

Проявлением поражения век ветряной оспой не является:

- А – пустулы по краям век;
- Б – язвы с салным налетом;
- +В – геморрагии по углам век;
- Г – цианотичность век;
- Д – увеличение предушных лимфатических желез.

Различают следующие виды заворота век:

- А – спастический;
- Б – рубцовый;
- В – бульбарный;
- Г – врожденный;
- +Д – все перечисленное.

Рожистое воспаление кожи век характеризуется:

- А – гиперемией и отеком век;
- +Б – появлением резко гиперемизированных участков кожи век и пузырьков, отека век на фоне повышения температуры тела;
- В – на фоне повышения температуры тела – появлением нескольких рядов лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью;
- Г – пузырьвидными высыпаниями, занимающими одну половину лба, расположенными в один ряд.

Рубцовый выворот век развивается вследствие:

- А – травмы;
- Б – ожогов век;
- В – сибирской язвы;
- Г – туберкулезной волчанки;
- +Д – всех перечисленных причин.

Рубцовый заворот век может развиваться вследствие всех перечисленных причин, кроме:

- А – дифтерии конъюнктивы;
- Б – трахомы;
- В – ожогов кожи лица;
- Г – пемфигуса конъюнктивы;
- +Д – всех причин без исключения.

Симптомами птоза верхнего века являются:

- А – прикрытие верхним веком области зрачка;
- Б – почти полная или полная неподвижность верхнего века;
- В – сужение глазной щели;
- +Г – все перечисленное;
- Д – только А и Б.

Спастический заворот век развивается при:

- +А – блефароспазме;
- Б – трахоме;
- В – экзофтальме;
- Г – блефарите.

Толчком к активации вируса простого герпеса может являться все, кроме:

- А – лихорадочных заболеваний;
- +Б – приступа стенокардии;
- В – кишечной интоксикации;
- Г – приема некоторых лекарственных препаратов;
- Д – менструаций.

Травматический отек век сопровождается:

- +А – обширными подкожными кровоизлияниями с синюшным оттенком;
- Б – блефароспазмом и слезотечением;
- В – зудом;
- Г – всем перечисленным;
- Д – только Б и В.

Трихиазом называется:

- +А – неправильный рост ресниц;
- Б – утолщение края века;
- В – облысение края века;
- Г – изъязвление края века;
- Д – наличие корочек на краю века.

Хроническое пролиферативное воспаление хряща вокруг мейбомиевой железы – это:

- А – ячмень;
- +Б – халазион;
- В – абсцесс века;
- Г – внутренний ячмень;
- Д – блефарит.

Чем определяется легкое возникновение и быстрое распространение отеков, кровоподтеков и местных воспалительных процессов век?

- А – большой подвижностью век;
- +Б – наличием рыхлой гидрофильной клетчатки под кожей;
- В – наличием плотного хряща в толще века;
- Г – наличием межмышечных щелей;
- Д – плотная тарзоорбитальная фасция препятствует проникновению процесса вглубь.

Чешуйчатый блефарит характеризуется:

- А – покраснением краев век;
- Б – утолщением краев век;
- В – мучительным зудом в веках;
- Г – корни ресниц покрыты сухими чешуйками;
- +Д – всем перечисленным.

КОНЬЮНКТИВА

Аденовирусный конъюнктивит имеет все перечисленные формы, кроме:

- А – катаральной;
- Б – фолликулярной;
- +В – везикулярно-язвенной;
- Г – пленчатой;
- Д – без исключения.

Аллергический конъюнктивит:

- А – дает картину «булыжников»;
- Б – обнаруживается желатинозный лимбальный инфильтрат;
- В – возникает интенсивный зуд;
- Г – купируется инстилляциями стероидов;
- +Д – все перечисленное правильно.

Больная жалуется на закисание правого глаза по утрам, чувство засоренности правого глаза, покраснение, зуд. Объективно: ОД – небольшой отек век, конъюнктивальная инъекция глазного яблока, умеренное количество желтого отделяемого и конъюнктивальной полости, роговица, передняя камера, прозрачные среды и глазное дно без патологии, острота зрения обоих глаз 1,0. Ваш предварительный диагноз:

- А – ячмень;
- Б – блефарит;
- В – кератит;
- Г – склерит;
- +Д – конъюнктивит.

В клинической картине трахомы не наблюдается следующий симптом:

- +А – пленки на конъюнктиве верхнего века;
- Б – конъюнктивальная складка в виде петушиных гребешков;
- В – фолликулы в виде глубоко сидящих студенисто-мутных зерен;
- Г – гипертрофия сосочков;
- Д – утолщение аденоидного слоя конъюнктивы.

В лечении лекарственного конъюнктивита нецелесообразно применять:

- А – местно 0,1% раствор дексаметазона;
- Б – внутрь 10% раствор кальция хлорида;
- В – местно – 0,5% мазь гидрокортизона;
- +Г – местно – 0,25% раствор дикаина;
- Д – внутрь тавегил.

В настоящее время для профилактики гонобленнореи применяют инстилляции:

- А – 2% раствора нитрата серебра;
- Б – раствора пенициллина;
- +В – 20% раствора сульфацил-натрия;
- Г – 1% раствор гентамицина;
- Д – раствор перманганата калия 1:5000.

В первые дни заболевания гонобленнореей отделяемое имеет характер:

- А – скудной тягучей слизи;
- +Б – серозный с примесью крови;
- В – мутной жидкости с хлопьями;
- Г – вязкого сливкообразного гноя;
- Д – серозно-гнойной жидкости.

В течении трахомы различают:

- А – одну стадию;

- Б – две стадии;
- В – три стадии;
- +Г – четыре стадии;
- Д – пять стадий.

Возбудителем диплобациллярного (ангулярного) конъюнктивита является:

- А – палочка Коха;
- Б – палочка Коха-Уикса;
- +В – диплобацилла Моракса-Аксенфельда;
- Г – гонококк Нейссера;
- Д – пневмококк Френкеля-Вексельбаума.

Возбудителем острого эпидемического конъюнктивита является:

- А – палочка Коха;
- +Б – палочка Коха-Уикса;
- В – диплобацилла Моракса-Аксенфельда;
- Г – гонококк Нейссера;
- Д – пневмококк Френкеля-Вексельбаума.

Возбудителем трахомы являются:

- А – аденовирусы;
- Б – стрептококки;
- В – энтеровирусы;
- +Г – хламидии;
- Д – пневмококки.

Герпетический конъюнктивит характеризуется:

- А – односторонностью процесса;
- Б – длительным вялым течением;
- В – высыпанием пузырьков на коже век;
- Г – вовлечением в процесс роговицы;
- +Д – всем перечисленным.

Дифтерийный конъюнктивит характеризуется всеми симптомами, кроме:

- А – отека, гиперемии, болезненности и уплотнения век;
- Б – отделяемого в виде мутной жидкости с хлопьями;
- В – наличия на конъюнктиве серых, трудно отделяющихся пленок;
- +Г – наличия хламидий в конъюнктивальном мешке;
- Д – образования звездчатых рубцов.

Для аденофарингоконъюнктивальной лихорадки нехарактерно:

- +А – возникновение заболевания в летний период;
- Б – наличие катаральных явлений верхних дыхательных путей;
- В – наличие очень скудного слизисто-гнойного отделяемого;
- Г – снижение чувствительности роговицы;
- Д – контагиозность заболевания.

Для герпетического конъюнктивита характерны следующие клинические формы:

- А – катаральная;
- Б – фолликулярная;
- В – везикулярно-язвенная;
- +Г – все перечисленные;
- Д – только Б и В.

Для лечения гонобленнореи нецелесообразно применять:

- А – промывания конъюнктивального мешка раствором перманганата калия;
- Б – инстилляции раствора натриевой соли бензилпенициллина;

В – инстилляцией 30% раствора сульфацил-натри;
Г – закладывание тетрациклиновой мази за веки;
+Д – инстилляцией 1% раствора пилокарпина.

Для лечения дифтерийного конъюнктивита применяют все, кроме:

А – противодифтерийной сыворотки;
Б – антибиотиков широкого спектра действия;
В – витаминов;
Г – промываний конъюнктивального мешка;
+Д – все перечисленное без исключения.

Для лечения трахомы не применяют:

+А – пенициллин;
Б – тетрациклин;
В – эритромицин;
Г – олететрин;
Д – дибиомицин.

Для острого инфекционного конъюнктивита характерны все симптомы, кроме:

А – чувства засоренности глаза;
+Б – перикорнеальной инъекции глаза;
В – конъюнктивальной инъекции глаза;
Г – отделяемого из глаза;
Д – пролиферации сосочков и фолликулов.

Для пневмококкового конъюнктивита характерны все симптомы, кроме:

А – наличия катаральных явлений;
Б – обильного слизисто-гнойного отделяемого;
+В – возникновения в летне-осенний период;
Г – наличия легко снимающихся пленок на конъюнктиве;
Д – резкой гиперемии конъюнктивы.

Для трахомы могут быть характерны все жалобы, кроме:

А – отсутствия субъективных жалоб;
Б – тяжести в веках;
В – ощущения засоренности глаз;
Г – слизисто-гнойного отделяемого;
+Д – возможно все перечисленное.

Для туберкулезно-аллергического фликтенулезного конъюнктивита характерно все, кроме:

А – светобоязни;
Б – слезотечения;
+В – все симптомы, без исключения;
Г – блефароспазма;
Д – смешанной инъекции.

Инкубационный период при аденовирусном конъюнктивите равен:

А – 1-2 дня;
Б – 2-3 дня;
В – 4-5 дней;
+Г – 1 неделя;
Д – до 2 недель.

Инкубационный период при гонобленнорее составляет:

А – 1-2 дня;
+Б – 2-3 дня;

В – 4-5 дней;
Г – 1 неделя;
Д – до 2 недель.

К аутоиммунным (аллергическим) конъюнктивитам относятся:

А – лекарственный конъюнктивит;
Б – поллинозный конъюнктивит;
В – весенний катар, пемфигус;
Г – туберкулезно-аллергический фликтенулезный конъюнктивит;
+Д – все перечисленные.

К осложнениям трахомы относятся:

А – трихиаз, мадароз;
Б – энтропион;
В – симблефарон;
Г – ксероз;
+Д – все перечисленное верно.

Какие капли нужно инстиллировать в глаз для выявления перикорнеальной инъекции глазного яблока?

А – раствор сульфацил-нария;
+Б – раствор адреналина;
В – раствор пилокарпина;
Г – раствор атропина;
Д – любой из перечисленных.

Какой из перечисленных препаратов нецелесообразно назначать для лечения пневмококкового конъюнктивита?

А – 30% раствор сульфацил-натрия;
Б – 0,3% раствор тобрекса;
+В – 4% раствор тауфона;
Г – 1% тетрациклиновую мазь;
Д 1% эмульсию синтомицина.

Клинически различают все виды гонбленнореи, кроме:

А – гонбленнореи новорожденных;
Б – гонбленнореи детей;
+В – гонбленнореи подростков;
Д – гонбленнореи взрослых.

Лекарственными препаратами для поллинозного конъюнктивита могут являться все, кроме:

+А – раствора атропина;
Б – раствора дексаметазона;
В – раствора адреналина;
Г – раствора лекролина;
Д – раствора преднизолона.

Лечение весеннего катара включает:

А – смену климата;
Б – лечение кортикостероидами;
В – лечение гамма-глобулином;
+Г – все перечисленное верно.

Молодой мужчина, проходящий курс антибиотикотерапии по поводу гонорейного уретрита, обратился за консультацией к врачу-окулисту. Осмотрев больного, врач поставил диагноз – гонорейный конъюнктивит. Какой симптом наиболее характерен для

данного заболевания?

- +А – обильное гнойное отделяемое;
- Б – скудное слизистое отделяемое;
- В – покраснение слизистой по углам глазной щели.
- Г – перикорнеальная инъекция;
- Д – наличие на роговице фликтен.

Назначение какого из перечисленных препаратов нецелесообразно для лечения аденовирусного эпидемического кератоконъюнктивита?

- А – 0,25% оксолиновой мази;
- Б – интерферона в каплях;
- +В – 1% тетрациклиновой мази;
- Г – 4% раствора полудана;
- Д – 0,1% раствор оксолина.

Наличие крупных уплощенных сосочковых разрастаний на конъюнктиве верхнего века, напоминающих булыжную мостовую, характерно для:

- А – лекарственного конъюнктивита;
- +Б – весеннего катара;
- В – острого эпидемического конъюнктивита;
- Г – трахомы;
- Д – дифтерии конъюнктивы.

Неспецифической для конъюнктивита жалобой является:

- А – отделяемое из глаза;
- Б – чувство инородного тела под веком;
- В – склеивание ресниц по утрам;
- Г – покраснение глаза;
- +Д – перикорнеальная инъекция.

Нехарактерно для острого эпидемического конъюнктивита:

- А – наличие отделяемого из глаза;
- Б – сильный отек конъюнктивы в области нижней переходной складки;
- +В – наличие легко снимающихся пленок на конъюнктиве;
- Г – недомогание, повышение температуры;
- Д – петехиальные кровоизлияния в конъюнктиве.

Общая симптоматика эпидемического конъюнктивита не сопровождается:

- А – общим недомоганием;
- Б – повышением температуры;
- В – насморком;
- Г – головными болями;
- +Д – сопровождается всеми симптомами без исключения.

Осложнением и последствием трахомы не является:

- +А – эктропион;
- Б – энтропион;
- В – паннус;
- Г – трихиаз;
- Д – симблефарон.

Основная опасность гонобленнореи заключается в:

- А – заболевании пациента гонореей;
- Б – образовании грубых рубцов в конъюнктиве;
- В – контагиозности больного;
- Г – возникновении дессиминированного хориоретинита;
- +Д – поражении роговой оболочки.

Основным фактором, осложняющим течение эпидемического аденовирусного кератоконъюнктивита является:

- +А – множественные точечные инфильтраты и помутнения роговицы;
- Б – высокая контагиозность заболевания;
- В – гиперемия и студенистый отек конъюнктивы;
- Г – увеличение и болезненность предушных и подчелюстных лимфоузлов;
- Д – недомогание.

Особенностями течения гонобленнореи у взрослых является все, кроме:

- А – лихорадочного состояния;
- Б – поражения суставов;
- +В – повышения артериального давления;
- Г – поражения мышц;
- Д – нарушения сердечной деятельности.

Отделяемое при дифтерийном конъюнктивите носит характер:

- А – скудной тягучей слизи;
- Б – серозный с примесью крови;
- В – серозно-гнойной жидкости;
- Г – вязкого сливкообразного гноя;
- +Д – мутной жидкости с хлопьями.

Паннус является специфическим проявлением:

- +А – трахомы;
- Б – гонобленнореи;
- В – пневмококкового конъюнктивита;
- Г – ангулярного конъюнктивита;
- Д – эпидемического кератоконъюнктивита.

Пингвекула – это:

- А – облысение края века;
- Б – нарастание конъюнктивы на роговицу;
- В – неправильный рост ресниц;
- +Г – островок утолщенной ткани конъюнктивы возле роговицы;
- Д – узелок на роговой оболочке у лимба.

Пневмококковый конъюнктивит не сопровождается:

- А – наличием легко снимающихся пленок на конъюнктиве;
- +Б – кровотечением из конъюнктивы при снятии пленок;
- В – точечными геморрагиями на конъюнктиве склеры;
- Г – мелкими инфильтратами в перилимбальной зоне роговицы;
- Д – отеком век.

Поллинозный конъюнктивит вызывается:

- А – лекарственными препаратами;
- Б – кокковой флорой;
- +В – пылью растений;
- Г – вирусами;
- Д – хламидиями.

Поражение век при дифтерийном конъюнктивите характеризуется всеми изменениями, кроме:

- А – сильного отека;
- Б – гиперемии;
- В – болезненности;
- +Г – гнойной инфильтрации;

Д – уплотнения.

При диплобациллярном конъюнктивите отделяемое имеет характер:

- +А – скудной тягучей слизи;
- Б – серозный с примесью крови;
- В – мутной жидкости с хлопьями;
- Г – вязкого сливкообразного гноя;
- Д – серозно-гнойной жидкости.

При дифтерии конъюнктивы отделяемое имеет характер:

- А – слизи;
- Б – серозный с примесью крови;
- +В – мутной жидкости с хлопьями;
- Г – вязкого сливкообразного гноя;
- Д – серозно-гнойной жидкости.

При осмотре окулистом ребенка, находящегося на лечении в инфекционном отделении, обнаружено, что веки обоих глаз отечные, гиперемированы, на слизистой и коже век грязно-серые, плотные, с трудом снимающиеся пленки с кровоточащей и некротизированной поверхностью под ними. Ваш предварительный диагноз:

- +А – дифтерийный конъюнктивит;
- Б – трахома;
- В – вирусный конъюнктивит;
- Г – весенний катар;
- Д – гонобленорея новорожденных.

При эпидемическом конъюнктивите не встречается:

- А – слизистое отделяемое;
- Б – обильное гнойное отделяемое;
- +В – наличие легко снимающихся пленок;
- Г – наличие петехиальных кровоизлияний;
- Д – отек нижней переходной складки.

Причинами хронического конъюнктивита могут быть:

- А – нарушение обмена веществ;
- Б – желудочно-кишечные заболевания;
- В – длительно действующие внешние раздражители (пыль, дым, химические примеси в воздухе);
- Г – аметропии;
- +Д – все перечисленное верно.

Птеригиум – это:

- А – облысение края века;
- +Б – нарастание конъюнктивы на роговицу;
- В – неправильный рост ресниц;
- Г – островок утолщенной ткани конъюнктивы возле роговицы;
- Д – узелок на роговой оболочке у лимба.

С какими конъюнктивитами необходимо дифференцировать фарингоконъюнктивальную лихорадку?

- А – эпидемическим конъюнктивитом;
- Б – дифтерией конъюнктивы;
- В – трахомой;
- Г – верно А и Б;
- +Д – верно Б и В.

Симптомами гонобленнореи может быть все, кроме:

- А – обильного отделяемого;
- Б – отека конъюнктивы;
- +В – кровоизлияний под конъюнктиву;
- Г – выраженного отека век;
- Д – наличия в отделяемом гонококков.

Соматическим симптомом, характерным для поллинозного конъюнктивита является:

- А – лихорадочное состояние;
- +Б – чихание, кашель;
- В – выраженное недомогание;
- Г – суставные боли;
- Д – тахикардия.

Тельца Гальбершtedтера-Провачека образуются при:

- +А – трахоме;
- Б – остром эпидемическом конъюнктивите;
- В – диплобациллярном конъюнктивите;
- Г – дифтерийном конъюнктивите;
- Д – гонококковом конъюнктивите.

Трахома встречается у:

- А – свиней;
- Б – человекообразных обезьян;
- В – людей;
- +Г – верно Б и В;
- Д – верно все перечисленное.

Трахома характеризуется следующими проявлениями:

- А – незрелые фолликулы на верхней пластинке хряща века;
- Б – эпителиальный кератит;
- В – образование паннуса (мембраноподобной васкуляризации);
- Г – образованием рубцовой ткани с осложнениями на веке;
- +Д – всем перечисленным.

Трахоматозный процесс обычно начинается с:

- +А – конъюнктивы верхней переходной складки;
- Б – конъюнктивы нижней переходной складки;
- В – конъюнктивы полулунной складки;
- Г – конъюнктивы перикорнеальной зоны;
- Д – в любом отделе конъюнктивы.

У больного заболевание началось остро. Отек и гиперемия век. Увеличение и болезненность околоушной железы, гнойное отделяемое. Гиперемия и отек конъюнктивы нижней складки. Крупные фолликулы в конъюнктиве. Симптоматика характерна для:

- А – фолликулярного конъюнктивита;
- Б – трахомы;
- В – дифтерийного конъюнктивита;
- Г – ангулярного конъюнктивита;
- +Д – паратрахомы.

У новорожденного на 3-й день жизни отмечено: выраженный отек и гиперемия век обоих глаз; из глазной щели под давлением изливается кровянистое отделяемое цвета ясных помоев. Конъюнктива резко гиперемирована, инфильтрирована и легко кровоточит. Ваш предварительный диагноз:

- А – весенний катар;
- Б – аденовирусный конъюнктивит;
- +В – гонобленорея новорожденных;

Г – туберкулез конъюнктивы;
Д – трахома.

Фарингоконъюнктивальная лихорадка сопровождается всеми симптомами, кроме:

А – лихорадки;
Б – увеличения подчелюстных лимфатических узлов;
В – отека и гиперемии век и конъюнктивы;
Г – обильного слизистого или слизисто-гнойного отделяемого;
+Д – всеми симптомами без исключения.

Фолликулы конъюнктивы характерны для:

А – аденовирусного конъюнктивита;
Б – простого фолликулеза;
В – трахомы;
+Г – всего перечисленного.

Через неделю после заболевания гонобленореей отделяемое имеет характер:

А – скудной тягучей слизи;
Б – серозный с примесью крови;
В – мутной жидкости с хлопьями;
+Г – вязкого сливкообразного гноя;
Д – серозно-гнойной жидкости.

СЛЕЗНЫЕ ОРГАНЫ

Для контрастной рентгенографии слезных путей используются:

- А – флюоресцеин;
- Б – колларгол;
- +В – иодлипол;
- Г – все перечисленные препараты;
- Д – только А и Б.

Для лечения дакриоаденита целесообразно назначать все, кроме:

- А – антибиотиков;
- Б – сульфаниламидных препаратов;
- В – тканевой терапии;
- +Г – анальгетиков;
- Д – физиотерапии.

Для синдрома Сьегрена нехарактерно:

- +А – большая частота возникновения у мужчин;
- Б – возникновение в климактерическом периоде;
- В – недостаточность функции слюнных желез;
- Г – сухой конъюнктивит;
- Д – нитчатый кератит.

К исследованиям, указывающим на локализацию препятствия оттока слезной жидкости в слезовыводящих путях относятся все перечисленные, кроме:

- А – канальцевой пробы с красителями;
- Б – слезно-носовой пробы с красителями;
- В – рентгенографии слезопроводящих путей с контрастным веществом;
- +Г – обзорной рентгенографии орбиты.

К механизму слезоотведения имеет отношение все, кроме:

- А – капиллярного действия слезных канальцев;
- Б – присасывающей силы слезного мешка при действии мышцы Горнера;
- +В – проталкивания слезы в слезный мешок с помощью мышцы Риолана;
- Г – отрицательного давления в полости носа;
- Д – специфического сокращения пальпебральной части круговой мышцы век.

Какие исследования помогают выявить патологию слезоотводящих путей?

- А – проба Веста-1;
- Б – проба Веста-2
- В – проба Ширмера;
- Г – верно все перечисленное;
- +Д – верно А и Б.

Канальцевая проба считается положительной, если глазное яблоко обесцвечивается через:

- +А – 1-2 минуты;
- Б – 3-4 минуты;
- В – 5-7 минут;
- Г – 7-10 минут;
- Д – не обесцвечивается.

Лучшим хирургическим методом лечения хронического дакриоцистита является:

- +А – эндоназальная дакриоцистириностомия;
- Б – наружная дакриоцистириностомия;
- В – экстирпация слезного мешка;
- Г – лакориностомия;

Д – каналикулориностомия.

Носовая проба считается положительной, если красящее вещество появляется в носу через:

- А – 1-2 минуты;
- +Б – 3-5 минут;
- В – 6-7 минут;
- Г – 8-10 минут;
- Д – не появляется.

Общим проявлением синдрома сухого глаза может являться:

- А – хронический полиартрит;
- Б – анацидный гастрит;
- В – гипохромная анемия;
- Г – фаринготрахеобронхит;
- Д – все перечисленное.

Основной причиной дакриоцистита у взрослых является:

- А – стриктура слезных канальцев;
- Б – атония круговой мышцы век;
- В – рубцовые изменения кожи век в области слезного мешка;
- +Г – непроходимость слезно-носового канала;
- Д – наличие мембраны в устье носослезного протока.

Основным симптомом дакриоцистита является:

- А – слезотечение в помещении;
- +Б – выделение из слезных точек слизисто-гнойного отделяемого при надавливании на область слезного мешка;
- В – гиперемия кожи, болезненность, отек тканей в области слезного мешка;
- Г – головные боли, повышение температуры, недомогание;
- Д – выворот нижних слезных точек.

Острый двусторонний дакриоаденит может являться следствием всего перечисленного, кроме:

- А – паротита;
- Б – пневмонии;
- +В – сальмонеллеза;
- Г – синдрома Микулича;
- Д – тифа.

Показанием к экстренному хирургическому лечению дакриоцистита является:

- А – наличие свища в области слезного мешка;
- Б – гидропс;
- В – флюктуация;
- +Г – гнойная язва роговицы;
- Д – все перечисленное.

При гиперсекреции слезной железы возможно проведение:

- А – электрокоагуляции железы;
- Б – инъекции спирта в железу;
- В – удаление частей железы;
- Г – субконъюнктивальной перерезки выводных протоков;
- +Д – возможно все перечисленное.

При дакриоадените наблюдаются все симптомы, кроме:

- А – припухлости, гиперемии и болезненности наружной части верхнего века;
- +Б – уменьшения продукции слезы;

В – характерной формы глазной щели;
Г – смещения и ограничения подвижности глазного яблока;
Д – увеличения регионарных лимфоузлов.

При дакриоцистите функциональные пробы выглядят следующим образом:

+А – положительная канальцевая проба, отрицательная носовая;
Б – положительная носовая проба, отрицательная канальцевая;
В – обе пробы отрицательные;
Г – обе пробы положительные;
Д – пробы поставить не удастся.

При постановке носовой пробы ватный тампон вводят:

А – в верхний носовой ход;
Б – в средний носовой ход;
+В – в нижний носовой ход;
Г – в слезноносовый канал;
Д – в конъюнктивальный мешок.

При синдроме Сьегрена (Шегрена) отделяемое носит характер:

А – слизистое отделяемое;
+Б – густое, тягучее отделяемое;
В – отделяемое цвета мясных помоев;
Г – отделяемое с множеством хлопьев;
Д – вязкое гнойное отделяемое.

Причинами слезотечения могут быть:

А – непогружение слезных точек в слезное озеро при легком вывороте края века;
Б – воспаление канальцев, слезного мешка, носослезного канала;
В – рубцовое сужение или полное заращение на любом отрезке слезоотводящего пути;
Г – верно Б и В;
+Д – верно все перечисленное.

Проведение зонда в носослезный проток противопоказано из-за:

+А – возможности повреждения стенки слезного мешка и занесения инфекции в окружающие ткани;
Б – возможности создания свища на коже;
В – возможности разрыва слезного канальца;
Г – неэффективности манипуляции;
Д – возможности повреждения оболочек глазного яблока и занесения в них инфекции;

Радикальное излечение дакриоцистита достигается:

А – назначением антибиотиков внутрь;
Б – путем зондирования;
+В – операцией дакриоцисториностомией;
Г – приемом анальгетиков;
Д – дачей мочегонных средств.

Слеза активно проводится в нос из конъюнктивального мешка благодаря:

А – капиллярности слезных точек и слезных канальцев;
Б – сокращению слезного мешка;
В – силе тяжести слезы;
Г – отрицательному давлению в слезном мешке;
+Д – всему перечисленному.

Сужение или заращение слезных канальцев чаще всего встречается:

- А – на любом участке;
- Б – в наружной трети канальца;
- +В – в устье канальца;
- Г – в средней трети канальца;
- Д – вообще не встречается.

Флегмону слезного мешка вскрывают через кожу при наличии:

- +А – абсцесса в области слезного мешка;
- Б – плотной опухоли слезного мешка;
- В – гиперемии и припухлости в этой области;
- Г – отека под глазом;
- Д – свища в указанной зоне.

ГЛАЗНИЦА

В синдром верхней глазничной щели входят все симптомы, кроме:

- А – птоза;
- +Б – миоза;
- В – мидриаз;
- Г – офтальмоплегии;
- Д – экзофтальма.

В синдром Горнера входят все симптомы, кроме:

- А – энофтальма;
- Б – сужения глазной щели;
- В – миоза;
- +Г – мидриаз;
- Д – гипотонии глазного яблока.

Возникновение острого воспалительного заболевания орбиты может быть связано с:

- А – фронтитом;
- Б – гайморитом;
- В – этмоидитом;
- Г – остеомиелитом верхней челюсти;
- +Д – всем перечисленным.

Диффузное острое воспаление орбитальной клетчатки – это:

- А – остеоperiостит;
- +Б – флегмона;
- В – абсцесс;
- Г – фурункул;
- Д – ячмень.

Для тенонита характерны все симптомы, кроме:

- А – чувства давления в глазнице;
- +Б – наличия гнойного отделяемого;
- В – болезненности при движениях глаза;
- Г – экзофтальма;
- Д – ограничения подвижности глаза.

Доброкачественной опухолью глазницы является:

- А – хлорома;
- Б – саркома
- +В – холестеатома;
- Г – невробластома;
- Д – симпатобластома.

К воспалительным заболеваниям орбиты относятся:

- А – остеоperiостит;
- Б – флегмона;
- В – тенонит;
- +Г – все верно;
- Д – верно А и Б.

К доброкачественным вторичным опухолям орбиты относятся:

- А – фибромы;
- Б – остеомы;
- В – липомы;
- Г – хондромы;
- +Д – все перечисленное.

К первичным доброкачественным опухолям орбиты относятся:

- А – ангиомы;
- Б – менингиомы;
- В – глиомы;
- Г – смешанные опухоли слезной железы;
- +Д – все перечисленное.

К причинам, вызывающим периоститы орбиты, относятся:

- А – заболевания придаточных пазух носа;
- Б – дакриоцистит;
- В – фурункулы кожи лица;
- Г – кариес зубов;
- +Д – все перечисленное верно.

Клинические признаки остеопериостита орбиты:

- А – экзофтальм;
- Б – ограничение подвижности глазного яблока;
- В – болезненность при надавливании;
- Г – отек век;
- +Д – все перечисленное верно.

Ложный экзофтальм наблюдается при:

- А – травме глазницы;
- +Б – односторонней высокой миопии;
- В – параличе прямых мышц;
- Г – одностороннем гидрофтальме;
- Д – всем перечисленным.

Наиболее характерные признаки злокачественной опухоли орбиты:

- А – ограничение подвижности глазного яблока;
- Б – относительно быстрое снижение зрительной функции;
- В – отек век и окружающих глаз тканей;
- Г – экзофтальм;
- +Д – все перечисленное.

Наиболее частой причиной возникновения флегмоны орбиты у взрослых является:

- А – острые респираторные заболевания;
- Б – травматические повреждения костных стенок орбиты;
- +В – воспалительный процесс в параназальных синусах;
- Г – неудачно проведенные операции на околоносовых пазухах;
- Д – хронические инфекции.

Неотложная помощь при флегмоне орбиты:

- +А – вскрытие и дренирование орбиты;
- Б – холод;
- В – токи ультравысокой частоты;
- Г – все перечисленное.

Основными методами лечения флегмоны орбиты являются:

- А – широкое вскрытие глазницы уже в стадии серозного отека;
- Б – назначение витаминных капель;
- В – введение больших доз антибиотиков;
- Г – только Б и В;
- +Д – только А и В.

При флегмоне орбиты наблюдается:

А – отек и гиперемия век;
Б – хемоз конъюнктивы;
В – офтальмоплегия;
+Г – все перечисленное;
Д – только А и Б.

Причинами одностороннего экзофтальма являются:

А – ретробульбарная гематома;
Б – опухоли орбиты;
В – флегмона орбиты;
Г – псевдотумор;
+Д – все перечисленное.

Пульсирующий экзофтальм характерен для:

А – вторичной опухоли орбиты;
Б – метастатической опухоли орбиты;
В – пиоцеле;
+Г – сосудистых нарушений в орбите;
Д – мукоцеле.

Синдром верхней глазничной щели включает все симптомы, кроме:

А – экзофтальма;
Б – птоза;
+В – миоза;
Г – мидриаза;
Д – офтальмоплегии.

Флегмона орбиты может быть вызвана:

А – распространением инфекции из прилежающих анатомических структур;
Б – распространением инфекции метастатическим путем из отдельного очага;
В – проникающим ранением орбиты с наличием инородного тела;
+Г – всем перечисленным;
Д – ничем из перечисленного.

РОГОВИЦА

Больной жалуется на снижение остроты зрения правого глаза, покраснение, боль в глазу, невозможность смотреть на яркий свет. Объективно: ОД – светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Перикорнеальная инъекция глазного яблока, в роговице инфильтрат 2х3 мм желтого цвета, поверхность над ним эрозирована, передняя камера средней глубины, радужка структурна, фотореакция живая, среды прозрачны, глазное дно без изменений. Ваш предварительный диагноз:

- А – бельмо роговицы;
- Б – острый приступ глаукомы;
- В – конъюнктивит;
- Г – иридоциклит;
- +Д – кератит.

В лечении поверхностных форм герпетического кератита наиболее эффективно применение:

- +А – интерферонов и интерферогенов;
- Б – кортикостероидов;
- В – антибиотиков;
- Г – правильно А и В;
- Д – всех перечисленных препаратов.

В понятие роговичного синдрома не входит:

- А – слезотечение;
- +Б – инфильтрат роговицы;
- В – перикорнеальная инъекция;
- Г – чувство инородного тела под веком;
- Д – блефароспазм.

Для выявления дефекта эпителия роговой оболочки необходимо:

- А – провести исследование фокальным освещением;
- Б – произвести тщательную биомикроскопию;
- В – выполнить диафаноскопию роговицы;
- +Г – окрасить роговицу флюоресцеином;
- Д – внимательно офтальмоскопировать глаз.

Для кератитов не характерно:

- +А – повышенное внутриглазное давление;
- Б – снижение тактильной чувствительности роговицы;
- В – наличие инфильтратов роговицы;
- Г – васкуляризация роговицы;
- Д – перикорнеальная или смешанная инъекция.

Для кератоконуса характерно:

- А – гиперметропия;
- Б – правильный астигматизм;
- +В – неправильный астигматизм;
- Г – все перечисленное;
- Д – ничего из перечисленного.

Для лечения внутриглазного герпеса используются все перечисленные средства, за исключением:

- А – химиотерапевтических средств;
- Б – неспецифических противовирусных средств;
- +В – антибиотиков;
- Г – иммунокорригирующих средств;
- Д – верно все перечисленное.

Для паренхиматозного сифилитического кератита нехарактерно:

- А – молодой возраст больных;
- Б – восстановление прозрачности роговицы;
- В – положительные специфические серологические реакции;
- +Г – инфильтрация в любом участке роговицы;
- Д – цикличность процесса.

Для ползучей язвы роговицы характерными являются все симптомы, кроме:

- А – наличия прогрессивного края язвы;
- Б – наличия гипопиона;
- +В – наличия гифемы;
- Г – наличия регрессивного края язвы;
- Д – наличия иридоциклита.

Для различных форм герпетического кератита характерно:

- А – нейротрофический характер поражения, одним из проявлений которого является снижение чувствительности роговицы глаза;
- Б – замедленная регенерация;
- В – безуспешность антибактериальной терапии;
- Г – верно А и Б;
- +Д – все перечисленное.

Для роговичного синдрома характерны:

- А – светобоязнь и слезотечение;
- Б – блефароспазм;
- В – ощущение инородного тела под веками;
- +Г – все перечисленное;
- Д – только А и Б.

Для синдрома Сьегрена нехарактерно:

- А – сухой блефароконъюнктивит;
- Б – эпителиальная дистрофия роговицы;
- +В – наличие язвы роговицы;
- Г – буллезно-нитчатый кератит;
- Д – ксероз роговицы.

Для синдрома Сьегрена характерно:

- А – поражение слюнных и слезных желез;
- Б – развитие сухого кератоконъюнктивита;
- В – светобоязнь;
- Г – болевой синдром;
- +Д – все перечисленное.

Для туберкулезного глубокого диффузного кератита нехарактерно:

- А – инфильтрация в любом участке роговицы;
- +Б – наличие инфильтрата, состоящего из отдельных мелких штрихов, точек;
- В – поражение одного глаза;
- Г – наличие ремиссий и рецидивов заболевания;
- Д – смешанная васкуляризация роговицы.

Исходом заболеваний роговой оболочки может являться:

- А – восстановление прозрачности;
- Б – облачко;
- В – пятно;
- Г – бельмо;
- +Д – все перечисленное.

Исходом кератита может быть все перечисленное, за исключением:

- А – бельма роговицы;
- +Б – дегенерации макулы сетчатки;
- В – васкуляризации роговицы;
- Г – пятна роговицы;
- Д – язвы роговицы.

К поверхностному герпетическому кератиту относится:

- +А – древовидный кератит;
- Б – метагерпетический кератит;
- В – ландшафтообразный кератит;
- Г – листовидный кератит;
- Д – верно А и В.

Кардинальным видом лечения кератоконуса является:

- +А – кератопластика;
- Б – кератопротезирование;
- В – кератотомия;
- Г – крослинкинг;
- Д – керраринг.

Кто из отечественных офтальмологов заново разработал методику пересадки роговой оболочки и занимался тканевой терапией?

- А – С.С. Головин;
- Б – А.А. Крюков;
- В – А.Я. Самойлов;
- +Г – В.П. Филатов;
- Д – С.Н. Федоров.

Наличие древовидного кератита является признаком:

- А – стафилококковой инфекции;
- Б – хламидийной инфекции;
- +В – герпесвирусной инфекции;
- Г – туберкулезной инфекции;
- Д – цитомегаловирусной инфекции.

Наличие перикорнеальной инъекции глазного яблока, шероховатой поверхности роговицы, нарушения тактильной чувствительности роговицы, инфильтратов в роговице и васкуляризации роговицы характерно для:

- А – тромбоза центральной зоны сетчатки;
- Б – дегенерации желтого пятна;
- В – катаракты;
- Г – диабетической ретинопатии;
- +Д – кератита.

Наличие черного пузырька над поверхностью роговицы носит название:

- +А – десцеметоцеле;
- Б – инфильтрата;
- В – передней синехии;
- Г – фасетки;
- Д – карбункула.

Острый кератоконус:

- А – сопровождается внезапным затуманиванием зрения;
- Б – при появлении дает картину острого кератита;
- В – после купирования острого процесса дает улучшение зрения;

Г – происходит от гидратации роговицы вследствие разрыва десцеметовой мембраны;
+Д – все перечисленное.

Отек эпителия роговицы является одним из симптомов:

А – ирита и иридоциклита;
Б – повышения внутриглазного давления;
В – эндотелиально-эпителиальной дистрофии;
Г – всего перечисленного;
+Д – только Б и В.

Ощущение инородного тела в глазу может быть связано с:

А – эрозией роговицы;
Б – ксерозом или прексерозом роговицы;
В – кератитом;
Г – конъюнктивитом;
+Д – любым из перечисленного.

Парез лицевого нерва может привести к:

А – повышению внутриглазного давления;
+Б – кератопатии и кератиту;
В – нистагму;
Г – отслойке сетчатки;
Д – всему перечисленному.

Передней синехией называется:

А – спайка между роговицей и конъюнктивой век;
Б – спайка между конъюнктивой век и глазным яблоком.
+В – спайка между радужкой и роговицей;
Г – спайка между радужкой и хрусталиком;
Д – спайка между цилиарным телом и хрусталиком.

Поверхностная васкуляризация роговицы встречается при:

+А – фликтенулезном кератите;
Б – аденовирусном конъюнктивите;
В – склерите;
Г – эписклерите;
Д – всем перечисленным.

Поверхностный краевой кератит чаще всего является следствием:

А – острого конъюнктивита;
Б – хронического конъюнктивита;
В – блефарита;
Г – мейбомита;
+Д – всего перечисленного.

Подконъюнктивальные инъекции показаны при:

А – заболеваниях век;
Б – заболеваниях слезоотводящих путей;
+В – заболеваниях роговицы;
Г – острых заболеваниях зрительного нерва;
Д – хронических заболеваниях зрительного нерва.

При наличии ползучей язвы роговицы в первую очередь нужно:

А – ввести антибиотики;
Б – сделать обезболивание;
+В – госпитализировать больного;

Г – закапать мидриатики;

Д – прижечь язву.

При начальных проявлениях сухого кератоконъюнктивита предпочтительнее всего назначать инстилляцию:

А – кортикостероидов;

Б – антибиотиков;

В – сульфаниламидов;

Г – миотиков;

+Д – препаратов искусственной слезы.

При ограниченном стойком центральном помутнении роговицы с сохранением светоощущения целесообразно:

А – проведение рассасывающей терапии;

+Б – проведение кератопластики;

В – проведение кератопротезирования;

Г – ношение окрашенной контактной линзы;

Д – татуаж роговицы.

При пересадке роговицы в качестве трансплантата обычно используют:

А – искусственную роговицу;

Б – трупную роговицу;

В – твердую мозговую оболочку;

Г – роговицу животных;

Д – ничего из перечисленного.

При синдроме Сьегрена могут быть следующие проявления со стороны переднего отрезка глазного яблока:

А – сухой хронический конъюнктивит и блефароконъюнктивит;

Б – эпителиальная дистрофия роговицы;

В – буллезно-нитчатый кератит;

Г – ксероз роговицы;

+Д – все перечисленное.

При увеличенной роговице (мегалокорнея):

А – роговица может быть прозрачной;

Б – имеется врожденное помутнение края роговицы у лимба;

В – передняя камера увеличена;

Г – часто бывает подвывих хрусталика;

+Д – все перечисленное.

При центральной язве роговицы с угрозой ее перфорации показано:

А – инстилляцией и инъекции антибактериальных лекарственных средств;

Б – инстилляцией и инъекции миотиков;

В – инстилляцией и инъекции мидриатиков;

Г – инстилляцией и инъекции кортикостероидов;

+Д – срочное оперативное лечение.

Проявлениями нейрорепаративного кератита может быть все, кроме:

А – снижения или отсутствия чувствительности роговицы;

+Б – выраженного роговичного синдрома;

В – выраженного болевого синдрома;

Г – помутнения и отека поверхностных слоев роговицы;

Д – инфильтрации и изъязвления роговицы.

Различают следующие типы васкуляризации роговицы, кроме:

А – поверхностной;

- +Б – субэпителиальной;
- В – глубокой;
- Г – смешанной;
- Д – все перечисленное верно.

Снижение остроты зрения при заболеваниях роговицы может быть связано с:

- А – помутнением роговицы;
- Б – васкуляризацией роговицы;
- В – нарушением нормальной сферичности роговицы;
- +Г – любым из перечисленного;
- Д – только А и В.

Сочетание признаков – светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, боль в глазу – характерно для:

- А – катаракты;
- +Б – кератита;
- В – отслойки сетчатки;
- Г – атрофии зрительного нерва;
- Д – тромбоза центральной вены сетчатки.

Средняя величина преломляющей силы роговицы взрослого человека равна:

- А – 23 дптр;
- Б – 30 дптр;
- +В – 43 дптр;
- Г – 50 дптр;
- Д – 53 дптр.

У больного на фоне ОРЗ появились пузырьковые высыпания на коже век правого глаза и инфильтраты на роговой оболочке в виде веточки, сопровождающиеся покраснением глазного яблока, отсутствием чувствительности роговицы над инфильтратом. О какой этиологии кератита можно думать в данном случае:

- А – туберкулезный;
- +В – герпетический;
- В – аденовирусный;
- Г – грибковый;
- Д – пневмококковый.

Эрозия роговицы может сопровождаться:

- А – слезотечением;
- Б – светобоязнью;
- В – блефароспазмом;
- Г – ощущением боли в глазу;
- +Д – всем перечисленным.

Этиологическим фактором, вызывающим фликтенулезный кератит, является:

- А – стафилококковая инфекция;
- +Б – туберкулезная инфекция;
- В – сифилис;
- Г – гонорейная инфекция;
- Д – вирусная инфекция.

СОСУДИСТАЯ ОБОЛОЧКА

Бомбированная радужка приводит к развитию:

- А – кератита;
- Б – катаракты;
- +В – вторичной глаукомы;
- Г – отслойки сетчатки;
- Д – эндофтальмиту.

Бомбированная радужка – это:

- А – радужка с наличием отверстий;
- Б – радужка, лишенная пигментной каймы зрачка;
- В – радужка с деформированным зрачком;
- Г – радужка, оторванная у корня;
- +Д – выпячивание радужки кпереди внутриглазной жидкостью.

В изменении цвета радужки при иридоциклите не имеет значения:

- +А – перераспределение пигмента;
- Б – отек;
- В – резкое кровенаполнение сосудов;
- Г – наличие экссудата с наличием элементов крови;
- Д – отложение гемосидерина.

В качестве первой помощи при иридоциклите необходимо применять:

- А – анальгетики;
- +Б – мидриатики;
- В – антибиотики;
- Г – сульфаниламиды;
- Д – кортикостероиды.

Вирусные увеиты вызывают тяжелое поражение всего перечисленного, за исключением:

- А – роговицы;
- Б – сетчатки;
- В – зрительного нерва;
- +Г – мышц-глазодвигателей;
- Д – без исключения.

Возникновение осложненной катаракты вследствие переднего увеита связано с:

- +А – нарушением питания хрусталика;
- Б – усилением оттока внутриглазной жидкости;
- В – повреждающим действием задних синехий на эпителий хрусталика;
- Г – постоянным напряжением цилиарной мышцы;
- Д – усиленной иннервацией сфинктера зрачка.

Воспаление заднего отдела сосудистой оболочки называется:

- А – панuveит;
- Б – периферический увеит;
- В – передний увеит;
- Г – парспланит;
- +Д – хориоидит.

Воспаление крайней периферии собственно сосудистой оболочки носит название:

- А – панuveит;
- +Б – периферический увеит;
- В – передний увеит;
- Г – парспланит;
- Д – хориоидит.

Гетерохромия радужки наблюдается при:

- А – синдроме Бехчета;
- +Б – синдроме Фукса;
- В – синдроме Бехтерева;
- Г – синдроме Сьегрена;
- Д – синдроме Крузона.

Гной на дне передней камеры носит название:

- +А – гипопион;
- Б – гифема;
- В – гемофтальм;
- Г – транссудат;
- Д – шварта.

Данный диагноз не говорит о воспалении сосудистой оболочки глаза:

- А – увеит;
- Б – хориоидит;
- +В – хориодермия;
- Г – иридоциклит;
- Д – все перечисленные являются воспалением сосудистого тракта;

Для клинической картины болезни Стилла нехарактерно:

- А – наличие ревматоидного артрита;
- Б – лентовидная дистрофия роговицы;
- В – увеит;
- Г – наличие катаракты;
- +Д – раннее повышение внутриглазного давления.

Для клинической картины иридоциклита нехарактерно:

- А – перикорнеальная или смешанная инъекция глазного яблока;
- Б – наличие преципитатов на задней поверхности роговицы;
- В – стушеванность рисунка и изменение цвета радужки;
- +Г – расширение зрачка;
- Д – сужение зрачка.

Для хориоретинита характерны все симптомы, кроме:

- +А – болей ноющего характера, усиливающихся по ночам;
- Б – наличия очагов воспаления на глазном дне;
- В – наличия абсолютных и ли относительных скотом;
- Г – наличия фотопсий;
- Д – характерны все перечисленные симптомы.

Для центрального серозного хориоретинита нехарактерно:

- А – наличие темного пятна перед глазом;
- Б – фотопсии и метаморфопсии;
- В – транзиторная гиперметропия;
- +Г – сужение поля зрения в верхне-назальном квадранте;
- Д – все перечисленное верно.

Другое название иридоциклита:

- А – панувеит;
- Б – периферический увеит;
- +В – передний увеит;
- Г – парспланит;
- Д – хориоидит.

Изменение формы зрачка при иридоциклите связано с наличием:

- А – преципитатов;
- +Б – задних синехий;
- В – передних синехий;
- Г – гониосинехий;
- Д – шварт.

Искажения рассматриваемых предметов при хориоретините называются:

- А – цианопсии;
- Б – фотопсии;
- В – эритропсии;
- +Г – метаморфопсии;
- Д – ксантопсии.

Кардинальными симптомами воспаления радужки являются все, кроме:

- +А – гиперемии век;
- Б – стушеванности рисунка радужки;
- В – сужения зрачка;
- Г – изменения цвета радужки;
- Д – все без исключения.

Клиническая картина ирита характеризуется всеми симптомами, кроме:

- А – стушеванности рисунка радужки;
- Б – перикорнеальной инъекции;
- В – сужения зрачка;
- Г – изменения цвета радужной оболочки;
- +Д – все перечисленное верно.

Кровь на дне передней камеры носит название:

- А – гипопион;
- +Б – гифема;
- В – гемофтальм;
- Г – транссудат;
- Д – шварта.

Мидриатики назначаются при:

- А – закрытоугольной глаукоме;
- Б – аллергическом конъюнктивите;
- В – травматическом мидриаза;
- +Г – ирите;
- Д – невралгии.

На задней поверхности роговицы преципитаты имеют форму:

- А – круга;
- Б – кольца;
- В – вытянутого овала;
- Г – неправильную форму;
- +Д – треугольника.

Наиболее информативной в диагностике туберкулезного увеита является:

- +А – туберкулиновая проба;
- Б – офтальмоскопия;
- В – гониоскопия;
- Г – биомикроскопия;
- Д – рентгенография.

Наличие «вспышек» перед глазом в темноте называется:

- А – цианопсия;
- +Б – фотопсия;
- В – эритропсия;
- Г – метаморфопсия;
- Д – ксантопсия.

Наличие центрального очага воспаления в хориоиде наиболее характерно для:

- А – ревматоидного увеита;
- Б – ревматического увеита;
- +В – токсоплазмозного увеита;
- Г – туберкулезного увеита;
- Д – вирусного увеита.

Оседание и фиксации в сосудистом тракте различных бактериальных и токсических агентов объясняется, прежде всего:

- А – большим количеством капилляров;
- Б – большим количеством анастомозов;
- В – наличием финстерирированных стенок капилляров;
- +Г – снижением скорости кровотока;
- Д – активными обменными процессами.

Отложения клеточных элементов, склеенных фибрином, на задней поверхности роговицы называется:

- А – задние синехии;
- Б – передние синехии;
- +В – преципитаты;
- Г – гифема;
- Д – шварты.

Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:

- А – конъюнктивите;
- Б – повышенном внутриглазном давлении;
- +В – воспалении сосудистого тракта;
- Г – любом из перечисленных;
- Д – ни об одном из перечисленных.

По характеру воспаления не бывает увеитов:

- А – серозных;
- Б – геморрагических;
- В – гнойных;
- Г – фибринозно-пластических;
- +Д – встречаются все без исключения.

Преципитаты могут откладываться на всех перечисленных структурах, кроме:

- +А – на всех перечисленных структурах без исключения;
- Б – задней поверхности роговицы;
- В – передней поверхности хрусталика;
- Г – задней поверхности хрусталика;
- Д – передней мембране стекловидного тела.

Преципитаты на задней поверхности роговицы формируются из:

- А – эндотелиальных клеток роговицы;
- Б – ткани поверхностного листка радужки;
- В – слущенного эпителия хрусталика;
- +Г – клеточных элементов, склеенных фибрином;
- Д – пигментных клеток.

При заболевании увеального тракта возможно поражение всех перечисленных образований глаза, кроме:

- А – сетчатки;
- Б – зрительного нерва;
- +В – костей орбиты;
- Г – хрусталика;
- Д – стекловидного тела.

При иридоциклите не наблюдается:

- А – ломящие боли в глазу;
- +Б – чувство инородного тела под веком;
- В – светобоязнь;
- Г – слезотечение;
- Д – блефароспазм.

При наличии бомбированной радужки и вторичной глаукомы целесообразно выполнение:

- А – пересадки роговицы;
- Б – экстракапсулярной экстракции катаракты;
- +В – базальной иридэктомии;
- Г – фильтрующей аниглаукоматозной операции;
- Д – витрэктомии.

При синдроме Бехчета наблюдается все, кроме:

- +А – поражения глазодвигательных мышц;
- Б – поражения слизистых оболочек;
- В – рецидивирующего иридоциклита с гипопионом;
- Г – афтозного стоматита;
- Д – поражения половых органов.

Спайки между радужной оболочкой и передней капсулой хрусталика называются:

- +А – задние синехии;
- Б – передние синехии;
- В – преципитаты;
- Г – гифема;
- Д – шварты.

Стушеванность рисунка радужки при иридоциклите наблюдается вследствие:

- А – увеличенного кровенаполнения сосудов;
- Б – гипертрофии поверхностного листка радужки;
- В – атрофии стромы;
- +Г – отека;
- Д – повышения тонуса сфинктера радужки.

Сужение зрачка при иридоциклите обусловлено всеми факторами, кроме:

- А – отека радужки;
- Б – усиления кровенаполнения сосудов;
- +В – снижения тонуса цилиарной мышцы;
- Г – повышения тонуса сфинктера зрачка;
- Д – всем без исключения.

Типичная колобома хориоидеи локализуется:

- А – в верхнем отделе глазного дна;
- +Б – в нижнем отделе глазного дна;
- В – в наружном отделе глазного дна;
- Г – во внутреннем отделе глазного дна;
- Д – в любом из отделов одинаково часто.

Усиление болей, особенно в ночное время, при иридоциклите связано с вовлечением в воспалительный процесс:

- +А – цилиарного тела;
- Б – роговицы;
- В – тройничного нерва;
- Г – склеры;
- Д – радужной оболочки.

Эссенциальная мезодермальная прогрессирующая дистрофия радужки характеризуется всем, кроме:

- А – эктопии зрачка;
- Б – выворота пигментного листка в зрачковой зоне;
- В – атрофии радужки;
- Г – формирования сращений в углу передней камеры;
- +Д – развития катаракты.

СЕТЧАТКА

Больные с отслойкой сетчатки обычно жалуются на:

- А – снижение остроты зрения;
- Б – выпадение поля зрения;
- В – ноющие боли в глазу;
- Г – характерны все перечисленные жалобы;
- +Д – верно А и Б.

В основе регматогенной отслойки сетчатки лежит:

- +А – разрыв сетчатки;
- Б – травма глаза;
- В – опухоль сетчатки;
- Г – разжижение стекловидного тела;
- Д – хориоидит.

Для временного пломбирования склеры возможно применение:

- А – циркляжа;
- +Б – баллонирования;
- В – радиального вдавления;
- Г – введения газа в полость стекловидного тела;
- Д – рифления склеры.

Для диагностики отслойки сетчатки можно применить все методы, кроме:

- А – офтальмоскопии;
- Б – ультразвукового исследования;
- В – осмотра линзой Гольдмана;
- +Г – экзофтальмометрии;
- Д – биомикроскопии с панфундус-линзой.

Для клинической картины отслойки сетчатки нехарактерно:

- А – наличие серой вуалевидной пленки на фоне красного рефлекса;
- Б – изменение цвета и формы сосудов;
- +В – повышение внутриглазного давления;
- Г – наличие сужения поля зрения;
- Д – наличие разрыва сетчатки.

Для пигментной дистрофии сетчатки характерны все симптомы, кроме:

- А – наличия гемералопии;
- +Б – начала пигментации в центральных отделах сетчатки;
- В – явлений атрофии диска зрительного нерва;
- Г – наличия «костных телец» на периферии сетчатки;
- Д – концентрического сужения поля зрения.

Для хориоретинита характерны все симптомы, кроме:

- +А – более ноющего характера, усиливающихся по ночам;
- Б – наличия очагов воспаления на глазном дне;
- В – наличия абсолютных и ли относительных скотом;
- Г – наличия фотопсий;
- Д – характерны все перечисленные симптомы.

Для центрального серозного хориоретинита нехарактерно:

- А – наличие темного пятна перед глазом;
- Б – фотопсии и метаморфопсии;
- В – транзиторная гиперметропия;
- +Г – сужение поля зрения в верхне-назальном квадранте;
- Д – все перечисленное верно.

Искажения рассматриваемых предметов при хориоретините называются:

- А – цианопсии;
- Б – фотопсии;
- В – эритропсии;
- +Г – метаморфопсии;
- Д – ксантопсии.

К возникновению отслойки сетчатки может приводить:

- А – травмы глаз;
- Б – наличие витреоретинальных спаяк;
- В – близорукость высокой степени;
- Г – сморщивание стекловидного тела;
- +Д – все перечисленное верно.

К отслойке сетчатки могут привести следующие патологические состояния стекловидного тела:

- А – задняя отслойка стекловидного тела;
- Б – разжижение стекловидного тела;
- В – шварты стекловидного тела, спаянные с сетчаткой;
- +Г – все перечисленное;
- Д – только А и В.

К факторам, способствующим развитию ангиопатии сетчатки относятся:

- +А – гипергликемия;
- Б – гиперметропия;
- В – конъюнктивит;
- Г – правильно А и Б;
- Д – правильно А и В.

К факторам, способствующим развитию диабетической ангиоретинопатии, относятся:

- +А – гипергликемия;
- Б – гипоглобулинемия;
- В – миопия;
- Г – правильно А и Б;
- Д – правильно А и В.

Лечение отслойки сетчатки возможно проводить всеми методами, кроме:

- А – криокоагуляции;
- Б – лазеркоагуляции;
- В – вдавления склеры;
- Г – интравитреального вмешательства;
- +Д – всеми без исключения.

Наиболее часто разрыв сетчатки локализуется в:

- А – макулярной области;
- Б – верхневнутреннем квадранте;
- +В – верхненаружном квадранте;
- Г – нижненаружном квадранте;
- Д – нижневнутреннем квадранте.

Наличие «вспышек» перед глазом в темноте называется:

- А – цианопсия;
- +Б – фотопсия;
- В – эритропсия;
- Г – метаморфопсия;
- Д – ксантопсия.

Непроходимость центральной вены сетчатки характеризуется всеми симптомами, кроме:

- +А – побледнения диска зрительного нерва;
- Б – наличия темных, извилистых, расширенных вен сетчатки;
- В – отека и ступенчатости контуров диска зрительного нерва;
- Г – многочисленных кровоизлияний, напоминающих очаги пламени;
- Д – наличия штрихообразных кровоизлияний на периферии глазного дна.

Основной причиной возникновения первичной отслойки сетчатки является:

- А – дистрофия сетчатки;
- Б – проникновение под сетчатку жидкости;
- +В – разрыв сетчатки;
- Г – отек сетчатки;
- Д – кровоизлияние под сетчатку.

Основным способом лечения отслойки сетчатки является:

- А – инстилляцией глазных капель;
- Б – лазерное лечение;
- В – назначение диуретиков;
- +Г – хирургическое лечение;
- Д – проведение физиотерапии.

Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:

- А – спазмом;
- Б – эмболией;
- В – тромбозом;
- +Г – всем перечисленным;
- Д – только Б и В.

Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке характеризуются:

- А – резким снижением зрения;
- Б – сужением сосудов сетчатки;
- В – отеком сетчатки;
- +Г – всем перечисленным;
- Д – только А и В.

Острые нарушения венозного кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:

- А – спазмом;
- Б – эмболией;
- В – тромбозом;
- +Г – всем перечисленным;
- Д – только А и Б.

Первая помощь при острой непроходимости центральной артерии сетчатки заключается в:

- А – инстилляции 1% раствора пилокарпина каждые 15 минут;
- Б – немедленном введении антикоагулянтов;
- В – инстилляции 1% раствора атропина;
- +Г – дачи нитроглицерина под язык;
- Д – введении анальгетиков.

При острой непроходимости центральной артерии сетчатки наблюдаются все симптомы, кроме:

- А – отека межуточного вещества сетчатки;
- +Б – кровоизлияний в стекловидное тело;
- В – симптома «вишневой косточки»;
- Г – прерывистых столбиков крови в артериолах;

Д – резкой потери зрения.

При тромбозе вен сетчатки геморрагии локализуются:

- А – преретинально;
- Б – интраретинально;
- В – субретинально;
- +Г – во всех перечисленных слоях сетчатки;
- Д – только А и В.

При тромбозе вен сетчатки наблюдаются:

- А – застойные явления в венозной системе;
- Б – повышенная извитость и расширение вен;
- В – темная окраска вен;
- Г – кровоизлияния;
- +Д – все перечисленное.

Причинами центральной серозной хориопатии может быть все, кроме:

- А – эмоционального стресса;
- Б – простудных заболеваний;
- В – гипертонической болезни;
- Г – вирусных инфекций;
- +Д – все причины без исключения.

Ретинобластома – это:

- +А – злокачественная опухоль сетчатки, проявляющаяся чаще к 2-3 годам;
- Б – лейомиома глаза;
- В – рабдомиома;
- Г – меланома глаза;
- Д – злокачественная базалиома.

Сетчатка плотно фиксируется к подлежащей ткани в:

- А – зоне зрительного нерва
- +Б – правильно А и В;
- В – у зубчатой линии;
- Г – в зоне желтого пятна;
- Д – верно все перечисленное.

Тромбоз вен сетчатки характеризуется:

- А – снижением зрения;
- Б – отеком сетчатки;
- В – кровоизлияниями;
- +Г – всем перечисленным;
- Д – ничем из перечисленного.

У пациентки 55 лет, страдающей сахарным диабетом в течение 15 лет, после обширного кровоизлияния в стекловидное тело в области зрительного нерва образовалась шварт, прорастающая в стекловидное тело. В шварте отмечается появление новообразованных сосудов. Больной следует рекомендовать:

- А – проведение сосудорасширяющей терапии;
- Б – проведение рассасывающей терапии;
- +В – витрэктомию;
- Г – проведение сосудоукрепляющей терапии;
- Д – лазертерапию.

Феномен вишневого пятна наблюдается при:

- А – неврите зрительного нерва;
- Б – дистрофиях сетчатки;

В – тромбозе вен сетчатки;
+Г – острой артериальной непроходимости сетчатки;
Д – всем перечисленном.

ЗРИТЕЛЬНЫЙ НЕРВ

Больные с застойным диском зрительного нерва чаще предъявляют жалобы на:

- А – снижение остроты зрения;
- +Б – головную боль;
- В – сужение поля зрения;
- Г – периодическую потерю зрения;
- Д – нарушение цветоощущения.

В случаях застойных дисков зрительных нервов ведущая роль принадлежит:

- А – офтальмологу;
- Б – хирургу;
- В – невропатологу;
- +Г – нейрохирургу;
- Д – терапевту.

Для застойного диска зрительного нерва нехарактерно:

- А – увеличение и грибовидное выпячивание диска в стекловидное тело;
- Б – нечеткость границ диска;
- +В – снижение зрительных функций;
- Г – наличие перипапиллярного отека;
- Д – кровоизлияния в сетчатку в перипапиллярной зоне.

Для офтальмоскопической картины неврита зрительного нерва характерно все, кроме:

- А – гиперемии диска;
- Б – наличия экссудата в воронке диска;
- В – ступенчатости границ диска;
- Г – расширения артерий и извитости вен;
- +Д – наличия фиброзных тяжей от диска к периферии сетчатки.

Для ретробульбарного неврита нехарактерно:

- +А – гиперемия диска;
- Б – быстрое снижение остроты зрения;
- В – наличие центральных и парацентральных скотом;
- Г – боли в глазнице при движении глаза;
- Д – расстройство цветоощущения.

Застойные диски зрительных нервов характеризуются:

- А – отеком ткани диска, ступенчатостью его границ;
- Б – выстоянием диска;
- В – расширением вен сетчатки;
- Г – кровоизлияниями;
- +Д – всем перечисленным.

Застойный диск зрительного нерва является признаком:

- А – воспаления зрительного нерва;
- +Б – повышения внутричерепного давления;
- В – ретробульбарной опухоли;
- Г – повышения внутриглазного давления;
- Д – опухоли диска зрительного нерва.

Кровоизлияния при неврите зрительного нерва локализуются:

- А – по всему глазному дну;
- Б – в макулярной области;
- +В – на диске или около него;
- Г – на периферии глазного дна;
- Д – все перечисленное верно.

Лечение ретробульбарного неврита в острый период заболевания включает:

- А – сосудистую терапию;
- +Б – противовоспалительную терапию;
- В – хирургические мероприятия;
- Г – лазеротерапию;
- Д – все перечисленное.

Наиболее часто ретробульбарный неврит встречается при:

- +А – рассеянном склерозе;
- Б – базальном леptoменингите;
- В – оптикоэнцефаломиелите;
- Г – общих интоксикациях;
- Д – болезнях придаточных пазух носа.

Не бывает атрофии зрительных нервов:

- А – первичной;
- Б – вторичной;
- В – наследственной;
- +Г – рефрактогенной;
- Д – простой.

Неврит зрительного нерва характеризуется всеми нарушениями зрительных функций, кроме:

- А – снижения зрения;
- Б – сужения поля зрения;
- В – центральных скотом;
- Г – нарушения цветоощущения;
- +Д – гемералопии.

Невриты зрительных нервов характеризуются:

- А – резким снижением зрения;
- Б – гиперемией диска зрительного нерва;
- В – отеком диска зрительного нерва;
- +Г – всем перечисленным;
- Д – только А и В.

Нехарактерно для офтальмоскопической картины при неврите зрительного нерва:

- +А – экскавация;
- Б – стушеванность границ;
- В – расширение артерий и извитость вен;
- Г – заполнение сосудистой воронки экссудатом;
- Д – гиперемия диска.

Острые нарушения артериального кровообращения в зрительном нерве могут быть вызваны:

- А – спазмом;
- Б – эмболией;
- В – тромбозом;
- +Г – всем перечисленным;
- Д – только А и В.

Передняя ишемическая оптическая нейропатия связана с нарушением кровообращения в:

- А – заднем участке зрительного нерва;
- Б – внутренней сонной артерии;
- +В – задних коротких цилиарных артериях;

Г – передних ресничных артериях;
Д – центральной артерии сетчатки.

При невритах зрительного нерва зрение:

А – не изменяется;
Б – снижается незначительно и медленно;
В – снижается незначительно и быстро;
+Г – снижается значительно и быстро;
Д – любой из перечисленных вариантов.

При неврите зрительного нерва цвет диска:

А – не меняется;
+Б – гиперемирован;
В – бледный;
Г – восковидный;
Д – серый.

Причиной развития застойных дисков зрительных нервов может быть:

А – опухоли и опухолеподобные заболевания мозга;
Б – кисты мозга;
В – воспалительные процессы;
Г – травма мозга;
+Д – все перечисленное.

Причиной развития невритов зрительных нервов являются:

А – вирусы;
Б – микробная флора;
В – токсины;
Г – аллергия;
+Д – различные сочетания всех перечисленных факторов.

ОБЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ГЛАЗ

Абсолютными показаниями к прерыванию беременности являются все, кроме:

- +А – вызванная поздним токсикозом отслойка сетчатки;
- Б – резкое сужение артерий, фигура «звезды» в макулярной области;
- В – гипертоническая нейроретинопатия;
- Г – артериоспастическая ретинопатия с кровоизлияниями в сетчатку и ватообразными экссудатами;
- Д – тромбоз центральной вены сетчатки.

Болезненность при пальпации супраорбитальной вырезки может говорить о:

- А – парезе лицевого нерва;
- Б – ячмене верхнего века;
- +В – неврите первой ветви тройничного нерва;
- Г – дакриoadените;
- Д – приобретенном птозе.

В основе диабетических ангиопатий лежит:

- +А – нарушение обмена веществ;
- Б – инсулинотерапия;
- В – повышенное внутриглазное давление;
- Г – все перечисленное;
- Д – ничего из перечисленного.

В течении диабетической ретинопатии различают:

- А – две стадии;
- Б – три стадии;
- +В – четыре стадии;
- Г – пять стадий;
- Д – шесть стадий.

Для гипертонического ангиосклероза нехарактерно:

- А – симптом Гвиста;
- Б – симптом серебряной проволоки;
- +В – плазморрагии;
- Г – симптом медной проволоки;
- Д – симптом Салюса-Гунна.

Для гипертонической ангиопатии сетчатки характерны все симптомы, кроме:

- А – расширения и извитости вен;
- +Б – симптома серебряной проволоки;
- В – симптома Гвиста;
- Г – симптома Салюса-Гунна;
- Д – легкой гиперемии диска зрительного нерва.

Для гипертонической нейроретинопатии наиболее характерно:

- А – симптом Салюса-Гунна;
- +Б – отек и кровоизлияния в диске зрительного нерва;
- В – симптом Гвиста;
- Г – симптом серебряной проволоки;
- Д – снижение зрения.

Для изменений глазного дна при анемии нехарактерно:

- А – бледный фон сетчатки;
- Б – кровоизлияния вокруг диска зрительного нерва и в центре сетчатки;
- В – бледные, почти одинакового цвета артерии и вены;
- Г – мелкие белые очаги;

+Д – обширные преретинальные кровоизлияния.

Для непролиферативной диабетической ретинопатии нехарактерно:

- А – расширение вен сетчатки;
- +Б – расширение артерий сетчатки;
- В – наличие микроаневризм;
- Г – единичные интравитреальные микрогеморрагии;
- Д – небольшое количество липидных фокусов.

Для почечной ретинопатии характерны все симптомы, кроме:

- А – наличия застойного диска зрительного нерва;
- Б – сужения и неравномерности калибра артерий сетчатки;
- +В – кровоизлияний в стекловидное тело;
- Г – наличия белых разнокалиберных очагов;
- Д – фигуры звезды в макулярной области.

Для ревматического поражения сетчатки наиболее характерны:

- +А – ретиноваскулиты;
- Б – отслойка сетчатки;
- В – центральный ретинит;
- Г – экссудативный ретинит;
- Д – метастатический ретинит.

Для тромбоза кавернозного синуса характерно:

- А – чаще двусторонний экзофтальм;
- Б – полная офтальмоплегия;
- В – тромбоз орбитальных вен;
- Г – застойный диск зрительного нерва;
- +Д – все перечисленное.

Для хронической лимфоидной лейкемии характерно:

- А – белесый оттенок сетчатки с полиморфными геморрагиями;
- +Б – желтоватый оттенок глазного дна с мелкими круглыми кровоизлияниями;
- В – выраженный отек сетчатки с серым фоном и полосчатыми геморрагиями;
- Г – артериальный и венозный пульс с преретинальными кровоизлияниями;
- Д – ничего из перечисленного.

Для хронической миелоидной лейкемии характерно:

- А – обширные полиморфные кровоизлияния по всему глазному дну.
- Б – выраженный отек сетчатки с серым фоном и полосчатыми геморрагиями;
- +В – расширение сосудов с наличием круглых проминирующих желтовато-белых очажков с кровоизлияниями вокруг;
- Г – сужение сосудов с выраженным отеком сетчатки;
- Д – артериальный и венозный пульс с преретинальными кровоизлияниями.

К факторам, способствующим развитию диабетической ретинопатии, относятся:

- +А – гипергликемия;
- Б – гипоглобулинемия;
- В – миопия;
- Г – правильно А и Б;
- Д – правильно А и В.

Картина изменений сетчатки при диабете включает в себя:

- А – поражение венозно-капиллярной системы;
- Б – возникновение агрегации эритроцитов;
- В – образование микроаневризм;
- Г – облитерацию сосудов;

+Д – все перечисленное верно.

Кератомалация развивается при:

- +А – авитаминозе А;
- Б – авитаминозе В₁;
- В – авитаминозе В₂;
- Г – авитаминозе С;
- Д – авитаминозе D.

Общим проявлением синдрома сухого глаза может являться:

- А – хронический полиартрит;
- Б – анацидный гастрит;
- В – гипохромная анемия;
- Г – фаринготрахеобронхит;
- +Д – все перечисленное.

Основной причиной слепоты при диабетической ретинопатии является:

- А – наличие микроаневризм;
- Б – сосудистая пролиферация;
- В – наличие твердых экссудатов;
- +Г – кровоизлияния в сетчатку и стекловидное тело;
- Д – отслойка сетчатки.

Основные принципы в лечении простой диабетической ангиоретинопатии включают все перечисленное, за исключением:

- +А – противовоспалительной терапии;
- Б – терапии антидиабетическими препаратами;
- В – сосудорасширяющих препаратов;
- Г – витаминотерапии;
- Д – медикаментозных средств, улучшающих микроциркуляцию крови.

Основным отличием почечной от гипертонической ретинопатии является:

- А – резкое сужение артерий;
- Б – отек сетчатки;
- В – наличие симптома Салюса-Гунна;
- +Г – отсутствие ангиосклероза;
- Д – наличие фигуры звезды в области желтого пятна.

Парез лицевого нерва может привести к:

- А – повышению внутриглазного давления;
- +Б – кератопатии и кератиту;
- В – нистагму;
- Г – отслойке сетчатки;
- Д – всему перечисленному.

При гипертонической болезни возможными изменениями сетчатки являются:

- А – ангиопатия;
- Б – ангиосклероз;
- В – ретинопатия;
- Г – нейроретинопатия;
- +Д – все перечисленное верно.

При гипертонической ретинопатии встречаются все симптомы, кроме:

- А – симптома Салюса-Гунна;
- Б – очаговых помутнений и кровоизлияний;
- В – плазморрагии;
- +Г – геморрагий на диске зрительного нерва;

Д – снижения зрения.

При гипотонической ангиопатии наблюдается:

- А – расширение и извитость артерий сетчатки;
- Б – артерии и вены иногда имеют одинаковый калибр;
- В – широкий неяркий рефлекс на артериях;
- Г – нередко артериальный и венозный пульс;
- +Д – все перечисленное верно.

При кори имеет место:

- А – светобоязнь, инъекция конъюнктивы;
- Б – пятна на конъюнктиве век;
- В – блефароспазм;
- Г – мелкие инфильтраты и эрозии роговицы;
- +Д – все перечисленное верно.

При недостаточности аортального клапана обнаруживается:

- А – спазм центральной артерии сетчатки;
- Б – наличие выраженных анастомозов между артериями и венами;
- +В – пульсация центральной артерии сетчатки;**
- Г – спазм центральной вены сетчатки;
- Д – пульсация центральной вены сетчатки.

При параличе симпатического нерва (синдром Горнера) наблюдаются все симптомы, кроме:

- А – птоза;
- Б – миоза;
- +В – мидриаза;
- Г – энофтальма;
- Д – верно все перечисленное.

Проявлением болезни Сьегрена со стороны органа зрения является:

- А – склерит;
- Б – повышение внутриглазного давления;
- +В – сухой кератоконъюнктивит;
- Г – отслойка сетчатки;
- Д – все перечисленное.

Различают ____ формы симптома Салюса Гунна:

- А – 2;
- +Б – 3;
- В – 4;
- Г – 5;
- Д – 6.

Симптом Гвиста это:

- А – расширение светового рефлекса на артериях глазного дна;
- Б – расширение калибра вен по сравнению с артериями;
- В – ветвление сосудов глазного дна по типу «Бычьих рогов»;
- Г – ангиоспазм ретинальных артерий;
- +Д – штопорообразная извитость сосудов в парамакулярной области.

Симптом Салюса-Гунна иначе называется:

- А – симптомом Гвиста;
- +Б – симптомом перекреста;
- В – симптомом «серебряной проволоки»;
- Г – симптомом «медной проволоки»;

Д – симптомом «вишневой косточки».

Частое вовлечение органа зрения в болезненный процесс при общей патологии объясняется:

А – развитием глаза из эктодермы и мезодермы и участием его в системных заболеваниях;

Б – наличием иннервации от 6 пар черепномозговых нервов;

В – общим кровоснабжением с головным мозгом;

Г – интимной связью с головным мозгом;

+Д – всем перечисленным.

ХРУСТАЛИК

Абсолютным медицинским показанием к хирургическому лечению катаракт является:

- +А – зрелая катаракта;
- Б – незрелая катаракта;
- В – начальная катаракта;
- Г – невозможность выполнения больным своей обычной работы;
- Д – передняя катаракта без гипертензии.

Благодаря своей эластичности хрусталик может:

- А – изменять свою оптическую силу;
- Б – участвовать в акте аккомодации;
- В – изменять свое положение внутри глаза;
- +Г – верно А и Б;
- Д – верно все перечисленное.

В диагностике катаракты не применяется:

- А – боковое освещение;
- +Б – офтальмоскопия;
- В – биомикроскопия;
- Г – исследование в проходящем свете;
- Д – комбинированный метод.

В клиническом течении корковой катаракты различают все стадии, кроме:

- А – начинающейся катаракты;
- Б – незрелой катаракты;
- +В – почти зрелой катаракты;
- Г – зрелой катаракты;
- Д – перезрелой катаракты.

Во время исследования методом проходящего света помутнения в хрусталике на фоне красного рефлекса выглядят в виде спиц _____ цвета.

- +А – черного;
- Б – серого;
- В – белого;
- Г – голубого;
- Д – синего.

Врожденные катаракты чаще всего удаляют методом:

- А – интракапсулярным;
- +Б – аспирацией-ирригацией;
- В – факоэмульсификации;
- Г – лентектомии;
- Д – лазерной экстракции.

Вторичной катарактой называют:

- А – помутнение хрусталика, происходящее с возрастом;
- Б – слоистое помутнение хрусталика;
- В – помутнение хрусталика вследствие заболевания глаза;
- Г – помутнение хрусталика вследствие общего заболевания;
- +Д – помутнение задней капсулы хрусталика после экстракции катаракты.

Для исследования состояния хрусталика в глаз желательно предварительно инстиллировать:

- +А – мидриатики кратковременного действия;
- Б – миотики;
- В – анестетики;

Г – кортикостероидные препараты;
Д – дезинфицирующие капли.

Для начинающейся катаракты нехарактерно:

А – отсутствие жалоб;
Б – появление летающих и фиксированных мушек;
+В – цианопсия;
Г – появление «дыма» перед глазами;
Д – монокулярная полиопия.

Если при боковом освещении на помутневшем хрусталике видна тень от радужки – это:

А – начальная катаракта;
+Б – незрелая катаракта;
В – зрелая катаракта;
Г – перезрелая катаракта;
Д – помутнения в стекловидном теле.

Закапывание витаминосодержащих средств показано при:

+А – заболевании роговицы, хрусталика;
Б – заболевании стекловидного тела;
В – заболевании зрительного нерва;
Г – деструкции стекловидного тела;
Д – дакриoadените.

Из приобретенных заболеваний хрусталика наиболее часто встречаются:

А – дислокации;
Б – изменения формы;
+В – помутнения;
Г – изменения оптической силы;
Д – все перечисленное одинаково часто.

К группе осложненных катаракт относится:

А – увеальная катаракта;
Б – катаракта при глаукоме;
В – катаракта при миопии;
Г – лучевая катаракта;
+Д – все перечисленные формы.

К приобретенным заболеваниям хрусталика относятся:

+А – помутнение хрусталика (катаракта);
Б – воспаление;
В – опухоли;
Г – только А и В;
Д – все перечисленное.

К прогрессирующей катаракте можно отнести:

А – врожденную слоистую катаракту;
Б – врожденную полную катаракту;
+В – приобретенную незрелую катаракту;
Г – врожденную веретенообразную катаракту;
Д – врожденную заднюю полярную катаракту.

Как правило, лечения не требуют:

А – ядерные катаракты;
Б – корковые катаракты;
+В – полярные катаракты;
Г – тотальные катаракты;

Д –zonулярные катаракты.

Количество белков в хрусталике составляет:

- А – до 12%;
- Б – до 20%;
- В – до 25%;
- Г – до 30%;
- +Д – до 35%.

Консервативная терапия применяется при:

- +А – начинающейся катаракте;
- Б – незрелой катаракте;
- В – зрелой катаракте;
- Г – перезрелой катаракте;
- Д – вторичной катаракте.

Любое помутнение хрусталика носит название:

- А – птеригиум;
- Б – бельмо;
- +В – катаракта;
- Г – глаукома;
- Д – халькоз.

Морганиева катаракта является подстадией развития:

- А – начинающейся катаракты;
- Б – незрелой катаракты;
- В – зрелой катаракты;
- +Г – перезрелой катаракты;
- Д – вторичной катаракты.

Наиболее совершенным методом фиксации интраокулярной линзы в настоящее время является:

- А – переднекамерный;
- Б – шовный;
- В – ирис-клипс-линзы;
- Г – иридокапсулярный;
- +Д – интракапсулярный.

Наиболее частой причиной эктопии хрусталика является:

- А – деструктивные изменения вещества хрусталика;
- Б – наличие близорукости высокой степени;
- В – дистрофические изменения сосудистой оболочки;
- +Г – слабость зонулярной связки;
- Д – патология стекловидного тела.

Наиболее эффективным методом введения препаратов для профилактики прогрессирования катаракты являются:

- +А – инстилляцией;
- Б – пероральное применение;
- В – внутривенные вливания;
- Г – физиотерапевтические методы;
- Д – внутримышечные инъекции.

Наличие у больного иридофакоденеза может говорить о:

- А – начинающейся катаракты;
- Б – незрелой катаракты;
- В – вторичной катаракты;

Г – зрелой катаракты;
+Д –перезрелой катаракты.

Наличие у больного незрелой набухающей катаракты чревато опасностью:

А – перфорации глазного яблока;
+Б – возникновения приступа глаукомы;
В – вывиха хрусталика;
Г – возникновения отслойки сетчатки;
Д – появления кератита.

Наличие черных спицеобразных шипов на фоне красного рефлекса с глазного дна свидетельствует о:

+А – начинающейся катаракте;
Б – незрелой катаракте;
В – зрелой катаракте;
Г – перезрелой катаракте;
Д – афакии.

Незрелая набухающая катаракта чревата возможностью возникновения:

А – эпителиально-эндотелиальной дистрофии роговицы;
Б – увеита;
В – отслойки сетчатки;
Г – прободения склеры;
+Д – вторичной глаукомы.

Не существует катаракт:

А – передних полярных;
Б – тотальных;
+В – передних надкапсульных;
Г – зонулярных;
Д – чашеобразных.

Общим признаком всех приобретенных катаракт является:

А – локализация помутнений под задней капсулой хрусталика;
Б – помутнение всего хрусталика;
+В – прогрессирующий характер заболевания;
Г – отсутствие прогрессирования;
Д – угроза возникновения вторичной глаукомы.

Операцию интракапсулярной криоэкстракции катаракты впервые начал применять:

А – Ч. Келман;
Б – В.П. Филатов;
В – А. Эльшниц;
+Г – Т. Кравич;
Д – Г. Гельмгольд.

Операцию факэмульсификации предложил:

А – Дюк-Элдер;
Б – Федоров;
В – Филатов;
Г – Боумен;
+Д – Келмэн.

Осложненная эктопия хрусталика отличается от простой тем, что при ней:

А – мутнеет хрусталик;
Б – происходит разрыв фибрилл зонулярной связки;
+В – верно Б и Г;

Г – стекловидное тело протинирует в переднюю камеру;
Д – верно все перечисленное.

Основным методом исследования глаза при определении клинической формы катаракты является:

А – визометрия;
+Б – биомикроскопия;
В – офтальмоскопия;
Г – ультразвуковая эхоофтальмография;
Д – электрофизиологические исследования.

Основным методом лечения катаракты является:

А – консервативный метод;
+Б – оперативное лечение;
В – лечения не требуется;
Г – лазерное лечение.

Основным радикальным методом лечения катаракты является:

А – консервативная терапия;
+Б – хирургическое лечение;
В – лазерная терапия;
Г – применение биогенных стимуляторов;
Д – назначение витаминных капель.

Основным симптомом, характеризующим незрелую катаракту является:

+А – наличие полулунной тени на хрусталике при боковом освещении;
Б – мелкая передняя камера;
В – ухудшение зрения вдаль;
Г – повышение внутриглазного давления;
Д – появление «мелькающих мошек» перед глазом при взгляде на источник света.

Отсутствие в глазу хрусталика носит название:

А – амблиопия;
+Б – афакия;
В – анофтальм;
Г – факоденез;
Д – астиопия.

Первую интраокулярную линзу имплантировал:

А – С.Н. Федоров;
Б – М.М. Краснов;
+В – Г. Ридли;
Г – С. Бинкхорст;
Д – Е.Эпштейн.

Первые признаки помутнения хрусталика при корковой катаракте возникают:

А – под передней капсулой хрусталика;
Б – под задней капсулой хрусталика;
В – в ядре;
Г – в зоне отщепления;
+Д – в экваториальной зоне.

Первым имплантировал в глаз искусственный хрусталик:

А – Ибн Сина;
Б – Гиппократ;
В – С.Н. Федоров;

+Г – Гарольд Ридли;
Д – Петер Чойс.

Первым экстракцию катаракты произвел:

А – Гиппократ;
Б – Гален;
В – Ибн-Сина;
+Г – Давиэль;
Д – Грефе.

Питание хрусталика осуществляется за счет:

+А – диффузии и осмоса из водянистой влаги и стекловидного тела;
Б – передних ресничных артерий;
В – собственных сосудов хрусталика;
Г – сосудов цинновой связки;
Д – всего перечисленного.

По происхождению возможны следующие виды врожденных катаракт:

А – наследственная;
Б – внутриутробная;
В – вторичная;
+Г – правильно А и Б;
Д – все перечисленное.

Предпочитаемый вид коррекции при односторонней афакии:

А – очковая;
Б – контактная;
+В – интраокулярная;
Г – кератофакия;
Д – все верно.

При заболеваниях хрусталика не воспалительных явлений и болевых ощущений из-за:

А – отсутствия лимфатических сосудов;
Б – отсутствия кровеносных сосудов;
В – отсутствия иннервации;
+Г – верно все перечисленное;
Д – верно все, кроме А.

При зрелой катаракте острота зрения пациента, как правило, составляет:

А – 0;
+Б – светоощущение;
В – 0, 01;
Г – 0,1;
Д – 1,0.

При катаракте взрослых применяются:

А – интракапсулярная экстракция катаракты;
Б – экстракапсулярная экстракция катаракты;
В – фактоэмульсификация;
+Г – все перечисленные операции;
Д – только А и Б.

При максимальном напряжении аккомодационного аппарата оптическая сила хрусталика может увеличиваться на:

А – 1-2 Д;
Б – 5-6 Д;
В – 8-9 Д;

Г – 10-12 Д;
+Д – 14 и более Д.

При начальной катаракте больные могут предъявлять жалобы на все, кроме:

А – ни на что не жаловаться;
+Б – чувства инородного тела в глазу;
В – появления летающих и фиксированных мушек перед глазами;
Г – монокулярной полиопии;
Д – ухудшения зрения вдаль.

При односторонней афакии для исправления зрения невозможна:

+А – очковая коррекция;
Б – контактная коррекция;
В – рефракционная кератопластика;
Г – интраокулярная коррекция;
Д – правильно А и В.

При помутнении хрусталика не наблюдается:

А – уменьшения количества общих и особенно растворимых белков;
Б – ослабления активности лактатдегидрогеназы;
В – замедления скорости гликолиза;
+Г – уменьшения концентрации кальция и натрия;
Д – развития метаболического ацидоза.

Признаком афакии не является:

А – иридодегенез;
Б – углубление передней камеры;
+В – повышение внутриглазного давления;
Г – отсутствие одной или двух фигурок Пуркинье-Сансона;
Д – гиперметропия в 10-12 дптр.

Свойствами хрусталика являются:

А – прозрачность;
Б – сферичность;
В – эластичность;
Г – верно А и В;
Д – верно все перечисленное.

Слово «катаракта» в переводе с греческого означает:

А – помутнение;
Б – водоворот;
В – дождь;
+Г – водопад;
Д – зеленая вода.

Смещение хрусталика в переднюю камеру требует:

А – консервативного лечения;
+Б – хирургического лечения;
В – динамического наблюдения;
Г – вопрос решается индивидуально;
Д – правильно А и В.

У больного в проходящем свете рефлекс с глазного дна слабо-розовый. При боковом освещении хрусталик приобретает отчетливо серый оттенок. Острота зрения 0,03-0,04, не корригирует. Больному следует поставить диагноз:

А – начальной катаракты;
+Б – незрелой катаракты;

В – зрелой катаракты;
Г – перезрелой катаракты;
Д – помутнения в стекловидном теле.

У больного рефлекса с глазного дна нет, хрусталик серый, острота зрения – правильная проекция света. У больного:

А – начальная катаракта;
Б – незрелая катаракта;
+В – зрелая катаракта;
Г – перезрелая катаракта;
Д – помутнения в стекловидном теле.

Увеличение количества водяных щелей в хрусталике, большинство из которых заполнено детритом, а также пластинчатая диссоциация поверхностных слоев коры хрусталика характерны для:

А – начальной катаракты;
+Б – незрелой катаракты;
В – зрелой катаракты;
Г – перезрелой катаракты;
Д – помутнений в стекловидном теле.

Удаление катаракты с помощью ультразвука называется:

А – криоэкстракция;
Б – лентектомия;
+В – факоэмульсификация;
Г – реклинация катаракты;
Д – витрэктомия.

Уменьшение эластичности хрусталика с возрастом ведет к развитию:

+А – пресбиопии;
Б – амблиопии;
В – катаракты;
Г – микрофакии;
Д – вторичной глаукомы.

Факоденез определяется при:

А – дистрофических изменениях в радужной оболочке;
Б – глаукоме;
+В – сублюксации хрусталика;
Г – отслойке цилиарного тела;
Д – нарушении циркуляции водянистой влаги.

Фигурки Пуркинье-Сансона не позволяют определить отражение от:

А – роговицы;
Б – передней капсулы хрусталика;
В – задней капсулы хрусталика;
+Г – стекловидного тела.

Хрусталик в своем составе содержит все перечисленные вещества, кроме:

А – воды;
Б – белков;
В – минеральных солей;
Г – жиров;
+Д – углеводов.

Хрусталик имеет форму:

+А – двояковыпуклой линзы;

- Б – двояковогнутой линзы;
- В – плосковыпуклой линзы;
- Г – плосковогнутой линзы;
- Д – выпукло-вогнутой линзы.

Хрусталик не имеет:

- А – кровеносных сосудов;
- Б – лимфатических сосудов;
- В – нервов;
- +Г – всего перечисленного;
- Д – только А и В.

Хрусталик человека имеет:

- А – мезодермальное происхождение;
- +Б – эктодермальное происхождение;
- В – энтодермальное происхождение;
- Г – возможно развитие хрусталика из различных субстратов.

Цвет хрусталика с возрастом приобретает:

- А – остается бесцветным;
- Б – сероватый оттенок;
- В – синеватый оттенок;
- Г – красноватый оттенок;
- +Д – желтоватый оттенок.

Шары Адамюка-Эльшнига наблюдаются при:

- А – начинающейся катаракте;
- Б – осложненной катаракте;
- +В – вторичной катаракте;
- Г – «огневой» катаракте;
- Д – врожденной катаракте.

Эктопия хрусталика чаще всего наблюдается при синдроме:

- +А – Марфана;
- Б – Бехчета;
- В – Рейтера;
- Г – Илза;
- Д – Фогта-Коянаги.

Эластичность хрусталика определяет его способность к:

- А – питанию;
- Б – росту;
- +В – аккомодации;
- Г – перемещению вдоль оптической оси;
- Д – регенерации.

ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Блок угла передней камеры может быть вызван:

- А – нерассосавшейся мезодермальной тканью;
- Б – конем радужной оболочки;
- В – новообразованными сосудами;
- Г – кровью;
- +Д – всем перечисленным.

Больной первичной открытоугольной глаукомой обычно не предъявляет жалоб на:

- +А – периодические боли в глазу;
- Б – периодическое затуманивание зрения;
- В – периодическое чувство полноты в глазу;
- Г – периодическое появление радужных кругов при взгляде на источник света.

Больные глаукомой, находящиеся на диспансерном учете, должны проверяться не реже, чем 1 раз в:

- А – 2 месяца;
- Б – 3 месяца;
- В – 6 месяцев;
- Г – 10 месяцев;
- Д – 1 год.

В терапии открытоугольной глаукомы в настоящее время отдают предпочтение:

- А – миотикам;
- +Б – латанопросту;
- В – бета-блокаторам;
- Г – ингибиторам карбоангидразы;
- Д – ганглиоблокаторам.

В течении первичной глаукомы различают:

- А – одну стадию;
- Б – две стадии;
- В – три стадии;
- +Г – четыре стадии;
- Д – пять стадий.

Верхняя граница нормального истинного внутриглазного давления:

- А – 16 мм рт. ст.,
- +Б – 22 мм рт. ст.,
- В – 26 мм рт. ст.,
- Г – 28 мм рт. ст.,
- Д – 32 мм рт. ст.

Внутриглазная жидкость при оттоке из глаза проходит все анатомические образования глаза, кроме:

- А – задней камеры глаза;
- Б – передней камеры глаза;
- +В – роговой оболочки;
- Г – шлеммова канала;
- Д – трабекулы.

Внутриглазное давление при остром приступе глаукомы:

- А – повышено;
- +Б – резко повышено;

В – не изменяется;
Г – незначительно повышено;
Д – резко понижено.

Внутриглазное давление (ВГД) – это:

+А – давление, которое оказывает жидкое содержимое глазного яблока на его упругую наружную оболочку;
Б – давление, которое оказывает жидкое содержимое глазного яблока на его сетчатую оболочку;
В – давление, которое оказывает упругая наружная оболочка на содержимое глазного яблока;
Г – давление, которое оказывает хрусталик на содержимое глазного яблока;
Д – давление, которое оказывает содержимое глазного яблока на сосудистую оболочку.

Встречаются все виды гидродинамических блоков, кроме:

А – зрачкового блока;
Б – блокады угла передней камеры корнем радужки;
В – блокады угла передней камеры гониосинехиями;
Г – трабекулярного блока;
+Д – все перечисленные без исключения.

Вторичная глаукома может быть:

А – увеальной;
Б – факогенной;
В – сосудистой;
Г – неопластической;
+Д – любой из вышеперечисленных.

Динамику глаукоматозного процесса характеризует:

А – величина внутриглазного давления;
Б – величина коэффициента легкости оттока;
+В – состояние поля зрения;
Г – изменение формы зрачка;
Д – все перечисленное.

Диуретические и дегидратационные средства показаны при:

А – дистрофических процессах;
+Б – повышении внутриглазного давления;
В – рецидивирующих ячменях;
Г – иритах;
Д – катаракте.

Дифференциальная диагностика первичной открытоугольной и закрытоугольной глаукомы проводится на основании следующих признаков:

А – глубины передней камеры;
+Б – открытия угла передней камеры;
В – состояния радужки;
Г – состояния диска зрительного нерва;
Д – все перечисленное верно.

Для лечения врожденной глаукомы целесообразно применить:

А – регулярные инстилляциии раствора пилокарпина;
Б – массаж глазного яблока;
В – инстилляциии мидриатиков;
+Г – хирургическое лечение;
Д – лазерную трабекулопластику.

Для лечения первичной глаукомы возможно применение всех препаратов, исключая:

- А – пилокарпин;
- Б – тимолол;
- В – бетоптик;
- +Г – атропин;
- Д – ксалатан.

Для общего лечения глаукомы не назначают:

- А – сосудорасширяющие препараты;
- Б – ангиопротекторы;
- В – кортикостероиды;
- Г – антиоксиданты;
- Д – средства, улучшающие метаболизм сетчатки.

Для острого приступа закрытоугольной глаукомы нехарактерно:

- А – отек роговицы;
- Б – мелкая передняя камера;
- В – широкий овальной формы зрачок;
- Г – застойная инъекция глазного яблока;
- +Д – узкий зрачок с сохранением его реакции на свет.

Для первичной закрытоугольной глаукомы нехарактерно:

- А – мелкая передняя камера;
- Б – расширение зрачка;
- В – миопическая рефракция;
- Г – открытый угол передней камеры;
- +Д – верно В и Г.

Для первичной открытоугольной глаукомы нехарактерны:

- +А – боль в глазу;
- Б – туман перед глазом;
- В – отсутствие жалоб;
- Г – радужные круги при взгляде на источник света;
- Д – все перечисленное.

Из склерального синуса водянистая влага попадает в коллекторные каналы (водяные вены), количество которых равно:

- А – 2-3;
- Б – около 10;
- +В – 20-30;
- Г – 60-80;
- Д – 200-300.

К гидродинамическим показателям относят все, кроме:

- А – давления оттока;
- Б – минутного объема водянистой влаги;
- В – скорости образования водянистой влаги;
- Г – легкости оттока водянистой влаги из глаза;
- +Д – все без исключения.

К особенностям глаукомы не относится:

- А – постоянное или периодическое превышение толерантного (индивидуально переносимого) уровня внутриглазного давления;
- Б – развитие характерного поражения головки зрительного нерва и ганглионарных клеток сетчатки;
- В – нарушение поля зрения;

+Г – изменение цветоощущения;
Д – все без исключения.

К симптомокомплексу глаукомы относится:

А – снижение зрительных функций;
Б – атрофия зрительного нерва;
В – повышение уровня офтальмотонуса и неустойчивость внутриглазного давления;
Г – только А и Б;
+Д – правильно все.

К факторам риска, влияющим на заболеваемость первичной открытоугольной глаукомой, не относится:

А – пожилой возраст;
Б – артериальная гипотензия;
+В – артериальная гипертония;
Г – нарушения глюкокортикоидного обмена;
Д – псевдоэксфолиативный синдром.

Какой степени повышения внутриглазного давления при исследовании его пальпаторно не бывает:

А – Т+1;
Б – Т+2;
В – Т+3;
+Г – Т+4;
Д – Тп.

Лечение острого приступа глаукомы включает:

А – инстилляций миотиков;
Б – назначение бета-адреноблокаторов;
В – инстилляций симпатомиметиков;
Г – прием диакарба;
+Д – верно все перечисленное.

Миотики назначаются при:

А – ирите;
+Б – глаукоме;
В – конъюнктивите;
Г – невралгии;
Д – вирусном кератите.

На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика первичной открытоугольной и закрытоугольной глаукомы:

А – глубина передней камеры;
+Б – открытие угла передней камеры;
В – состояние радужки;
Г – состояние диска зрительного нерва.

На уровень внутриглазного давления в основном оказывает изменение объема:

+А – внутриглазной жидкости;
Б – хрусталика;
В – стекловидного тела;
Г – сетчатки;
Д – сосудистой оболочки.

Наиболее ранним признаком глаукомного процесса является:

А – повышение внутриглазного давления;

Б – блокада угла передней камеры;
+В – расширение границ слепого пятна;
Г – экскавация диска зрительного нерва;
Д – появление болей в глазу.

Наиболее ранним симптомом изменений поля зрения при глаукоме является:

+А – увеличение размеров слепого пятна;
Б – появление относительных и абсолютных парацентральных скотом;
В – сужение поля зрения с носовой стороны;
Г – концентрическое сужение поля зрения – трубчатое зрение;
Д – полное отсутствие зрительных функций.

Не бывает глаукомы:

А – первичной;
+Б – послепервичной;
В – врожденной;
Г – вторичной;
Д – юношеской.

Необходимый уровень ВГД обеспечивает:

А – сферическую форму глазного яблока;
Б – правильные топографические взаимоотношения внутренних структур;
В – облегчение обменных процессов в этих структурах;
+Г – верно все перечисленное;
Д – верно А и Б.

Нормальный уровень истинного внутриглазного давления составляет:

А – 6-16 мм рт. ст.;
+Б – 9-21 мм рт.ст.;
В – 14-23 мм рт. ст.;
Г – 16-26 мм рт. ст.;
Д – 27-32 мм рт. ст.

Нормальный уровень тонометрического внутриглазного давления составляет:

А – 11-14 мм рт.ст.;
+Б – 16-26 мм рт.ст.;
В – 27-32 мм рт.ст.;
Г – 33-38 мм рт.ст.;
Д – 39-41 мм рт.ст.

О нестабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:

А – снижение остроты зрения;
Б – появление болей в глазу;
+В – сужение поля зрения;
Г – покраснение глаза;
Д – отсутствие нормализации внутриглазного давления.

Основной жалобой больного при остром приступе глаукомы является:

А – боль в глазу, иррадирующая в соответствующую половину головы, челюсти, зубы и туман перед глазами;
Б – снижение зрения;
В – нарушение подвижности глазного яблока;
Г – только А и В;
+Д – только А и Б.

Основным признаком, позволяющим подозревать у ребенка наличие врожденной глаукомы при внешнем осмотре, является:

- +А – увеличение размеров роговой оболочки;
- Б – покраснение глаза;
- В – наличие экзофтальма;
- Г – помутнение роговицы;
- Д – наличие косоглазия.

Первичная открытоугольная глаукома наиболее опасна в силу:

- А – ее частоты;
- Б – внезапного начала;
- +В – бессимптомного течения;
- Г – потери остроты зрения;
- Д – болей в глазу.

Первую помощь при остром приступе глаукомы следует начинать с:

- +А – назначения частых инстилляций пилокарпина;
- Б – дачи солевого слабительного;
- В – назначения диуретиков;
- Г – использования осмотических средств;
- Д – горячих ножных ванн.

Перфорации решетчатой пластинки склеры образуют:

- +А – 200-400 канальцев;
- Б – 10-15 канальцев;
- В – около миллиона канальцев;
- Г – 50-100 канальцев;
- Д – 700-800 канальцев.

По классификации первичной глаукомы не существует стадии:

- А – начальной;
- Б – развитой;
- В – далекозашедшей;
- +Г – абсолютной;
- Д – терминальной.

Под термином «толерантное внутриглазное давление» понимают:

- А – диапазон внутриглазного давления на уровне 16-26 мм рт. ст.;
- Б – диапазон внутриглазного давления, безопасного для человека;
- В – диапазон внутриглазного давления на уровне 16-21 мм рт. ст.;
- +Г – диапазон внутриглазного давления, безопасного для конкретного человека;
- Д – верно все перечисленное.

После купирования острого приступа глаукомы необходимо:

- А – продолжить применение миотиков и наблюдение;
- +Б – через 24 часа произвести операцию;
- В – рекомендовать применение мочегонных средств;
- Г – назначить сосудорасширяющие препараты;
- Д – рекомендовать курсы инъекций тауфона два раза в год.

При глаукоме имеет место:

- А – возникновение характерных для глаукомы нарушений зрительных функций ;
- Б – постоянное или периодическое превышение толерантного уровня внутриглазного давления;
- В – развитие характерного поражения головки зрительного нерва и ганглионарных клеток сетчатки (глаукомная оптическая нейропатия);
- Г – верно А и Б;

+Д – верно все перечисленное.

При остром приступе глаукомы:

- +А – пилокарпин закапывают через каждый час;
- Б – пилокарпин закапывают 3-4 раза в день;
- В – пилокарпин не закапывают;
- Г – применяется электрофорез с пилокарпином;
- Д – закапывают пилокарпин в сочетании с альбуцидом.

При остром приступе глаукомы не наблюдается:

- А – болей в глазу и надбровной дуге;
- Б – затуманивания зрения и появления радужных кругов при взгляде на источник света;
- В – тошноты и рвоты;
- Г – болей, иррадиирующих в отдаленные органы;
- +Д – могут наблюдаться все вышеперечисленные симптомы.

Причиной развития вторичной глаукомы не может являться:

- А – передний увеит;
- Б – эктопия хрусталика;
- +В – хронический конъюнктивит;
- Г – тромбоз центральной вены сетчатки;
- Д – внутриглазная опухоль.

Продукция водянистой влаги осуществляется:

- А – в плоской части цилиарного тела;
- +Б – в отростках цилиарного тела;
- В – эпителием радужной оболочки;
- Г – всеми выше перечисленными структурами.

Ребенка, страдающего врожденной глаукомой, следует оперировать:

- +А – в течение первого месяца после установления диагноза;
- Б – при безуспешности консервативной терапии;
- В – не моложе 14 лет;
- Г – при наступлении совершеннолетия;
- Д – когда ребенку надо идти в школу.

Решетчатая пластинка склеры состоит из:

- А – нескольких перфорированных листов соединительной ткани, разделенных сосудистой тканью;
- Б – нескольких перфорированных листов соединительной ткани, разделенных жировыми прослойками;
- +В – нескольких перфорированных листов соединительной ткани, разделенных астроглиальными прослойками;
- Г – нескольких перфорированных листов соединительной ткани, разделенных костными прослойками;
- Д – нескольких перфорированных листов соединительной ткани, разделенных жидкостными прослойками.

Решетчатая пластинка склеры тоньше в:

- А – верхнем и наружном сегментах;
- Б – верхнем и нижнем сегментах;
- В – наружном и нижнем сегментах;
- Г – внутреннем и верхнем сегментах;
- Д – нижнем и внутреннем сегментах.

Симптомы не характерные для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы:

А – отек роговицы;
Б – мелкая передняя камера;
В – широкий эллипсовидной формы зрачок;
Г – застойная инъекция глазного яблока;
+Д – зрачок узкий, реакция зрачка на свет сохранена.

Симптомы, характерные для всех видов глауком:

А – повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги;
Б – неустойчивость внутриглазного давления;
В – повышение уровня внутриглазного давления;
Г – изменение поля зрения;
+Д – все перечисленные верно.

Существуют методики тонометрии по:

А – Веберу;
Б – Шиотцу;
В – Гольдману;
Г – Маклакову;
+Д – верно все, кроме А.

Тонометрический уровень нормального внутриглазного давления составляет:

А – 11-14 мм рт.ст.;
+Б – 16-26 мм рт.ст.;
В – 27-32 мм рт.ст.;
Г – 33-38 мм рт.ст.;
Д – 39-41 мм рт.ст.

Угол передней камеры при закрытоугольной глаукоме блокируется:

А – пигментными глыбками;
+Б – корнем радужной оболочки;
В – хрусталиком;
Г – новообразованными сосудами;
Д – стекловидным телом.

Ухудшение зрения больного глаукомой связано с:

А – повышением внутриглазного давления;
Б – изменением рефракции глаза;
В – смещением кпереди иридохрусталиковой диафрагмы;
Г – появлением кровоизлияний на глазном дне;
+Д – ущемлением волокон зрительного нерва в деформированных канальцах решетчатой пластинки склеры.

Хирургическое или лазерное лечение открытоугольной глаукомы рекомендуется при:

+А – начальной стадии;
Б – повышении внутриглазного давления до 35-40 мм рт.ст.;
В – сужении поля зрения на 35-45°;
Г – выраженной экскавации диска зрительного нерва;
Д – понижении внутриглазного давления.

Этиология первичной глаукомы не связана с:

А – индивидуальными анатомическими особенностями;
+Б – особенностями бытовых условий;
В – возрастными изменениями в различных структурах глаза;
Г – индивидуальными особенностями обменных процессов;
Д – состоянием нервной и эндокринной систем организма.

ОПУХОЛИ

Аденокарцинома века по клиническим проявлениям может напоминать:

- А – папиллому;
- +Б – халазион;
- В – гемангиому;
- Г – ксантелазму;
- Д – меланому.

Гемангиомы век имеют виды:

- А – капиллярной;
- Б – все, кроме Д;
- В – кавернозной;
- Г – все перечисленные;
- Д – рацемозной.

Дермоид века содержит в себе:

- А – сальные и потовые железы;
- Б – жир;
- В – волосы;
- Г – только Б и В;
- +Д – все перечисленное.

Для сенильного кератоза характерно все, кроме:

- +А – пятна красного цвета на коже века;
- Б – локализации участках, подвергающихся частой инсоляции;
- В – плоских участков белого цвета на коже века;
- Г – наличия чешуек на поверхности;
- Д – возможности озлокачествления.

Доброкачественной опухолью глазницы является:

- А – хлорома;
- Б – саркома
- +В – холестеатома;
- Г – невробластома;
- Д – симпатобластома.

Доброкачественными опухолями век являются все перечисленные, кроме:

- А – невуса;
- +Б – аденокарциномы;
- В – ксеродермы;
- Г – гемангиомы;
- Д – папилломы.

Злокачественными опухолями век являются все перечисленные, кроме:

- А – базально-клеточного рака;
- Б – чешуйчато-клеточного рака;
- В – аденокарциномы мейбомиевой железы;
- +Г – пигментной ксеродермы;
- Д – меланомы.

Из нижеперечисленных новообразований не злокачественным является:

- +А – меланоцитомы;
- Б – ретинобластома;
- В – меланома;
- Г – саркома;
- Д – злокачественные все.

Исходными моментами для развития кожного рака век могут быть:

- А – травмы бородавки;
- Б – ячмени;
- В – фурункулы;
- Г – родимые пятна;
- +Д – все перечисленное.

К доброкачественным вторичным опухолям орбиты относятся:

- А – фибромы;
- Б – остеомы;
- В – липомы;
- Г – хондромы;
- +Д – все перечисленное.

Кожный рог имеет:

- +А – серовато-грязный оттенок;
- Б – серовато-желтый цвет с грязным налетом;
- В – желтый цвет;
- Г – коричневый цвет;
- Д – белый цвет.

К первичным доброкачественным опухолям орбиты относятся:

- А – ангиомы;
- Б – менингиомы;
- В – глиомы;
- Г – смешанные опухоли слезной железы;
- +Д – все перечисленное.

Лейкосаркома век может производить впечатление:

- А – лимфангиомы;
- Б – гемангиомы;
- +В – амилоида;
- Г – меланосаркомы;
- Д – кожного рака.

На прогрессирование невуса конъюнктивы указывают все признаки, кроме:

- +А – увеличения размеров;
- Б – изменения пигментации;
- В – увеличения васкуляризации;
- Г – появления нечеткости границ;
- Д – характерны все признаки, без исключения.

Наиболее характерные признаки злокачественной опухоли орбиты:

- А – ограничение подвижности глазного яблока;
- Б – относительно быстрое снижение зрительной функции;
- В – отек век и окружающих глаз тканей;
- Г – экзофтальм;
- +Д – все перечисленное.

Наиболее часто на веках встречается следующая форма кожного рака:

- А – мейбомиевая;
- +Б – поверхностная язвенная;
- В – спиноцеллюлярная;
- Г – инфильтративная;
- Д – бородавчатая.

Наличие плоских желто-лимонных пятен на коже век является признаком:

- А – лимфангиомы;
- Б – липомы;
- +В – ксантелазмы;
- Г – фибромы;
- Д – невуса.

Невус века следует иссечь или подвергнуть диатермокоагуляции в силу того что он может:

- А – увеличиваться в размерах;
- +Б – злокачественно перерождаться;
- В – захватывать оба века;
- Г – изъязвляться;
- Д – быть косметическим дефектом.

Неходжкинская злокачественная лимфома орбиты является признаком:

- +А – поражения иммунной системы организма;
- Б – туберкулезной инфекции;
- В – самостоятельно возникшее новообразование;
- Г – метастазирования новообразования из других тканей;
- Д – вирусного поражения организма.

Опухоли кожи век составляют _____ % от всех новообразований органа зрения.

- А – более 50%;
- Б – более 60%;
- В – более 70%;
- +Г – более 80%;
- Д – более 90%.

Основная опасность пигментной ксеродермы век заключается в:

- А – выраженной сухости кожи век;
- Б – атрофических изменениях кожи век;
- В – изъязвлении век;
- Г – папилломатозных разрастаниях на веках;
- +Д – озлокачествлении.

При язвенной форме кожного рака век возможно метастазирование в:

- А – глазное яблоко;
- Б – головной мозг;
- В – легкие;
- +Г – регионарные лимфоузлы;
- Д – во все перечисленные образования.

Ретинобластома – это:

- +А – злокачественная опухоль сетчатки, проявляющаяся чаще к 2-3 годам;
- Б – лейомиома глаза;
- В – рабдомиома;
- Г – меланома глаза;
- Д – злокачественная базалиома.

У больного имеется слегка выступающее образование на нижнем веке с четкими и ровными границами. Цвет коричневый, поверхность сухая и шероховатая, дифференцируются роговые пластинки. Рост медленный. Это:

- А – папиллома;
- +Б – сенильная бородавка;
- В – сенильный кератоз;
- Г – кожный рог;
- Д – эпителиома Боуэна.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛАЗ

Абсолютным показанием к энуклеации является:

- А – острый приступ впервые выявленной глаукомы;
- Б – гемофтальм на глазу с диабетической ретинопатией;
- +В – риск развития симпатической офтальмии;
- Г – проникающее осколочное ранение глазного яблока;
- Д – все перечисленное.

Абсолютным признаком нахождения инородного тела в глазу является:

- А – отсутствие передней камеры, рана роговицы или склеры с неадаптированными краями;
- Б – травматический гемофтальм;
- +В – клинически определяемые признаки металлоза;
- Г – травматическая катаракта;
- Д – повышение внутриглазного давления.

Абсолютными признаками проникающего ранения являются:

- А – рана, проходящая через все слои роговицы, склеры или роговично-склеральной зоны;
- Б – ущемление в ране внутренних оболочек глаза;
- В – внутриглазное инородное тело;
- Г – травматическая колобома радужки, пузырек воздуха в стекловидном теле;
- +Д – все перечисленное.

Берлиновское помутнение характеризуется:

- А – эндотелиально-эпителиальной дистрофией;
- Б – локальным помутнением хрусталика;
- В – развитием плавающих и фиксированных помутнений в стекловидном теле;
- +Г – ограниченным помутнением сетчатки;
- Д – всем перечисленным.

Больной К. поступил в кабинет неотложной офтальмологической помощи со следующей симптоматикой: отек и гематома век, сужение глазной щели, экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока книзу и к носу, птоз, подкожная эмфизема с крепитацией в области левого глаза. Наиболее вероятный диагноз:

- А – атрофия ретробульбарной клетчатки;
- Б – воспаление ретробульбарного пространства;
- В – гематома орбиты;
- +Г – перелом стенок глазницы;
- Д – миозит прямых мышц глаза.

Больной получил ожог правого глаза горячей сигаретой. Жалобы на сильные боли в правом глазу, снижение зрения. Объективно: острота зрения – 0,02. Светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Смешанная инъекция глазного яблока. Роговица мутная, вся ее поверхность эрозирована. С трудом просматривается передняя камера и радужная оболочка. Ожог роговицы следует расценивать, как:

- А – ожог I степени;
- Б – ожог II степени;
- +В – ожог III степени;
- Г – ожог IV степени.

Внутриглазное инородное тело может быть определено в глазу с помощью:

- А – биомикроскопии и офтальмоскопии;
- Б – гониоскопии;
- В – рентгенологического метода;
- Г – ультразвуковой эхоофтальмографии;

+Д – всех перечисленных методов.

Воспаление всех оболочек глаза называется:

- А – эндофтальмитом;
- +Б – панофтальмитом;
- В – флегмоной;
- Г – абсцессом;
- Д – тенонитом.

Воспаление содержимого глаза называется:

- +А – эндофтальмитом;
- Б – панофтальмитом;
- В – флегмоной;
- Г – абсцессом;
- Д – тенонитом.

Диагноз сквозного ранения глазного яблока устанавливается бесспорно при:

- А – наличии внутриорбитального инородного тела;
- Б – гемофтальме;
- +В – наличии входного и выходного отверстия;
- Г – резких болях при движении глазного яблока;
- Д – экзофтальме.

Для больных с контузией глаза характерно:

- А – кровоизлияния под кожу век и конъюнктиву глазного яблока;
- Б – экзофтальм;
- В – энофтальм;
- +Г – только А и Б;
- Д – все правильно.

Для лечения гемофтальма целесообразно применять все, кроме:

- А – кровоостанавливающих препаратов;
- Б – гипертонических растворов;
- +В – антибактериальных препаратов;
- Г – ферментов;
- Д – ультразвуковой терапии.

Для повреждения глаз ультрафиолетовым облучением характерными симптомами являются:

- А – светобоязнь;
- Б – слезотечение;
- В – гиперемия век;
- Г – инъекция глазного яблока;
- +Д – верно все перечисленное.

Для проникающего ранения роговицы характерно:

- А – наличие раны роговицы, проходящей через все ее слои;
- Б – мелкая передняя камера;
- В – выпадение радужной оболочки;
- Г – повреждение хрусталика;
- +Д – все перечисленное.

Для точной локализации внутриглазного инородного тела необходимо произвести:

- А – ультразвуковое исследование;
- Б – офтальмоскопию;
- В – обзорную рентгенографию орбиты;
- +Г – рентгенографию по Балтину;

Д – все перечисленное верно.

К тупым травматическим повреждениям переднего отрезка глаза относятся все, кроме:

- +А – контузии сетчатки;
- Б – гифемы;
- В – травматического мидриаза;
- Г – ириодиализа;
- Д – травматической катаракты.

Кардинальным клиническим признаком эндофтальмита, отличающим его от травматического иридоциклита, является:

- А – полная потеря зрения раненого глаза;
- Б – сильные боли в глазу в половине головы на стороне ранения;
- В – умеренный отек век и конъюнктивы;
- Г – отсутствие рефлекса с глазного дна либо желтоватый рефлекс в области зрачка;
- +Д – все перечисленное.

Клиническая картина металлоза глаза может быть вызвана:

- А – внедрившимся в глазное яблоко инородным телом;
- Б – пищевым отравлением солями тяжелых металлов;
- В – особенностями работы на вредном производстве;
- Г – последствиями гемолиза при гемофтальме;
- +Д – верно А и Г.

Клинические признаки эмфиземы век включают:

- А – крепитацию;
- Б – отек;
- В – целостность кожных покровов;
- +Г – все перечисленное верно.

Кровоизлияние в переднюю камеру глаза носит название:

- А – ириоденез;
- +Б – гифема;
- В – ириодиализ;
- Г – гемофтальм;
- Д – гематома.

Кровоизлияние в стекловидное тело носит название:

- А – иридоциклит;
- Б – гифема;
- В – ириодиализ;
- +Г – гемофтальм;
- Д – гематома.

Лечение прободных ранений глазного яблока должно проводиться:

- А – в амбулаторных условиях;
- +Б – в условиях специализированного травматологического центра;
- В – в стационаре общего профиля;
- Г – не требует никакого лечения.

Лучшим дезинтоксикационным средством в патогенетической терапии ожогов глаза является:

- +А – плазма ожоговых реконвалисцентов;
- Б – внутривенное введение глюкозы;
- В – внутримышечное введение витаминов группы В;
- Г – десенсибилизирующие средства;

Д – сосудорасширяющие средства.

Металлическое внутриглазное инородное тело из передней камеры удаляется:

- А – прямым способом;
- +Б – передним способом;
- В – диасклеральным способом;
- Г – любым из перечисленных;
- Д – не удаляется.

Наиболее сложным для хирургической обработки является разрыв:

- А – кожи века;
- +Б – у медиальной спайки века;
- В – у латеральной спайки века;
- Г – в средней трети века;
- Д – конъюнктивы.

Неотложная помощь при проникающем ранении глазного яблока заключается:

- А – во внутримышечном введении антибиотиков широкого спектра действия;
- Б – в наложении асептической бинокулярной повязки;
- В – во введении противостолбнячной сыворотки;
- Г – в немедленном направлении больного в глазной стационар;
- +Д – все перечисленное верно.

Обзорные снимки глазницы при проникающем ранении глазного яблока проводятся:

- +А – во всех случаях;
- Б – только при наличии в анамнезе данных о внедрении инородного тела;
- В – только в случаях, где имеются симптомы перелома стенок орбиты;
- Г – при локализации осколка за глазом;
- Д – только в случаях, когда невозможно использовать протез Комберга-Балтина.

Ожоги век могут быть причиной:

- +А – рубцового выворота век;
- Б – паралитического выворота век;
- В – атонического выворота век;
- Г – спастического выворота век;
- Д – всего перечисленного.

Оптимальным видом первой помощи при попадании в глаза отравляющих веществ является:

- +А – промыванием глаз 2% раствором соды;
- Б – промывание глаз раствором борной кислоты;
- В – промывание глаз дистиллированной водой;
- Г – закапывание в глаза раствора анестетика;
- Д – закладывание в конъюнктивальный мешок гидрокортизоновой мази.

Особенностями рваных ран мягких тканей околоорбитальной области являются:

- А – выпадение жировой клетчатки;
- Б – повреждение наружных мышц глаза;
- В – ранение слезной железы;
- Г – опущение верхнего века и офтальмоплегия, экзофтальм;
- +Д – все перечисленное.

Отличие эмфиземы век от воспалительного отека характеризуется:

- А – наличием гиперемии кожи век;
- Б – болезненностью при пальпации век;
- +В – наличием крепитации;

Г – всем перечисленным;
Д – только А и Б.

Относительными признаками проникающего ранения следует считать:

А – инъекцию глазного яблока, болевые ощущения;
Б – изменения функции глаза;
В – геморрагический синдром;
Г – катаракту;
+Д – все перечисленное.

Первая помощь в поликлинике и на медпункте при проникающем ранении глазного яблока с выпадением оболочек заключается в:

А – вправлении выпавших оболочек;
Б – иссечении выпавших оболочек и герметизации раны;
+В – наложении повязки и срочной транспортировки в офтальмотравматологический центр;
Г – организации консультации врача-офтальмотравматолога в поликлинике;
Д – в каждом случае решение принимается индивидуально.

Первая помощь при химическом ожоге глаза заключается в:

А – закапывании антибактериальных капель;
Б – закладывании антибиотиковой мази;
+В – промывании конъюнктивального мешка;
Г – субконъюнктивальном введении крови;
Д – наложении повязки.

Перелом медиальной стенки глазницы характеризуется:

А – осколочным переломом со смещением отломков костей кзади и кнаружи;
Б – разрывом медиальной связки угла глазной щели;
В – смещением слезного мешка;
Г – выступанием в пазуху решетчатой кости;
+Д – всем перечисленным.

По тяжести ожога глаза различают:

А – одну степень;
Б – две степени;
В – три степени;
+Г – четыре степени;
Д – пять степеней.

Показаниями к энуклеации являются:

А – абсолютно слепой болящий глаз;
Б – внутриглазная злокачественная опухоль;
В – симпатическая офтальмия;
Г – слепой глаз, разможенный травмой;
+Д – все перечисленное.

При контузии глазного яблока возможны:

А – субконъюнктивальный разрыв склеры;
Б – эрозия роговицы, отек сетчатки;
В – внутриглазное кровоизлияние;
Г – сублюксация или люксация хрусталика;
+Д – все перечисленное.

При обработке проникающего ранения глазного яблока с наличием внутриглазного инородного тела в первую очередь производится:

А – назначение массивных доз антибиотиков;

+Б – ушивание раны капсулы глаза;
В – удаление внутриглазного инородного тела;
Г – введение противостолбнячной сыворотки;
Д – витрэктомия.

При ожоге глаза целесообразно наложить:

А – асептическую повязку;
Б – монокулярную повязку;
В – бинокулярную повязку;
+Г – повязка не накладывается;
Д – любую из перечисленных.

При проникающем ранении глазного яблока антибиотики назначаются:

А – в случаях клинически определяемого инфекционного поражения;
+Б – во всех случаях;
В – только при внедрении внутриглазных осколков;
Г – при поражении хрусталика;
Д – верно А и В.

При проникающих ранениях роговицы с обширными дефектами эпителия применение кортикостероидов ограничено из-за:

А – индивидуальной непереносимости препаратов;
Б – возможного повышения внутриглазного давления;
+В – замедления репарации;
Г – всего перечисленного.

При проникающих ранениях склеры может наблюдаться:

А – обширное субконъюнктивальное кровоизлияние;
Б – глубокая передняя камера;
В – выпадение оболочек глаза и стекловидного тела;
Г – снижение внутриглазного давления;
+Д – все перечисленное верно.

При ранах век регенерация тканей:

+А – высокая;
Б – низкая;
В – существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица;
Г – ниже, чем других областей лица.

При рваной ране тканей глазницы с птозом и экзофтальмом общий хирург приемного покоя обязан:

А – наложить повязку и отправить больного к специалисту;
Б – сделать инъекцию антибиотиков и обезболивание;
В – ввести противостолбнячную сыворотку;
Г – только А;
+Д – правильно все.

При рваных ранах мягких тканей околоорбитальной области в первую очередь должна проводиться:

А – массивная антибактериальная терапия;
+Б – первичная хирургическая обработка;
В – лечение, направленное на снятие воспаления;
Г – витаминотерапия;
Д – все перечисленное.

Протез Комберга-Балтина служит для:

А – исключения внутриглазных инородных тел на рентгеновских снимках;

- +Б – рентгенолокализации инородного тела;
- В – подшивания к конъюнктиве с целью профилактики выпадения стекловидного тела в ходе операции;
- Г – проведения магнитных проб;
- Д – всего перечисленного.

Сидероз глазного яблока характеризуется:

- А – коричневой пигментацией вокруг осколка;
- Б – опалесценцией влаги передней камеры;
- В – изменением цвета радужки;
- Г – отложением пигмента в области Шлеммова канала и коричневыми отложениями в хрусталике;
- +Д – всем перечисленным.

Сидероз – это:

- А – воспаление роговой оболочки;
- +Б – пропитывание тканей глаза соединениями железа;
- В – деструкция стекловидного тела;
- Г – воспаление радужной оболочки;
- Д – поражение зрительного нерва.

Симпатическая офтальмия развивается при наличии на травмированном глазу:

- А – вторичной глаукомы;
- +Б – пластического увеита;
- В – травматической катаракты;
- Г – травматического кератита;
- Д – металлоза.

Симптомами травматического иридоциклита являются:

- А – светобоязнь и слезотечение;
- Б – перикорнеальная инъекция;
- В – циклитическая болезненность при пальпации и движениях глаза;
- Г – нарушение офтальмотонуса;
- +Д – все перечисленное.

Смещение хрусталика в переднюю камеру требует:

- А – консервативного лечения;
- +Б – хирургического лечения;
- В – динамического наблюдения;
- Г – вопрос решается индивидуально;
- Д – правильно А и В.

Степень повреждения глазных структур при химическом ожоге:

- +А – при щелочном ожоге выше, чем при кислотном;
- Б – при кислотном ожоге выше;
- В – примерно одинакова по отдаленным последствиям;
- Г – химический ожог менее опасен, чем термический.

Травматический отек век сопровождается:

- А – обширными подкожными кровоизлияниями с синюшным оттенком;
- Б – блефароспазмом и слезотечением;
- В – зудом;
- +Г – всем перечисленным;
- Д – только Б и В.

Тяжесть ожога глаза и его придатков определяется:

- А – концентрацией обжигающего вещества;

Б – химическим свойством его;
В – глубиной поражения;
Г – площадью ожога;
+Д – всем перечисленным.

Фигура «подсолнечника» в хрусталике характерна для:

А – хориоретинита;
Б – сидероза глазного яблока;
+В – халькоза;
Г – дистрофических заболеваний роговицы;
Д – диабетической катаракты.

Хирургическое лечение показано при следующих осложнениях ожога глаз:

А – бельме роговицы;
Б – язве роговицы;
В – фистуле роговицы;
Г – вторичной глаукоме;
+Д – всех осложнениях.

Хирургическому лечению подлежат следующие осложнения контузии глаза:

А – гемофтальм;
Б – травматическая катаракта;
В – вторичная глаукома;
Г – отслойка сетчатки;
+Д – все осложнения.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗ

Для поражения глаз при сварке нехарактерно:

- +А – наличие воспалительного инфильтрата в роговице;
- Б – чувство инородного тела в глазу;
- В – светобоязнь;
- Г – слезотечение;
- Д – блефароспазм.

Импрегнация ртути в роговицу и хрусталик сопровождается их окрашиванием:

- А – в желтый цвет;
- Б – в сине-зеленый цвет;
- +В – в серо-коричневый цвет;
- Г – в серо-желтый цвет;
- Д – в черный цвет.

Какими анатомическими элементами глаза в наибольшей степени поглощается ультрафиолетовое излучение?

- А – роговицей и водянистой влагой;
- Б – водянистой влагой и хрусталиком;
- +В – роговицей и хрусталиком;
- Г – роговицей и сетчаткой;
- Д – хрусталиком и сетчаткой.

Какой вид патологии глаз не встречается при воздействии инфракрасного излучения?

- А – блефарит;
- Б – помутнение роговицы;
- В – катаракта;
- +Г – помутнение стекловидного тела;
- Д – ожог сетчатки.

Какой из признаков позволяет говорить о большой вероятности поражения глаз сероуглеродом?

- +А – появление цветных кругов перед глазами;
- Б – слезотечение;
- В – геморрагии в конъюнктиву;
- Г – кератит;
- Д – микроаневризмы сосудов сетчатки.

Наиболее заметным изменением глаз при вибрации и воздействии ультразвука является:

- А – ухудшение остроты зрения;
- +Б – снижение аккомодации;
- В – сужение поля зрения;
- Г – изменение состояния конъюнктивы;
- Д – ангиопатия сетчатки.

Наличие коричневых, пенообразных наложений на конъюнктиве характерно для поражения глаз:

- А – табаком;
- Б – ртутью;
- В – тринитротолуолом;
- Г – свинцом;
- +Д – гидрохиноном.

Поражения глаз ртутью чаще всего вызывают патологию со стороны:

- А – роговицы;

Б – радужки;
В – черепа;
+Г – глазодвигательных мышц;
Д – сетчатки.

Поражение глаз тринитротолуолом сопровождается развитием:

А – конъюнктивита;
Б – кератита;
В – склерита;
+Г – катаракты;
Д – глаукомы.

При воздействии ионизирующей радиации на глаз возможно:

А – атрофия кожи век;
Б – кератоконъюнктивит;
В – катаракта;
+Г – все перечисленное;
Д – ничего из перечисленного.

При офтальмоаргирии наиболее часто происходит прокрашивание:

А – век;
+Б – конъюнктивы;
В – роговицы;
Г – хрусталика;
Д – сетчатки.

При поражении глаз мышьяком или его соединениями наиболее часто страдает:

+А – веки;
Б – конъюнктив;
В – роговица;
Г – радужка;
Д – хрусталик.

При поражении глаз оксидом углерода не встречается:

А – темная окраска сетчатки с отеком;
Б – кровоизлияния в сетчатку;
В – глазодвигательные расстройства;
+Г – конъюнктивит;
Д – оптический неврит.

ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Годными к военной службе признаются граждане, имеющие:

- +А – остроту зрения одного глаза не ниже 0,5 и не ниже 0,1 на другой глаз;
- Б – остроту зрения одного глаза не ниже 0,4 и не ниже 0,1 на другой глаз;
- В – остроту зрения одного глаза не ниже 0,3 и не ниже 0,1 на другой глаз;
- Г – остроту зрения одного глаза не ниже 0,5 и не ниже 0,08 на другой глаз;
- Д – остроту зрения одного глаза не ниже 0,1 и не ниже 0,08 на другой глаз;

Допустимая для строевой службы аномалия рефракция «лучшего» глаза при гиперметропии не должна превышать:

- А – 5 диоптрий;
- Б – 6 диоптрий;
- В – 7 диоптрий;
- +Г – 8 диоптрий;
- Д – 9 диоптрий.

Допустимая для строевой службы аномалия рефракция «лучшего» глаза при миопии не должна превышать:

- А – 3 диоптрии;
- Б – 4 диоптрии;
- В – 5 диоптрий;
- +Г – 6 диоптрий;
- Д – 7 диоптрий.

Допустимая для строевой службы аномалия степень астигматизма «лучшего» глаза при гиперметропии не должна быть больше:

- А – 3 диоптрии;
- +Б – 4 диоптрии;
- В – 5 диоптрий;
- Г – 6 диоптрий;
- Д – 7 диоптрий.

Какой категории годности к военной службе не существует?

- А – годен к военной службе;
- Б – годен к военной службе с незначительными ограничениями;
- +В – годен к военной службе со значительными ограничениями;
- Г – ограниченно годен к военной службе;
- Д – временно не годен к военной службе.

Не годными к военной службе признаются граждане, имеющие:

- А – глаукому в начальной стадии развития на обоих глазах;
- +Б – выраженные анатомические изменения или недостатки положения век, глазницы или конъюнктивы со значительным нарушением зрительных или двигательных функций на обоих глазах;
- В – болезни роговицы, умеренно выраженные, с непрогрессирующим снижением зрительных функций;
- Г – выраженные анатомические изменения или недостатки положения век, глазницы или конъюнктивы с незначительным нарушением зрительных или двигательных функций на обоих глазах;
- Д – все перечисленные.

Не годными к военной службе признаются граждане, имеющие:

- А – глаукому в развитой и последующих стадиях на обоих глазах;
- Б – состояние после кератопротезирования;
- В – пигментную дегенерацию сетчатки;
- Г – тапеторегиональную абнотрофию;

+Д – все перечисленные.

Призывник годен к военной службе при:

- +А – начальной стадии глаукомы на обоих глазах;
- Б – развитой стадии глаукомы на обоих глазах;
- В – далекозашедшей стадии глаукомы на обоих глазах;
- Г – терминальной стадии глаукомы на обоих глазах;
- Д – негоден при наличии глаукомы.

Призывник не годен к военной службе при:

- А – остроте зрения обоих глаз 0,5 с коррекцией и ниже;
- Б – остроте зрения обоих глаз 0,4 с коррекцией и ниже;
- В – остроте зрения обоих глаз 0,3 с коррекцией и ниже;
- +Г – остроте зрения обоих глаз 0,2 с коррекцией и ниже;
- Д – остроте зрения обоих глаз 0,1 с коррекцией и ниже.

Призывник не годен к военной службе при астигматизме в:

- А – 3,0 диоптрии;
- Б – 4,0 диоптрии;
- В – 5,0 диоптрий;
- +Г – 6,0 диоптрий;
- Д – 7,0 диоптрий.

Призывник не годен к военной службе при близорукости или дальнозоркости в:

- А – до 3,0 диоптрий;
- Б – свыше 3,0 диоптрий;
- В – свыше 6,0 диоптрий;
- Г – свыше 9,0 диоптрий;
- +Д – свыше 12,0 диоптрий.

Призывник признается не годным к военной службе, если острота зрения одного глаза равна 0,09 и ниже, а другого:

- А – 0,4 с коррекцией и ниже;
- +Б – 0,3 с коррекцией и ниже;
- В – 0,2 с коррекцией и ниже;
- Г – 0,1 с коррекцией и ниже;
- Д – 0,09.

Призывник признается не годным к военной службе при отсутствии одного глаза и остроте зрения другого глаза:

- А – 0,4 с коррекцией и ниже;
- +Б – 0,3 с коррекцией и ниже;
- В – 0,2 с коррекцией и ниже;
- Г – 0,1 с коррекцией и ниже;
- Д – 0,09.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Главной характеристикой, отражающей тяжесть патологии органа зрения и определяющей ее влияние на жизнедеятельность и социальную достаточность человека, служит:

- А – острота зрения;
- +Б – острота зрения и поле зрения;
- В – поле зрения;
- Г – поле зрения и цветоощущение;
- Д – цветоощущение.

Для признания гражданина инвалидом необходимым является наличие:

- +А – всех перечисленных ниже условий;
- Б – только В и Д;
- В – нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- Г – ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- Д – необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Листок нетрудоспособности может быть продлен врачебной комиссией лечебно-профилактического учреждения на срок не более:

- А – 2 месяцев;
- Б – 6 месяцев;
- В – 9 месяцев;
- +Г – 10 месяцев;
- Д – 12 месяцев.

Листок нетрудоспособности может быть продлен врачебной комиссией лечебно-профилактического учреждения при травмах, реконструктивных операциях, туберкулезе на срок не более:

- А – 2 месяцев;
- Б – 6 месяцев;
- В – 9 месяцев;
- Г – 10 месяцев;
- +Д – 12 месяцев.

При нарушении зрительных функций ____ степени больному определяется первая группа инвалидности.

- +А – IV;
- Б – III;
- В – II;
- Г – I.

При нарушении зрительных функций ____ степени больному определяется вторая группа инвалидности.

- А – IV;
- +Б – III;
- В – II;
- Г – I.

При нарушении зрительных функций ____ степени больному определяется третья группа инвалидности.

- А – IV;
- Б – III;

+В – II;
Г – I.

При неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе граждане должны быть направлены на медико-социальную экспертизу в сроки, не превышающие:

А – 2 месяца;
Б – 3 месяца;
+В – 4 месяца;
Г – 5 месяцев;
Д – 6 месяцев.

При медико-социальной экспертизе зрительные функции оцениваются по состоянию функций:

А – обоих глаз;
+Б – лучше видящего глаза в условиях оптимальной коррекции;
В – хуже видящего глаза в условиях оптимальной коррекции;
Г – лучше видящего глаза без оптической коррекции;
Д – хуже видящего глаза без оптической коррекции.

При полной слепоте на один глаз:

А – прямая реакция зрачка на свет отсутствует;
Б – прямая реакция зрачка на свет сохранена;
В – содружественная реакция зрачка на свет сохранена;
Г – содружественная реакция зрачка на свет отсутствует;
+Д – верно А и В.

Реабилитация инвалидов включает в себя все мероприятия кроме:

А – медицинской реабилитации;
Б – профессиональной реабилитации;
В – социальной реабилитации;
+Г – экономической реабилитации;
Д – психологической реабилитации.

ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ

Амблиопией называется:

- +А – различные по происхождению формы понижения зрения, причиной которых являются функциональные расстройства зрительного анализатора;
- Б – отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации;
- В – нарушение бинокулярного зрения;
- Г – ограничение подвижности глаз;
- Д – все перечисленное.

Амблиопия, как правило, не развивается при:

- А – содружественном косоглазии;
- Б – расходящемся косоглазии;
- +В – альтернирующем косоглазии;
- Г – сходящемся косоглазии;
- Д – паралитическом косоглазии.

Бинокулярное зрение возможно только при наличии:

- А – достаточно высокой остроты обоих глаз;
- Б – ортофории и гетерофории при нормальном фузионном рефлексе;
- В – эзофории и экзофории;
- Г – всего перечисленного;
- +Д – правильно А и Б.

Бинокулярное зрение можно исследовать с помощью:

- А – при помощи опыта со спицами;
- Б – способа Грефе;
- В – опыта с «отверстием в ладони»;
- Г – четырехточечного теста;
- +Д – всего перечисленного.

Бинокулярное зрение обеспечивает способность определять:

- А – глубину расположения;
- Б – телесность предмета;
- В – объемные качества;
- Г – параметры перемещения предмета;
- +Д – все перечисленное верно.

Бинокулярное зрение формируется к:

- А – рождению ребенка;
- Б – одному году;
- В – 3-5 годам;
- +Г – 7-15 годам;
- Д – 18-ти годам.

Бинокулярное зрение – это:

- А – способность смотреть попеременно каждым глазом;
- Б – способность смотреть двумя глазами, но без слияния двух монокулярных изображений;
- +В – способность сливать два монокулярных изображения объекта в единый зрительный образ;
- Г – способность, глядя каждым глазом отдельно видеть объемное изображение;
- Д – все перечисленное.

Видами хирургического лечения косоглазия является все, кроме:

- А – рецессии;

- Б – прорафии;
- В – частичной резекции мышцы;
- Г – тенотомии;
- +Д – все перечисленное верно.

Возможным осложнением содружественного косоглазия может быть:

- А – уменьшение размеров глазного яблока;
- Б – помутнение роговицы;
- +В – развитие амблиопии;
- Г – развитие катаракты;
- Д – развитие астигматизма.

Глазной тортиколис – это:

- А – снижение зрения вследствие косоглазия;
- Б – вынужденное положение головы в связи с птозом;
- В – неподвижность глазных яблок;
- +Г – вынужденное положение головы в связи с паралитическим косоглазием;
- Д – вращательные движения глазных яблок.

Детям с амблиопией и косоглазием необходимо корригировать аметропию очками:

- +А – как можно раньше;
- Б – с 3 лет;
- В – с 4 лет;
- Г – с 5 лет;
- Д – с 6 лет.

Для исследования бинокулярного зрения можно применит все, кроме:

- А – опыта с «дырой» в ладони;
- Б – опыта со спицами;
- +В – опыта с фигурками Пуркинье;
- Г – пробы с чтением с карандашом;
- Д – пробы с четырехточечным тестом.

Для лечения паралитического косоглазия нужно применить:

- +А – хирургическое лечение;
- Б – ортоптическое лечение;
- В – диплоптическое лечение;
- Г – плеоптическое лечение;
- Д – коррекционное лечение.

Для наличия бинокулярного зрения не является необходимым:

- А – острота зрения обоих глаз выше 0,2;
- +Б – наличие эметропической рефракции;
- В – разница остроты зрения одного и другого глаза не более 0,4;
- Г – параллельное положение зрительных осей обоих глаз при взгляде вдаль;
- Д – ассоциированное движение всех глазодвигательных мышц.

Для осуществления бинокулярного зрения необходимы все перечисленные условия, кроме:

- А – наличия остроты зрения на каждый глаз не ниже 0,3-0,4;
- Б – наличия параллельного положение глазных яблок при взгляде вдаль;
- В – наличия правильных ассоциированных движений глаз в направлении рассматриваемого объекта;
- +Г – наличия полноценной аккомодации;
- Д – наличия одинаковой величины изображения на сетчатках.

Для паралитического косоглазия характерны все симптомы, кроме:

+А – равенства первичного и вторичного углов отклонения;
Б – наличия угла косоглазия;
В – наличия диплопии;
Г – наличия возможной высокой остроты зрения;
Д – ограничения подвижности косящего глаза.

Для содружественного косоглазия характерны:

+А – нормальная подвижность глаз;
Б – ограничение подвижности глаз;
В – отсутствие подвижности глаз;
Г – высокая острота зрения;
Д – все перечисленное.

Для содружественного косоглазия характерны все симптомы, кроме:

А – наличия угла косоглазия;
+Б – наличия диплопии;
В – наличия полного объема подвижности глазных яблок;
Г – наличия пониженной остроты зрения;
Д – равенства первичного и вторичного углов отклонения.

Для формирования бинокулярного зрения необходимо следующее условие:

А – параллельное положение осей обоих глаз;
Б – нормальная конвергенция осей при взгляде на близко расположенные предметы;
В – ассоциированные движения глаз в направлении фиксации предмета, нормальная фузия;
Г – острота зрения обоих глаз не менее 0,4;
+Д – все перечисленное.

Зрительной фиксацией называется:

А – статическая рефракция;
Б – динамическая рефракция;
В – астигматизм;
Г – анизометропия;
+Д – относительно неподвижная установка глаза на рассматриваемый объект.

Косоглазие считается вторичным, если его причиной послужило:

А – другое глазное заболевание;
+Б – общее заболевание организма;
В – аномалии рефракции;
Г – любое из перечисленных.

Косоглазие считается первичным, если его причиной послужило:

А – другое глазное заболевание;
Б – общее заболевание организма;
+В – преимущественно аномалии рефракции;
Г – все перечисленное.

Косоглазие считается постоянным, если:

+А – угол отклонения глаз не изменяется;
Б – угол отклонения глаз непостоянный;
В – глаза занимают правильное положение;
Г – все перечисленное.

Косоглазием называется:

А – нарушение нормальной подвижности глаза;
+Б – отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации;

В – отклонение обоих глаз от совместной точки фиксации;
Г – снижение остроты зрения одного или обоих глаз;
Д – изменение рефракции одного глаза.

Косоглазие характеризуется:

А – неправильным положением глазных яблок;
Б – нарушением бинокулярного зрения;
В – нарушением подвижности косящего глаза;
+Г – верно А и Б;
Д – верно все перечисленное.

Лечение амблиопии носит название:

А – хирургического лечения;
Б – ортоптического лечения;
В – диплоптического лечения;
+Г – плеоптического лечения;
Д – коррекционного лечения.

Непосредственной причиной косоглазия является:

А – низкое зрение одного из глаз;
Б – нарушение механизма бификсации;
В – анизометропия;
Г – астигматизм;
+Д – все перечисленное.

Нистагм – это:

А – атрофические изменения в зрительном нерве;
+Б – колебательные движения глазных яблок;
В – вид нарушения цветоощущения;
Г – врожденная патология роговой оболочки;
Д – воспалительный процесс в хрусталике.

Основными признаками содружественного косоглазия являются все, кроме:

А – движения глаз в полном объеме;
Б – наличия равенства углов вторичного и первичного отклонения;
+В – ограничения подвижности косящего глаза;
Г – снижения зрения;
Д – отсутствие двоения.

По направлению отклонения глаз косоглазие может быть:

А – сходящимся;
Б – расходящимся;
В – вертикальным;
Г – только А и Б;
+Д – любым из перечисленных.

При бинокулярном зрении на четырехточечном цветотесте испытуемый через красно-зеленые очки видит:

+А – четыре кружка;
Б – пять кружков;
В – то два, то три кружка;
Г – закономерности не отмечается.

При сходящемся паралитическом косоглазии поражается:

А – верхняя прямая мышца;
Б – внутренняя прямая мышца;
В – нижняя прямая мышца;

+Г – наружная прямая мышца;
Д – верхняя косая мышца.

Световой рефлекс офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее внутренней половине, что соответствует:

- А – сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- Б – сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- +В – расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- Г – сходящемуся косоглазию с углом в 45° ;
- Д – расходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее наружной половине, что соответствует:

- А – сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- Б – расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- +В – сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- Г – расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- Д – сходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по внутреннему краю зрачка, что соответствует:

- А – сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- +Б – расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- В – сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- Г – расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- Д – сходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по ее внутреннему краю, что соответствует:

- А – сходящемуся или расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- Б – сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- В – расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- Г – сходящемуся косоглазию с углом в 45° ;
- +Д – расходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по ее наружному краю, что соответствует:

- А – сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- Б – сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- В – расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- +Г – сходящемуся косоглазию с углом в 45° ;
- Д – расходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по наружному краю зрачка, что соответствует:

- +А – сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- Б – расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- В – сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- Г – расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- Д – сходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Совместная работа моторных и сенсорных систем глаз обеспечивает:

- А – одновременную ориентацию зрительных осей на объект фиксации;
- Б – формирует пару сходных монокулярных изображений объекта на сетчатке глаза;
- В – способствует слиянию монокулярных изображений в единый образ;
- Г – правильное определение местоположения стимула;

+Д – все перечисленное верно.

Содружественное косоглазие может быть:

- А – аккомодационным;
- Б – частично аккомодационным;
- В – неаккомодационным;
- Г – перемежающимся;
- +Д – верно все перечисленное.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

Факультет медико-профилактический

Курс 4

Дисциплина Офтальмология

Билет к зачету № 1

1. Офтальмология как раздел хирургии. Достижения современной офтальмологии.
2. Анизометропия и анизейкония. Способы коррекции анизометропии. Специальные виды коррекции зрения. Контактные линзы.
3. Изменения сетчатки при ревматизме. Клинические проявления и принципы лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

Факультет медико-профилактический

Курс 4

Дисциплина Офтальмология

Билет к зачету № 2

1. Строение зрительного анализатора. Его части и их функции.
2. Виды оптических линз и очков. Показания к их применению. Определение вида и силы оптического стекла.
3. Ретиниты. Центральный и метастатический ретиниты. Диагностика и клиническая картина. Принципы лечения. Исходы.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 3

1. Строение фиброзной капсулы глаза, ее значение. Опознавательные пункты на глазном яблоке.
2. Аккомодация, ее механизм и возрастные особенности. Паралич и спазм аккомодации.
3. Токсоплазмоз сетчатки. Диагностика, клиника, лечение и исходы.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 4

1. Анатомия и гистологическое строение роговой оболочки. Ее питание. Особенности строения белочной оболочки.
2. Воспалительные заболевания век. Этиология, клиника и лечение.
3. Пигментная дистрофия сетчатки. Клинические проявления. Лечение. Прогноз.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 5

1. Сосудистая оболочка глаза, ее части, их функциональные особенности.
2. Заболевания век, связанные с патологией их мышечного аппарата. Клиника и способы лечения.
3. Старческие дистрофии сетчатки. Виды дистрофии, клинические проявления.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 6

1. Анатомия и функции радужной оболочки. Ее врожденная патология.
2. Общая симптоматика воспалительных заболеваний соединительной оболочки глаза. Принципы лечения.
3. Отслойка сетчатки. Основные причины возникновения патологии. Патогенез заболевания. Клиническая картина и диагностика. Принципы лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 7

1. Внутриглазные мышцы, их функция и иннервация.
2. Острый эпидемический конъюнктивит. Этиология, клиника, профилактика и лечение.
3. Виды невритов зрительного нерва. Причины возникновения и клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 8

1. Строение ресничного тела, его функциональные особенности. Хориоидея.
2. Гнобленнорея. Этиология, профилактика, клинические проявления и лечение. Осложнения гнобленнореи.
3. Застойный диск зрительного нерва. Офтальмоскопическая картина, дифференциальная диагностика.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 9

1. Анатомия и гистология сетчатки. Зубчатая линия и желтое пятно. Пути питания и функциональные особенности сетчатой оболочки.
2. Дифтерийный конъюнктивит. Этиология, профилактика, клиника и лечение.
3. Атрофия зрительного нерва. Клиническая картина и принципы лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 10

1. Проводящие нервные пути и корковый зрительный анализатор. Значение анатомических особенностей в топической диагностике патологического процесса.
2. Диплобациллярный (ангулярный) конъюнктивит. Этиология, клиника, лечение.
3. Понятие о внутриглазном давлении. Циркуляция внутриглазной жидкости, пути ее оттока. Строение дренажной системы угла передней камеры.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 11

1. Передняя и задняя камеры глаза. Состав и функции внутриглазной жидкости. Значение угла передней камеры глаза в оттоке водянистой влаги.
2. Основные виды вирусных конъюнктивитов. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
3. Способы исследования внутриглазного давления. Нормальное внутриглазное давление и его изменения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 12

1. Строение, анатомия и гистология хрусталика. Возрастные особенности хрусталика.
2. Этиология, эпидемиология, клиника и лечения трахомы. Ее осложнения и последствия.
3. Основные типы глауком. Общая симптоматика глаукомы.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 13

1. Анатомия и химический состав стекловидного тела, его значение для жизнедеятельности глаза.
2. Дакриоаденит, причины, клиника и лечение заболевания. Проба Ширмера. Синдромы Микулича и Сьегрена.
3. Врожденная глаукома. Основные причины возникновения заболевания. Клинические проявления и принципы лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 14

1. Кровоснабжение и иннервация глазного яблока.
2. Острый и хронический дакриоцистит. Причины развития. Функциональные пробы на проходимость слезных путей. Принципы лечения дакриоциститов.
3. Ранняя диагностика первичной глаукомы. Классификация.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 15

1. Анатомия глазницы и окружающие ее полости, ее содержимое. Фасции глаза. Функциональное значение орбиты.
2. Воспалительные заболевания глазницы. Клинические проявления и принципы лечения. Экзофтальм.
3. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Причины возникновения, патогенез и клиника. Первая помощь при остром приступе. Дифференциальная диагностика с иридоциклитом.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 16

1. Анатомические особенности и врожденная патология век, их функциональное предназначение.
2. Общая симптоматика заболеваний роговой оболочки. Роговичный синдром. Инфильтрат роговицы и его развитие. Типы васкуляризации роговой оболочки.
3. Виды лечения глауком. Вторичная глаукома.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 17

1. Строение и функциональные особенности соединительной оболочки глаза.
2. Изменения роговицы по форме и величине. Классификация кератитов. Понятие о роговичном синдроме. Осложнения кератитов.
3. Понятие о бинокулярном зрении. Монокулярное и одновременное зрение. Способы исследования бинокулярного зрения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 18

1. Анатомия и функциональные особенности слезовырабатывающего аппарата. Состав и функции слезы. Прекорнеальная пленка.
2. Эрозия и ползучая язва роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.
3. Содружественное косоглазие. Его причины, виды и диагностика. Принципы лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 19

1. Анатомия слезоотводящего аппарата.
2. Туберкулезно-аллергический кератоконъюнктивит. Причины, клиника, диагностика и лечение.
3. Амблиопия. Плеоптическое лечение.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 20

1. Глазодвигательные мышцы, их функции и иннервация.
2. Глубокие паренхиматозные кератиты. Этиология, клиническое течение, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
3. Паралитическое косоглазие. Дифференциальная диагностика с содружественным косоглазием. Принципы лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 21

1. Понятие об остроте зрения. Угол зрения и его взаимосвязь с остротой зрения. Методы исследования остроты зрения.
2. Поверхностные и глубокие вирусные кератиты. Клинические проявления и особенности течения. Диагностика и лечение.
3. Тупые повреждения глазницы и придатков глаза. Диагностика, принципы лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 22

1. Теория цветоощущения. Методы исследования цветового зрения. Врожденные и приобретенные нарушения цветовосприятия.
2. Исходы заболеваний роговой оболочки и их лечение. Принципы кератопластики и кератопротезирования.
3. Травматические повреждения оптических сред и содержимого глаза непроникающего характера. Диагностика и клиника. Принципы лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 23

1. Светоощущение и его исследование. Световая и темновая адаптация. Виды гемералопии.
2. Передние увеиты. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения. Первая помощь при остром иридоциклите. Осложнения передних увеитов и их лечение.
3. Повреждения заднего отрезка глаза при тупой травме. Их диагностика и лечение.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 24

1. Поле зрения. Методы исследования этой функции. Границы и патологические изменения поля зрения. Виды скотом.
2. Хориоидит и хориоретинит. Этиология, клинические проявления и лечение.
3. Проникающие ранения глаз. Классификация по локализации повреждения. Первая помощь.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 25

1. Методы исследования защитного аппарата глаза и его патология.
2. Причины помутнения хрусталика. Классификация катаракт по локализации помутнений. Диагностика катаракты.
3. Диагностика проникающих ранений глаза. Определение наличия внутриглазного инородного тела и его локализация.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 26

1. Методы исследования переднего отрезка глаза и его патология.
2. Классификация катаракт по М.И. Авербаху. Врожденная и приобретенная катаракты. Принципы лечения.
3. Способы удаления внутриглазных инородных тел. Металлозы глаза.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 27

1. Методы исследования заднего отрезка глаза и его патология.
2. Стадии развития возрастной катаракты. Диагностика и лечение. Виды экстракции катаракты.
3. Осложнения проникающих ранений глаза. Симпатическое воспаление.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 28

1. Понятие о диоптрийном исчислении. Глаз как оптическая система. Физическая рефракция глаза.
2. Хирургическое лечение катаракты. Вторичная катаракта. Афакия. Признаки афакии, способы ее коррекции. Имплантация искусственного хрусталика.
3. Ожоги глаз, первая помощь и лечение. Электросветоофтальмия.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 29

1. Клиническая рефракция глаза. Субъективный и объективный способы исследования клинической рефракции глаза.
2. Врожденная катаракта. Наиболее частые виды помутнения хрусталика. Принципы лечения.
3. Доброкачественные и злокачественные новообразования глаз и придаточного аппарата. Их диагностика и принципы лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 30

1. Способы коррекции аномалий рефракции глаза.
2. Изменения сетчатки при гипертонической болезни и заболеваниях почек.
3. Виды очков и их применение.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 31

1. Дальнозоркость. Клинические особенности, степени выраженности и способы коррекции.
2. Изменения сетчатки при заболеваниях крови. Лейкемия, анемия, геморрагическая пурпура, эритремия.
3. Атропин, скополамин, гомотропин, адреналин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 32

1. Близорукость. Клинические особенности, степени выраженности и способы коррекции.
2. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки. Причины, клиника, первая помощь и лечение.
3. Пилокарпин, армин, тосмилен, тимолол, ксалатан. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 33

1. Прогрессирующая близорукость. Диагностика, диспансеризация, клиника и лечение.
2. Тромбозы вен сетчатки. Клинические проявления и принципы лечения.
3. Дикаин, лидокаин, кокаин, инокаин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет медико-профилактический
Дисциплина Офтальмология**

Курс 4

Билет к зачету № 34

1. Астигматизм, его виды, диагностика и коррекция.
2. Диабетическая ретинопатия. Классификация, клинические проявления, осложнения. Лечение глазных проявлений сахарного диабета.
3. Пути введения лекарственных препаратов в глаз. Показания к их применению.