
**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 31.05.01 Лечебное дело,
утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 4 курса

по специальности 31.05.01 Лечебное 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 31.05.01 Лечебное 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 31.05.01 Лечебное 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.

Эталоны 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. Эталоны 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 лечебном 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 31.05.01 Лечебное 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 31.05.01 Лечебное 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.

Эталоны 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. Эталоны 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 лечебном факультете у обучающихся 4 курса.

Рецензент:

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



Дзгоева И.С.

Паспорт оценочных материалов по дисциплине Офтальмология

№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. Аномалии развития.	ОПК-4; ПК-2.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, 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; ПК-2.	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; ПК-2.	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; ПК-2.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
5.	Заболевания орбиты, век, конъюнктивы и слезных органов.	ПК-2; ПК-3; ПК-4	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
6.	Заболевания роговицы.	ПК-2; ПК-3; ПК-4	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты

			для оценки практических навыков, билеты по зачету
7.	Заболевания сосудистой оболочки глаза.	ПК-2; ПК-3; ПК-4	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, лучевых поражений.	ПК-2; ПК-3; ПК-4	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
9.	Заболевания хрусталика.	ПК-2; ПК-3; ПК-4	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
10.	Глаукомы.	ПК-2; ПК-3; ПК-4	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
11.	Новообразования органа зрения.	ПК-2; ПК-3; ПК-4	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
12.	Повреждения органа зрения.	ПК-2; ПК-3; ПК-4	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
13.	Профессиональные заболевания глаз.	ПК-2; ПК-3; ПК-4	Ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету

14.	Экспертиза военная и трудовая.	ПК-2; ПК-3; ПК-4	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
15.	Бинокулярное зрение. Косоглазие.	ПК-2; ПК-3; ПК-4	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
16. Модуль	Офтальмология	ОПК-4; ПК-2; ПК-3; ПК-4	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
17. Зачет	Офтальмология	ОПК-4; ПК-2; ПК-3; ПК-4	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. Строение фиброзной капсулы глаза, ее значение. Опознавательные пункты на глазном яблоке.
4. Анатомия и гистологическое строение роговой оболочки. Ее питание. Особенности строения белочной оболочки.
5. Сосудистая оболочка глаза, ее части, их функциональные особенности.
6. Анатомия и функции радужной оболочки. Ее врожденная патология.
7. Внутриглазные мышцы, их функция и иннервация.
8. Строение ресничного тела, его функциональные особенности. Хориоидея.
9. Анатомия и гистология сетчатки. Зубчатая линия и желтое пятно. Пути питания и функциональные особенности сетчатой оболочки.
10. Проводящие нервные пути и корковый зрительный анализатор. Значение анатомических особенностей в топической диагностике патологического процесса.
11. Передняя и задняя камеры глаза. Состав и функции внутриглазной жидкости. Значение угла передней камеры глаза в оттоке водянистой влаги.
12. Строение, анатомия и гистология хрусталика. Возрастные особенности хрусталика.
13. Анатомия и химический состав стекловидного тела, его значение для жизнедеятельности глаза.
14. Кровоснабжение и иннервация глазного яблока.
15. Анатомия глазницы и окружающие ее полости, ее содержимое. Фасции глаза. Функциональное значение орбиты.
16. Анатомические особенности и врожденная патология век, их функциональное предназначение.
17. Строение и функциональные особенности соединительной оболочки глаза.
18. Анатомия и функциональные особенности слезовырабатывающего аппарата. Состав и функции слезы. Прекорнеальная пленка.
19. Анатомия слезоотводящего аппарата.
20. Глазодвигательные мышцы, их функции и иннервация.
21. Понятие об остроте зрения. Угол зрения и его взаимосвязь с остротой зрения. Методы исследования остроты зрения.
22. Теория цветоощущения. Методы исследования цветового зрения. Врожденные и приобретенные нарушения цветовосприятия.
23. Светоощущение и его исследование. Световая и темновая адаптация. Виды гемералопии.

24. Поле зрения. Методы исследования этой функции. Границы и патологические изменения поля зрения. Виды скотом.
25. Методы исследования защитного аппарата глаза и его патология.
26. Методы исследования переднего отрезка глаза и его патология.
27. Методы исследования заднего отрезка глаза и его патология.
28. Понятие о диоптрийном исчислении. Глаз как оптическая система. Физическая рефракция глаза.
29. Клиническая рефракция глаза. Субъективный и объективный способы исследования клинической рефракции глаза.
30. Способы коррекции аномалий рефракции глаза.
31. Дальность зрения. Клинические особенности, степени выраженности и способы коррекции.
32. Близорукость. Клинические особенности, степени выраженности и способы коррекции.
33. Прогрессирующая близорукость. Диагностика, диспансеризация, клиника и лечение.
34. Астигматизм, его виды, диагностика и коррекция.
35. Анизометропия и анизейкония. Способы коррекции анизометропии. Специальные виды коррекции зрения. Контактные линзы.
36. Виды оптических линз и очков. Показания к их применению. Определение вида и силы оптического стекла.
37. Аккомодация, ее механизм и возрастные особенности. Паралич и спазм аккомодации.
38. Воспалительные заболевания век. Этиология, клиника и лечение.
39. Заболевания век, связанные с патологией их мышечного аппарата. Клиника и способы лечения.
40. Общая симптоматика воспалительных заболеваний соединительной оболочки глаза. Принципы лечения.
41. Острый эпидемический конъюнктивит. Этиология, клиника, профилактика и лечение.
42. Гонобленнорея. Этиология, профилактика, клинические проявления и лечение. Осложнения гонобленнореи.
43. Дифтерийный конъюнктивит. Этиология, профилактика, клиника и лечение.
44. Диплобациллярный (ангулярный) конъюнктивит. Этиология, клиника, лечение.
45. Основные виды вирусных конъюнктивитов. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
46. Этиология, эпидемиология, клиника и лечения трахомы. Ее осложнения и последствия.
47. Дакриоаденит, причины, клиника и лечение заболевания. Проба Ширмера. Синдромы Микулича и Сьегрена.

48. Острый и хронический дакриоцистит. Причины развития. Функциональные пробы на проходимость слезных путей. Принципы лечения дакриоциститов.
49. Воспалительные заболевания глазницы. Клинические проявления и принципы лечения. Экзофтальм.
50. Общая симптоматика заболеваний роговой оболочки. Роговичный синдром. Инфильтрат роговицы и его развитие. Типы васкуляризации роговой оболочки.
51. Изменения роговицы по форме и величине. Классификация кератитов. Понятие о роговичном синдроме. Осложнения кератитов.
52. Эрозия и ползучая язва роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.
53. Туберкулезно-аллергический кератоконъюнктивит. Причины, клиника, диагностика и лечение.
54. Глубокие паренхиматозные кератиты. Этиология, клиническое течение, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
55. Поверхностные и глубокие вирусные кератиты. Клинические проявления и особенности течения. Диагностика и лечение.
56. Исходы заболеваний роговой оболочки и их лечение. Принципы кератопластики и кератопротезирования.
57. Передние увеиты. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения. Первая помощь при остром иридоциклите. Осложнения передних увеитов и их лечение.
58. Хориоидит и хориоретинит. Этиология, клинические проявления и лечение.
59. Причины помутнения хрусталика. Классификация катаракт по локализации помутнений. Диагностика катаракты.
60. Классификация катаракт по М.И. Авербаху. Врожденная и приобретенная катаракты. Принципы лечения.
61. Стадии развития возрастной катаракты. Диагностика и лечение. Виды экстракции катаракты.
62. Хирургическое лечение катаракты. Вторичная катаракта. Афакия. Признаки афакии, способы ее коррекции. Имплантация искусственного хрусталика.
63. Врожденная катаракта. Наиболее частые виды помутнения хрусталика. Принципы лечения.
64. Изменения сетчатки при гипертонической болезни и заболеваниях почек.
65. Изменения сетчатки при заболеваниях крови. Лейкемия, анемия, геморрагическая пурпура, эритремия.
66. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки. Причины, клиника, первая помощь и лечение.
67. Тромбозы вен сетчатки. Клинические проявления и принципы лечения.

68. Диабетическая ретинопатия. Классификация, клинические проявления, осложнения. Лечение глазных проявлений сахарного диабета.
69. Изменения сетчатки при ревматизме. Клинические проявления и принципы лечения.
70. Ретиниты. Центральный и метастатический ретиниты. Диагностика и клиническая картина. Принципы лечения. Исходы.
71. Токсоплазмоз сетчатки. Диагностика, клиника, лечение и исходы.
72. Пигментная дистрофия сетчатки. Клинические проявления. Лечение. Прогноз.
73. Старческие дистрофии сетчатки. Виды дистрофии, клинические проявления.
74. Отслойка сетчатки. Основные причины возникновения патологии. Патогенез заболевания. Клиническая картина и диагностика. Принципы лечения.
75. Виды невритов зрительного нерва. Причины возникновения и клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.
76. Застойный диск зрительного нерва. Офтальмоскопическая картина, дифференциальная диагностика.
77. Атрофия зрительного нерва. Клиническая картина и принципы лечения.
78. Понятие о внутриглазном давлении. Циркуляция внутриглазной жидкости, пути ее оттока. Строение дренажной системы угла передней камеры.
79. Способы исследования внутриглазного давления. Нормальное внутриглазное давление и его изменения.
80. Основные типы глауком. Общая симптоматика глаукомы.
81. Врожденная глаукома. Основные причины возникновения заболевания. Клинические проявления и принципы лечения.
82. Ранняя диагностика первичной глаукомы. Классификация.
83. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Причины возникновения, патогенез и клиника. Первая помощь при остром приступе. Дифференциальная диагностика с иридоциклитом.
84. Виды лечения глауком. Вторичная глаукома.
85. Понятие о бинокулярном зрении. Монокулярное и одновременное зрение. Способы исследования бинокулярного зрения.
86. Содружественное косоглазие. Его причины, виды и диагностика. Принципы лечения.
87. Амблиопия. Плеоптическое лечение.
88. Паралитическое косоглазие. Дифференциальная диагностика с содружественным косоглазием. Принципы лечения.
89. Тупые повреждения глазницы и придатков глаза. Диагностика, принципы лечения.
90. Травматические повреждения оптических сред и содержимого глаза непроникающего характера. Диагностика и клиника. Принципы лечения.

91. Повреждения заднего отрезка глаза при тупой травме. Их диагностика и лечение.
92. Проникающие ранения глаз. Классификация по локализации повреждения. Первая помощь.
93. Диагностика проникающих ранений глаза. Определение наличия внутриглазного инородного тела и его локализация.
94. Способы удаления внутриглазных инородных тел. Металлозы глаза.
95. Осложнения проникающих ранений глаза. Симпатическое воспаление.
96. Ожоги глаз, первая помощь и лечение. Электросветеофтальмия.
97. Доброкачественные и злокачественные новообразования глаз и придаточного аппарата. Их диагностика и принципы лечения.
98. Виды очков и их применение.
99. Атропин, скополамин, гомотропин, адреналин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
100. Пилокарпин, армин, тосмилен, тимолол, ксалатан. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
101. Дикаин, лидокаин, кокаин, инокаин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
102. Пути введения лекарственных препаратов в глаз. Показания к их применению.

Вопросы к зачету

1. Офтальмология как раздел хирургии. Достижения современной офтальмологии.
2. Строение зрительного анализатора. Его части и их функции.
3. Строение фиброзной капсулы глаза, ее значение. Опознавательные пункты на глазном яблоке.
4. Анатомия и гистологическое строение роговой оболочки. Ее питание. Особенности строения белочной оболочки.
5. Сосудистая оболочка глаза, ее части, их функциональные особенности.
6. Анатомия и функции радужной оболочки. Ее врожденная патология.
7. Внутриглазные мышцы, их функция и иннервация.
8. Строение ресничного тела, его функциональные особенности. Хориоидея.
9. Анатомия и гистология сетчатки. Зубчатая линия и желтое пятно. Пути питания и функциональные особенности сетчатой оболочки.
10. Проводящие нервные пути и корковый зрительный анализатор. Значение анатомических особенностей в топической диагностике патологического процесса.
11. Передняя и задняя камеры глаза. Состав и функции внутриглазной жидкости. Значение угла передней камеры глаза в оттоке водянистой влаги.
12. Строение, анатомия и гистология хрусталика. Возрастные особенности хрусталика.
13. Анатомия и химический состав стекловидного тела, его значение для жизнедеятельности глаза.
14. Кровоснабжение и иннервация глазного яблока.
15. Анатомия глазницы и окружающие ее полости, ее содержимое. Фасции глаза. Функциональное значение орбиты.
16. Анатомические особенности и врожденная патология век, их функциональное предназначение.
17. Строение и функциональные особенности соединительной оболочки глаза.
18. Анатомия и функциональные особенности слезовырабатывающего аппарата. Состав и функции слезы. Прекоorneальная пленка.
19. Анатомия слезоотводящего аппарата.
20. Глазодвигательные мышцы, их функции и иннервация.
21. Понятие об остроте зрения. Угол зрения и его взаимосвязь с остротой зрения. Методы исследования остроты зрения.
22. Теория цветоощущения. Методы исследования цветового зрения. Врожденные и приобретенные нарушения цветовосприятия.
23. Светоощущение и его исследование. Световая и темновая адаптация. Виды гемералопии.
24. Поле зрения. Методы исследования этой функции. Границы и патологические изменения поля зрения. Виды скотом.

25. Методы исследования защитного аппарата глаза и его патология.
26. Методы исследования переднего отрезка глаза и его патология.
27. Методы исследования заднего отрезка глаза и его патология.
28. Понятие о диоптрийном исчислении. Глаз как оптическая система. Физическая рефракция глаза.
29. Клиническая рефракция глаза. Субъективный и объективный способы исследования клинической рефракции глаза.
30. Способы коррекции аномалий рефракции глаза.
31. Дальнозоркость. Клинические особенности, степени выраженности и способы коррекции.
32. Близорукость. Клинические особенности, степени выраженности и способы коррекции.
33. Прогрессирующая близорукость. Диагностика, диспансеризация, клиника и лечение.
34. Астигматизм, его виды, диагностика и коррекция.
35. Анизометропия и анизейкония. Способы коррекции анизометропии. Специальные виды коррекции зрения. Контактные линзы.
36. Виды оптических линз и очков. Показания к их применению. Определение вида и силы оптического стекла.
37. Аккомодация, ее механизм и возрастные особенности. Паралич и спазм аккомодации.
38. Воспалительные заболевания век. Этиология, клиника и лечение.
39. Заболевания век, связанные с патологией их мышечного аппарата. Клиника и способы лечения.
40. Общая симптоматика воспалительных заболеваний соединительной оболочки глаза. Принципы лечения.
41. Острый эпидемический конъюнктивит. Этиология, клиника, профилактика и лечение.
42. Гнобленнорея. Этиология, профилактика, клинические проявления и лечение. Осложнения гнобленнореи.
43. Дифтерийный конъюнктивит. Этиология, профилактика, клиника и лечение.
44. Диплобациллярный (ангулярный) конъюнктивит. Этиология, клиника, лечение.
45. Основные виды вирусных конъюнктивитов. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
46. Этиология, эпидемиология, клиника и лечения трахомы. Ее осложнения и последствия.
47. Дакриоаденит, причины, клиника и лечение заболевания. Проба Ширмера. Синдромы Микулича и Сьегрена.
48. Острый и хронический дакриоцистит. Причины развития. Функциональные пробы на проходимость слезных путей. Принципы лечения дакриоциститов.
49. Воспалительные заболевания глазницы. Клинические проявления и

принципы лечения. Экзофтальм.

50. Общая симптоматика заболеваний роговой оболочки. Роговичный синдром. Инfiltrат роговицы и его развитие. Типы васкуляризации роговой оболочки.

51. Изменения роговицы по форме и величине. Классификация кератитов. Понятие о роговичном синдроме. Осложнения кератитов.

52. Эрозия и ползучая язва роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.

53. Туберкулезно-аллергический кератоконъюнктивит. Причины, клиника, диагностика и лечение.

54. Глубокие паренхиматозные кератиты. Этиология, клиническое течение, дифференциальная диагностика и принципы лечения.

55. Поверхностные и глубокие вирусные кератиты. Клинические проявления и особенности течения. Диагностика и лечение.

56. Исходы заболеваний роговой оболочки и их лечение. Принципы кератопластики и кератопротезирования.

57. Передние увеиты. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения. Первая помощь при остром иридоциклите. Осложнения передних увеитов и их лечение.

58. Хориоидит и хориоретинит. Этиология, клинические проявления и лечение.

59. Причины помутнения хрусталика. Классификация катаракт по локализации помутнений. Диагностика катаракты.

60. Классификация катаракт по М.И. Авербаху. Врожденная и приобретенная катаракты. Принципы лечения.

61. Стадии развития возрастной катаракты. Диагностика и лечение. Виды экстракции катаракты.

62. Хирургическое лечение катаракты. Вторичная катаракта. Афакия. Признаки афакии, способы ее коррекции. Имплантация искусственного хрусталика.

63. Врожденная катаракта. Наиболее частые виды помутнения хрусталика. Принципы лечения.

64. Изменения сетчатки при гипертонической болезни и заболеваниях почек.

65. Изменения сетчатки при заболеваниях крови. Лейкемия, анемия, геморрагическая пурпура, эритремия.

66. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки. Причины, клиника, первая помощь и лечение.

67. Тромбозы вен сетчатки. Клинические проявления и принципы лечения.

68. Диабетическая ретинопатия. Классификация, клинические проявления, осложнения. Лечение глазных проявлений сахарного диабета.

69. Изменения сетчатки при ревматизме. Клинические проявления и принципы лечения.

70. Ретиниты. Центральный и метастатический ретиниты. Диагностика и клиническая картина. Принципы лечения. Исходы.
71. Токсоплазмоз сетчатки. Диагностика, клиника, лечение и исходы.
72. Пигментная дистрофия сетчатки. Клинические проявления. Лечение. Прогноз.
73. Старческие дистрофии сетчатки. Виды дистрофии, клинические проявления.
74. Отслойка сетчатки. Основные причины возникновения патологии. Патогенез заболевания. Клиническая картина и диагностика. Принципы лечения.
75. Виды невритов зрительного нерва. Причины возникновения и клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.
76. Застойный диск зрительного нерва. Офтальмоскопическая картина, дифференциальная диагностика.
77. Атрофия зрительного нерва. Клиническая картина и принципы лечения.
78. Понятие о внутриглазном давлении. Циркуляция внутриглазной жидкости, пути ее оттока. Строение дренажной системы угла передней камеры.
79. Способы исследования внутриглазного давления. Нормальное внутриглазное давление и его изменения.
80. Основные типы глауком. Общая симптоматика глаукомы.
81. Врожденная глаукома. Основные причины возникновения заболевания. Клинические проявления и принципы лечения.
82. Ранняя диагностика первичной глаукомы. Классификация.
83. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Причины возникновения, патогенез и клиника. Первая помощь при остром приступе. Дифференциальная диагностика с иридоциклитом.
84. Виды лечения глауком. Вторичная глаукома.
85. Понятие о бинокулярном зрении. Монокулярное и одновременное зрение. Способы исследования бинокулярного зрения.
86. Содружественное косоглазие. Его причины, виды и диагностика. Принципы лечения.
87. Амблиопия. Плеоптическое лечение.
88. Паралитическое косоглазие. Дифференциальная диагностика с содружественным косоглазием. Принципы лечения.
89. Тупые повреждения глазницы и придатков глаза. Диагностика, принципы лечения.
90. Травматические повреждения оптических сред и содержимого глаза непроникающего характера. Диагностика и клиника. Принципы лечения.
91. Повреждения заднего отрезка глаза при тупой травме. Их диагностика и лечение.
92. Проникающие ранения глаз. Классификация по локализации повреждения. Первая помощь.
93. Диагностика проникающих ранений глаза. Определение наличия

внутриглазного инородного тела и его локализация.

94. Способы удаления внутриглазных инородных тел. Металлозы глаза.
95. Осложнения проникающих ранений глаза. Симпатическое воспаление.
96. Ожоги глаз, первая помощь и лечение. Электросветоофтальмия.
97. Доброкачественные и злокачественные новообразования глаз и придаточного аппарата. Их диагностика и принципы лечения.
98. Виды очков и их применение.
99. Атропин, скополамин, гомотропин, адреналин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
100. Пилокарпин, армин, тосмилен, тимолол, ксалатан. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
101. Дикаин, лидокаин, кокаин, инокаин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
102. Пути введения лекарственных препаратов в глаз. Показания к их применению.

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

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет лечебный Специальность лечебное дело
Дисциплина Офтальмология

Курс 4

Ситуационные задачи

1. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

1. При осмотре методом бокового освещения в роговой оболочке видно помутнение бело-серого цвета. Определяется перикорнеальная инъекция глазного яблока, что позволяет думать о воспалительном процессе в роговой оболочке. Каким методом исследования можно уточнить локализацию и глубину поражения роговой оболочки?
2. Врач проводит исследование больного глаза методом фокального освещения. У него создается впечатление, что в радужной оболочке имеются новообразованные сосуды. Однако они очень мелкие и для диагностики нужна более крупная их визуализация. Какое обследование можно еще применить, если работа с щелевой лампой недоступна?
3. У больного имеет место небольшой экзофтальм справа. Какие методы исследования нужно использовать для диагностики процесса и определения вида экзофтальма – истинный или ложный?
4. При ориентировочной оценке ширины угла передней камеры в области склеральной части лимба исследуемого глаза с носовой стороны появилось яркое сечение в виде пятна диаметром 1,5-2 мм. Каково заключение о ширине угла передней камеры в данном случае?
5. При ориентировочной оценке ширины угла передней камеры свечение в носовой половине в склеральной части лимба исследуемого глаза не вызывается. Каково заключение о ширине угла передней камеры этого глаза?
6. Больному проведено исследование в проходящем свете. На фоне красного рефлекса с глазного дна видны темные помутнения. Какими процессами они могут быть обусловлены? Как их дифференцировать? Какие дополнительные исследования для этого необходимы?
7. Больной получил проникающее ранение левого глаза осколками стекла. Имеющиеся на роговице ранки адаптированы и не требуют

хирургического вмешательства. Однако их характер позволяет предположить наличие инородного тела (стекла в углу передней камеры глаза). На рентгенограммах инородного тела не видно. Какие дополнительные исследования необходимо провести для качественной диагностики?

8. При проведении диафаноскопического исследования левого глаза у пожилой больной в нижневнутреннем квадранте определяется исчезновение красного рефлекса. О каком патологическом процессе позволяют думать данные диафаноскопии?
9. Пациент жалуется на снижение зрения правого глаза. Исследование оптического статуса дает эметропическую рефракцию. При осмотре переднего отрезка глаза патологических изменений не выявлено. Какое исследование необходимо произвести?
10. В приемное отделение стационара обратился пациент с жалобами на чувство инородного тела в левом глазу. Это ощущение появилось со времени вчерашней прогулки при сильном ветре. После возвращения домой промыл глаз, однако ощущение соринки не исчезло. При осмотре роговицы инородного тела не видно. Какие манипуляции еще нужно провести, чтобы убедиться в отсутствии инородного тела?

Ответы на ситуационные задачи.

1. *Необходимо проведение биомикроскопии глаза.*
2. *Возможно проведение комбинированного метода, добавив фокальное освещение рассматриванием объекта через дополнительную линзу в 20,0 Д или бинокулярную лупу.*
3. *Для диагностики экзофтальма необходимо проведение экзофтальмометрии. Для исключения ложного экзофтальма проводят сравнительную ультразвуковую биометрию обоих глаз. Для уточнения процесса необходимо проведение рентгенологических методов исследования, консультация эндокринолога.*
4. *Угол передней камеры открыт, широкий.*
5. *Угол передней камеры закрыт или очень узкий.*
6. *Помутнения, видимые при исследовании в проходящем свете, могут относиться к прозрачным средам глаза. Наличие их во влаге передней*

камеры и стекловидном теле делает их подвижными после окончания движения глаза. Хрусталиковые помутнения и помутнения роговицы перемещаются вместе с движением глаза. Решение о положении помутнений может быть вынесено после проведения биомикроскопического исследования.

- 7. Гониоскопия, ультразвуковое исследование, бесскелетная рентгенография.*
- 8. Внутриглазная опухоль.*
- 9. Офтальмоскопию.*
- 10. Выворот век.*

2. ЗРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ И ИХ ИССЛЕДОВАНИЕ

11. При исследовании остроты зрения у пациента по таблице Сивцева правым глазом он не видит с расстояния пяти метров даже первой строчки. Каким образом продолжить ему исследование остроты зрения?
12. Во время обследования пациента выяснено, что его левый глаз не видит даже пальцев врача, поднесенных к глазу. Укажите, как дальше проводить исследование остроты зрения? Какие для этого существуют методики?
13. Пациент после экстракции катаракты видит все окружающее в голубом цвете. Каковы причины этого явления? Как оно называется?
14. После полученной тупой травмы левого глаза пациент отмечает, что все окружающее этот глаз видит в красном цвете, как бы через красный светофильтр. Какое нарушение цветовосприятия имеет место у пациента? Каковы возможные его причины? Лечебная тактика.
15. При проведении периметрического исследования у пациента выявлена правосторонняя гемианопсия. Проведите топическую диагностику патологического процесса. Какова дальнейшая тактика в лечении больного?
16. В результате проведенной периметрии выявлено, что у пациента имеется концентрическое сужение границ полей зрения обоих глаз вплоть до трубчатого. Какие заболевания могут давать такую картину поля зрения?
17. При исследовании поля зрения на цвета у пациента на периметре выявлено, что наиболее широкое поле зрения имеется на синий цвет, сужение поля зрения на красный, и особенно на зеленый цвета. О какой патологии зрительных путей может говорить такая картина?
18. Больной жалуется на наличие «занавески» перед правым глазом. Она появилась несколько дней назад. При проведении периметрии определяется выпадение верхней половины поля зрения. Какие дополнительные исследования необходимо провести? Назовите возможные патологические процессы, ведущие к такому изменению поля зрения.
19. Пациенту проводилась компьютерная кампиметрия, в результате которой выявлено расширение границ слепого пятна и появление в зоне Бьеррума относительных скотом, имеющих тенденцию к слиянию.

Какое заболевание, основываясь на данных периметрии, можно заподозрить у больного?

20. При проведении кампиметрии у больного выявлена центральная относительная скотома. Какие заболевания могут давать такие изменения поля зрения?
21. В неврологическом отделении находится пациент, которому необходимо исследовать границы полей зрения, так как лечащий врач предполагает наличие у него гемианопсии. Учитывая то, что состояние больного тяжелое и он не мобилен, проведение периметрии и кампиметрии невозможно. Какими методами можно провести данное исследование?
22. Ребенок 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?

Ответы на ситуационные задачи.

11. *Необходимо подводить пациента к таблице до тех пор, пока он не увидит буквы первой строчки. Возможно подносить таблицу или использовать отдельные оптоотыпы. Вместо них можно показывать различное количество пальцев. Острота зрения рассчитывается по формуле Снеллена.*
12. *Исследуют светоощущение, направляя свет в глаз с различных сторон. Возможно проведение пробы Меддокса.*
13. *Удаленный естественный хрусталик имеет желтую окраску. Вследствие этого после операции возникает видение окружающего в голубом цвете – цианопсия.*
14. *У больного эритропсия. Она может быть следствием кровоизлияния. Необходима рассасывающая терапия.*

15. *Правосторонняя гемианопсия говорит о поражении левого зрительного тракта. Необходимы МРТ и КТ, консультация и лечение невропатолога.*
16. *Нарушение кровообращения в обеих задних мозговых артериях, далекозашедшая глаукома, пигментная абиятрофия сетчатки и др.*
17. *Заболевания зрительного нерва.*
18. *Выпадение верхней половины поля зрения может говорить о различной патологии глаза: отслойке сетчатки, частичном гемофтальме, нарушении кровообращения, опухоли и т.д. Необходимо проведение биомикроскопического исследования, тщательной офтальмоскопии, возможно ультразвукового исследования, флюоресцентной ангиографии.*
19. *Глаукома.*
20. *Патология желтого пятна сетчатки.*
21. *Контрольный способ.*
22. *Необходимо проведение адаптометрии. У ребенка возможно гемералопия, на фоне которой имеет место простой блефарит. Гемералопия, скорее всего, имеет функциональный характер. Назначить витамины группы А.*

3. РЕФРАКЦИЯ

23. На прием к окулисту пришел мужчина 28 лет с жалобами на снижение зрения обоих глаз. При визометрии острота зрения обоих глаз 0,3. Патологических изменений глаз нет. Каким образом возможно определить вид имеющейся аномалии рефракции у пациента, если в Вашем распоряжении имеется только набор пробных оптических стекол?
24. У ребенка 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 $-3,0$ 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?
25. Больная 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 $-2,25$. Д = 0,3. Острота зрения левого глаза = 0,1 со сферическим стеклом $-2,0$. 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?
26. Ребенок 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 $-4,5$. Д = 0,8. Острота зрения левого глаза = 0,1 со сферой $-5,0$. 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?
27. Больная 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 корригирующие очки не хочет. Какие еще способы коррекции аномалии рефракции ей можно предложить?

28. Родители привели к окулисту ребенка 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?
29. Студент 18 лет пришел на прием к окулисту с жалобами на плохое зрение обоих глаз. Объективно: Зрение обоих глаз 0.4, при скиаскопии с 1 метра найдено, что стекло, нейтрализующее тень, равно – 3,0Д. Какая рефракция у студента?
30. При объективном методе исследования рефракции у пациента с помощью теневой пробы тень в области зрачка движется в противоположную сторону движения зеркального офтальмоскопа. Какая рефракция была выявлена у пациента при данном обследовании?
31. При объективном методе исследования рефракции у пациента с помощью теневой пробы тень в области зрачка не двигается. Чему соответствует рефракция в этом случае?
32. При исследовании рефракции пациента 32-х лет субъективным способом, он с тремя стеклами (–6.0Д, –6.5Д и –7.0Д) дает одинаковую остроту зрения. Чему равна рефракция, выявленная субъективным способом, в данном случае?
33. Пациентка 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?
34. Инженер 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?
35. Больная 26-ти лет консультирована окулистом в инфекционном отделении. Она предъявляет жалобы на то, что у нее сохранено зрение

вдаль, а расположенные вблизи предметы больная видит неясно. Данные жалобы появились два дня назад. Плохо себя почувствовала около двух дней назад. Около недели назад принимала в пищу домашние консервированные грибы. Объективно: отмечает слабость, головную боль, головокружение, тошноту, необильную рвоту, жидкий стул. На фоне какого инфекционного заболевания появились зрительные расстройства? Как называется данная зрительная патология?

36. Пациентка 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?
37. В кабинет офтальмолога обратилась старушка, которая принесла с собой разбитые очки внука. Со слов женщины молодой человек прийти на прием к окулисту не может, так как находится на лечении в райбольнице. В очках он остро нуждается, так как не может читать текст. Просьба к окулисту – выписать очки аналогичные разбитым. Как помочь старушке?

Ответы на ситуационные задачи.

23. *Для определения вида рефракции необходимо перед исследуемым глазом поместить слабую собирающую линзу. При миопической рефракции пациент отметит ухудшение зрения этого глаза, а при гиперметропии – или улучшение, или зрение останется таким же.*
24. *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.*
25. *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.

- 26. Нужно произвести ультразвуковую биометрию глаза. У пациента предполагается прогрессирующая близорукость. Показана операция – склеропластика.*
- 27. Пациентке можно предложить контактную коррекцию или рефракционную хирургию.*
- 28. У ребенка можно предположить наличие скрытой дальнозоркости. Для уточнения диагноза необходимо проведение исследования рефракции объективными методами в условиях циклоплегии.*
- 29. Миопия в 4,0 Д.*
- 30. Миопия.*
- 31. Миопия в 1,0 Д.*
- 32. Миопия в 6,0 Д.*
- 33. У пациентки начальные проявления пресбиопии. Необходима очковая коррекция для работы на близком расстоянии собирательными линзами +1,5 Д.*
- 34. У пациента пресбиопия. Необходима очковая коррекция для работы на близком расстоянии собирательными линзами +2,0 Д.*
- 35. На фоне ботулизма у больной развился паралич аккомодации.*
- 36. 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.*
- 37. Необходимо исследовать вид и силу оптических линз разбитых очков на диоптриметре. При его отсутствии – провести исследование методом нейтрализации.*

4. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК

38. Больной 14-ти лет обратился к врачу в связи с появлением отека век 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?
39. После прогулки в парке к окулисту обратилась больная 23-х лет с жалобами на выраженный отек век левого глаза. При объективном осмотре выявлено: Острота зрения обоих глаз = 1,0. Правый глаз здоров. Веки левого глаза отечны, больше верхнее. На фоне отечного века видна бледноватая папула с геморрагическим точечным центром. Ваш предположительный диагноз? Лечебные мероприятия?
40. К окулисту детской поликлиники принесли на осмотр двухмесячную девочку, которая до последнего времени росла и развивалась нормально. Несколько дней тому назад она стала плохо брать грудь, движения вялые, повысилась температура до 38,3°. Родители заметили припухлость в области верхнего века правого глаза. Веко плохо поднимается, кожа его напряжена, гиперемирована, с синюшным оттенком. Осмотр показал, кроме этого, что со стороны глазного яблока внешних отклонений от нормы нет. Как будто бы нет и особой разницы в зрительной способности обоих глаз. О каком заболевании, прежде всего, стоит подумать?
41. Больной 54 лет 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?

42. Пациентка 19 лет обратилась к окулисту с жалобами на отек и покраснение верхнего века левого глаза. Накануне была у косметолога. Аллергию на лекарственные препараты и косметические средства отрицает. Объективно: Острота зрения обоих глаз = 0,4 со сферой – 1,5. Д = 1,0. Верхнее веко левого глаза отечно, кожа напряжена, гиперемирована, горячая на ощупь. Пальпация резко болезненна. Через кожу просвечивает желтоватого цвета гной. Диагноз? Лечебные мероприятия?
43. Больной 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? Диагностические и лечебные мероприятия?
44. Студент 20 лет пришел на консультацию к окулисту. Жалобы: на покраснение краев век, зуд, ощущение засоренности в глазах, утомляемость глаз при длительной нагрузке, особенно в вечернее время при искусственном освещении. Объективно: зрение обоих глаз 0,1, со стеклом +3,0 Д = 1,0. Края век утолщены, умеренно гиперемированы. Ваш диагноз?
45. Больная 37-ми лет, обратилась к окулисту с жалобами на покраснение век, тяжесть в веках, зуд, слезотечение. Из анамнеза выяснено, что больная неоднократно принимала значительные дозы антибиотиков по поводу соматических заболеваний. Лечилась по поводу дисбактериоза. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Края век утолщены, гиперемированы, как будто бы промаслены. Больная часто моргает. В уголках глаз пенистое отделяемое. Конъюнктив век гиперемирована. Через нее просвечивают утолщенные мейбомиевы железы. Поставьте диагноз. Наметьте необходимые диагностические мероприятия. Назначьте лечение.
46. Ребенок 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?

47. Заболевание началось у больного 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?
48. Больной 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?
49. После перенесенного на работе переохлаждения у больного 40-ка лет на нижнем веке правого глаза появилось уплотнение с покраснением кожи. В течение двух дней оно увеличилось. Отек распространился и на верхнее веко. При объективном исследовании выявлено: острота зрения обоих глаз = 1,0. На пораженном веке у наружного реберного края определяется инфильтрат с гнойной головкой на вершине. Глазное яблоко интактно. Диагноз? Лечебные мероприятия?
50. У больной 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 конъюнктив утолщена и гиперемирована. Пальпация опухоли безболезненная. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Диагноз? Лечение?
51. После перенесенного гипертонического криза у больной 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?

52. Пациентка 55 лет обратилась в поликлинику на прием к окулисту. Жалобы: на слезотечение и раздражение глаз, которое усиливается утром после сна. Анамнез: удалось выяснить, что 6 месяцев назад была сделана операция на веках – блефаропластика. При осмотре на роговице определяется точечная кератопатия. Слезные точки погружены в слезное озеро. При просьбе закрыть глаз обнаруживается неполное смыкание век. Диагноз?
53. У обратившейся к окулисту больной 45-ти лет объективный статус выглядит следующим образом: Острота зрения обоих глаз = 1,0. Верхнее веко левого глаза припущено, прикрывает роговицу практически наполовину. При этом одновременно с опущением верхнего века наблюдаются западение глазного яблока и сужение зрачка. Как можно расценить имеющееся состояние? Консультации каких специалистов Вам необходимы? Принципы лечения пациентки?
54. Больной 26-ти лет, ходит, высоко запрокинув голову. Верхние веки обоих глаз припущены. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза здоровы. Диагноз? Лечебные мероприятия?
55. Больной 62-х лет обратился к офтальмологу с жалобами на сужение глазной щели слева. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. При наружном осмотре определяется уменьшение ширины глазной щели слева за счет того, что верхнее веко несколько припущено. Подвижность века и рост ресниц не нарушены. Остальные придатки глаза не изменены. Глаза спокойные. Зрачок левого глаза несколько уже, чем справа. Реакция зрачков на свет сохранена. Подлежащие отделы без видимых изменений. Какова Ваша тактика в диагностике заболевания? Какую патологию можно предположить? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия.
56. К врачу обратился пациент 34 лет с жалобами на сужение глазной щели справа. Эти явления появились две недели назад. При объективном исследовании обнаружено следующее. Одновременно с опущением верхнего века наблюдаются западение глазного яблока и сужение зрачка. Какое название носит описанный симптомокомплекс? Каковы причины его возникновения? Лечебные мероприятия?
57. Больной 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 трут 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?

58. Больной 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. Конъюнктивальная гипертрофирована 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?
59. Больная 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?
60. У новорожденного ребенка у внутреннего угла обоих глаз имеется кожная полулунная складка, переходящая с верхнего века на нижнее. В виде перепонки эта складка частично прикрывает внутренний угол глаза и, деформируя тем самым конфигурацию глазной щели, придает глазам монголоидный вид. Назовите патологию. Определите возможное лечение.
61. В глазной кабинет детской поликлиники принесли на консультацию новорожденного ребенка. При объективном осмотре обнаружено, что между верхним и нижним веками обоих глаз имеются достаточно толстые кожные перемычки. Ваш диагноз? Возможно ли лечение? Если да, то назовите лечебные мероприятия.

Ответы на ситуационные задачи.

38. У больного аллергический отек Квинке. Назначить десенсибилизирующие препараты.
39. Укус насекомого. Лечение обычно не требуется: через несколько часов отек самопроизвольно исчезает.
40. Прежде всего, следует думать о возможной флегмоне глазницы.
41. У больного абсцесс нижнего века. Показано вскрытие абсцесса и его дренирование, проведение антибактериальной терапии.
42. У больной абсцесс верхнего века. Показано его вскрытие и дренирование. Проведение антибактериальной терапии.
43. На фоне гиперметропии у пациента развился простой блефарит. Необходима коррекция аномалии рефракции. Показана обработка краев век спиртом, Массаж век. Инстилляци в конъюнктивальный мешок сульфацил-натрия или сульфата цинка. За веки и на веки гидрокортизоновая мазь.
44. Простой блефарит.
45. У больной мейбомиевый блефарит. Показан массаж век с эвакуацией содержимого мейбомиевых желез. Возможны аппликации на веки антибактериальных препаратов, инстилляци антибиотиков, сульфаниламидов, кортикостероидов. Аналогичные мази на края век.
46. У больного чешуйчатый блефарит. Нужно проводить лечение гельминтоза. Показана обработка краев век спиртом, Массаж век. Инстилляци в конъюнктивальный мешок сульфацил-натрия или сульфата цинка. За веки и на веки гидрокортизоновая мазь.
47. 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 эпиллировать.

48. *Имеющиеся симптомы, скорее всего, указывают на воспаление сальной 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, УВЧ-терапия.*
49. *У больного ячмень верхнего века. Внутрь антибиотики салицилаты, местно – антибактериальные капли. При абсцедировании – вскрытие гнояника с дренированием.*
50. *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.*
51. *У больной лагофталм 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 лагофталме показано оперативное лечение – частичное ушивание глазной щели (блефарорафия) или подтягивание атоничного нижнего века к глазу. По поводу начинающихся катаракт назначают инстилляциии препаратов квинакс, катахром и т.д. Необходимо наблюдение и лечение терапевта по поводу гипертонической болезни.*
52. *Лагофталм.*
53. *Синдром Горнера. Консультация и лечение невропатолога. Принципы лечения – проведение восстановительного лечения паралича шейного симпатического узла.*
54. *Запрокинутая голова носит название позы «звездочета». У больного частичный двусторонний врожденный птоз. Лечение хирургическое.*

55. *Птоз, возможно, вызван параличом шейного симпатического нерва. На что может указывать асимметрия зрачков. Возможно, это проявление Синдрома Горнера. Нужно произвести экзофтальмометрию. Необходима консультация невропатолога.*
56. *У больного синдром Горнера. Нужно произвести экзофтальмометрию. Необходима консультация и лечение невропатолога.*
57. *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.*
58. *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.*
59. *У больной гиперметропия слабой степени, блефарохалазис обоих глаз. Назначают коррекцию гиперметропии, оперативное лечение блефарохалазиса.*
60. *У ребенка эпикантус. Необходимо оперативное лечение, которое может быть проведено в отдаленные сроки.*
61. *Филиформный анкилоблефарон. Ребенок нуждается в раннем хирургическом лечении – рассечении спаек и пластике век.*

5. ЗАБОЛЕВАНИЯ КОНЬЮНКТИВЫ

62. Заболевание у ребенка 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 глазного яблока. Конъюнктива слегка отечна, утолщена. 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?
63. У ребенка 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?
64. 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. Конъюнктива глазного 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?
65. В эндокринологическом отделении РКБ одновременно заболели 4 человека. На фоне недомогания, температуры, насморка, головной боли, появилось покраснение глаз, слезотечение, светобоязнь. Объективно: конъюнктива резко гиперемирована, отмечаются петехиальные кровоизлияния, фолликулы, точечные инфильтраты на роговице. Через день заболело еще 5 человек. Поставьте диагноз и объясните тактику лечения.

66. У больного 37-ми лет, конъюнктивит начался остро, сначала на одном, а затем на другом глазу. Больной отмечает общее недомогание. Веки отечные, гиперемированные, с синюшным оттенком. На конъюнктиве век и глазного яблока бело-серые пленки, плотно спаянные с конъюнктивой. Роговица интактная. Подлежащие отделы глаза не изменены. Глазное дно в норме. Какие дополнительные данные нужны для постановки диагноза? Возможный диагноз? Лечебные мероприятия?
67. У ребенка 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. Конъюнктив резко гиперемирована, разрыхлена. Глазное яблоко без видимых изменений. Возможный диагноз? Диагностические и лечебные мероприятия?
68. На 4 день после рождения у ребенка появился резкий отек и гиперемия век. Глазная щель открывается с трудом, появилось сукровичное отделяемое из конъюнктивального мешка. Поставьте диагноз. Назначьте лечение. В чем заключается профилактика возникновения данного заболевания?
69. У новорожденного имеется обильное гнойное отделяемое из левого глаза. Глазная щель сужена. Веки отечны. Конъюнктив век гиперемирована, отечна. Правый глаз здоров. О каком заболевании глаза можно подумать? Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? В каком лечении нуждается ребенок?
70. Больная 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. Конъюнктив отечна, разрыхлена. На роговой оболочке поверхностные эрозии и маленький инфильтрат. Подлежащие отделы без видимой патологии. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
71. Больной 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. Конъюнктива век в области угла глазной щели разрыхлена и гиперемирована. Отделяемое скудное, в виде тягучей слизи. Глазные яблоки интактные. Диагноз? Лечение?

72. После возвращения из туристической поездки в страны Азии у больного 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. Конъюнктива инфильтрирована. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Возможные диагнозы? Лечение?
73. У чернокожего пациента 24-х лет, отмечается покраснение обоих глаз, легкая припухлость век, слизистое отделяемое из глаз. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Конъюнктива 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?
74. К окулисту обратился молодой человек 19 лет. Жалобы: на чувство «песка», зуд, покраснение в глазах, слизистое отделяемое из глаз. Два дня назад, проснувшись утром, почувствовал, что ему трудно открыть веки. Анамнез: удалось выяснить, что перед этим он купался в озере. Объективно: конъюнктивы глаз отечны и гиперемированы, умеренное гнойное отделяемое. Функции глаза сохранены. Передний и задний отрезки не изменены. Диагноз? Лечение? Какие возможны осложнения?
75. На прием к окулисту мать привела сына 12-ти лет. У мальчика наблюдалось повышение температуры тела и назофарингит. После этого покраснел сначала один, а потом и другой глаз. При объективном осмотре определяется небольшой отек и покраснение век, незначительное слизистое отделяемое, слезотечение. Конъюнктивы век и переходных складок инъецированы, отечны, с мелкими фолликулами, расположенными преимущественно в нижнем своде. Точечные геморрагии в конъюнктиве. На слизистой оболочке нежные, серовато-белые пленки, легко снимающихся влажным ватным тампоном. Дайте возможный наиболее подходящий диагноз. Назначьте лечение.

76. На консультацию пришел больной 42-х лет. Правый глаз заболел около недели назад. Затем воспалился и левый глаз. Жалобы на покраснение глаз, резь, ощущение засоренности, слезотечение. Объективно: острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Небольшой отек век, гиперемия и инфильтрация конъюнктивы век, особенно в области нижнего свода. Гиперемия и отек распространяются и на конъюнктиву склеры. На конъюнктиве нижнего века выявляются множественные мелкие, прозрачные фолликулы. Отделяемое незначительное. Увеличение и болезненность региональных околоушных лимфатических узлов. На роговице множественные, точечные, субэпителиальные помутнения. Проведите диагностику заболевания. Назначьте необходимое лечение.
77. У больного 36-ти лет заболевание началось остро с покраснения, резкой боли в правом глазу, ощущения инородного тела, светобоязни, появления слезотечения, слизисто-гнойного отделяемого. Быстро появился отек век. При этом конъюнктура резко гиперемирована, инфильтрирована, видны мелкие фолликулы. Почти всю конъюнктиву склеры захватывают геморрагии от мелких множественных петехий до обширных кровоизлияний. В роговице мелкоточечные эпителиальные инфильтраты. Какое заболевание у пациента можно предположить. Назначьте адекватное лечение.
78. К окулисту обратилась женщина 40 лет. Жалобы: на зуд в глазах. Анамнез: выяснено, что зуд появился неделю назад. Перед этим она косила траву. Объективно: зрение обоих глаз 1,0. Конъюнктура век гиперемирована, отечна, слизистое отделяемое. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.
79. Больной 53-х лет обратился к окулисту с жалобами на покраснение левого глаза, ухудшение зрения этого глаза. При осмотре установлено; острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). Конъюнктура глазного яблока инъецирована, больше с внутренней стороны. Конъюнктура век спокойная. С внутренней стороны на роговицу в виде языка наползает конъюнктура, плотно спаянная с роговичной тканью и пронизанная сосудами. В остальных отделах роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины, с прозрачной влагой. Радужка и зрачок без видимой патологии. В плоскости зрачка при боковом освещении на периферии видны помутнения серого цвета. В проходящем свете на фоне красного рефлекса они выглядят темными. Глазное дно без видимой патологии. Проведите диагностику заболеваний. Наметьте план лечения.
80. Комбайнер 45 лет обратился на прием к окулисту в поликлинику РКБ. Жалобы: на покраснение обоих глаз. Анамнез: покраснение держится в

течение длительного времени, не проходит при закапывании капель. Объективно: зрение обоих глаз 1,0. На конъюнктиве глазных яблок во внутреннем сегменте имеется утолщение, пронизанное сосудами, которое распространяется на роговицу. Диагноз? Причины возникновения этих пленок? Лечение?

81. К окулисту на приеме обратился пациент 47-ми лет с жалобами на покраснение обоих глаз, наличие выделений. Кроме того, пациента беспокоит стоматит, назофарингит. Имеются воспалительные явления в области гениталий. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Конъюнктивка век и глазного яблока резко инъецирована. Гнойное отделяемое в сводах. Единичные преципитаты на роговицах. О каком синдромном заболевании можно думать при наличии такой клиники? Диагностические мероприятия. Лечение.
82. Больная 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?

Ответы на ситуационные задачи.

62. *Острый бактериальный конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.*
63. *Пневмококковый конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.*
64. *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.*

65. Эпидемический конъюнктивит. 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.
66. 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.
67. 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.
68. У ребенка гонобленнорея. 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. Профилактика гонобленнореи новорожденных предусмотрена законодательно и является обязательной. Сразу после рождения ребенку протирают веки ватным тампоном, смоченным 2% раствором борной кислоты, в глаз закапывают однократно 1% раствор азотнокислого серебра (способ Матвеева-Креде) или 20% раствор сульфацила-натрия трехкратно с интервалом в 10 минут, или закладывают за веки однократно 1% эритромициновую или 1% тетрациклиновую мазь.
69. 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.

70. *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.*
71. *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.*
72. *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.*
73. *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.*
74. *Эпидемический хламидийный («бассейный» или «банный») конъюнктивит. Лечение. Инстилляции 0,3% раствора окацина 4-6 раз в день, закладывание за веко на ночь 1 % тетрациклиновой мази.*

75. У ребенка аденовирусный конъюнктивит или фарингоконъюнктивальная лихорадка. Назначают 6-8 раз в день инстилляцию офтальмоферона и интерфероногенов: полудана, циклоферона, реоферона. За веко закладывают мазь из противовирусных препаратов. Через неделю применяют 0,1 % раствор дексаметазона, 1 % гидрокортизоновую мазь, нестероидные противовоспалительные средства (0,1% раствор диклофенака натрия).
76. У больной синдром «сухого глаза». Учитывая наличие общей симптоматики, возможно предположить болезнь Шегрена. Необходимо поставить пробу Ширмера. Лечение симптоматическое. Назначение увлажняющих глаз препаратов.
77. Эпидемический геморрагический кератоконъюнктивит. Необходимы частые (через 2 часа) инстилляцию офтальмоферона в сочетании с его индукторами интерферона (полудан, парааминобензойная кислота), ангиопротекторов и кортикостероидов. Для подавления сопутствующей бактериальной инфекции назначают капли из антибиотиков (0,25% раствор левомицетина, 0,01% раствор мирамистина, препарат «Витабак» 0,05% и др.). Внутрь аскорутин по 1 таблетке 2-3 раза в день.
78. Поллинозный конъюнктивит. Местно применяют инстилляцию опатанола, аломида, лекролина, 0,1% раствора дексаметазона, капли диклофенак 3-4 раза в день. Общее лечение состоит в назначении гипосенсибилизирующих и антигистаминных средств. Наиболее эффективным является метод специфической гипосенсибилизации соответствующим пыльцевым аллергеном, который проводится специалистом-аллергологом.
79. Наползание конъюнктивы в виде языка на роговицу с внутренней стороны, носит названия птеригиума. Помутнения на периферии хрусталика являются признаком начинающейся катаракты. Птеригиум требует оперативного лечения. Учитывая достаточно высокое зрение этого глаза, можно проводить консервативное лечение препаратами, стимулирующими обменные процессы в хрусталике.
80. Крыловидная плева развивается обычно у людей зрелого возраста, длительно находящихся на ветру, или в атмосфере, содержащей вредные химические раздражители и частицы пыли. Показано удаление птеригиума.

81. *Возможно глазное проявление синдрома Стивенса-Джонсона. Нужно сделать анализ крови, где возможен лейкоцитоз со сдвигом влево, эозинофилия, ускорение СОЭ. Назначают общую десенсибилизирующую терапию, кортикостероиды, симптоматическое лечение. При поражении глаз применяют кортикостероиды (дексаметазон в виде капель и мази), антибактериальные средства для профилактики и лечения вторичной антибактериальной инфекции (борная кислота, сульфацил-натрия, фуциталмик). В связи с развитием сухого кератоконъюнктивита необходимо назначать препараты искусственной слезы (лакрисин, офтагель, видисик гель). При последствиях – хирургическое вмешательство.*
82. *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.*

6. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ

83. Ребенок 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. Конъюнктура 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?
84. У пациента 42 лет после травмы была удалена слезная железа. Впоследствии признаков нарушения слезопродукции не отмечено, почему?
85. К офтальмологу обратился пациент 34-х лет с жалобами на припухлость в области верхненаружных углов орбит обоих глаз. Припухлость появилась около двух недель назад. Болевыми ощущениями не сопровождалась. Больной отмечает незначительную диплопию. Кроме того, пациента беспокоит увеличение околоушных и подчелюстных лимфоузлов, по поводу чего он наблюдается у челюстно-лицевого хирурга. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Припухлость и отек тканей у верхненаружного угла орбиты, пальпация ее безболезненная. Небольшой экзофтальм со смещением глазных яблок кнутри и книзу. При вывороте век видны увеличенные и несколько гиперемизированные пальпебральные части слезных желез. Глазные яблоки без видимой патологии. Какие диагностические мероприятия нужно провести? Диагноз? Лечение?
86. К офтальмологу обратилась женщина 64-х лет, с жалобами на сухость глаз, чувство рези, жжения, «песка» в глазах, наличие тягучего слизистого отделяемого по углам глаз по утрам. Данное состояние больную беспокоит уже около года, однако обратиться к окулисту она не могла в связи с тем, что получала лечение по поводу полиартрита. Больную беспокоит сухость во рту, кашель, по поводу чего она обращалась к эндокринологу и терапевту. Объективно. Острота зрения обоих глаз 0,5 (не корр.). Определяются небольшая светобоязнь, гиперемия век с утолщением их краев. Конъюнктура несколько разрыхлена. В конъюнктивальной полости отделяемое в виде тонких сероватых нитей, слизь. Слезный мениск отсутствует. Роговица шероховата, на ее поверхности эпителиальные «нити». Какое дополнительное исследование необходимо больной? Лечение?

87. Больного 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?
88. К окулисту обратилась больная 48-ми лет с жалобами на покраснение, слезотечение левого глаза. Жалобы появились около недели назад. Больная самостоятельно стала закапывать в глаз капли ципролет, но улучшения состояния не наступило. Заболевание связывает с попаданием в глаз соринки при уборке комнаты. При обращении объективно: острота зрения обоих глаз = 1,0. Слева определяется покраснение внутренней половины века, гнойное отделяемое. В области воспаления имеется припухлость, покраснение кожи. Слезный сосочек резко выпячен. При надавливании на область слезного канальца из слезной точки выдавливается гнойное отделяемое с примесью густой кашицеобразной массы. Поставьте диагноз. Лечебные мероприятия?
89. Больная 30 лет, штукатур. Обратилась в поликлинику с жалобами на слезотечение, гноетечение из правого глаза, припухлость кожи у внутреннего угла глаза. Болеет 2 года. Объективно: покраснение кожи, опухолевидное образование в области слезного мешка справа. При надавливании на него – гнойное отделяемое из слезных точек. Носовая проба справа отрицательная. При промывании слезных путей справа жидкость струей выходит через верхний слезный канал. На рентгенограмме видны тени от слезных канальцев, соединяющиеся с тенью увеличенного слезного мешка, резко суженного при входе в носослезный канал. Консультация ЛОР-врача: искривление носовой перегородки. Диагноз? Лечение?
90. Больная 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?
91. Почти с момента рождения ребенок 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. Конъюнктивит умеренно инъецирован. Глаз почти спокойный. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Диагноз? Лечение?

92. Пациентка 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?
93. В течение нескольких дней у больной 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 и 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?
94. Больная 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.

83. *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.*
84. *В нормальном состоянии для смачивания глазного яблока используется слезная жидкость, вырабатываемая конъюнктивальными добавочными слезными железами. Слезная железа вступает в действие лишь при плаче.*
85. *Для диагностики заболевания необходимо произвести рентгенографию глазниц. При отсутствии указаний на неопластический процесс, можно думать о синдроме Микулича. Показана близкофокусная рентгенотерапия слезных желез.*
86. *Синдром Сьегрена. Лечение симптоматическое. Применяются слезозамещающие препараты различной вязкости: слеза натуральная, лакрисин, офтагель, видисик, лубритал, лакривит (гемодез). Получает распространение блокада слезных канальцев силиконовыми обтураторами.*
87. *Необходимо поставить канальцевую и носовую пробы. При отрицательных обеих пробах нужно предполагать сужение слезных точек или канальцев. При отрицательной носовой пробе – непроходимость носослезного канала.*
88. *Каналикулит – воспаление слезного канальца. Консервативное лечение неэффективно. Показаны: расщепление канальца по его задней стенке, удаление содержимого, обработка полости 1% раствором бриллиантового зеленого или метиленового синего, назначение дезинфицирующих капель.*
89. *Хронический дакриоцистит Показана операция – дакриоцисториностомия.*
90. *Хронический дакриоцистит. Проводят канальцевую и носовую пробу. Промывание слезоотводящих путей. Выполняют их контрастную рентгенографию. При отсутствии проходимости жидкости в нос показана операция – дакриоцисториностомия.*

91. 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.
92. У больной непроходимость слезноносового канала. Проводят рентгенографическое исследование черепа и контрастную рентгенографию слезоотводящих путей. Консультируют больного с оториноларингологом. Как лечебное мероприятие показана операция – дакриоцисториностомия.
93. Флегмона слезного мешка. Проводят функциональные пробы на проходимость слезоотводящих путей. В разгар воспаления назначают общее лечение с применением антибактериальных средств. Местно рекомендуются: 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 дакриоцисториноскопию.
94. У больной синдром «сухого глаза». Лечение симптоматическое: назначение препаратов искусственной слезы.

7. ЗАБОЛЕВАНИЯ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

95. К окулисту обратился пациент 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 дптр. и цилиндром – 2,0 дптр. 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 дптр. и цилиндром – 2,0 дптр. = 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?
96. На прием к офтальмологу пришел пациент 32-х лет с жалобами на низкое зрение обоих глаз. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,09 (не корр.). При наружном осмотре пациента обращает на себя внимание некоторое укорочение глазной щели. Веки прикрывают часть зрачка. Глазные яблоки постоянно подергиваются в горизонтальном направлении. Роговые оболочки уменьшены в размерах до 8 мм. Передние камеры кажутся несколько мелковатыми. Оптические среды прозрачные. Глазное дно без видимой патологии. При УЗИ-биометрии переднезадняя ось глазных яблок 18,1 мм. Диагностируйте имеющуюся патологию. Определите лечебные мероприятия.
97. Больной 37-ми лет пришел к офтальмологу на контрольный осмотр после перенесенного более месяца назад вирусного кератита левого глаза. Жалобы на снижение зрения этого глаза. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). Глаз спокойный. На 4-х часах на роговицу наползают из конъюнктивы, переходя через лимб ветвящиеся сосуды ярко-красного цвета. В этом же месте имеется нежное стромальное периферическое помутнение роговицы. Подлежащие отделы без видимой патологии. Какое название носят новообразованные сосуды и имеющееся помутнение? Лечебные мероприятия?
98. Больной 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?

99. Больной 35 лет, обратился на консультацию к окулисту. Жалобы: светобоязнь, слезотечение, чувство инородного тела, снижение зрения на правом глазу. Развитие настоящего заболевания: три дня назад, гуляя по лесу, получил травму правого глаза веткой. Объективно: острота зрения правого глаза 0.1, не корригируется, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Смешанная инъекция глазного яблока. На роговице инфильтрат желтого цвета. Зона инфильтрата окрашивается 1% раствором флюоресцеина. Ваш предполагаемый диагноз? Лечение?
100. К окулисту обратилась больная 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 ступенчат, 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?
101. На прием к офтальмологу пришел больной 52-х лет. Он предъявляет жалобы на низкое зрение правого глаза. Из анамнеза выяснено, что три года назад он перенес язвенный кератит, по поводу которого лечился в офтальмологическом стационаре. Лечение было длительным. В настоящее время объективно: Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Глаз спокойный. На роговице парацентрально на 7-ми часах имеется достаточно грубое помутнение роговицы, к которому подтянут зрачковый край радужной оболочки. За счет этого зрачок деформирован. При инстилляции мидриатиков имеющаяся спайка не разрывается, зрачок расширяется неравномерно. Радужка без признаков воспаления. Возле спайки атрофична. В плоскости зрачка хрусталик с наличием незначительных корковых помутнений. В проходящем свете красный рефлекс, на фоне которого видны помутнения хрусталика в виде спиц черного цвета. Глазное дно без особенностей. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Поставьте диагноз. Какие лечебные мероприятия необходимы?

102. Больная 62-х лет лечится у офтальмолога по поводу язвенного кератита левого глаза. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,4 (не корр.). Глаз практически спокойный. Парацентралью на роговице на месте бывшей язвы имеется углубление, не окрашивающееся флюоресцеином. К нему у лимба тянутся параллельные сосуды кирпичного цвета, возникающие как бы из-под лимба. Как называются такое состояние роговицы и имеющийся тип васкуляризации роговицы?
103. Больному 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. Парацентралью на роговице располагается язва серповидной формы с подрывным краем. В передней камере гной, заполняющий ее на 1/3. Радужка отечная, рисунок ее ступешан. Зрачок узкий, на свет не реагирует. В проходящем свете красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удается. Диагноз? Лечение?
104. Больной 38 лет обратился к окулисту. Жалобы: чувство инородного тела в левом глазу, снижение зрения, светобоязнь, слезотечение. Развитие настоящего заболевания: неделю назад что-то попало в левый глаз. Самостоятельно пытался удалить инородное тело. Капли не закапывал. К врачу обратился не сразу. Объективно: острота зрения правого глаза 0,01, не корригируется. Светобоязнь, слезотечение. Резко выраженная смешанная инъекция. В центре роговицы изъязвление с гнойно-инфильтрированным дном и подрывным краем, обращенным к её центру. На дне передней камеры определяется уровень гноя. Диагноз? Какое исследование дополнительно следует сделать? Откуда образовался гной в передней камере? Какова тактика лечения в этом случае?
105. 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 ступешан. 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?

106. Больная 56-ти лет лечится в стационаре по поводу язвы роговицы правого глаза. При утреннем осмотре лечащим врачом больная пожаловалась, что ночью у нее наблюдалось выраженное слезотечение и боли в правом глазу. При осмотре определяется выраженная смешанная инъеция правого глаза. Язва расположенная парацентрально на 17-ти часах по-прежнему имеет края, покрытые гнойным отделяемым. В центре язвы видна выпавшая в отверстие роговицы часть радужной оболочки. Складчатость десцеметовой оболочки. Передняя камера очень мелкая. Имевшийся накануне гипопион не виден. Зрачок деформирован, подтянут к отверстию роговицы. В проходящем свете красный рефлекс. Что произошло с больной? Какие в дальнейшем лечебные мероприятия необходимы?
107. При обращении к врачу бросается в глаза выраженная светобоязнь у ребенка 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 инъеция 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?
108. Родители привели на консультацию к детскому офтальмологу девочку 10-ти лет. Жалобы на светобоязнь, слезотечение. Перечисленные симптомы возникают не в первый раз. Объективно: Острота зрения левого глаза 0,6, не корригируется. Веки отечны, резко выраженный блефароспазм, перикорнеальная инъеция. На роговице вблизи лимба округлой формы поверхностный инфильтрат сероватого цвета. Ребенок пастозный, кожные покровы бледной окраски. Предположительный диагноз? На основании каких данных может быть поставлен окончательный диагноз?
109. Больная 57-ми лет лечится у окулиста длительное время по поводу блефарита. Два дня назад на левом глазу по краю роговицы появились точечные инфильтраты. Возник роговичный синдром – светобоязнь, слезотечение, перикорнеальная инъеция, больше выраженная соответственно участкам роговичной инфильтрации. Инфильтраты имеют склонность к слиянию и изъязвлению. Поставьте диагноз. Рекомендуйте лечение

110. Больной 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?
111. У ребенка 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?
112. Больной 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?
113. Больная 40 лет обратилась к окулисту. Жалобы: ощущение инородного тела в левом глазу, светобоязнь, слезотечение, снижение зрения на этом глазу. Развитие настоящего заболевания: две недели назад перенесла грипп на ногах, а вчера появились жалобы со стороны глаза. Объективно: Острота зрения левого глаза 0,2, не корректируется. Блефароспазм, смешанная инъекция глазного яблока с преобладанием перикорнеальной. На роговице инфильтрат, напоминающий форму дерева, расположенный в поверхностных слоях. Чувствительность роговицы понижена. Поставьте диагноз. Какие препараты назначают для местного лечения?
114. Через 2 дня после перенесенного гриппа с высокой температурой больной 42 лет отметил появление в левом глазу ощущения инородного тела, светобоязнь, слезотечение. Обратился в поликлинику к окулисту.

При осмотре: блефароспазм, смешанная инъекция глазного яблока с преобладанием перикорнеальной. На роговице – инфильтрат, напоминающий форму дерева и расположенный в поверхностных слоях роговицы. В нижней части инфильтрата – мелкие пузырьки. Зона инфильтрата окрашивается флюоресцеином. Чувствительность роговицы снижена. Диагноз? Лечебные мероприятия?

115. Заболевание правого глаза у пациента 29-ти лет началось со снижения зрения левого глаза. При осмотре больного офтальмолог выявил следующие изменения: Отек эпителия в центральном отделе роговицы распространяющийся на строму, в которой сформировался четко очерченный округлый очаг серовато-белого цвета с интенсивно белым пятном в центре. Роговица соответственно очагу утолщена, а на остальном протяжении нормальная. Складки десцеметовой мембраны и утолщение заднего эпителия. Преципитаты на задней поверхности роговицы локализуются соответственно инфильтрату. С каким заболеванием имеет дело офтальмолог? Рекомендуйте лечение.
116. Больной 45 лет обратился в поликлинику по месту жительства к окулисту. Жалобы: снижение зрения на правом глазу, светобоязнь, слезотечение, боль в этом глазу. Объективно: Острота зрения правого глаза 0,02, не корректируется. Блефароспазм, светобоязнь, слезотечение. Резко выраженная смешанная инъекция глазного яблока. В глубоких слоях центральной части роговицы – серого цвета, имеющий форму диска инфильтрат. Радужка изменена в цвете. Диагноз? Лечение?
117. Больной 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 дптр. = 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?
118. К окулисту районной больницы обратился пациент 28-ми лет с жалобами на чувство засоренности, светобоязнь, покраснение и снижение зрения правого глаза. Болен 4 дня. Правый глаз заболел впервые. Травмы правого глаза не отмечает, но примерно 10 дней назад перенес острое респираторное заболевание. Объективно: острота зрения правого глаза = 0,5 (не корр.); острота зрения левого глаза = 1,0. Правый глаз – смешанная инъекция глазного яблока, в оптической зоне

роговицы – поверхностный инфильтрат в виде «веточки». Глубже лежащие отделы глаза без патологии. Левый глаз без патологических изменений. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для подтверждения диагноза? Тактика врача.

119. Больная 54-х лет длительное время лечится без особого эффекта по поводу кератита правого глаза. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Правое глазное яблоко умеренно инъецировано по смешанному типу. На роговице ограниченный инфильтрат серовато-белого цвета. На его поверхности видны «узелки» придающие ему творожистый вид. Отек и инфильтрация роговицы имеет вид кругов. Первый круг зазубрен, пропитан гноем, второй полупрозрачный и узкий, третий в виде узкого валика с резким переходом в здоровую ткань. В передней камере пирамидальной формы, гипопион. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. О каком виде кератита следует думать в этом случае? Назначьте необходимое лечение.
120. При объективном осмотре левого глаза у больного 44-х лет выявлено: чувствительность роговицы полностью отсутствует, заболевание протекает без явлений светобоязни, слезотечения, но с резко выраженным болевым синдромом. Раздражение глаза незначительно, не соответствует тяжести роговичных проявлений. Отек поверхностных слоев и слущивание эпителия. Эрозия захватывает почти всю роговицу. В центре инфильтрация с изъязвлением стромы. Предположительный диагноз? Лечение?
121. Больная 29-ти лет многие годы страдает угрями лица. Лечится у дерматолога. В настоящее время у лимба левого глаза появились слегка приподнятые над уровнем роговицы, резко ограниченные серовато-белые инфильтраты с поверхностными сосудами. Они медленно распространяются под эпителием, сосуды располагаются у лимба в виде корзиночки, окружая инфильтрат. Какое поражение роговицы можно предполагать у больной? Лечение?
122. К офтальмологу обратился пациент 46-ти лет с жалобами на снижение зрения правого глаза. При объективном исследовании выявлено следующее. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Отмечаются боли невралгического характера. Гиперестезия кожи век и лба. Чувствительность роговицы практически отсутствует. Ухудшение зрения больной отмечает в течение полутора месяцев. Столько же времени бывают невралгические боли. К офтальмологу не обращался. На роговице периферическая язва в форме полулуния. Язва имеет

подрытый край и четкую границу со здоровой тканью, поверхность ее обильно васкуляризирована. Подлежащие отделы без видимых изменений. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечебные мероприятия?

123. Во время прохождения профосмотра у больного 25-ти лет было обнаружено низкое зрение на левом глазу. Развитие настоящего заболевания: десять лет назад на уроке химии получил ожог глаза кислотой. Лечился в глазном отделении. При выписке зрение на этом глазу было ниже, чем на правом. Объективно: Острота зрения левого глаза 0,02. Глаз спокоен. В центре роговицы определяется белесовато-серого цвета помутнение округлой формы, диаметром 9мм, поверхность помутнения гладкая, блестящая. Диагноз. Тактика лечения?
124. Из дальнего села привезли женщину, 84 лет, которая жалуется на боль в левом глазу. При осмотре отмечаются явления раздражения обоих глаз: светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, однако, гиперемия выражена лишь на левом глазу. Краснота располагается вокруг лимба, по направлению к сводам она явно слабеет. Чувствительность роговицы сохранена. На фоне диффузного помутнения всей поверхности роговой оболочки в ее оптическом центре заметно интенсивное желтоватое пятно. Чтобы лучше рассмотреть помутнение роговицы и определить сохранность ее покрова, какой раствор следует закапать в конъюнктивальный мешок?

Ответы на ситуационные задачи.

95. Больному назначают рефрактометрию и офтальмометрию. Диагноз – кератоконус. При начальных стадиях выполняют кросслинкинг. При выраженных изменениях – кератрринг или кератопластику.
96. Блефарофимоз. Горизонтальный качательный нистагм, Микрокорнеа. Микрофтальм. Патология лечению не подлежит.
97. Поверхностная васкуляризация роговицы. Периферическое пятно роговицы. Учитывая высокую остроту зрения этого глаза проведение лечения нецелесообразно.
98. Больному выполняют окрашивание роговицы 2% раствором флюоресцеина. Дефект роговицы окрашивается в зеленый цвет, что говорит о наличии эрозии. Назначают антибактериальные препараты, кератопротекторы, антибиотиковые мази.

99. *Травматический кератит. Назначают инстилляцию антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотиков 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. Инстилляцию мидриатиков назначают для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляцию нестероидных противовоспалительных средств проводят 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначают антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначают кератопластические средства.*
100. *Гнойный кератит, гипопион правого глаза. Гиперметропия слабой степени левого глаза. Назначают инстилляцию антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотиков 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. Инстилляцию мидриатиков назначают для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляцию нестероидных противовоспалительных средств проводят 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначают антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначают кератопластические средства.*
101. *Спаянное бельмо роговицы, начинающаяся возрастная катаракта правого глаза. Возможно оперативное лечение – кератопластика с пластикой радужки. При необходимости – экстракция катаракты.*
102. *Фасетка, глубокая васкуляризация роговицы.*
103. *Диагноз – ползучая язва роговицы. Немедленная госпитализация больного. Назначают инстилляцию антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотиков 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. Инстилляциии мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляциии 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.

104. Диагноз – ползучая язва роговицы. Необходим соскоб с прогрессивного края язвы и исследование флоры на чувствительность к антибиотикам. Гной в передней камере является продуктом патологически измененного цилиарного тела. Назначают инстилляциии 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. Инстилляциии мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляциии 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.
105. У больного на фоне язвы роговицы имеется десцеметоцеле. Необходима госпитализация. Наложение контактной линзы как бандажа, Прикрытие роговицы конъюнктивой или кератопластика.
106. У больной произошла перфорация язвы роговой оболочки с опорожнением передней камеры глаза. Необходимо оперативное лечение – кератопластика или прикрытие перфорационного отверстия конъюнктивой.
107. 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.

- 108. Фликтенулезный кератит. Необходимо проведение туберкулиновых проб, рентгенологического исследования, анализа крови.*
- 109. Краевой кератит, вызванный заболеваниями век. Прежде всего, интенсивное лечение блефарита. Для лечения кератита в глаз антибактериальные капли и мази, кератопластические препараты.*
- 110. 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.*
- 111. 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.*
- 112. Древовидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (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.*
- 113. Древовидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (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.

114. Древоидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстилляци 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.
115. Дискоидный вирусный кератит. Назначают частые инстилляци офтальмоферона. Применяют интерферогены – полудан, пирогенал. При глубоких формах кератита применяется ацикловир в таблетках по 200 мг 3-5 раз в день в течение 5-10 дней или введение внутривенно 10 мл раствора, содержащего 250 мг препарата, в течение одного часа каждые 8 часов на протяжении 5 дней. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией (тималин, Т-активин, левомизол, противокоревой иммуноглобулин). При герпетических кератитах кортикостероиды должны применяться с большой осторожностью. Используются нестероидные противовоспалительные средства (наклоф, диклоф, индоколлир). Назначаются препараты для стимуляции процесса регенерации роговицы. Полезны электрофорез или магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером. Для предупреждения вторичной инфекции необходимы инстилляци 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками. Явления иридоциклита, обязательные при глубоких формах герпетических кератитов, требуют инстилляци мидриатиков.
116. Дискоидный вирусный кератит. Назначают частые инстилляци офтальмоферона. Применяют интерферогены – полудан, пирогенал. При глубоких формах кератита применяется ацикловир в таблетках по 200 мг 3-5 раз в день в течение 5-10 дней или введение внутривенно 10 мл раствора, содержащего 250 мг препарата, в течение одного часа каждые 8 часов на протяжении 5 дней. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией (тималин, Т-активин, левомизол, противокоревой иммуноглобулин). При герпетических кератитах кортикостероиды должны применяться с большой осторожностью. Используются нестероидные противовоспалительные средства (наклоф, диклоф, индоколлир).

Назначаются препараты для стимуляции процесса регенерации роговицы. Полезны электрофорез или магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером. Для предупреждения вторичной инфекции необходимы инстиллянии 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками. Явления иридоциклита, обязательные при глубоких формах герпетических кератитов, требуют инстиллянии мидриатиков.

117. У больного миопия слабой степени правого глаза, васкуляризованное пятно роговицы левого глаза. Для лечения выполняют кератопластику.
118. Древовидный герпетический кератит. Вирусное поражение роговицы возникло в результате переохлаждения. Расположение пузырьков и инфильтратов в роговице в виде веточки говорит в пользу именно древовидного кератита. Диагностика герпетических кератитов базируется не только на клинике, но и на вирусологических и цитологических исследованиях. Наиболее распространена цитологическая диагностика, основанная на изучении соскобов с конъюнктивы и роговицы. Метод иммунофлюоресценции среди других цитологических методик наиболее перспективен в диагностике герпетических поражений. При поверхностных формах герпетического кератита используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (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. Применяют интерферогены – полудан, пирогенал. При глубоких формах кератита применяется ацикловир в таблетках по 200 мг 3-5 раз в день в течение 5-10 дней или введение внутривенно 10 мл раствора, содержащего 250 мг препарата, в течение одного часа каждые 8 часов на протяжении 5 дней. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией (тималин, Т-активин, левомизол, противокоревой иммуноглобулин). При герпетических кератитах кортикостероиды должны применяться с большой осторожностью. Используются нестероидные противовоспалительные средства (наклоф, диклоф, индоколлир). Назначаются препараты для стимуляции процесса регенерации роговицы. Полезны электрофорез или магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером. Для предупреждения вторичной инфекции необходимы инстиллянии 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками.

119. *Грибковый кератит. Местная терапия: инстиллянии 4% раствора низорала, 1% раствора метиленовой сини, 3% раствора йодистого калия, 5% раствора аскорбиновой кислоты, 2% раствора борной кислоты, колбиоцина до 6-8 раз в день, при тяжелых степенях гнойного процесса – каждый час, одновременно применяя 2-3 препарата, чередуя их; скарификация патологического участка роговицы, инстиляция 5% раствора аскорбиновой кислоты или 2% раствора борной кислоты, затем туширование роговицы 1% раствором метиленовой сини; закладывание в нижний свод на ночь 0,4% мази амфотерицина-В; инстиллянии мидриатиков или, при необходимости, миотиков, нестероидных противовоспалительных средств. Общая терапия. Внутрь 200 мг кетоканазола, флюконазола (дифлюкана), низорала 1 раз в сутки в течение 5-7 дней; введение диклофенака 3,0 мл внутримышечно до 5 инъекций; внутривенные инъекции 5% раствора аскорбиновой кислоты по 5 мл. Введение антигистаминных препаратов внутрь или внутримышечно. При отсутствии эффекта от лечения проводится лечебная пересадка роговицы.*
120. *Нейропаралитический кератит. Назначают кератопластические препараты, при болях – анальгетические средства, новокаиновую блокаду. Для профилактики инфекции применяют 30% раствор сульфацил-натрия, 1% тетрациклиновую мазь. Нередко приходится прибегать к биопокрытию роговицы с одновременным сшиванием век.*
121. *Розацеа-кератит. Лечение проводится совместно с дерматологом. Местно назначают антибактериальные, кератопластические и нестероидные противовоспалительные препараты. При значительном деструктивном процессе в роговице проводят биопокрытие ее амниотической оболочкой с фиксацией донорской роговицей или мягкой контактной линзой. При угрозе возникновения перфорации роговицы выполняют послойную кератопластику.*
122. *Разъедающая язва роговицы Мурена. Рекомендуются послойная кератопластика с лечебной целью.*
123. *Центральное пятно роговицы левого глаза. Показано проведение кератопластики.*
124. *Раствор флюоресцеина.*

8. ЗАБОЛЕВАНИЯ СКЛЕРЫ

125. У больной, страдающей открытой формой туберкулеза легких и находящейся на лечении в противотуберкулезном диспансере два дня назад на левом глазу появилась ограниченная припухлость между лимбом и экватором, сопровождающаяся болезненностью и гиперемией конъюнктивы. Слезотечение и светобоязнь слабо выражены. Воспалительный фокус имеет ярко-красный цвет с фиолетовым оттенком, относительно локализован, но без четких границ, слегка возвышается над поверхностью неизменной склеры. Конъюнктив над ним подвижна. Пальпация этого участка болезненна. Возможный диагноз? Местное и общее лечение?
126. Больной 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?
127. Шестилетняя девочка жалуется на боль в левом глазу, слезотечение, светобоязнь, блефароспазм. При осмотре этого глаза отмечается ограниченный участок гиперемии конъюнктивы. Он возвышается над остальной поверхностью глазного яблока. При сдвигании конъюнктивы становится видно, что под гиперемизированной слизистой оболочкой склера имеет диффузный синевато-красный оттенок. Если дотрагиваться кончиком стеклянной палочки через веко до глазного яблока, то выясняется, что участок припухлости резко болезненный. Острота зрения у девочки остается нормальной. Какой диагноз Вы бы поставили? Назначьте обследование и лечение.
128. Больной 53-х лет обратился к окулисту с жалобами на сильные боли в правом глазу, покраснение глаза, снижение зрения. Жалобы появились два дня назад. Заболевания ни с чем не связывает. Острота зрения правого глаза = 0,1(не корр.), острота зрения левого глаза = 1,0. Левый глаз здоров. Справа определяется отек и гиперемия век. Отек конъюнктивы. Смешанная инъекция глазного яблока. На склере с внутренней стороны, отступя от лимба 5 мм ограниченная припухлость темно-красного цвета с желтоватым оттенком, резкая болезненность при дотрагивании до нее через веко. Роговица отечна, прозрачность ее снижена, на задней поверхности множественные преципитаты. На дне

передней камеры полоска гноя. Зрачок узкий. В проходящем свете красный рефлекс. Глазного дна в деталях рассмотреть не удастся. Диагноз? Лечебные мероприятия?

129. К окулисту обратилась больная 36-ти лет с жалобами на снижение зрения левого глаза и появление выпячивания на глазу. Неоднократно лечилась по поводу склерита этого глаза. Страдает ревматизмом, пороком сердца. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,3 (не корр.). Глаз практически спокойный. В области лимба сверху бугристые выпячивания черно-аспидного цвета из-за просвечивания пигмента сосудистого тракта. Роговица и подлежащие отделы без видимых изменений. Какая патология наблюдается у пациентки? С чем может быть связано снижение зрения? Дополнительные исследования? Лечебная тактика?
130. У больного 45-ти лет несколько дней назад появилось покраснение правого глаза, сопровождающееся болезненностью при дотрагивании через веко до глаза, это сопровождается затуманиванием зрения. Левый глаз также несколько гиперемирован, однако, болезненности нет. В течение нескольких дней с начала заболевания закапывал в глаза альбуцид, но видимого эффекта от этого не было. При объективном исследовании острота зрения правого глаза = 0,5(не корр.), острота зрения левого глаза = 1,0. Справа на склере в наружной половине определяются два разлитых очага красно-фиолетового цвета, возвышающихся над уровнем склеры. На задней поверхности роговицы единичные преципитаты. Радужка изменена в цвете, зрачок несколько сужен, вяло реагирует на свет. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно без видимой патологии. Слева, в наружной половине склеры очаг воспаления размером 0,5x1,0 см красный, с легким фиолетовым оттенком, приподнят над поверхностью склеры. Пальпация его безболезненная. Остальные отделы глаза не изменены. Диагноз? Обследование? Лечение?
131. Больная 55 лет поступила в стационар по поводу покраснения левого глаза, незначительные боли в этом глазу. Такое покраснение уже наблюдалось два месяца назад, но прошло после проведенного лечения. Из анамнеза выяснено, что пациентка уже в течение нескольких лет страдает деформирующим полиартритом на фоне ревматизма. Лечение ревматизма проводит нерегулярно. Объективно: Правый глаз. Острота зрения 1,0. Видимой патологии нет. Слева острота зрения = 0,6 (не корр.). Смешанная инъекция глазного яблока. Роговица прозрачная, несколько отечная. На 12-ти часах под веком на склере имеется желтовато-серый некротический очаг с начальными явлениями распада.

Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Диагноз? Принципы лечения?

132. К окулисту привели на осмотр ребенка 4-х лет. Родителей беспокоит изменение цвета белочной оболочки обоих глаз, более выраженное справа. У ребенка отмечается глухота, заболевания суставного аппарата, частыми переломами и вывихи в суставах. Врожденный порок сердца. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Склеры обоих глаз имеют голубой цвет. Эмбриотоксон. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Диагноз? Возможные лечебные мероприятия?
133. На осмотр к офтальмологу привели ребенка 7-ми лет. Родители обратили внимание на появившиеся на глазу темные пятна. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. На склере обоих глаз темные пятна различной интенсивности и размеров. Глаза совершенно спокойные. Других патологических изменений глаз не выявлено. Диагноз? Тактика врача?
134. К офтальмологу обратились родители ребенка 3-х лет с жалобами на наличие образования на правом глазу. Оно отмечалось практически с рождения, но последнее время увеличивается. Объективно. Глаз спокойный. У лимба на 8-ми часах образование величиной с небольшую горошину, имеющее широкое основание, неподвижно фиксировано, заполнено прозрачным водянистым содержимым. Примерно одинаково распространяется на роговицу и склеру. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

125. *Эписклерит левого глаза. Назначать антибиотики, салицилаты, кортикостероиды, антигистаминные средства. Продолжить противотуберкулезное лечение.*
126. *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.*

127. *Склерит. Необходимо исследовать соматический статус ребенка на наличие заболеваний. 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.*
128. *Абсцесс склеры, гнойный иридоциклит правого глаза. Назначать антибиотики, салицилаты, кортикостероиды, антигистаминные средства, мидриатики. По показаниям производят вскрытие абсцесса склеры.*
129. *Стафилома склеры. При обширных стафиломах проводится хирургическое лечение – антиглаукомная операция, склеропластика с применением различных донорских материалов.*
130. *Склерит, иридоциклит правого глаза. Эписклерит левого 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. Учитывая наличие иридоциклита правого глаза, необходимо назначение мидриатиков.*
131. *Склеромаляция на фоне ревматизма. Необходима терапия основного заболевания. Местно противовоспалительная терапия. Лечение почти безуспешное. При появлении фистулы или распада склеры показана склеропластика.*
132. *Синдром голубых склер. Это врожденное семейно-наследственное заболевание связано с аномалией развития мезенхимы.*
133. *Меланоз склеры. Пациенты при этой врожденной аномалии должны систематически наблюдаться у офтальмолога в связи с возможностью озлокачествления процесса.*

134. *Врожденная киста склеры правого глаза. Лечение кисты – хирургическое.*

9. ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

135. После перенесенного переохлаждения у больной 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 стусеван. 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?
136. Больная 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?
137. На прием к окулисту обратился больной 42 лет. Жалобы на покраснение левого глаза, сильные боли, усиливающиеся по ночам. В анамнезе выяснено, что у отца была глаукома. Объективно: острота зрения левого глаза 0,7, не корригируется, перикорнеальная инъекция сосудов глаза. На роговице мелкие преципитаты, передняя камера средней глубины, влага мутновата, зрачок сужен. ВГД пальпаторно нормальное. Пальпация глаза болезненна. Поставьте диагноз? С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику?
138. Жалобы больного 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

стушеван. Зрачок круглый, узкий, подтянут к хрусталику. В проходящем свете тусклый красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удастся. Внутриглазное давление слева = 38 мм рт. ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?

139. Родители ребенка 6 лет заметили у него покраснение правого глаза. Обратились к детскому окулисту. При осмотре: острота зрения правого глаза – счет пальцев на 30 см; левого глаза – 1,0. Правый глаз слегка гиперемирован. На роговице в пределах глазной щели идет серая полоса помутнения. На эндотелии роговицы отмечаются преципитаты. Рисунок радужки стушеван, цвет изменен. Зрачок неправильной формы. Хрусталик мутный. Глазное дно не видно. При исследовании крови отмечается лейкоцитоз, СОЭ 20 мм/ч. СРБ +. Диагноз? Составьте план лечения.
140. Больной 45 лет был доставлен в приемное отделение больницы скорой помощью с жалобами на сильные боли в левой половине головы. На консультацию был вызван окулист для осмотра глазного дна. При осмотре: острота зрения левого глаза 0,05, не корректируется. Роговица отечная, на эндотелии определяются преципитаты. Зрачок слегка сужен ВГД 50 мм рт. ст. Угол передней камеры открыт. Хрусталик и стекловидное тело прозрачные. Глазное дно без патологии. Правый глаз в норме. Диагноз? Тактика лечения?
141. Девушка 16 лет была направлена на консультацию к офтальмологу. Жалобы: на плавающие «мушки» и легкий туман перед левым глазом. Объективно: правый глаз – изменений нет. Левый глаз спокойный, роговица прозрачная. Зрачок в центре, неправильной формы. Цвет радужки слегка отличается от правого глаза. В стекловидном теле – выраженная деструкция. Глазное дно в норме. Сопутствующие заболевания: частые ангины. Диагноз? Тактика лечения?
142. В приемное отделение глазного стационара обратилась женщина 42-х лет с жалобами на небольшое покраснение, ухудшение зрения, светобоязнь правого глаза. Эти явления появились 3-4 дня назад, проявления их увеличивается. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,5 (не корр.). Легкий блефароспазм, слабовыраженная перикорнеальная инъеция. На задней поверхности роговицы мелкие преципитаты. При гониоскопии определяются единичные гониосинехии. В области базиса стекловидного тела при циклоскопии обнаруживается локальное скопление желтого экссудата. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечение?

143. При сборе справок для поступления в детский сад, у ребенка 4 лет обнаружено низкое зрение обоих глаз. У матери это 3 беременность (две предыдущие закончились самопроизвольными выкидышами). У матери плохое зрение на правом глазу из-за имеющегося на глазном дне хориоретинального очага. Объективно при осмотре глаз ребенка на глазном дне в макулярной зоне обнаружены атрофические очажки с включением пигмента. Какие анализы необходимо провести для установления причины этих очагов? Показано ли хирургическое лечение ребенку?
144. В глазной кабинет поликлиники обратился пациент 45-ти лет с жалобами на снижение зрения левого глаза. Заболевание началось около месяца назад. Начало его ни с чем не связывает. Сначала у больного появилось впечатление, что все предметы, на которые он смотрит этим глазом, меньше, чем их изображение в правом глазу. Вскоре к этому прибавилось искривление предметов, а затем стало снижаться зрение. В настоящее время объективно. Правый глаз. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,08 (не корр.). Глаз спокойный. Оптические среды прозрачные. Глазное дно. Диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. В области желтого пятна определяется воспалительный очаг округлой формы, с нечеткими границами, желтовато-серого цвета. Размер очага – около одного диаметра диска зрительного нерва. Как называются явления уменьшения и искривления изображений? Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

135. У больной ирит правого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок, 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.
136. 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 глаукомоциклитического криза, измеряют давление правого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок,

противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды (инстилляции 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.

137. У больного иридоциклит. Необходимо проводить дифференциальный диагноз с острым приступом закрытоугольной глаукомы.
138. 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 (инстилляции 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.
139. Болезнь Стилла. Лечение глаз осуществляют на фоне общей терапии болезни. Показаны инстилляции мидриатиков, форсированные закапывания димексида, витаминов В, С, РР, Е с глюкозой, дибазола, амидопирина, новокаина и др. В стадии ремиссии для улучшения трофики и рассасывания помутнений в роговице, хрусталике и стекловидном теле осуществляют инстилляции дионина, лидазы, протеазы, папаина (лекозим). Назначают кортикостероиды, кислород и др. При торпидном процессе препараты вводят парабульбарно – под конъюнктиву, в эписклеральное (теноново) пространство, а также супрахориоидально (дексазон). Показано хирургическое лечение: частичная несквозная кератэктомия, экстракция катаракты. Исходы операций не всегда благоприятные. Показано противорецидивное лечение в стационарных условиях, которое проводят ежегодно.
140. Увеит левого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок. Противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды. Применяют нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики широкого спектра действия,

антигистаминные препараты. Кроме этого, показана отвлекающая терапия. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры. О мере стихания воспалительных явлений при увеитах усиливают рассасывающую терапию.

141. *Увеит левого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок. Противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды. Применяют нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Кроме этого, показана отвлекающая терапия. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры. По мере стихания воспалительных явлений при увеитах усиливают рассасывающую терапию.*
142. *Периферический увеит. Назначают средства, расширяющих зрачок, кортикостероиды в виде инстилляций, парабульбарных или подконъюнктивальных инъекций, а при тяжелых процессах – кортикостероиды внутрь и внутривенно. Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Все указанные местные мероприятия необходимо проводить на фоне общей терапии с учетом этиологии процесса.*
143. *Увеит токсоплазмозной этиологии. Для диагностики применяют ряд иммунологических лабораторных и лабораторно-клинических методов. Наиболее употребительными и распространенными в настоящее время являются реакции связывания комплемента (РСК) с токсоплазмозным антигеном, реакция флюоресцирующих антител (РФА), реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), реакция микропреципитации в агаре, реакция бласттрансформации (РБТ) лимфоцитов периферической крови под действием токсоплазмы, выявление специфических антител класса IgM и IgG. Хирургическое лечение не показано.*
144. *Микропсия. Метаморфопсия. Назначают средства, расширяющие зрачок. Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Кортикостероиды. Диуретики. Все указанные местные мероприятия необходимо проводить на фоне общей терапии с учетом этиологии процесса. Особое значение общая терапия имеет в лечении периферических и задних увеитов.*

10. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕТЧАТКИ

145. К окулисту обратился больной 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?
146. Больной 30 лет обратился в поликлинику к окулисту. Жалобы на вспышки и мерцания перед правым глазом. Развитие настоящего заболевания: Месяц назад больной лежал в стационаре по поводу вирусной пневмонии. После выписки заметил, что правый глаз хуже видит, а при чтении газет буквы стали искаженными. Появились вспышки перед этим глазом. Объективно: острота зрения правого глаза 0,5, не корригирует; острота зрения левого глаза 1,0. Правый глаз спокойный, роговица не изменена. Хрусталик прозрачный. На глазном дне в макулярной зоне определяется очаг с нечеткими границами, размером до $\frac{1}{2}$ диаметра диска, желтовато-серого цвета. Диагноз? Возможные осложнения?
147. Больной 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 рефлекс отсутствуют. Левый глаз. Острота зрения = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
148. Мужчина 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?

149. Мужчина 60 лет жалуется на внезапную потерю зрения на правый глаз, которое он обнаружил утром сразу после пробуждения. Страдает гипертонией, атеросклерозом. При осмотре окулистом обнаружено снижение зрения на правом глазу до 0,01 коррекции нет, на левом глазу зрение равно 1,0. Внутриглазное давление обоих глаз 22 мм рт. ст. Передний отрезок правого глаза в норме. На глазном дне диск зрительного нерва розовый, границы четкие, артерии резко сужены, макулярная зона бледная, в центре отмечается округлой формы красного цвета пятно. На глазном дне левого глаза отмечается сужение артерий, неравномерность их калибра. В макулярной зоне штопорообразная извитость сосудов, симптом Салюса II. Вены почти не изменены. Диагноз? В чем должна заключаться первая врачебная помощь таким больным?
150. После перенесенного гипертонического криза у больной 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 ступенчаты, 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 дптр. = 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?

151. Женщина, 50 лет. Неделю назад заметила туман перед левым глазом. Глаз не болит. К врачам не обращалась, чувствует себя здоровой. Объективно: зрение правого глаза 1,0; левого 0,08 не корригируется. Внутриглазное давление справа = 21 мм рт. ст., слева – 27 мм рт. ст. При осмотре левый глаз спокойный, роговица не изменена, хрусталик прозрачный. На глазном дне: границы диска слегка ступеваны, артерии сужены, вены расширены, извиты. По ходу нижней височной вены множественные кровоизлияния различной формы и величины. Диагноз? Лечение?
152. У больного 27-ми лет на фоне изменений сосудов глазного дна обоих глаз (перифлебит), имеет место извитость и расширение вен, неравномерность их калибра. Местами вены прерываются мелкими или более крупными ретинальными кровоизлияниями и плазморрагиями. Микроаневризмы сосудов. Отмечаются рецидивирующие кровоизлияния в стекловидное тело. О каком заболевании можно подумать при наличии таких клинических проявлений? Принципы лечения? Прогноз?
153. К офтальмологу обратился пациент 21-го года с жалобами на снижение зрения обоих глаз. Снижение зрения отмечает с детского возраста, однако к врачу не обращался, считая, что у него прогрессирует близорукость, по поводу которой он не хотел носить очков. Особенно заметно ухудшение зрения в сумерки. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,1 не корр. Поля зрения концентрически сужены до 20-30°. На глазном дне по ходу ретинальных сосудов, начиная с периферии, пигментные отложения темно-коричневого цвета, напоминающие костные тельца различной величины и формы. Диагностируйте заболевание пациента. Дайте рекомендации для лечения.
154. Молодая девушка жалуется на ухудшение зрения в сумерках. При осмотре острота зрения обоих глаз 0,6 с коррекцией sph. – 1,0D=1,0. Передний отрезок обоих глаз не изменен. Хрусталики прозрачные. Глазное дно: диски зрительного нерва бледноваты, с четкими границами. Артерии узкие, вены в норме. На периферии сетчатки масса пигментных отложений типа «костных телец». Макула не изменена. Поля зрения на обоих глазах концентрически сужены до 40°. ВГД = 18-20 мм рт. ст. Диагноз? Лечение?

155. Пациент 65 лет жалуется на искривление предметов перед правым глазом в течение последнего месяца. Страдает гипертонической болезнью. Острота зрения правого глаза 0,3 не корригируется. Передний отрезок не изменен, ДЗН в норме, артерии сужены, вены умеренно расширены. В макулярной зоне желтовато-белесоватые очажки, рефлекса нет. В поле зрения относительная центральная скотома. Левый глаз: зрение = 1,0, артерии равномерно сужены, вены умеренно полнокровны. С макулы рефлекса нет. Диагноз? Какие исследования необходимо провести? Лечение?
156. При обращении к окулисту больная 68-ми лет жалуется на снижение зрения обоих глаз, более выраженное слева. Снижение зрения ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,4 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,2 (не корр.). Глаза спокойные. Передние отрезки глаз 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. В макулярной области мелкоочаговая диспигментация, на ее фоне желтовато-розовые очажки, вокруг которых видна неравномерная ячеистая пигментация. Какие дополнительные исследования могут помочь Вам в диагностике? Предполагаемый диагноз? Лечение?
157. У больного 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 дптр. = 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 колыхается. При офтальмоскопии. Снизу видно пузырьвидное полупрозрачное образование, на которое взбираются сосуды. Дополнительные исследования? Диагноз? Принципы лечения?
158. Пациентка 40 лет обратилась с жалобами на появление занавеси перед правым глазом. Занавесь появилась неделю назад на фоне полного здоровья. Объективно: зрение правого глаза 0,6 не корригируется. На глазном дне этого глаза определяется пузырь сетчатки, занимающий всю нижнюю половину глазного яблока. На пузыре видны темные очажки.

Диск и макулярная зона не изменены. Стекловидное тело прозрачное. ВГД – 27 мм рт. ст. Диагноз? Лечение?

159. К офтальмологу обратились родители ребенка 10-ти лет с жалобами на то, что их сын явно хуже видит правым глазом. При объективном осмотре выявлено. Острота зрения правого глаза = 0,02 (не корр.). Правый глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. В макулярной области кистообразный очаг желтого цвета, правильной округлой формы, с четкими границами, размером около одного диаметра диска зрительного нерва. Этот очаг по внешнему виду напоминает желток сырого яйца. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз?
160. Больная 70-ти лет обратилась к окулисту с жалобами на снижение зрения обоих глаз, которое возникло несколько месяцев назад и прогрессировало постепенно и безболезненно. Снижение зрения ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.), левого – 0,08 (не корр.). Глаза спокойные. Передние отрезки без видимой патологии. При биомикроскопии под задней капсулой хрусталиков нежные помутнения. В стекловидном теле нитевидные деструктивные изменения. На глазном дне диски зрительных нервов бледно-розовые, с четкими границами. В макулярных областях с обеих сторон определяется отек сетчатки. Сетчатка утолщена сероватого оттенка. Отложения экссудата смазывают ход мелких парамакулярных сосудов, штриховидные и точечные геморрагии. Какие дополнительные исследования необходимы? Диагноз? Рекомендуемое лечение?
161. При осмотре пациентки 16-ти лет на глазном дне левого глаза, имеющего остроту зрения 0,5 (не корр.), в макулярной области определяется крапчатый отек овальной формы, имеющий буроватую окраску. Отмечается рефлексирование сетчатки за пределами зоны дистрофического поражения. Определите возможный диагноз. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию? Принципы лечения.
162. На прием к окулисту привели ребенка 4-х лет. Родители обратили внимание на то, что ребенок плохо видит правым глазом. Острота зрения этого глаза = 0,05 (не корр.). Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: на периферии сетчатки видны вишневого цвета образования типа сосудистых клубочков или узлов. Клубочки замурованы в ветвящихся анастомозах между артериолами и венами сетчатки. Геморрагии и очаги экссудата белого цвета. О каком заболевании у ребенка можно думать? Какие

дополнительные исследования необходимы? Принципы лечения. Прогноз.

163. При проведении профосмотра у больного 26-ти лет выявлено: Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне с обеих сторон около диска зрительного нерва белые блестящие полосы разрастания ткани в виде языков пламени. Поставьте диагноз. Какое лечение нужно проводить?
164. Студентка 19 лет неделю назад заметила появление занавеси, снаружи, на левом глазу. Страдает близорукостью в 5,0D. Из анамнеза удалось выяснить, что месяц назад помогала убирать картофель родителям. Объективно: Острота зрения правого глаза = 0,2 sph. – 5,0D=1,0; Острота зрения левого глаза = 0,08 не корригируется. Правый глаз: передний отрезок не изменен. Хрусталики прозрачные. Диск зрительного нерва розовый, границы четкие, миопический конус. В макулярной зоне изменений нет. Левый глаз: передний отрезок не изменен. Хрусталик прозрачный. В стекловидном теле плавающие помутнения. Диск зрительного нерва розовый, границы четкие. Миопический конус. На 17 часах виден пузырь сетчатки, переходящий в складчатость. ВГД обоих глаз 20 мм рт. ст. Диагноз? Какие дополнительные обследования необходимо произвести? Лечение?
165. Больная 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?

Ответы на ситуационные задачи.

145. *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.

146. *Центральный хориоретинит правого глаза. Дистрофические изменения со снижением зрения.*
147. *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.*
148. *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.*
149. *Острая непроходимость центральной артерии сетчатки правого 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.*
150. *Тромбоз центральной вены сетчатки правого глаза. Миопия слабой степени, гипертонический ангиосклероз сетчатки левого глаза.*

Начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. В лечении тромбоза центральной вены сетчатки применяются антикоагулянты, ферменты, ангиопротекторы, спазмолитики, кортикостероиды, препараты, улучшающие микроциркуляцию.

- 151. Тромбоз нижневисочной ветви центральной вены сетчатки левого глаза. В лечении тромбоза центральной вены сетчатки применяются антикоагулянты, ферменты, ангиопротекторы, спазмолитики, кортикостероиды, препараты, улучшающие микроциркуляцию.*
- 152. Перифлебит Илза. Для установления этиологии данного заболевания следует проводить всесторонние исследования. При всех обстоятельствах, независимо от этиологии процесса, необходимо назначать симптоматическое лечение в виде витаминотерапии, тканевых препаратов, кортикостероидов, ультразвуковое лечение; рекомендуется также диатермокоагуляция и криопексия. Получил распространение метод лазеркоагуляции пораженных сосудов для предупреждения кровотечений, а также облучение зон кровоизлияний с целью их рассасывания.*
- 153. Пигментная дистрофия сетчатки. Рекомендовано ношение очков со светофильтрами во избежание повреждающего действия света. Из множества предложенных методов лечения наиболее патогенетически оправданы те из них, которые направлены на расширение сосудов, улучшение трофики сетчатки, хориоидеи и зрительно нерва (пентоксифиллин, винпоцетин). Целесообразно назначение антиоксидантов (эмоксипин, гистохром). Полезны витамины: С, В₂, Е, РР; антоцианозиды, микроэлементы: цинк, селен. Из хирургических процедур применяют реваскуляризацию в виде частичной пересадки полосок глазодвигательных мышц в перихориоидальную область в целях улучшения кровообращения в сосудистой оболочке.*
- 154. Пигментная дистрофия сетчатки. Рекомендовано ношение очков со светофильтрами во избежание повреждающего действия света. Из множества предложенных методов лечения наиболее патогенетически оправданы те из них, которые направлены на расширение сосудов, улучшение трофики сетчатки, хориоидеи и зрительно нерва (пентоксифиллин, винпоцетин). Целесообразно назначение антиоксидантов (эмоксипин, гистохром). Полезны витамины: С, В₂, Е, РР; антоцианозиды, микроэлементы: цинк, селен. Из хирургических процедур применяют реваскуляризацию в виде частичной пересадки полосок глазодвигательных мышц в перихориоидальную область в целях улучшения кровообращения в сосудистой оболочке.*

155. *Сухая форма возрастной макулярной дистрофии. Для уточнения диагноза проводят исследование поля зрения, исследование с помощью сетки Амслера, оптическую когерентную томографию сетчатки. Лечение возрастной дегенерации малоэффективно. Обычно применяют антиоксиданты (эмоксипин, гистохром), витамины А, В₁, В₂, В₆, каротиноиды, микроэлементы (селен, цинк), антикоагулянты, кортикостероиды, ангиопротекторы, липотропные средства, пептидные биорегуляторы (ретиналамин). Перспективным является также использование методов лазеркоагуляции и лазерной стимуляции при лечении так называемых сухих форм макулодистрофии.*
156. *Начинающаяся возрастная катаракта. Сухая форма возрастной макулярной дистрофии. Для уточнения диагноза проводят исследование поля зрения, исследование с помощью сетки Амслера, оптическую когерентную томографию сетчатки. Лечение возрастной дегенерации малоэффективно. Обычно применяют антиоксиданты (эмоксипин, гистохром), витамины А, В₁, В₂, В₆, каротиноиды, микроэлементы (селен, цинк), антикоагулянты, кортикостероиды, ангиопротекторы, липотропные средства, пептидные биорегуляторы (ретиналамин). Перспективным является также использование методов лазеркоагуляции и лазерной стимуляции при лечении так называемых сухих форм макулодистрофии.*
157. *У больного отслойка сетчатки левого глаза на фоне осложненной миопии высокой степени обоих глаз. Выполняют хирургическое лечение.*
158. *У больной отслойка сетчатки левого глаза. Показано хирургическое лечение.*
159. *Желточная дистрофия Беста. Лечение заключается в назначении ангиопротекторов, антиоксидантов и ингибитора простагландинов, которых много в содержимом кисты в макулярной области.*
160. *Начинающаяся возрастная катаракта. Деструкция стекловидного тела. Влажная форма возрастной макулярной дистрофии. Для уточнения диагноза проводят исследование поля зрения, исследование с помощью сетки Амслера, оптическую когерентную томографию сетчатки. Лечение возрастной дегенерации малоэффективно. В последние годы для лечения применяют интравитреальные инъекции авастина и луцентиса.*
161. *Дистрофия Штаргардта. Лечение заключается в назначении нейротрофических препаратов с преимущественным применением ирригационной системы в ретробульбарное пространство для*

максимальной и длительной местной терапии сетчатки и зрительного нерва. Назначают средства, улучшающие микроциркуляцию в сетчатке, зрительном нерве и сосудистой оболочке: трентал, кавинтон, галидор. Целесообразно применение ЭНКАД (комплекс рибонуклеотидов), 4% раствора тауфона, церебролизина и антиоксидантов. В последнее время используют методы ревааскуляризации в виде частичной пересадки полосок глазодвигательных мышц в перихориоидальное пространство в целях улучшения кровообращения в сосудистой оболочке.

162. *Болезнь Гиппеля-Линдау. На ранних стадиях лечение заключается в разрушении ангиоматозного узла и питающих сосудов при помощи лазерной коагуляции, диатермокоагуляции, фотокоагуляции, криопексии. При вторичной глаукоме, экссудативной отслойке сетчатки производят операцию. В комплекс симптоматической терапии включают кортикостероиды и ангиопротекторы.*
163. *Миелиновые волокна сетчатки. Лечение не требуется.*
164. *Отслойка сетчатки левого глаза. Необходимо проведение эхоофтальмографии. Лечение хирургическое.*
165. *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.*

11. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

166. Больной 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 ступеваны. 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?
167. Монтажник 40-ка лет обратился к окулисту с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, которое заметил 2 дня назад. Неделью 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 ступеваны, 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?
168. На прием к окулисту обратился молодой человек, 28 лет. Жалобы на снижение зрения правого глаза. Из анамнеза удалось выяснить, что месяц назад перенес тяжелый грипп. Объективно: зрение правого глаза 0,2 не корректируется, левого глаза 0,7 с коррекцией $-1,0D=1,0$. Передний отрезок обоих глаз не изменен. Глазное дно справа: диск зрительного нерва гиперемирован, границы нечеткие, по ходу сосудов единичные кровоизлияния. Поле зрения на белый цвет сужено, на цвета определить не удалось. Глазное дно левого глаза в норме. Диагноз? Лечение?
169. На третий день после простудного заболевания больной 26 лет, обратил внимание на снижение зрения обоих глаз. Объективно: Острота зрения правого глаза=0,7(не корректируется); острота зрения левого глаза =0,2 (не корректируется). Передний отрезок обоих глаз не изменен. ДЗН гиперемированы, границы ступеваны. Поля зрения сужены на 20° по всем меридианам на белый цвет. Диагноз? Лечение?
170. Больная 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?

171. К офтальмологу обратился больной 56-ти лет с жалобами на внезапное ухудшение зрения обоих глаз. Заболевание ни с чем не связывает. По внешнему виду и поведению, похоже, что пациент страдает алкоголизмом. Со слов сопровождающей пациента жены накануне больной выпивал с друзьями. С утра звонила жена одного из них. У мужа тоже резко снизилось зрение. При осмотре больного объективно: острота зрения обоих глаз = 0,02 (не корр.). Глаза совершенно спокойные. На роговицы обоих глаз с внутренней стороны в виде языка наползает конъюнктив. В остальном передние отрезки без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. На глазном дне с обеих сторон диски зрительных нервов с сероватым оттенком, с четкими границами. Ход и калибр сосудов не изменены. Очаговой патологии нет. Какие дополнительные исследования необходимо произвести? Возможный диагноз? Терапия?
172. Больной 21 года, направлен к окулисту невропатологом для осмотра глазного дна. Жалобы больного: головные боли, которые появились три месяца назад. Артериальное давление 110 и 70 мм рт. ст., острота зрения обоих глаз 1,0. Правый глаз: передний отрезок и глазное дно в норме. Левый глаз: передний отрезок не изменен. На глазном дне отмечается увеличение диска зрительного нерва, его проминенция, границы нечеткие, цвет диска не изменен. Сосуды с диска сползают. Вены расширены, извиты, вдоль отдельных из них полосчатые кровоизлияния. Макулярная зона без изменений. Диагноз? Какие обследования необходимо провести для его подтверждения? Лечение?
173. Больной 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?

174. Больная 34-х лет консультирована в неврологическом отделении. Жалобы на временную полную потерю зрения на несколько секунд. Больную беспокоит головная боль. Острота зрения не страдает. Глаза спокойные, передние отрезки без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне с обеих сторон диски зрительных нервов несколько увеличены в размерах (больше справа) и грибовидно выбухают в стекловидное тело. Сосуды сетчатки как бы взбираются на него, делая изгибы. Цвет дисков розовато-сероватый. Границы их не совсем четкие. Перипапиллярный отек более выражен справа, в нем теряются отдельные сосуды. Вены расширены, извиты. Немногочисленные кровоизлияния в сетчатку в перипапиллярной зоне правого глаза. Какие дополнительные исследования Вас интересуют? Предполагаемый диагноз? Лечебные мероприятия?
175. Больная 64-х лет обратилась к окулисту в связи с внезапным снижением зрения левого глаза, произошедшим накануне. Снижение зрения ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 со сферой – 1,5 Д = 0,8. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете красный рефлекс. При исследовании глаза в состоянии мидриаза по периферии в проходящем свете видны черные шипы, направленные вершиной к центру. Глазное дно без видимых изменений. Острота зрения левого глаза = 0,01 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете красный рефлекс. При исследовании глаза в состоянии мидриаза по периферии в проходящем свете видны черные шипы, направленные вершиной к центру. На глазном дне диск зрительного нерва отечен, увеличен, проминирует в стекловидное тело, границы его размыты. Около диска небольшие геморрагии. Артерии резко сужены, неравномерного калибра. При исследовании поля зрения определяются верхние гемианопсии. Предполагаемый диагноз? Лечебные мероприятия?
176. Больной 17 лет направлен на консультацию к окулисту. Жалобы на плохое зрение правого глаза. Объективно: острота зрения правого глаза 0,3 не корректируется; острота зрения левого глаза 1,0. Передний отрезок обоих глаз не изменен. Поле зрения правого глаза сужено, на левом глазу – в норме. Глазное дно правого глаза: диск зрительного нерва монотонно бледный, границы четкие, сосуды не изменены, в макулярной зоне патологии нет. Глазное дно левого глаза в норме. Рефракция эметропическая. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

166. *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.*
167. *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.*
168. *Неврит зрительного нерва справа. 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.*
169. *Неврит зрительных нервов. 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.

170. 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.
171. Необходимо проведение исследования поля зрения, МРТ. Возможно предположить у больного ретробульбарный неврит, развившийся при отравлении метиловым спиртом. На первом этапе 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.
172. Застойный диск зрительного нерва. Необходимо проведение периметрии, флюоресцентной ангиографии, консультации невропатолога и нейрохирурга, исследуют давление и состав спинномозговой жидкости. Получают данные КТ, МРТ, рентгенологические данные. Лечение направлено на основное заболевание.
173. 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.
174. Необходимо проведение периметрии, флюоресцентной ангиографии, консультации невропатолога и нейрохирурга, исследуют давление и состав спинномозговой жидкости. Получают данные КТ, МРТ, рентгенологические данные. Лечение направлено на основное заболевание.

175. *Начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. Застойный диск зрительного нерва слева у больных с опухолями головного мозга. При одностороннем застое всегда следует исключить и местные причины – орбитальную патологию, гипотонию глазного яблока и др. Для диагностики мозгового объемного процесса имеют значение также неврологические симптомы, давление и состав спинномозговой жидкости, результаты КТ, МРТ, рентгенологические данные. В ряде случаев застойный диск может сочетаться с характерными изменениями полей зрения в виде гемиянопсий. Это наблюдается при расположении опухолевого процесса в области хиазмы и зрительных трактов. Длительное существование застойного диска зрительного нерва приводит к снижению зрительных функций вследствие сдавления нервных волокон.*
176. *Частичная атрофия зрительного нерва. Применяют сосудорасширяющие средства, ангиопротекторы, препараты, улучшающие микроциркуляцию, осмоотерапию, витаминотерапию, электростимуляцию.*

12. ГЛАЗ И ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНИЗМА

177. При консультации больного 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 каким стадиям гипертонической болезни соответствуют данные изменения?
178. У пациента 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?
179. На прием к окулисту пришел пациент 70 лет, от терапевта, для исследования глазного дна. Объективно острота зрения обоих глаз 0,6 со сферой $+2,0 = 1,0$. В хрусталике обоих глаз в корковых слоях нежные помутнения. Глазное дно обоих глаз: Диски зрительного нерва обычной окраски, границы четкие. Артерии узкие, местами неравномерного калибра. Симптом Салюса-Гуна II. Отмечается симптом «медной проволоки». С макулы рефлекс нет. Симптом Гвиста. Вены слегка полнокровны. Для какого заболевания характерны перечисленные симптомы? Что они обозначают? Диагноз? Лечение?
180. При осмотре глазного дна обоих глаз у больного 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?
181. Больной 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?

182. Больная 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?
183. На исследование глазного дна пришел пациент 50 лет, от эндокринолога. Страдает сахарным диабетом 10 лет. Объективно: зрение правого глаза 0,04 не корригируется, роговица отечная. В передней камере кровь, глазное дно видно плохо. ВГД 30 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза 0,6 не корригируется, роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины, хрусталик прозрачный. На глазном дне: диск зрительного нерва не изменен. В макулярной зоне микроаневризмы, геморрагии. В парамакулярной зоне ватообразные экссудаты. ВГД = 24 мм рт. ст. Диагноз? Лечение?
184. Больная 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?
185. Больная 29-ти лет консультирована офтальмологом в терапевтическом отделении. Жалоб на зрение не предъявляет. При офтальмоскопии выявлено: Контуры дисков зрительных нервов сливаются с окружающей сетчаткой, вены практически неотличимы от артерий. На периферии видны желтовато-белые округлые образования, несколько проминирующие над уровнем сетчатки, окруженные кольцом кровоизлияний. Вокруг сосудов белые муфты. Диагноз? Лечение?

186. Больной 56-ти лет консультирован окулистом в онкологическом диспансере. При офтальмоскопии выявлены следующие изменения глазного дна. Глазное дно имеет бледный фон. Вокруг отечного диска зрительного нерва и в центральной зоне сетчатки множественные кровоизлияния. Единичные мелкие белые очаги на периферии. Артерии и вены очень бледные, почти одинакового цвета. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

177. *Гипертоническая ангиопатия сетчатки. Изменения глазного дна обычно соответствуют Ib-IIa стадиям гипертонической болезни.*
178. *У больного гипертонический ангиосклероз сетчатки. Изменения глазного дна обычно соответствуют II стадии гипертонической болезни.*
179. *У больного гипертонический ангиосклероз сетчатки. Симптом артерио-венозного вдавления Салюса-Гунна свидетельствует о наличии необратимых изменений, вызванных органическим поражением артериальных стенок. Симптом Гвиста – штопорообразная извитость мелких вен в макулярной области соответствует стадии неустойчивого повышения артериального давления. Лечение гипертонической болезни.*
180. *У больного гипертоническая ретинопатия. Изменения глазного дна обычно соответствуют III стадии гипертонической болезни.*
181. *Предполагаемый диагноз – почечная ретинопатия. Необходимо исследование функций мочевыделительной системы. Лечение у нефролога.*
182. *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.*
183. *Гифема, частичный гемофтальм, вторичная глаукома правого глаза. Препролиферативная диабетическая ретинопатия левого глаза. В правый глаз инстилляции гипотензивных препаратов. Кровоостанавливающая терапия, диуретики. Слева после улучшения состояния правого глаза – лазеркоагуляция сетчатки.*

184. *Ревматический ретиноваскулит. Консультация и лечение ревматолога.*
185. *Изменения глазного дна характерны для хронической миелоидной лейкемии. Лечение гематолога.*
186. *Офтальмоскопическая картина характерна для прогрессирующей вторичной анемии на почве интоксикации (возможно, раковая кахексия). Лечение у онколога и гематолога.*

13. НОВООБРАЗОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

187. Женщина 32-х лет обратилась к окулисту с жалобами на новообразование на нижнем веке правого глаза. Образование появилось около четырех месяцев назад, постепенно увеличивается. Объективно. На нижнем веке правого глаза имеется сосочковое разрастание цилиндрической формы. Цвет серовато-желтый с грязным налетом. Имеет тонкую ножку. Похоже на кожное образование. Диагноз? Лечение?
188. В детскую поликлинику к окулисту обратились родители двухмесячной девочки с жалобами на наличие пятна красного цвета на нижнем веке левого глаза. Пятно было заметно с рождения, но в последнее время оно увеличилось. Объективно. На нижнем веке левого глаза определяется опухоль в виде узлов ярко красного цвета, размером 2х1 см. Пальпация ее безболезненна. Новообразование мягкое на ощупь. Диагноз? Тактика в лечении?
189. В поликлинику к окулисту обратилась женщина 47-ми лет с жалобами на наличие новообразования на нижнем веке левого глаза. Проблемы с веком появились около полугода назад, после пребывания на море. Вначале появилось покраснение кожи, которое с трудом уменьшалось при смазывании кортикостероидными мазями. Однако вскоре в месте покраснения появилось шелушащееся на поверхности уплотнение. Примерно через месяц в центре развилось углубление с язвенной поверхностью, площадь которой неуклонно увеличивается. Объективно. На коже нижнего века левого глаза изъязвившееся уплотнение размерами около одного сантиметра. Плотно спаянное с подлежащими тканями. Язвочка достаточно легко кровоточит. Имеются явления конъюнктивита. Правый глаз здоров. Диагноз? Лечение?
190. На прием к офтальмологу пришел мужчина 56-ти лет с жалобами на наличие новообразования на правом глазном яблоке. Новообразование появилось около месяца назад, постепенно увеличивалось. Пациент страдает гипертонической болезнью, остеохондрозом. Работает на нефтехимическом заводе. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Справа на конъюнктиве в верхненаружном квадранте у лимба слегка выступающая над поверхностью бляшка с четкими границами. Опухоль на 2 мм распространяется на роговицу. Цвет опухоли сероватый, спаяна с подлежащими тканями. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечение?
191. Студентка медицинской академии 23-х лет обратилась к преподавателю по офтальмологии за консультацией. У нее на правом глазу имеется пятнышко коричневого цвета, которое уже длительное время не

увеличивается и не воспаляется. При объективном осмотре выявлено. Острота зрения обоих глаз = 0,6 со сферой – 1,0 Д = 1,0. Глаза спокойные. На конъюнктиве правого глазного яблока у лимба имеется пятно светло-коричневого цвета, почти треугольной формы, слабо васкуляризованное. Поверхность его гладкая. Границы четкие. Диагноз? Лечение?

192. На консультативном приеме женщина 46-ти лет, с жалобами на наличие новообразования в глазнице слева, смещение левого глазного яблока, двоение, снижение зрения этого глаза, слезотечение, незначительные боли в этом глазу. Опухоль появилась несколько месяцев назад, постепенно увеличивалась. При объективном обследовании определяется. Острота зрения правого глаза = 1,0. TOD = 20 мм рт. ст. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,1 (не корр.). TOS = 20 мм рт. ст. Верхнее веко неравномерно опущено. Верхняя переходная складка мельче, чем справа. Экзофтальм со смещением глаза книзу и кнутри. Пальпируемая опухоль бугристая, практически не смещается по отношению к подлежащим тканям. Движения глаза ограничены в сторону локализации опухоли, репозиция резко затруднена. Предположительный диагноз? Необходимые исследования? Лечение? Прогноз для жизни и зрения?
193. В поликлинику к окулисту обратилась женщина 57-ми лет с жалобами на снижение зрения правого глаза. Зрение стало снижаться около полутора лет назад, но в течение последних 3-х месяцев – достаточно быстро. Из перенесенных ранее заболеваний отмечает остеохондроз, калькулезный холецистит. Других заболеваний не указывает. Всю свою жизнь проработала в сборочном цеху механического завода. При осмотре выявлено объективно. Острота правого глаза = 0,09 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,9 (не корр.). Правый глаз слабо инъецирован за счет расширенных склеральных сосудов на 10-11 часах. Роговица прозрачная, блестящая. Передняя камера несколько неравномерна: мельче в вышеуказанных меридианах. Через медикаментозно расширенный зрачок здесь хорошо виден четко отграниченный, темного цвета, округлой формы узел опухоли. Хрусталик частично помутнен, несколько смещен в сторону, противоположную опухоли. Складки радужки, концентрично опухоли, ложный иридодиализ. Зрачок неправильной формы, на свет вяло реагирует. Глазное дно без видимой патологии. Левый глаз здоров. TOU = 22 мм рт. ст. Диагноз? Лечение?
194. Инженер 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?

195. У ребенка 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?
196. К офтальмологу обратился пациент 55-ти лет, с жалобами на боли в правом глазу, небольшое выпячивание этого глаза. Выпячивание появилось около 2-х месяцев назад, было совершенно безболезненным и незначительным, однако постепенно увеличивалось. С неделю назад появились боли. Больной страдает синдромом приобретенного иммунодефицита. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,4 (не корр.). Экзофтальм, репозиция глаза невозможна. Красный хемоз. На глазном дне – застойный диск зрительного нерва. Левый глаз здоров. Экзофтальмометрия: правый глаз 27 мм, левый – 18 мм. Дополнительные исследования и консультации? Возможный диагноз? Лечение? Прогноз?

Ответы на ситуационные задачи.

187. *Папиллома нижнего века правого глаза. Лечение – хирургическое.*
188. *Капиллярная гемангиома нижнего века левого глаза. Первые 6 месяцев жизни ребенка опухоль растет быстро, затем наступает период стабилизации. К 7 годам у 75% детей возможна полная регрессия гемангиомы. Если этого не происходит, возможно проведение*

криодеструкции новообразования, при узловой форме эффективна погружная диатермокоагуляция игольчатым электродом.

- 189. Чешуйчато-клеточный рак нижнего века левого глаза. Лечение хирургическое. Возможна брахитерапия, короткодистанционная рентгенотерапия или криодеструкция.*
- 190. Эпителиома Боуэна. Лечение хирургическое.*
- 191. Стационарный невус конъюнктивы. Наличие триады признаков: изменение пигментации (усиление или ослабление ее), васкуляризации невуса и нечеткость границ позволяет дифференцировать истинную прогрессию опухоли от ее увеличения за счет реактивной гиперплазии эпителия. Лечение показано при появлении признаков роста и заключается в иссечении невуса.*
- 192. Предположительный диагноз рак слезной железы. Необходимые исследования: рентгенографии орбиты, компьютерная томография, ультразвуковое исследование, тонкоигольная аспирационная биопсия. Лечение хирургическое. Прогноз для жизни и зрения плохой, так как опухоль не только склонна к рецидивированию с прорастанием в полость черепа, но и метастазированию в легкие, позвоночник или в региональные лимфоузлы.*
- 193. Меланома цилиарного тела, осложненная катаракта правого глаза. Лечение при локализованных меланомах цилиарного тела может ограничиться локальным удалением (частичная ламеллярная склероувеэктомия). Возможно лучевое лечение. При больших опухолях (занимающих более 1/3 окружности цилиарного тела), показана только энуклеация.*
- 194. 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 презкваториально расположенных опухолях возможно локальное удаление. В тяжелых случаях – энуклеация.*

195. *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.*
196. *Ультразвуковое сканирование, компьютерная томография и тонкоигольная аспирационная биопсия с цитологическим исследованием. Злокачественная лимфома(неходжкинская). Необходимо обследование у онколога и гематолога для исключения системного поражения. Наружное облучение орбиты – практически безальтернативный высокоэффективный метод лечения. Полихимиотерапию подключают при системном поражении. Прогноз при первичной злокачественной лимфоме для жизни и зрения благоприятный (83% больных переживают 5-летний период). Прогноз для жизни резко ухудшается при диссеминированных формах.*

14. ЗАБОЛЕВАНИЯ ХРУСТАЛИКА

197. Офтальмолог детской поликлиники при осмотре ребенка 4-х лет обратил внимание на следующее. Проверка остроты зрения обоих глаз без оптической коррекции дала результат 0,8. Глаза ребенка совершенно спокойные. Передние отрезки без видимой патологии. При исследовании в проходящем свете на фоне красного рефлекса с обеих сторон в центре видны черные точки, неподвижные, если ребенок не двигает глазами и перемещающиеся вместе с движением глаза. Глазное дно в норме. После расширения зрачков и осмотра щелевой лампой выявлены локальные помутнения хрусталика в центре у задней капсулы. Диагноз? Лечебные мероприятия?
198. На прием к детскому окулисту родители привели мальчика 2 лет. Жалобы на резкие боли в левом глазу. Со стороны общего состояния отмечается астения, незначительное удлинение пальцев и утолщение концевых фаланг. Острота зрения правого глаза = 0.04 со сферическим стеклом – 15,0 Д = 0,1; Объективно: Глаз спокойный, гипоплазия радужки, иридоденез. Хрусталик смещен кверху. Глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = $1/\infty$ p.l. incerta. Выражены явления раздражения, застойная инъекция сосудов глазного яблока. Роговица мутная из-за отека эпителия. Передняя камера мелкая. Гипоплазия радужки, иридоденез. В области зрачка вставлен маленький хрусталик. Глазное дно в норме. ВГД слева 45 мм рт. ст. Диагноз?
199. 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?
200. Больной 58-ми лет, жалуется на «дым» перед правым глазом. Он видит этим глазом сразу несколько (вместо одного) предметов, особенно светящихся. Острота зрения правого глаза = 0,4 со сферическим стеклом – 2,0 дптр. = 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?

201. Больной 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?
202. Больной 70 лет обратился к врачу-офтальмологу с жалобами на низкое зрение левого глаза, которое обнаружил случайно, закрыв правый глаз, в связи с попаданием в него соринку. При обследовании получены данные: острота правого глаза с коррекцией 0,6, левого глаза 0,03. Объективно: при боковом освещении зрачки 2,5 мм, область зрачков обоих глаз имеет сероватый оттенок, особенно левого. В проходящем свете справа на фоне красного рефлекса видны темные пятна в виде (спиц) в области 3-5 часов, глазное дно без патологии, слева рефлекс с глазного дна виден на крайней периферии при взгляде кверху, глазное дно не офтальмоскопируется. Поле зрения обоих глаз нормальное, цветоощущение сохранено. ВГД = 23 мм рт. ст. Сформулируйте диагноз для каждого глаза отдельно. Что вы порекомендуете больному?
203. Больной 70 лет за последнее время начал замечать постепенное безболезненное снижение зрения обоих глаз. Правым глазом не различает предметы. Заметно снизилось зрение и правого глаза. Раньше глаза не болели, травму глаз отрицает. Ничем не болел. Сахарный диабет отрицает (прошел обследование у эндокринолога). ВГД обоих глаз при неоднократном измерении 21-22 мм рт. ст. Какие исследования должен провести офтальмолог? Поставьте возможный диагноз.
204. Больной 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?

205. Больной 65 лет обратился на консультацию к окулисту. Жалобы на снижение зрения обоих глаз, особенно левого. Зрение стало ухудшаться 4 года назад. В последние 2-3 месяца перестал читать, левым глазом плохо видит свет, предметы не различает. Связать снижение зрения с какой-либо причиной не может. ВГД при постоянном контроле на уровне 21-24 мм рт. ст., поле зрения обоих глаз в норме. Какие методы исследования следует применить для установления диагноза? Какой характер носит данное заболевание?
206. Больному 76-ти лет с диагнозом начинающаяся возрастная катаракта правого глаза (острота зрения 0,6) и зрелая возрастная катаракта левого глаза (острота зрения – светоощущение с правильной проекцией) предстоит провести операцию экстракции катаракты на левом глазу. Какой вид коррекции после операции левого глаза был бы для этого больного оптимальным?
207. Больной 23 лет случайно заметил, что правый глаз не видит. Обратился к окулисту. Из анамнеза удалось выяснить, что во время возвращения с работы с ночной смены больному нанесли удар тупым предметом по правой половине лица и головы. Он работал токарем на заводе. Объективно: острота зрения правого глаза снижена до светоощущения с правильной светопроекцией. При обследовании методом бокового освещения область зрачка правого глаза равномерно серого цвета: в проходящем свете рефлекса с глазного дна нет. Зрение левого глаза 1,0. Какой предположительный диагноз можно поставить? Может ли данный пациент работать токарем в настоящее время? Как помочь больному?
208. Больной 25-ти лет обратился к врачу офтальмологу с жалобами на постепенное снижение зрения правого глаза, которое он заметил вскоре после тупой травмы правой половины лица и головы. Больной работает шофером. Объективно: острота зрения правого глаза – светоощущение с правильной проекцией. При осмотре методом бокового освещения область зрачка правого глаза серо-белого цвета, в проходящем свете рефлекса с глазного дна нет. Левый глаз здоров, острота зрения 1,0. Какой предположительный диагноз можно поставить? Может ли

данный пациент работать шофером в настоящее время? Если нет, то, как вернуть его к прошлой работе?

209. Больной 30 лет обратился к врачу-офтальмологу. Жалобы на низкое зрение правого глаза. Из анамнеза удалось установить, что год назад при падении получил сильный ушиб головы, перелом верхней голени и 2-х ребер. Острота зрения правого глаза 0,01, не корректируется, левого глаза 1,0. Объективно: правый глаз спокоен, при боковом освещении область зрачка имеет серовато-белую окраску, рефлекса с глазного дна нет. Поле зрения нормальное, цвета различает. ВГД=20 мм рт. ст. При ультразвуковой эхографии патологических зубцов не выявлено. Левый глаз здоров. Сформулируйте диагноз. Можно ли помочь больному?
210. Больная 70-ти лет, жалуется на отсутствие предметного 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. Конъюнктивы правого глаза спокойная, роговица прозрачная, сферическая. 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?
211. При профилактическом осмотре рабочих горячих цехов (сталеваров) обнаружено, что из 900 осмотренных у 3 было помутнение в задних слоях хрусталика, имеющее форму «чаши». Средний возраст рабочих от 25 до 40 лет. Стаж работы на данном предприятии 6-15 лет. Какова этиология заболеваний?
212. При проведении профосмотра на предприятии у пациентки 68-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?

213. Под наблюдением эндокринолога находится больной 47 лет, страдающий сахарным диабетом в течение 7 лет. Систематически получает инсулин. Год назад появился туман перед глазами, ухудшение зрения. Эндокринолог рекомендовал консультацию офтальмолога. При осмотре офтальмолог отметил помутнение в задних слоях хрусталика, имеющие форму «чаши». Какой диагноз следует поставить? Какую природу имеет это заболевание?
214. При осмотре пациента 86-ти лет выявлена следующая офтальмологическая картина. Острота зрения правого глаза равна светоощущению с неправильной проекцией. Правый глаз спокойный. Роговица гладкая прозрачная, блестящая, однако на периферии помутнена в виде кольца. Между кольцевидным помутнением и склерой прозрачное кольцо роговицы. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. При движении глаза определяется дрожание радужки и хрусталика. Кора хрусталика просветлена. Бурое гладкое ядро опустилось книзу. Глазное дно в деталях не просматривается ВГД = 25 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 0,02 (не корр.). Глаз спокойный. Роговица гладкая прозрачная, блестящая, однако на периферии помутнена в виде кольца. Между кольцевидным помутнением и склерой прозрачное кольцо роговицы. Передняя камера средней глубины с прозрачной влагой. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, медикаментозно расширен до 5 мм. В проходящем свете на фоне красного рефлекса с глазного дна видны черные шипы, направленные вершиной к центру. На глазном дне в макулярной области дистрофические очажки в виде белесоватых пятен с отложением пигмента. ВГД = 20 мм рт. ст. Дополнительные исследования? Возможный диагноз? Лечение?
215. Больной 68-ми лет жалуется на снижение зрения вдаль при относительно сохранном зрении вблизи. Он начинал свободно читать без очков. Острота зрения обоих глаз = 0,1 со сферой – 4,0 Д = 0,6. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. При боковом освещении хрусталики имеют светло-зеленый оттенок. В проходящем свете сохраняется розовый рефлекс, на фоне которого видны тонкозернистые помутнения. При повороте офтальмоскопа улавливается кольцевидная тень. Зеленоватый или слегка буроватый оттенок четко контурирующегося ядра особенно хорошо виден на оптическом срезе при биомикроскопии. Видимые отделы глазного дна без патологии. TOU= 23 мм рт. ст. Возможный диагноз? Лечение?

216. Больная 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 дптр. = 0,9. Роговица прозрачная. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. Рисунок и цвет радужки не изменены. Иридодегенез. 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?
217. Больной 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 дптр. и цилиндрическим + 1,5 дптр. 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?
218. Пациентка 71-го года доставлена вечером в офтальмологический стационар с сильными болями в левом глазу. Из анамнеза выяснено, что зрение этого глаза ухудшилось днем, когда больная помогала сыну переставить платяной шкаф. На снижение зрения больная не обратила внимания, полагая, что оно восстановится самостоятельно. Однако через несколько часов глаз покраснел, появились сначала незначительные боли, а затем они переросли в нестерпимые. Вызванной машиной «скорой помощи» больная доставлена в стационар. При осмотре определено, что правый глаз здоров. Слева острота зрения равна светоощущению с неправильной проекцией. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу. Болезненно при пальпации. Роговица отечная, полупрозрачная. Вся передняя камера как будто бы заполнена масляной жидкостью и кажется глубокой. Радужка за ней просматривается не совсем четко. Зрачок круглый, слабо расширен. В проходящем свете неясный красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удастся. Пальпаторно T₊3. Определите дальнейшие исследования, возможный диагноз, необходимое лечение.

219. Больной 22 года. Жалобы на резкие боли в левом глазу. Объективно Острота зрения правого глаза = 0,04 с корр. -15,0 D= 0.1; Острота зрения левого глаза = 1/∞ pr.1.incerta. отмечается гипоплазия радужки иридоденез. Хрусталик справа смещен вверх, слева выражены явления раздражения, застойная инъекция сосудов глазного яблока. Роговица мутная из-за отека эпителия. Передняя камера мелкая. В области зрачка вставлен мелкий хрусталик. Глазное дно обоих глаз в норме. Внутриглазное давление слева 45 мм рт. ст. Со стороны общего состояния отмечается астения, незначительное удлинение пальцев и утолщение концевых фаланг. Какой диагноз можно поставить исходя из данной клинической ситуации?

Ответы на ситуационные задачи.

197. *У ребенка двусторонние задние полярные катаракты. При наличии высокой остроты зрения лечения не требуется.*
198. *У ребенка на фоне синдрома Марфана справа имеет место подвывих хрусталика (возможно в сочетании с микросферофакией), миопия высокой степени. Слева микросферофакия с подвывихом хрусталика, приступ вторичной глаукомы.*
199. *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. Если низкое зрение правого глаза представляет достаточные трудности, то возможно проведение оперативного лечения – факоэмульсификации с имплантацией интраокулярной линзы.*
200. *Начинающаяся возрастная катаракта, миопия правого глаза. Больного нужно обследовать в условиях расширенного зрачка. Назначают инстилляцию препаратов, улучшающих метаболические процессы в хрусталике.*
201. *Начинающаяся 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.*
202. *Начинающаяся возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная катаракта левого глаза. Лечение оперативное –*

экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на левом глазу.

203. *Больному необходимо провести визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию. Возможный диагноз – катаракта.*
204. *Незрелая возрастная катаракта правого глаза, гиперметропия слабой степени, начинающаяся возрастная катаракта левого глаза. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на правом глазу.*
205. *Для диагностики заболевания необходимо произвести биомикроскопию. Скорее всего, у больного имеется помутнение хрусталика – катаракта. Катаракта является мультифакторным заболеванием. По мере прогрессирования помутнения уменьшается количество общее и особенно растворимых белков. Заметно ослабевает активность лактатдегидрогеназы и происходит сдвиг в изоферментном спектре, что свидетельствует о замедлении скорости гликолиза, снижении оксигенации ткани, развитии метаболического ацидоза. В хрусталике образуются белковые конгломераты, уменьшается содержание глутатиона и калия. Концентрация кальция, натрия увеличивается. Нарушается стройная взаимосвязь процессов обмена.*
206. *Интраокулярная коррекция афакии.*
207. *Травматическая катаракта правого глаз. Из-за катаракты пациент не имеет бинокулярного зрения. Работать токарем в таком состоянии он не может. Показана экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы.*
208. *Травматическая катаракта правого глаза. В настоящее время работать шофером больной не может. Необходима экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы.*
209. *Травматическая катаракта правого глаза. Необходима экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы.*
210. *Зрелая возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная катаракта левого глаза. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на правом глазу.*
211. *Профессиональная «огневая» катаракта.*
212. *Артифакция правого глаза. В лечении не нуждается.*

213. *Осложненная заднекапсулярная диабетическая катаракта. Причина – сахарный диабет.*
214. *Старческая дуга роговицы обоих глаз. 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.*
215. *Незрелая ядерная катаракта обоих глаз. Лечение – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы.*
216. *Афакия, гипертонический ангиосклероз сетчатки 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.*
217. *Спаянный рубец роговицы, афакия правого глаза. Лечение – оперативное: пластика радужки с имплантацией интраокулярной линзы на правом глазу.*
218. *Необходимо проведение тонометрии. У больной вывих хрусталика в переднюю камеру, вторичная глаукома левого глаза. Нуждается в удалении хрусталика из глаза в экстренном порядке.*
219. *Подвывих хрусталика правого глаза, вывих хрусталика в переднюю камеру левого глаза. Вторичная глаукома обоих глаз. Синдром Марфана.*

15. ПАТОЛОГИЯ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА

220. При проведении профилактического осмотра в поликлинике у девушки 17-ти лет обнаружено. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. Хрусталики прозрачные. В стекловидном теле слева видна соединительнотканная шварта, которая тянется от диска зрительного нерва кпереди и доходит до передней пограничной мембраны. При движении глаза шварта колеблется. Глазное дно без видимой патологии. Диагноз? Лечебные мероприятия?
221. В детскую поликлинику принесли месячного ребенка. При осмотре обоих глаз определяется белесоватый рефлекс в области зрачка. Хрусталики уменьшены в размерах. Позади них располагается белая фиброзная шварта, в центре она васкуляризирована. Со швартой спаяны вытянутые в длину цилиарные отростки. Диагноз? Лечение?
222. На консультацию в глазное отделение детской больницы принесли двухмесячного ребенка. Ребенок родился недоношенным, долгое время находился в кювезе с повышенным содержанием кислорода. В настоящее время при офтальмоскопии объективно. На месте демаркационной линии, между васкуляризированной и аваскулярной сетчаткой, виден вал желтоватого цвета, проминирующий над плоскостью сетчатки. Сосуды сетчатки перед валом резко расширены, извиты, беспорядочно делятся, образуя на концах «щетки». Диагноз? Лечение?
223. В поликлинику к окулисту обратился мужчина 49-ти лет с жалобами на снижение зрения правого глаза,двигающееся «пятно» перед глазом. Вышеописанные жалобы появились около трех недель назад. Явления прогрессируют. Начало заболевания ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,4 (не корр.). Правый глаз слабо инъецирован по смешанному типу. Передний отрезок без видимых изменений. Хрусталик с начальными периферическими помутнениями. В стекловидном теле кистовидное мерцающее образование с зеленоватым оттенком, фиксированное к стенке глаза. При биомикроскопическом исследовании на образовании отчетливо видна головка с присосками. Глазное дно без видимой патологии. Острота зрения левого глаза = 0,9 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. Хрусталик с начальными периферическими помутнениями. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечение?
224. После перенесенного гипертонического криза у больной 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?

225. Больная 48 лет в течение 3-х лет находилась на диспансерном учете у терапевта по месту жительства по поводу сахарного диабета. Постоянно принимает диабетон. В последнее время стала замечать ухудшение зрения, появление мушек перед глазами. При обследовании больной в проходящем свете офтальмолог обнаружил на фоне красного свечения зрачка темные тени. При взгляде больного в разные стороны видимые помутнения перемещались в противоположную сторону. Исследование методом бокового или фокального освещения показало, что передний отдел глазного яблока без патологических изменений. В каком отделе глазного яблока патологическое изменение? Какой диагноз следует поставить?
226. При осмотре пациентки с близорукостью высокой степени с помощью щелевой лампы выявлены следующие изменения. Острота зрения обоих глаз = 0,07 со сферическим стеклом – 8,5 Д = 0,9. Под задней капсулой хрусталика нежные помутнения. Разжижение стекловидного тела и наличие хлопьевидных помутнений в виде шерстяной пряжи или пряди тонких волокон. Нити серовато-белого цвета, извиты, пересекаются между собой, местами имеют петлеобразное строение. Диагноз? Лечение?
227. К окулисту обратился пациент 63-х лет с жалобами на снижение зрения правого глаза в течение полутора лет. Зрение снижалось постепенно, безболезненно. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,4 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,6 со сферой + 1,0 Д = 1,0. Ранее перенесенных заболеваний не указывает. Передний отрезок глаз без видимой патологии. При осмотре щелевой лампой в стекловидном теле правого глаза видны мелкие зерна в виде взвеси серовато-коричневого

цвета перемещающейся при движении глаза. Диагноз? Лечебные процедуры?

228. В поликлинике консультирован пациент 72-х лет, страдающий сахарным диабетом. Жалобы на низкое зрение обоих глаз в течение последних 8-ми лет. Сахарным диабетом страдает более 15-ти лет. Шесть лет назад была произведена лазеркоагуляция сетчатки, но после этого зрение продолжало снижаться. В настоящее время объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,1 (не корр.). Глаза спокойные. Незначительная деструкция пигментной каймы зрачка. Слабо выраженные помутнения под задней капсулой хрусталика. При движении глаза в стекловидном теле золотистые кристаллы перемещаются, мерцают наподобие золотых и серебряных блесков. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. Вены извиты, неравномерного калибра. Микроаневризмы и твердые экссудаты. Множественные следы лазеркоагулятов. Преретинальный фиброз. Диагноз? Лечение?
229. При проведении профилактического осмотра окулистом в поликлинике у больной 68-ми лет выявлены следующие изменения. Острота зрения обоих глаз = 0,3 со сферой +2,0 Д = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. При офтальмоскопии и исследовании щелевой лампы в задних отделах определяется овальное кольцо. Детали сетчатки через это отверстие кажутся более четкими, чем при осмотре через соседние участки задних слоев стекловидного тела. На глазном дне диски зрительных нервов бледно-розовые, с четкими границами. В макулярной области извитые вены. Артерии сужены. Салюс I. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

220. *Остатки гиалоидной артерии. Лечение не требуется.*
221. *Гиперпластическое первичное стекловидное тело. Лечение хирургическое. Сначала удаляют помутневший хрусталик, а затем иссекают ретролентальную ишарту. При необходимости выполняют частичную витрэктомию.*
222. *Ретинопатия недоношенных или ретролентальная фиброплазия. Лечение ретинопатии недоношенных заключается в ограничении зоны аваскулярной сетчатки, предотвращении дальнейшего развития и распространения неоваскуляризации с помощью трансклеральной криопексии, лазер- и фотокоагуляции. При витреальной тракции*

используют витрэктомию, при отслойках сетчатки применяют пломбирование склеры.

- 223. Цистицерк стекловидного тела. Начинаяющаяся возрастная катаракта обоих глаз. Необходимо оперативное удаление паразита.*
- 224. 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.*
- 225. Патологические изменения в стекловидном теле. Следует диагностировать частичный гемофтальм.*
- 226. Миопия высокой степени. Осложненная катаракта, Нитчатая деструкция стекловидного тела. Лечения не требуется, Возможна оптическая коррекция контактными линзами или хирургическая коррекция миопии.*
- 227. Зернистая деструкция стекловидного тела. Необходимо проводить терапию, направленную на рассасывание помутнений стекловидного тела.*
- 228. Осложненная катаракта, деструкция стекловидного тела с кристаллическими включениями, пролиферативная диабетическая ретинопатия. Рекомендуется витреальная хирургия.*
- 229. Задняя отслойка стекловидного тела, гипертоническая ретинопатия обоих глаз. Показано динамическое наблюдение за состоянием глаз.*

16. ПАТОЛОГИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ

230. На прием к окулисту поликлиники обратился пациент 66 лет с жалобами на слепоту левого глаза и снижение зрения правого глаза. Зрение обоих глаз снижалось постепенно и безболезненно в течение 3-х лет. Ранее больной к врачу не обращался и никогда не лечился. Слепоту левого глаза обнаружил случайно, закрыв правый глаз. Объективно: острота зрения правого глаза = 0,6 (не корр.); острота зрения левого глаза = 0 (ноль). Какие заболевания глаз сопровождаются постепенным и безболезненным снижением зрения в пожилом возрасте? Какие из них заканчиваются необратимой слепотой? Какие методы исследования необходимо провести для постановки правильного диагноза? Каковы возможности возвращения зрения левого глаза?
231. У ребенка 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?
232. К врачу-офтальмологу обратился пациент 58 лет с жалобами на периодически возникающее по утрам затуманивание обоих глаз. Какие исследования необходимо провести больному?
233. Во время ежегодной диспансеризации у пациента 44 лет, не предъявляющего никаких жалоб на орган зрения, ВГД при измерении тонометром Маклакова весом 10 г равно 29 мм рт. ст. в правом глазу и 23 мм. рт. ст. в левом. Какова дальнейшая тактика врача-офтальмолога?
234. При обследовании больного глаукомой во время очередного диспансерного осмотра установлено, что острота зрения правого глаза равна 0,3, левого – 1.0. Поле зрения правого глаза сужено в верхне-носовой части до 50° от точки фиксации, а левого – до 35° от точки фиксации, ВГД правого глаза 30 мм рт. ст., левого – 27 мм рт. ст. Офтальмоскопически в обоих глазах определяется экскавация диска зрительного нерва: справа – выраженная, слева – начальная. Угол передней камеры обоих глаз широкий. Поставьте развернутый клинический диагноз для каждого глаза.
235. У работницы химического предприятия случайно при профилактическом осмотре была обнаружена слепота одного

глаза. Объективно: зрение правого глаза 0. Передний отрезок не изменен на глазном дне – атрофия зрительного нерва с экскавацией. Внутриглазное давление = 40 мм рт. ст., левый глаз здоров. Поставьте развернутый диагноз.

236. У больной 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?
237. После получасового пребывания в парной бани, у мужчины 52 лет появились сильные ломящие боли в левой половине головы с иррадиацией в левую руку, покраснение левого глаза и ухудшение зрения. Врач заподозрил острый приступ глаукомы левого глаза. Какие дополнительные исследования надо провести для подтверждения диагноза?
238. Больная 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?
239. В приемный покой КБСП доставили машиной скорой помощи больного 56 лет с жалобами на сильные ломящие боли в правом глазу и в правой половине головы, покраснение правого глаза, снижение его зрения, тошноту, рвоту, общее недомогание. АД 150 и 90, обычный уровень 140 и 80 мм рт. ст. Объективно: глазная щель справа слегка сужена, определяется застойная инъекция сосудов глазного яблока, роговица отечна, передняя камера мелкая, зрачок расширен, реакция на свет

отсутствует. Глазное дно видно плохо. Глаз при пальпации плотный. Поставьте диагноз. Первая помощь.

240. Больному был поставлен диагноз закрытоугольной глаукомы. Какие меры могут быть выполнены в домашних условиях при возникновении острого приступа?
241. В глазное отделение поступила больная 60 лет с диагнозом «острый приступ глаукомы». После проведения интенсивной консервативной терапии, ВГД снизилось, глаз перестал болеть. Какова дальнейшая тактика в отношении этой больной?
242. Во время вашего ночного дежурства у санитарки, пожилой пенсионерки, внезапно случился приступ резких головных болей с иррадиацией в левый глаз, которым, по словам больной, она последнее время видела плохо. Имела место рвота, пульс замедлен, АД 180/100 мм рт. ст., что, впрочем, не редкость для больной. При внешнем осмотре определяется умеренное сужение левой глазной щели, покраснение левого глазного яблока, расширенный зрачок слева, который почти не реагирует на свет. Больная различает этим глазом лишь свет от лампочки. Учитывая и то обстоятельство, что больная за несколько дней до этого приступа перенесла на ногах острое респираторное заболевание, попробуйте поставить предположительный диагноз.
243. Больной 58-ми лет страдает первичной открытоугольной глаукомой. Острота зрения обоих глаз = 0,3 со сферическим стеклом – 2,0 дптр. = 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?
244. На очередной диспансерный осмотр к офтальмологу пришел больной глаукомой. При обследовании отмечено, что острота зрения обоих глаз с коррекцией – 1,0, поле зрения правого глаза не изменено, в левом глазу наблюдается сужение верхненосовой границы до 30° от точки фиксации, при гониоскопии обоих глаз хорошо видны все структуры дренажной зоны угла передней камеры вплоть до широкой полосы цилиарного тела. ВГД правого глаза – 25 мм рт. ст., левого – 29 мм рт. ст. Поставьте развернутый клинический диагноз для каждого глаза.
245. Больной 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 верхненосовом квадранте. Возможный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?

246. Больная 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 = 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?
247. Больной 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?
248. После длительной работы в наклонном положении, у женщины 60 лет появились боли в левой половине головы и в левом глазу, тошнота, рвота, левый глаз покраснел, зрение ухудшилось. Объективно: отмечается застойная инъекция левого глаза, роговица отечная, мелкая передняя камера, зрачок неравномерно расширен в виде овала, расположенного вертикально, острота центрального зрения 0,1, коррекция зрения не улучшает. ВГД слева = 56 мм рт. ст. Поставьте диагноз.
249. После семидневного обследования на глаукомы в условиях стационара пациенту 56-ти лет поставлен диагноз: правый глаз – глаукома

первичная открытоугольная, начальная, с умеренно повышенным уровнем внутриглазного давления, левый глаз – здоров, пресбиопия. Внутриглазное давление правого глаза, по результатам выведение суточной кривой, на уровне 26-30 мм рт. ст. Какие назначения дать больному? Как оценить эффективность проводимого лечения? В чем будет заключаться суть диспансерного наблюдения больного с глаукомой?

250. Больной 42 лет находится на диспансерном учете у врача гастроэнтеролога с диагнозом «Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки». Два года назад пациенту поставили диагноз «Глаукома». Какие лекарственные препараты ему противопоказаны?

Ответы на ситуационные задачи.

230. *Постепенным и безболезненным снижением зрения в пожилом возрасте сопровождаются, как правило, катаракта, глаукома, дистрофические изменения сетчатки. Однако при катаракте и дистрофии сетчатки зрение не снижается до нуля. Слепота при глаукоме является необратимой. Для постановки правильного диагноза необходимо провести биомикроскопию, периметрию, тонометрию и офтальмоскопию. При катаракте возможно оперативное лечение. Лечение глаукомы заключается в назначении гипотензивных препаратов и сосудистой терапии. Также терапевтически лечатся дистрофические заболевания сетчатки. Однако восстановления зрения при двух последних видах патологии невозможно.*
231. *Врожденная глаукома левого глаза. Проводят измерение внутриглазного давления, офтальмоскопию и гониоскопию. Лечение – оперативное.*
232. *Необходимо проведение обследования на глаукому. Исследование границ поля зрения со скотометрией, Динамическое наблюдение за офтальмотонусом, Тщательная офтальмоскопия.*
233. *Необходимо проведение обследования на глаукому. Исследование границ поля зрения со скотометрией. Динамическое наблюдение за офтальмотонусом. Тщательная офтальмоскопия.*
234. *Первичная открытоугольная развитая глаукома правого глаза с умеренно повышенным внутриглазным давлением. Первичная открытоугольная начальная глаукома левого глаза с умеренно повышенным внутриглазным давлением.*

235. *Первичная открытоугольная терминальная глаукома правого глаза с высоким внутриглазным давлением.*
236. *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.*
237. *Необходимо проведение биомикроскопии, гониоскопии, офтальмотонометрии*
238. *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.*
239. *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.*
240. *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. Проводят отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны, солевое слабительное. Внутрь мочегонные средства.*

241. *Проведение оперативного лечения – выполнение базальной иридэктомии.*
242. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза.*
243. *У больного первичная открытоугольная начальная глаукома с нормальным внутриглазным давлением. Учитывая компенсацию офтальмотонуса, больной должен использовать те гипотензивные препараты, которые он получает.*
244. *Первичная открытоугольная начальная глаукома с нормальным внутриглазным давлением правого глаза. Первичная открытоугольная развитая глаукома с умеренно повышенным внутриглазным давлением левого глаза.*
245. *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.*
246. *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.*
247. *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.*
248. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы.*
249. *Больному нужно назначить инстилляцию одного из препаратов первого ряда – латанопростов. Осуществлять амбулаторно контроль внутриглазного давления до его нормализации. При необходимости нужно назначить дополнительные гипотензивные препараты или сменить вид препарата. Диспансерное наблюдение пациента*

необходимо проводит один раз в три месяца, обязательно проводя периметрию, тонометрию и офтальмоскопию.

250. *Больному противопоказаны лекарственные средства, содержащие атропин.*

17. ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

251. После автомобильной аварии у больной 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?
252. У больного 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?
253. Больной 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 $\frac{1}{3}$ заполнена кровью. Рисунок радужки не изменен. Зрачок круглый, несколько расширен. В проходящем свете рефлекса не видно. Пальпаторно T_n . Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
254. Рабочий лесопильного комбината 36-ти лет, получил травму во время работы. Отлетела доска и ударила по правому глазу. Объективно: зрение правого глаза резко понижено, в передней камере кровь. Зрачок широкий, деформирован, у лимба от 13 до 16 часов отрыв радужки у корня. При исследовании в проходящем свете виден рефлекс глазного дна. Диагноз и тактика.
255. После полученной около месяца назад тупой травмы левого глаза больной 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 дптр. = 0,8. Глаз спокойный. Роговица прозрачная. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. При движении глаза определяется иридодегенез. 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?

256. Больная 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?
257. Больной 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 век, 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 век. Ссадины на коже. При пальпации век определяется крепитация. Глазная щель практически сомкнута. При разведении век 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?
258. К окулисту обратилась пациентка 60 лет с жалобами на боли и снижение зрения правого глаза. Из анамнеза: 3 дня назад случайно задела глаз веткой дерева, к врачу не обращалась и не лечилась. Объективно: Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.); острота зрения левого глаза = 0,5 со сферическим стеклом + 1,0 D = 1,0. Глазная щель правого глаза резко сужена, выражена 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 ступенчат, зрачок узкий. Рефлекса с глазного дна не видно. Внутриглазное давление пальпаторно в норме. Левый глаз здоров. Укажите диагноз, наметьте лечебные мероприятия.

259. На прием к окулисту обратился шофер 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 T_n . Диагноз? Лечение?
260. Больная 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?
261. Врач скорой помощи вызван к ребенку 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 удастся. При раскрытии глазной щели у лимба виден темного цвета комочек. Роговица прозрачная. На дне передней камеры кровь. Передняя камера глубокая. Диагноз? Первая помощь?
262. В стационар доставлен ребенок 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?

263. Рабочий 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?
264. Электрик 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 ступенчат, 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?
265. Разнорабочий 35 лет обратился в поликлинику к окулисту. Жалобы: на ухудшение зрения правого глаза. Анамнез: удалось выяснить, что год назад, во время работы что-то попало в этот глаз, но к врачам он не обращался. Объективно: зрение правого глаза 0,3, коррекции нет. Роговица прозрачная. В области хрусталика видно голубоватое помутнение в виде кольца с отходящими от него лучами. Диагноз и дополнительные исследования, подтверждающие диагноз.
266. Больной 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 ушитая 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?

267. Рабочий механического цеха 48-ми лет получил проникающее ранение роговицы правого глаза, но обратился к окулисту только через неделю после травмы. Объективно: резко выражен отек век правого глаза, отек конъюнктивы, экзофтальм, роговица гнойно инфильтрирована, в передней камере гной, рефлекс глазного дна желтовато-зеленый. Диагноз? Лечение? Какие возможны исходы?
268. Больной 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?
269. Сварщик 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?
270. Рабочий завода сваривал трубы, снимал защитные очки во время работы. К вечеру появилась резкая светобоязнь, слезотечение. Обратился на прием к главному врачу. Объективно: гиперемия обоих глаз, роговица прозрачная, но при окрашивании флюоресцеином выявляются мелкие точечные эрозии. Диагноз, первая помощь, профилактика.
271. Молодой человек, 18 лет. Жалобы: на резкую светобоязнь, слезотечение, боль в глазах. Анамнез: выявлено, что до этого в течение суток катался на лыжах в яркий солнечный день в заснеженных горах. Объективно:

Глазные щели прикрыты, резкая гиперемия и хемоз конъюнктивы. При окрашивании роговицы выявляются мелкие дефекты эпителия. Поставить диагноз. Как помочь молодому человеку?

272. Больной 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?
273. Больной получил проникающее ранение левого глаза 3 недели назад. Зрение этого глаза было практически сразу утеряно: острота зрения = 0. В течение всего этого времени на травмированном глазу наблюдались явления вялотекущего иридоциклита. В настоящее время на втором глазу появилась светобоязнь, перикорнеальная инъеция, преципитаты. Какой диагноз можно предположить. Лечебная тактика.
274. В приемный покой больницы доставили девочку девяти лет со свежими ожогами глаз и лица пламенем вспыхнувшего бензина. Ресницы и брови обгорели, кожа лица гиперемирована, с отдельными пузырями и некротическими участками на щеках и веках. Вам нужно осмотреть глазные яблоки, чтобы определить тяжесть поражения. К помощи какого медикамента вам придется прибегнуть в первую очередь?

Ответы на ситуационные задачи.

251. *Возможный диагноз: берлиновское помутнение сетчатки обоих глаз. Перелом основания черепа? Производят рентгенографию черепа в двух проекциях, направляют больного к невропатологу и нейрохирургу.*
252. *Перелом стенок левой орбиты. Выполняют рентгенографию черепа в двух проекциях. При смещении отломков – пластические операции на стенках орбиты.*
253. *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 вымыванием гифемы, витрэктомия.*

254. Тупая травма, гифема, иридодализ правого глаза. Учитывая резкое снижение зрения глаза, необходима тщательная офтальмоскопия для исключения патологии сетчатки. Показана кровоостанавливающая и рассасывающая терапия, пластика радужной оболочки.
255. Подвывих хрусталика левого глаза. Проводят биомикроскопию с расширенным зрачком, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. Лечение – экстракция хрусталика с имплантацией интраокулярной линзы.
256. 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.
257. 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.
258. Травматический кератит, гипопион правого глаза. Гиперметропия слабой степени левого глаза. Показано проведение антибактериальной терапии кератита с использованием инстилляций, мазевых аппликаций, субконъюнктивального и парентерального введения антибиотиков.
259. Непроникающая резаная рана роговицы левого глаза. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей, кератопротекторы.
260. Проникающее ранение роговицы правого глаза. Проводят рентгенографию правой орбиты, ультразвуковое исследование правого глаза. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей.
261. Проникающее корнеосклеральное ранение правого глаза с выпадением оболочек, гифема правого глаза. Врач скорой помощи инстиллирует в глаз дезинфицирующие капли, проводит обезболивание, накладывает биную повязку и доставляет больного в стационар.

262. 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.
263. 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.
264. 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.
265. Халькоз правого глаза? Для уточнения диагноза производят рентгенологическое и ультразвуковое исследование глаза.
266. Проникающее ранение, пластический увеит правого глаза. Симпатическое воспаление левого глаза. Диагностике симпатизирующего иридоциклита 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

иммунокорригирующие препараты. Местно – инстилляцией 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.

267. Посттравматический эндофтальмит. Прогноз при эндофтальмите всегда серьезный. Показано введение антибиотиков и антистафилококкового γ -глобулина под конъюнктиву, ретробульбарно, в перихориоидальное пространство. Необходимо внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия. Высокоэффективной является витрэктомия с введением в полость глаза антибиотиков. Если энергичное противовоспалительное лечение эффекта не дает, глаз следует энуклеировать.
268. 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.
269. Электроофтальмия. Лечение заключается в инстилляциях раствора дикаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки.
270. Электроофтальмия. Лечение заключается в инстилляциях раствора дикаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки. Профилактика – защитные очки.
271. Светоофтальмия. Лечение заключается в инстилляциях раствора дикаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки. Профилактика – защитные очки.
272. Проникающее ранение склеры правого глаза. Проводят рентгенографию глазницы в двух проекциях, ультразвуковое исследование глаза. При наличии внутриглазного инородного тела

производят его рентгенолокализацию 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.

273. *Скорее всего, у пациента явления симпатического воспаления. Необходимо усилить противовоспалительное лечение. При отсутствии эффекта произвести удаление травмированного глаза.*

274. *Инстилляции дикаина.*

18. ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

275. В глазной кабинет детской поликлиники обратились родители пятилетнего мальчика с жалобами на наличие у ребенка косоглазия. По мнению родителей, у ребенка косит то один, то другой глаз. При объективном обследовании выяснено, что острота зрения обоих глаз у ребенка равна 0,9. При закрытии глаз установочных движений нет. При исследовании четырехточечным тестом, пробой с промахиванием и пробой с карандашом – нарушений бинокулярного зрения не выявлено. Диагноз? Лечение?
276. На прием к окулисту в поликлинику обратился молодой человек 21-го года с жалобами на периодическое косоглазие. Он отмечает, что когда он задумывается или не обращает внимания на зрение, у него отклоняется один глаз. Как только он «приходит в себя» глаза становятся ровно и, появившееся в начале двоение, исчезает. При проведении тестов на наличие бинокулярного зрения нарушений его не выявлено. Какие тесты на исследование бинокулярного зрения можно было поставить? Диагноз? Лечение?
277. К окулисту поликлиники обратились родители ребенка 4-х лет. Они пришли с мальчиком, правое глазное яблоко которого отклонено кнутри. Родители отмечают, что при рождении ребенка положение глаз было совершенно нормальным, но, по мере его взросления, они стали наблюдать периодическое отклонение правого глазного яблока кнутри. Особенно это было заметно при раздражении ребенка. При консультации невропатолога (родители сочли это за неврологическую патологию) никаких заболеваний нервной системы не выявлено. Рекомендовано обратиться к офтальмологу. Окулист назначил пациенту циклоплегию, после чего произвел рефрактометрические исследования. Справа у ребенка гиперметропия в 5,0 Д, слева – в 3,0 Д. При назначении соответствующей коррекции косоглазие исчезло. Какой вид косоглазия у ребенка? Как можно убедиться в наличии у него бинокулярного зрения?
278. К окулисту обратились родители ребенка 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?

279. У ребенка 5-ти лет сходящееся косоглазие слева. Косоглазие постоянное. Острота зрения правого глаза = 0,5 со сферой + 1,75 дптр. = 1,0 Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,1 (не корр.). Рефрактометрически определяется гиперметропия до 3,0 дптр., 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?
280. При осмотре ребенка 9-ти лет с содружественным косоглазием объективно выявлено, что острота зрения правого глаза = 0,2 со сферой + 3,0 Д = 0,4; Острота зрения левого глаза = 0,1 со сферой + 3,5 Д = 0,4. При рефрактометрии явлений астигматизм не выявлено. В чем причина низкого зрения? Какие лечебные мероприятия необходимы?
281. Во время практических занятий по офтальмологии с интернами ассистент продемонстрировал им двух детей. У обоих внешне абсолютно одинаковое сходящееся косоглазие справа. Необходимо провести дифференциальную диагностику между содружественным и паралитическим косоглазием. Как это сделать?
282. Ребенок 7-ми лет страдает содружественным сходящимся косоглазием справа. По поводу косоглазия и амблиопии ребенку неоднократно проводились курсы ортоптического и плеоптического лечения, которые практически не дали ощутимого результата. Корригированная острота зрения обоих глаз увеличилась на 0,1. Косоглазие сохранилось. Каковы дальнейшие действия врача?
283. После автоаварии у больного 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?
284. Больная 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?

Ответы на ситуационные задачи.

275. Мнимое косоглазие. Лечение не требуется.
276. Исследование с помощью четырехточечного цветотеста. Опыт Соколова. Проба на промахивание. Проба с надавливанием на один глаз. Тест Баголини. Проба с чтением с карандашом. Проба с призматическим стеклом. Гетерофория. Лечение не требуется.
277. Сходящееся содружественное аккомодационное косоглазие справа. Для исследования бинокулярного зрения можно поставить пробы: исследование с помощью четырехточечного цветотеста, опыт Соколова, проба на промахивание, проба с надавливанием на один глаз, тест Баголини, проба с чтением с карандашом, проба с призматическим стеклом.
278. 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.
279. 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.
280. У ребенка амблиопия обоих глаз. Необходимо проведение плеоптического лечения.
281. Основными признаками содружественного косоглазия являются: движение глаз в полном объеме; угол вторичного отклонения равен первичному; отсутствие двоения. Основными признаками паралитического косоглазия являются: отсутствие или ограничение подвижности глазного яблока в сторону пораженной мышцы;

неравенство первичного и вторичного углов отклонения; наличие двоения.

- 282. Необходимо прибегнуть к хирургическому лечению, не прекращая ортоптического и плеоптического лечения.*
- 283. Сходящееся паралитическое косоглазие слева. Проводят лечение у невропатолога. При отсутствии эффекта – оперативное лечение.*
- 284. Диагноз: Гипоплазия дисков зрительных нервов, нистагм, амблиопия. Показано исследование рефракции, по возможности оптическая коррекция. Лечение гипоплазии нет.*

19. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗНИЦЫ

285. После перенесенной простуды у больного 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?
286. На прием к окулисту пришла женщина 35-ти лет. Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела до 38°, головную боль; отек, покраснение и боли в области век и при движении правого глаза. Данные жалобы появились 2 суток назад на следующий день после лечения у стоматолога по поводу периодонтита. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,8 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 1,0. Веки правого глаза сомкнуты, отечны, гиперемированы, болезненны при пальпации, при их раскрытии виден выраженный хемоз конъюнктивы, экзофтальм, подвижность правого глаза ограничена. Околоушные лимфатические узлы справа увеличены. Левый глаз здоров. При исследовании крови – лейкоцитоз, повышение СОЭ, нейтропения, сдвиг в лейкоцитарной формуле. Диагноз? Первая врачебная помощь? Какие консультации специалистов? Дополнительные методы исследования? Лечение?
287. Больной 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. Конъюнктура 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?
288. Мальчик 5 лет. После перенесенного ОРВИ в течение 2 недель было обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа, затруднение дыхания через нос, головные боли, снижение аппетита. Два дня назад во время прогулки промочил ноги; после этого усилились головные боли, отделяемое из носа приняло кровянисто-гнойный вид, появился озноб, температура повысилась до 39,6°, возникли и стали быстро нарастать отек и покраснение век справа. При надавливании на область слезного

мешка отделяемого из слезных точек нет. Правая глазная щель сомкнута. При ее раскрытии виден выраженный хемоз конъюнктивы, экзофтальм, подвижность правого глаза ограничена, попытки движения болезненны. При исследовании крови – лейкоцитоз, повышение СОЭ. На R-грамме отмечается понижение прозрачности придаточных пазух носа. Диагноз? Первая врачебная помощь? Какие специалисты должны участвовать в исследовании больного? Какие исследования должен произвести врач-офтальмолог? В какое отделение должен быть направлен ребенок? Лечение?

289. Больная 46-ти лет обратилась на прием к офтальмологу с жалобами на выпячивание левого глаза. Заметила это явление около двух месяцев назад. Выпячивание постепенно увеличивается. При настороженности больной в отношении опухолевого процесса она обратилась к врачу. При объективном исследовании выявлено. У больной помимо глазной симптоматики отмечается тремор рук, тахикардия, снижение массы тела, нарушение сна. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глазная щель левого глаза резко расширена. Редкое мигание. Объем движений экстраокулярных мышц не нарушен, глазное дно в норме. Экзофтальм 2 мм. Репозиция глазного яблока свободная. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Предположительный диагноз? Лечение?
290. К окулисту больную 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?
291. Больная 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?

292. На консультацию к окулисту был направлен больной 22 лет. Жалобы на отсутствие зрения на левый глаз, выстояние этого глаза, шум в голове. Из анамнеза удалось установить, что год назад получил травму черепа. Объективно: острота зрения правого глаза = 1,0; острота зрения левого глаза = 0. Веки слева не изменены, глаз из орбиты выстоит на 2 мм, экзофтальм прямой. При аускультации слышен дующий шум в орбите, синхронный с пульсом. При сжатии общей сонной артерии на стороне поражения шум резко уменьшается. Диагноз? Лечение?
293. В поликлинику к окулисту обратился больной 37-ми лет с жалобами на незначительные боли в правом глазу, отечность век, временами двоение. Из анамнеза выяснено, что летом во время отдыха на озере больного в верхнее веко укусило насекомое. После этого наблюдалось местное воспаление, отек, которые довольно быстро исчезли. Жалобы появились в конце ноября. В настоящее время объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Верхнее веко правого глаза отечно, гиперемировано. Незначительный экзофтальм, поддающийся репозиции. Глазное яблоко инъецировано. Под конъюнктивной временами видны белесые подвижные нити. В анализе крови выраженная эозинофилия. Пациент отмечает периодические ознобы с повышением температуры, которые относит за счет простудных заболеваний. Возможный диагноз? Лечение?
294. К офтальмологу обратилась женщина 28-ми лет с жалобами на выпячивание левого глазного яблока. Из анамнеза выяснено, что экзофтальм, сначала незначительный, но постепенно увеличивающийся, возник 3 года назад. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Правый глаз здоров. Левое глазное яблоко экзофтальмировано на 7 мм. Репозиция его затруднена. Умеренная конъюнктивальная инъекция. Само глазное яблоко без видимой патологии. После проведения ультразвуковой диагностики и компьютерной томографии выяснено, что в орбите имеется двухкамерный пузырь, находящийся за глазным яблоком. Возможный диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

285. *У больного тенонит. Общее и местное противовоспалительное лечение. Сухое тепло.*
286. *Метастатическая одонтогенная флегмона орбиты правого глаза. Общее антибактериальное, противовоспалительное и десенсибилизирующее лечение. Консультация ЛОР, стоматолога. Рентгенография околоносовых пазух и глазницы. вскрытие*

и дренирование орбиты на фоне антибиотикотерапии и противовоспалительного лечения. Санация одонтогенного очага инфекции.

287. 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.
288. Острый пансинусит, реактивный отек век левого глаза. Общее антибактериальное, противовоспалительное и десенсибилизирующее лечение, консультация ЛОР, офтальмолога (острота, поле зрения, глазное дно, исключить флегмону орбиты и вовлечение в воспалительный процесс слезного мешка). Направить в отделение ЛОР стационара, лечение оперативное – вскрытие придаточных пазух, вскрытие и дренирование орбиты – на фоне антибиотикотерапии и противовоспалительного лечения
289. Компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс. Тиреотоксический экзофтальм. Обследование и лечение у эндокринолога.
290. Тиреотоксикоз. Больную лечит и консультирует эндокринолог.
291. 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.

292. *Пульсирующий экзофтальм слева. Перевязка сонной артерии слева.*
293. *Филяриатоз орбиты. Лечение хирургическое. Извлечение червя. Возможна медикаментозная терапия с использованием противогельминтных средств. Однако массивная гибель филярий может сопровождаться аллергическими реакциями.*
294. *Возможен эхинококкоз орбиты. Лечение хирургическое – орбитотомия и извлечение кисты, желательно без нарушения капсулы.*

20. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗ

295. В медико-санитарную часть обратился рабочий плавильного цеха 43-х лет с жалобами на покраснение глаз и снижение зрения. Объективно имеет место покраснение и утолщение век, инъекция конъюнктивы. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). При биомикроскопии в заднем кортикальном слое хрусталиков определяются помутнения. Глазное дно без видимой патологии. Поставьте диагноз. С чем может быть связана патология?
296. После работы с электросваркой вечером больной 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. Конъюнктива с внутренней стороны напоздаст на роговицу в виде языка. Зрачок узкий. Подлежащие отделы в деталях рассмотреть не удастся. Предположительный диагноз? Лечение?
297. К офтальмологу обратился наладчик лазерного оборудования 32-х лет с жалобами на снижение зрения левого глаза. Со слов больного случайно «схватил глазом» лазерный луч. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,07 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок глаза не изменен. Оптические среды прозрачные. На глазном дне определяется парамакулярное ретинальное кровоизлияние. Диагноз? Лечение?
298. К врачу кожно-венерологического диспансера обратился пациент 63-х лет, много лет проработавший в горнодобывающей промышленности с жалобами на изменения кожи век и слезотечение. Больной был направлен к офтальмологу. Последнему удалось выяснить, что работа пациента была связана с добычей урановой руды. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Кожа век истончена и депигментирована. Край века также истончен, сглажен. Облысение краев век. Они несколько обращены в сторону глазного яблока. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. В хрусталиках скопление точечных помутнений в субкапсулярном слое в области заднего полюса хрусталика. Глазное дно без видимых изменений. Диагноз? Рекомендации по дальнейшему ведению больного.
299. Больная 55 лет, рентгенлаборант. Жалобы на понижение зрения вдаль и на близком расстоянии. Развитие заболевания: больна в течение 6 месяцев, в рентген кабинете работает в течение 6 лет. Объективно зрение обоих глаз 0.1 не корректируется. В области заднего полюса хрусталика

обоих глаз имеется дисковидное помутнение. Под передней капсулой хрусталика отдельные вакуоли. Диагноз, лечение и причины болезни.

300. Шофер самосвала 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?
301. Больной 44-х лет направлен на консультацию к офтальмологу по поводу отравления гранозаном при выполнении сельхоз работ. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,9 (не корр.). У больного наблюдаются дрожание век, нарушение величины, формы и реакции зрачков, диплопия. Роговица и хрусталик окрашены в серо-коричневый цвет. Тактильная чувствительность роговицы снижена. На поверхности роговицы окрашенное кольцо, расположенное концентрично по отношению к лимбу. Металлический серо-коричневый рефлекс от передней поверхности хрусталика. Точечные помутнения передних кортикальных слоев хрусталика. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечение? Определите трудоспособность пациента.
302. На приеме у офтальмолога пациентка 39-ти лет, долгое время работающая на заправочной станции. К врачу ее заставила обратиться периодическая потеря зрения обоих глаз. Никаких ранее перенесенных заболеваний пациентка не указывает. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Глаза спокойные. Передние отрезки без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне с обеих сторон определяется отек сетчатки, особенно в перипапиллярной зоне и в центральной части. При исследовании поля зрения выявлено расширение физиологической скотомы. Внутриглазное давление с обеих сторон 29 мм рт. ст. Диагноз? Профилактика причин заболевания? Лечение?
303. После работы в поле у сельскохозяйственного работника 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?

304. У участкового офтальмолога наблюдается пациент, жизнь которого практически постоянно связана с употреблением алкоголя. В последний раз его на прием привели соседи, так как, по их словам, он ослеп, и передвигаться сам не может. Больной достаточно долгое время работал на производстве синтетических спиртов, не отказывая себе в их употреблении. Около 6-ти лет назад стал жаловаться на снижение зрения обоих глаз. Зрение сначала снизилось довольно резко, но потом относительно восстановилось. Снижение зрения было связано с употреблением метилового спирта. В настоящее время объективно. Острота зрения обоих глаз = 0. Глаза спокойные, передние отрезки не изменены. Зрачки широкие, реакция на свет отсутствует. В плоскости зрачков частично помутневшие хрусталики. На глазном дне с обеих сторон Диски зрительных нервов бледные, с нечеткими границами. Сосуды сужены. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

295. *Блефароконъюнктивит, осложненная катаракта обоих глаз. Патология может быть связана с воздействием на глаз инфракрасного излучения.*
296. *Электроофтальмия. Птеригиум 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. Птеригиум требует оперативного лечения.*
297. *Ретинальное кровоизлияние вследствие воздействия лазерного излучения на левый глаз. Рекомендуются максимум отдыха и покоя для глаз. Могут назначаться кровоостанавливающие и сосудотонизирующие средства. Глазные капли «Эмоксипин» укрепляют сосуды глаз и защищают их от чрезмерного освещения. Рекомендуются принимать витамины С и К, которые укрепляют стенки сосудов и улучшают свертываемость крови.*
298. *Атрофия кожи век, мадароз, заворот век. Осложненная катаракта обоих глаз. Поражения связаны с трудовой деятельностью. Пациент нуждается в смене профессии и динамическом наблюдении.*
299. *Осложненная катаракта обоих глаз. Показано хирургическое лечение. Причиной возникновения катаракты является воздействие рентгеновских лучей.*

300. Имеющиеся изменения глаз могут указывать на проявление вибрационной болезни. Рекомендуется обследование и лечение у профпатолога. Смена профессии.
301. Офтальмомеркуриализм. Главные усилия направлены на выведение ртути из ее депо, назначают антитоксическую и стимулирующую терапию. Показано местное и общее лечение 5% раствором унитиола. Вопрос о трудоспособности и перерыве в работе с ртутью при I и II стадиях меркуриализма, а также при обострениях интоксикации решают ВКК и МСЭК.
302. Офтальмосатурнизм – поражение глаз соединениями свинца. В профилактике отравления наиболее важно предупреждение влияния тетраэтилсвинца на организм. Рабочий день в контакте с тетраэтилсвинцом должен быть укорочен. Полагаются дополнительные выходные дни. Понижение остроты зрения на одном глазу до 0,1 или на обоих менее чем до 0,5 считается противопоказанием к работе с тетраэтилсвинцом. Лица, находящиеся в контакте с тетраэтилсвинцом, подлежат обязательному наблюдению невропатологом. Противоотечная и гипотензивная терапия.
303. Отравление фосфоорганическими соединениями.
304. Токсическая атрофия зрительных нервов вследствие поражения глаз на производстве синтетических этилового и метилового спиртов. Патология лечению не подлежит.

21. ВОЕННАЯ ЭКСПЕРТИЗА

305. У призывника имеется послеожоговый трихиаз, помутнения роговиц обоих глаз. Отмечается рубцовая деформация век в виде заворота. Призывника беспокоит слезотечение. Острота зрения обоих глаз = 0,6 (не корр.). Определите его годность к военной службе.
306. Освидетельствуется призывник с жалобами на снижение зрения правого глаза. Воспалительный процесс отмечает в третий раз. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,09 (не корр.). Правый глаз инъецирован по смешанному типу. На роговице инфильтрат в виде веточки дерева, окрашивающийся флюоресцеином. Старые помутнения роговицы. Подлежащие отделы без видимых изменений. Левый глаз здоров. Определите степень годности призывника к военной службе.
307. При освидетельствовании призывника выявлено. Неоднократно переносил воспалительные заболевания роговиц обоих глаз. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). В роговицах старые стромальные помутнения различной степени выраженности. Определите степень годности его к военной службе.
308. При обследовании призывника в стационаре выявлено. Острота зрения обоих глаз = 0,4 (не корр.). На глазном дне с обеих сторон явления тапеторетинальной абнотрофии. Определите степень годности его к военной службе.
309. При обследовании призывника установлено, что при скиаскопии правого глаза определяется миопия в 5,0 Д, а слева – 7,0 Д. Определите степень годности его к военной службе.
310. Призывник обследован в стационаре. Острота зрения правого глаза = 1,0. Рефрактометрически определяется простой близорукий астигматизм в 1,0 Д. Острота зрения левого глаза = 0,09 (не корр.). Рефрактометрически сложный близорукий астигматизм в 7,0 Д. Оптическая сила роговицы в перпендикулярных меридианах 51,25 Д и 44,75 Д. Поставьте диагноз. Определите степень годности его к военной службе.
311. При обследовании призывника установлено, что при скиаскопии обоих глаз определяется миопия в 13,0 Д. Определите степень годности его к военной службе.

312. При обследовании призывника установлено, что при скиаскопии правого глаза определяется гиперметропия в 7,0 Д, а слева – 6,5 Д. Определите степень годности его к военной службе.
313. При обследовании призывника 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.
314. Призывник обследован в стационаре до и после циклоплегии. Получены следующие объективные данные. До циклоплегии. Острота зрения обоих глаз = 0,09 (не корр.). Рефрактометрически справа определяется сложный миопический астигматизм в 3,0 Д с силой максимального меридиана в 6,0 Д. Слева – сложный миопический астигматизм в 3,5 Д с силой максимального меридиана в 4,5 Д. После циклоплегии острота зрения правого глаза (с диафрагмой) = 0,09 со сферой – 1,5 Д и цилиндром – 3,0 Д = 0,2. Острота зрения левого глаза (с диафрагмой) = 0,09 со сферой – 1,0 Д и цилиндром – 2,5 Д = 0,2. Рефрактометрически справа определяется сложный миопический астигматизм в 3,0 Д с силой максимального меридиана в 5,0 Д. Слева – сложный миопический астигматизм в 3,5 Д с силой максимального меридиана в 4,0 Д. Поставьте диагноз. Определите степень годности его к военной службе.

Ответы на ситуационные задачи.

305. *Призывник к военной службе не годен. Должен быть снят с военного учета.*
306. *Призывник временно не годен к военной службе.*
307. *Призывник годен к военной службе.*
308. *Призывник к военной службе не годен. Должен быть снят с военного учета.*
309. *Призывник ограниченно годен к военной службе.*
310. *Простой близорукий астигматизм правого глаза в 1,0 Д. Сложный близорукий астигматизм левого глаза в 7,0 Д, кератоконус левого глаза. Призывник к военной службе не годен. Должен быть снят с военного учета.*

311. *Призывник к военной службе не годен. Должен быть снят с военного учета.*
312. *Призывник ограниченно годен к военной службе.*
313. *Призывник ограниченно годен к военной службе.*
314. *Сложный близорукий астигматизм правого глаза в 3,0 Д с силой максимального меридиана в 5,0 Д; сложный близорукий астигматизм левого глаза в 3,5 Д с силой максимального меридиана в 4,0 Д. Амблиопия средней степени обоих глаз. Призывник ограниченно годен к военной службе.*

22. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

315. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больного 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?
316. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больной 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. 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, выраженный преретинальный фиброз стекловидного тела. Локальная тракционная отслойка сетчатки. TOS = 18 мм рт. ст. Какой группе инвалидности соответствуют изменения, имеющиеся у пациентки? Реабилитационные мероприятия?
317. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больного 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?
318. При осмотре пациента 30-ти лет выявлено, что острота зрения правого глаза = $0,04$ со сферой $- 8,5$ Д = $0,6$; острота зрения левого глаза = $0,05$ со сферой $- 8,5$ Д = $0,7$. В стекловидном теле обоих глаз нитчатые деструктивные изменения. На глазном дне с обеих сторон миопические конусы. Периферическая дистрофия сетчатки. Рефрактометрически с

обеих сторон определяется миопия до 10,0 Д с элементами астигматизма. Биометрия справа – 27,2, а слева 27,1 мм. Поставьте диагноз. Какие ограничения в профессиональной деятельности существуют для пациента?

319. Пациент 48-ми лет в течение 4 лет страдает глаукомой, точнее в это время была диагностирована первичная открытоугольная развитая глаукома с умеренно повышенным внутриглазным давлением. С этого времени пациент получает гипотензивную терапию. Внутриглазное давление компенсировано. На момент осмотра острота зрения обоих глаз = 0,8 (не корр.). Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. На глазном дне экскавация диска зрительного нерва 8/10. Поле зрения обоих глаз сужено в верхне-назальном квадранте до 30°, парацентральные подковообразные скотомы. Внутриглазное давление = 19 мм рт. ст. Какие ограничения в профессиональной деятельности существуют для пациента?
320. Больная 64-х лет длительное время страдает возрастной макулярной дистрофией обоих глаз. В течение последнего года отмечает ухудшение зрения обоих глаз, что затрудняет ее жизнедеятельность. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,05 (эксц., не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. На глазном дне в макулярной области выраженные дистрофические изменения. В поле зрения центральная скотома до 10°. Острота зрения левого глаза = 0,03 (эксц., не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. На глазном дне в макулярной области выраженные дистрофические изменения. В поле зрения центральная скотома до 15-20°. Какой группе инвалидности соответствуют изменения, имеющиеся у пациентки?
321. На профосмотр пришел пациент 53-х лет, не предъявляющий никаких жалоб на зрение. При исследовании обнаружено, что острота зрения обоих глаз = 0,8 со сферой -1,0 Д = 1,0. Глаза спокойные передние отрезки глаз без видимой патологии. В плоскости зрачков хрусталики с начальными помутнениями. Глазное дно без особенностей. Поставьте диагноз. Какие ограничения в профессиональной деятельности существуют для пациента?
322. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больного 52-х лет объективно выявлено. Острота зрения правого глаза = 0,08 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0. Правый глаз спокойный. Старые стромальные помутнения роговой оболочки, не захватывающие центр роговицы. Остальные отделы переднего отрезка глаза без видимой патологии. Глазное дно в норме. Левое глазное яблоко без видимых

изменений. Прямые и содружественная реакции зрачков на свет сохранены. При чтении текста через карандаш больной установочных движений головой не делает. Какой группе инвалидности соответствует состояние больного?

323. При освидетельствовании в МСЭК больному определена группа инвалидности. Какие разделы должна содержать его индивидуальная программа реабилитации?
324. Пациент, по мнению врача-эксперта МСЭК симулирует слепоту на один глаз. Какие методы можно применить для выявления симуляции?

Ответы на ситуационные задачи.

315. *Данные больного соответствуют требованиям для I группы инвалидности.*
316. *Данные больной соответствуют требованиям для III группы инвалидности. 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.*
317. *Врач МСЭК для реабилитации пациента должен рекомендовать проведение хирургического лечения катаракты.*
318. *Высокая осложненная близорукость является противопоказанием к тяжелому физическому труду, к работе с сотрясением тела и наклонным положением головы, к зрительной напряженной работе.*
319. *При нарушениях периферического зрения нельзя работать водителем любого вида транспортного средства и на большой высоте (крановщик, монтажник, пожарный, каскадер и др.). При глаукоме противопоказана работа в ночное время со значительным психическим и физическим напряжением, работа с длительным наклоном головы.*
320. *Данные больной соответствуют требованиям для I группы инвалидности.*
321. *Начинающаяся катаракта обоих глаз. При начальном помутнении хрусталика противопоказана работа в условиях разных видов излучения (инфракрасного, ультрафиолетового, гамма-лучи), а также в условиях*

воздействия токсических веществ, таких как тринитротолуол, нафталин.

322. Показаний для назначения группы инвалидности у пациента нет. Он симулирует слепоту левого глаза. Нуждается в проведении контрольных тестов исследования.

323. Индивидуальная программа реабилитации состоит из четырех разделов:

- медицинской реабилитации, куда входят все виды лечения;
- профессиональной реабилитации, которая включает профориентацию, профобразование, рекомендации по трудоустройству;
- социальной реабилитации, включающей обеспечение инвалидов по зрению психологическими средствами реабилитации (специальное устройство для чтения «говорящей книги», трость тактильная, часы-будильник с синтезатором речи, часы с рельефным обозначением и т.д.);
- психологической реабилитации.

324. Исследование прямой и содружественной реакции зрачков на свет. При полной слепоте на один глаз прямая реакция зрачка на свет отсутствует, содружественная – сохранена.

Закрыв зрячий глаз, предлагают мнимобольному смотреть прямо вперед. Он обычно фиксирует какой-нибудь предмет. Тогда перед глазом ставят призму в 10-12°, переносящую фиксируемый предмет в сторону от макулы. При этом действительно слепой глаз останется неподвижным, а мнимослепой делает движение в сторону верхушки призмы, так как иначе он не может ясно видеть фиксируемый предмет. Закрыв зрячий глаз, водят перед слепым глазом пальцем в различных направлениях, предлагая смотреть направо, налево и т. д., куда ведут пальцем. Слепой глаз обычно поворачивается в указанных направлениях. Затем продолжают водить пальцем, но уже не говорят направление. Мнимослепой продолжает следить глазом за пальцем и тем самым выдает себя.

23. ОХРАНА ЗРЕНИЯ ДЕТЕЙ

325. В женской консультации наблюдается беременная 22-х лет, первородящая. При сборе анамнеза выяснено, что она плохо видит с детства. Во время консультации окулиста диагностирована пигментная дистрофия сетчатки. При дополнительном сборе анамнеза установлено, что данное заболевание имеется у отца и брата женщины. Какие действия должен предпринять врач консультации?
326. Во второй половине беременности женщина 31-го года перенесла краснуху. Какую врожденную патологию у ребенка может предполагать врач женской консультации?
327. Ребенок родился доношенным от срочных родов. Какие действия в отношении органа зрения должны предпринять работники родильного дома?
328. После рождения ребенок находится в детской. Какие манипуляции в отношении глаз должна предпринимать медицинская сестра перед кормлением ребенка?
329. У женщины 26-ти лет ребенок родился недоношенным, и длительное время находился в кювезе с повышенным содержанием кислорода. Какой патологии глаз у ребенка следует опасаться? Какие действия обязан предпринять врач родильного дома?
330. Ребенок родился от срочных родов. Беременность, роды и послеродовый период неотягощены. На дом для первого патронажного посещения пришел участковый педиатр. Какие действия в отношении органа зрения он должен предпринимать?
331. При осмотре ребенка в возрасте 3-х лет офтальмологом выявлена миопия и назначена очковая коррекция. Профилактику каких патологических состояний глаз достигают, используя оптическую коррекцию зрения? В чем видятся задачи врача-педиатра?
332. Молодой врач-педиатр направлен на работу в детский сад. Какие организационные мероприятия он должен осуществлять для охраны зрения дошкольников?
333. К врачу-офтальмологу детской поликлиники обратились родители ребенка 10-ти лет, страдающего косоглазием, с просьбой выдать справку для ограничения занятий физкультурой. Существуют ли такие ограничения? Каких занятий они касаются?

334. У ученицы 9-го класса выявлена близорукость обоих глаз в 8,5 D. Родители обратились к педиатру за справкой в отношении посещений занятий физкультурой. Какие ограничения в этом плане существуют для данной пациентки?

Ответы на ситуационные задачи.

325. *Работник женской консультации должен сделать соответствующую запись в обменной карте и рекомендовать обратиться в генетическую консультацию.*
326. *Врожденную катаракту.*
327. *В первые минуты после рождения, до проведения профилактики гонобленнореи, следует проверить состояние век, роговицы, зрачка и зрачковые реакции на свет. Профилактика гонобленнореи каждому новорожденному проводится немедленно после рождения. Обработав руки спиртом и стерильными ватными шариками, акушерка снимает первородную смазку с век ребенка, слегка оттягивает нижнее веко и закапывает в глаза трехкратно раствор антибиотиков (пенициллина, тетрациклина и др.) или сульфаниламидов (сульфацил-натрий).*
328. *Обработку глаз новорожденных проводит медсестра перед каждым кормлением, используя 2% раствор борной кислоты и отдельный стерильный ватный шарик для каждого глаза. В связи с возможностью кровоизлияний в центральную зону сетчатки необходимо ежедневно проверять зрение каждого глаза поочередно по зрачковой реакции на свет или реакции кратковременного слежения за передвигающимися перед глазом предметами (карандаш, зеркало, игрушки).*
329. *Ретинопатии недоношенных. Необходимо провести ранний офтальмологический осмотр ребенка.*
330. *При первом патронажном посещении новорожденного продолжают обучать мать уходу за слизистой оболочкой глаз ребенка, проверяют состояние придаточного аппарата и глазного яблока и сопоставляют результаты с данными родильного дома. Обязательно контролируют состояние зрения: реакцию зрачка на свет, реакцию слежения, фиксацию, узнавание и предметное зрение. При первом и последующих посещениях обращают внимание на подвижность век, полноту закрытия глазной щели, плотное прилегание краев век к глазу, отсутствие слезостояния, слезотечения, подвижность глаз в разные стороны, симметричность их расположения и идентичность движений,*

динамику изменений видимых структур глаза – роговицы, передней камеры, зрачка.

- 331. Профилактика амблиопии и косоглазия. Педиатр должен осуществлять контроль за ношением очков детьми, разъясняя родителям необходимость этого для улучшения зрения.*
- 332. Педиатры должны строго следить за освещенностью игровых мест детей, которая должна быть не менее 300 лк на единицу поверхности пола или стола. Игрушки не должны быть мелкими, необходима их хорошая, яркая расцветка. За физическим воспитанием и оздоровлением детей наблюдают с учетом рекомендаций офтальмолога, проводя санитарно-просветительскую работу с родителями по охране зрения детей, особенно входящих в группу риска.*
- 333. Ограничения существуют. Ребенку противопоказаны упражнения, связанные с точным определением расстояния до спортивного снаряда (конь, барьерный бег и т.д.).*
- 334. При близорукости выше 8,0 D дети могут выполнять только вольные дыхательные упражнения.*

24. ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

335. Пациенту с заболеванием органа зрения показано местное введение лекарственных препаратов. Какие виды местного введения препаратов можно использовать?
336. Молодой предприниматель решил организовать в своей аптеке производство глазных капель. Какие требования для глазных капель предъявляются Государственной фармакопеей?
337. Студенту медицинской академии предстоит написать реферат о фармакодинамике лекарственных препаратов, применяемых в офтальмологии. Какие особенности действия глазных капель он должен указать в реферате?
338. Пациенту с заболеванием роговой оболочки назначено закладывание глазной мази. Врач объяснил назначение мази для более длительного действия лекарственного вещества на глаз. Чем это можно объяснить? В чем отличие глазных мазей от других?
339. В стационаре врач назначил больному инъекции лекарственного препарата под конъюнктиву. Пациент просит рассказать ему, как проводится эта процедура и почему нужны инъекции, а не закапывания капель, как лекарство попадает в глаз?
340. Больной проходит лечение в стационаре после проникающего ранения глаза. Ему была проведена первичная хирургическая обработка раны, но на 3-й день в передней камере появился гной. Предполагается провести парацентез роговицы с промыванием передней камеры. Какой путь введения антибиотика можно предложить больному?
341. Ребенку 7-ми лет показаны частые субтеноновые инъекции лекарственных препаратов. Какой путь введения лекарства можно использовать и какова методика его выполнения?
342. Пациенту, лечущемуся в поликлинике по поводу конъюнктивита необходимо проводить промывания конъюнктивального мешка. Какие растворы для этого можно рекомендовать?
343. Для лечения конъюнктивита больному показаны инстиллянии медикаментов, оказывающих вяжущее действие. Какие лекарственные средства можно использовать?

344. У пациента выраженный поллинозный конъюнктивит. Какие препараты можно применить для местного лечения?

Ответы на ситуационные задачи.

335. Местное лечение включает закапывание глазных капель, закладывание глазных мазей, глазных лекарственных пленок, а также подконъюнктивальные, периокулярные, ретробульбарные инъекции препаратов, введение лекарств в переднюю камеру, стекловидное тело, субхориоидальные инъекции и др.
336. Глазные капли должны быть стерильными, стабильными и не содержать видимых загрязнений, иметь рН и осмотическое давление, соответствующие этим показателям слезы. Глазные капли готовят в асептических условиях с использованием буферных растворов, консервантов, пролонгирующих средств. Лекарственные средства в каплях должны хорошо растворяться в изотоническом растворе хлорида натрия либо в маслах (персиковом, оливковом) и оказывать терапевтическое действие в нетоксических и не раздражающих глаз дозах.
337. Сразу после закапывания глазных капель избыток жидкости выжимается веками. Остающееся в конъюнктивальном мешке количество медикаментов сразу же разбавляется слезной жидкостью, частично проникает в конъюнктиву и роговицу, но больше всего отводится в полость носа и всасывается там ее слизистой оболочкой. Высокотоксичные вещества даже в лечебных дозах создают при этом угрозу отравления. При введении мидриатиков это проявляется сухостью в горле, кашлем, а иногда, особенно у детей, гиперемией лица, тахикардией и даже спутанностью сознания. Миотики могут вызвать болезненные колики и понос. На закапывание адреналина люди с изменениями сердечно-сосудистой системы реагируют болями в сердце, нарушениями пульса и пр. Менее токсичные вещества, всасываясь в кровь, могут вызвать аллергические реакции.
338. Глазные мази действуют дольше, чем капли. Образующаяся после аппликации мази в глаз водно-масляная взвесь задерживается в конъюнктивальной полости и образует пленку на поверхности роговицы, из которой действующее вещество медленно всасывается в глазное яблоко. Глазные мази отличаются от аналогичных средств, применяемых в дерматологической практике. Лекарственные вещества в глазных мазях максимально дисперсны, абсолютно исключаются даже мельчайшие твердые частицы.

339. *Инъекциям под конъюнктиву предшествует эпibuльбарная анестезия, при которой в конъюнктивальную полость тpоекpатно с интервалом 1-2 минуты вводят раствор анестезирующего вещества (дикаин, лидокаин и др.). Инъекционную иглу вкалывают в средней трети промежутка от лимба до нижней переходной складки на 6 ч условного циферблата. Лекарственное вещество из подконъюнктивального депо проходит в глаз по лимфатическим путям через краевую сеть в лимфатические щели роговицы, из них – в переднюю камеру глаза, а непосредственно в месте инъекции – через склеру и лимб. Однако основная масса лекарственного раствора после инъекции через инъекционное отверстие просачивается в конъюнктивальный мешок, из которого через роговицу частично проникает в глаз, а частично уносится слезной жидкостью.*
340. *Введение антибиотика в переднюю камеру во время операции.*
341. *Возможно дробное или непрерывное введение растворов через ретробульбарный капилляр. Один (проксимальный) конец капилляра подводят к заднему отрезку глазного яблока, а другой (дистальный) выводят через прокол на верхнем веке и укрепляют на коже лба лейкопластырем. На дистальном конце капилляра расположена пробка-заглушка, через которую в определенное время вводят лекарственные средства.*
342. *0,2% (1:5000) водный раствор фурацилина, 1:5000 раствор калия перманганата.*
343. *2-3% раствор колларгола, 0,5-1% водный раствор резорцина, 0,25-0,5% раствор цинка сульфата, 1% раствор танина.*
344. *Алергофтал, аломид, сперсаллерг, кузикром, максидекс, пренацид, лекролин.*

25. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ

345. У пациента 37-ми лет имеется склонность к швартообразованию после частичного гемофтальма в задних отделах стекловидного тела. Какой из видов электрофореза с ферментными препаратами можно ему предложить?
346. Больной 26-ти лет получил проникающее ранение глаза медным осколком, удаление которого было отсрочено. В связи с этим у него появились явления халькоза в хрусталике и роговице. Какие физиотерапевтические методики можно ему применить для выведения из глаза ионов меди?
347. У больной 56-ти лет после перенесенного тромбоза центральной вены сетчатки развивается атрофия зрительного нерва. Возможно ли ей проведение чрезкожной электростимуляции зрительного нерва?
348. После полученной тупой травмы левого глаза у больного 32-х лет сохраняется неполный птоз верхнего века. Какой вид физиотерапевтических процедур можно ему предложить?
349. У больного 44-х лет развивается токсическая атрофия зрительных нервов после употребления метилового спирта. Какой вид физиотерапии может оказать ему помощь?
350. У девочки 8-ми лет детским офтальмологом выявлена амблиопия. Какие виды физиотерапевтического лечения применимы в данном случае?
351. Больной 28-ми лет получил тупую травму левого глаза две недели назад. На фоне лечения у него наблюдается вялотекущий увеит. Какой из видов физиотерапевтического лечения можно применить?
352. На прием к окулисту пришел больной с начинающимся ячменем нижнего века левого глаза. Какой из видов физиопроцедур может оказать содействие для рассасывания воспалительного очага?
353. К окулисту детской поликлиники обратилась мать ребенка, получающего курсы терапии по поводу спазма аккомодации. Ребенок получает процедуры в виде лазерного спекла. В настоящее время у мальчика простудное заболевание. Родителей ребенка интересует вопрос: можно ли в данном случае продолжить занятия? Какие противопоказания к лечению лазерным спеклом существуют?

354. Ребенку 13 лет необходимо исследовать внутриглазное давление. Однако у него имеется аллергия к дикаину. Какая физиопроцедура может помочь в этом случае?

Ответы на ситуационные задачи.

345. *Эндоназальная методика применяется при патологических процессах на глазном дне и в задних слоях стекловидного тела, особенно при склонности к швартообразованию. Эндоназальный электрофорез дает возможность кратчайшим путем подвести лекарственные вещества к заднему полюсу глаза.*
346. *С помощью обратного электрофореза – электроэлиминации можно выводить из глаза различные ионы. Этот метод используется при халькозе для выведения ионов меди, которые в виде солей откладываются на задней поверхности роговицы, в стекловидном теле, сетчатке и способствуют развитию катаракты.*
347. *Нет. Противопоказания к проведению чрезкожной электростимуляции: опухоли глазницы и глазного яблока, состояния после их удаления, гнойные процессы в глазнице, тромбоз, эмболия центральных вены и артерии сетчатки, некомпенсированная глаукома.*
348. *Дарсонвализация или диадинамические токи.*
349. *Гипербарическая оксигенация.*
350. *Чрескожную электростимуляцию, электрорефлексотерапию, применение лазерных спеклов.*
351. *Низкочастотную магнитотерапию.*
352. *Ультравысокочастотная терапия.*
353. *Процедуры нужно прерывать. Противопоказания: лихорадочные состояния, простудные заболевания, острые инфекционные заболевания, случаи эпилептического статуса в анамнезе.*
354. *Локальная инфразвуковая терапия может быть применена для локального обезболивания с целью измерения внутриглазного давления.*

№ЛД-21

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 31.05.01 Лечебное дело, утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 4 курса

по специальности 31.05.01 Лечебное дело

г. Владикавказ 2023 год

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	стр. с по
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий		
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	160-184
2.	Методы исследования глаза и его придатков. Порядок обследования глазного больного и схема истории болезни. Выполнение глазных диагностических и лечебных манипуляций.	44	185-191
3.	Зрительные функции, начиная с рождения и у взрослых. Бинокулярный характер зрения и его нарушения.	57	192-200
4.	Оптическая система глаза. Актуальные проблемы клинической рефракции. Коррекция аметропии (очковая, контактная, лазерная, хирургическая).	96	201-215
5.	Заболевания орбиты, век, конъюнктивы и слезных органов.	192	216-244
6.	Заболевания роговицы.	58	245-253
7.	Заболевания сосудистой оболочки глаза.	42	254-259
8.	Заболевания сетчатки и зрительного нерва. Глазные проявления важнейших частых общих заболеваний лиц разного возраста, лучевых поражений.	87	260-272
9.	Заболевания хрусталика.	89	273-285
10.	Глаукомы.	61	286-294
11.	Новообразования органа зрения.	24	295-298
12.	Повреждения органа зрения.	59	299-307
13.	Профессиональные заболевания глаз.	13	308-310
14.	Экспертиза военная и трудовая.	24	311-315
15.	Бинокулярное зрение. Косоглазие.	40	316-321
16.	Офтальмология	1067	160-321

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 – мидриаза;
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 железки;
- В – железки Молля;
- +Г – слезное мясо;
- 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 – секрции (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 конъюнктивальный 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 – конъюнктив;
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 железки Краузе и Вольфринга, расположенные в сводах конъюнктивальной полости выделяют:

- А – слезный секрет;
- 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 век;
- 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 – теплорегуляции 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 конъюнктива 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 – конъюнктивa;
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 эмметропической 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 Гульштранд;
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 Грефе.

При вывернутом верхнем веке железы хряща выглядят как:

+А – желтовато-серые полосы, расположенные перпендикулярно краю век;
Б – желтовато-серые полосы, расположенные параллельно краю век;
В – красноватые полосы, расположенные перпендикулярно краю век;
Г – красноватые полосы, расположенные параллельно краю век;
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 век;
- +Б – состояние цилиарного тела;
- В – цвет кожи век;
- Г – положение и толщину краев век;
- 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 эластотонометрии 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 прочитать 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 прочитать 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, панувеитах, высоких степенях миопии;

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

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 дальность зрения выше:

- 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 pupillarum – 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 обскуационная;
- 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 – эметропии;
- 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 анизейкории, 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.

Офталмометр 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 астинопии 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 мидриаза;

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 – инстилляции 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 астигматического 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 zonularные 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 перечисленном.

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 левомицетина;
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 – диатермозепиляции;

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 – гиперемию 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 двустворчатую раковину;
Б – наличием на краях и коже век язвочек с подрытыми 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 век носит название:

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

Показаниями к вскрытию абсцесса века являются:

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

При абсцессе века необходимо:

- А – обколоть инфильтрат антибиотиками;
- Б – назначить УФЧ, 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 век;
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 век наиболее эффективна операция по:

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

При поражении простым герпесом на коже век появляются:

А – мелкие гнойнички;
Б – высыпания в виде белых пятен с красным венчиком вокруг;
В – мелкие язвочки, покрытые салным 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 лагофтальме 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 – УФЧ-терапия;
+В – выдавливание ячменя;
Г – инстилляции 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 – пузырьвидные 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 века;
- +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 сальным 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.

Симптомамиптоза 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 – конъюнктив переходных складок 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 инстиллянии:

- 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 – инстилляций раствора натриевой соли бензилпенициллина;
- В – инстилляций 30% раствора сульфацил-натри;
- Г – закладывание тетрациклиновой мази за веки;
- +Д – инстилляций 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-натрия;
- +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 гонбленнорей, 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 гемorragиями 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

кровооточающей 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 гонобленореи 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 Гальберштедтера-Провачека образуются при:

- +А – трахоме;
- Б – острым эпидемическим конъюнктивитом;
- В – диплобациллярным конъюнктивитом;
- Г – дифтерийным конъюнктивитом;
- Д – гонококковым конъюнктивитом.

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 дакриoadенита 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 дакриоцисториностомия;
Б – наружная дакриоцисториностомия;
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 дакриoadенит 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 дакриoadените 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 – мидриаза;
- Г – офтальмоплегии;
- Д – экзофтальма.

В синдром Горнера входят все симптомы, кроме:

- А – энофтальма;
- Б – сужения глазной щели;
- В – миоза;
- +Г – мидриаза;
- 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 интерфероногенов;
- 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 – иммунокорректирующих 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 – ландкартообразный 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 перечисленном.

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 инстилляции:

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 – инстилляций и инъекции антибактериальных лекарственных средств;
Б – инстилляций и инъекции миотиков;
В – инстилляций и инъекции мидриатиков;
Г – инстилляций и инъекции кортикостероидов;
+Д – срочное оперативное лечение.

Проявлениями нейропаралитического 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.

СКЛЕРА

В процессах восстановления и заживления склеры в основном принимают участие:

- А – конъюнктива;
- Б – эписклера;
- В – собственное вещество;
- +Г – верно А и Б;
- Д – все перечисленное верно.

В этиологии склеритов и эписклеритов не имеет значения:

- А – сифилис;
- Б – туберкулез;
- В – ревматизм;
- +Г – гипертоническая болезнь;
- Д – бруцеллез.

Для эписклерита нехарактерно:

- А – покраснение глаза;
- Б – болезненность очага при пальпации;
- +В – светобоязнь;
- Г – наличие красного с фиолетовым оттенком очага на склере;
- Д – нормальная острота зрения.

Для эписклерита характерны следующие положения:

- А – является воспалением эписклеральной ткани;
- Б – вызывает неприятное ощущение;
- В – не влияет на остроту зрения;
- Г – рассасывается спонтанно;
- +Д – все перечисленное.

Инфекционные процессы в склере чаще всего возникают при непосредственном распространении из:

- А – конъюнктивы;
- Б – роговицы;
- В – радужки и ресничного тела;
- +Г – верно А и В;
- Д – из любого из перечисленных.

Наличие бугристых выпячиваний на склере черно-аспидного цвета носит название:

- А – тенонита;
- Б – кисты склеры;
- +В – стафиломы склеры;
- Г – склерита;
- Д – абсцесса склеры.

Осложнением склерита может быть:

- А – блефарит;
- +Б – вторичная глаукома;
- В – гайморит;
- Г – дакриoadенит;

Д – все перечисленное.

Появление у больного склеромалиции может быть связано с:

- А – авитаминозом;
- Б – аутоаллергией;
- В – коллагенозом;
- Г – верно А и В;
- +Д – верно все перечисленное.

При склерите возможно вовлечение в воспалительный процесс:

- +А – все перечисленное ниже;
- Б – только В и Г;
- В – роговица;
- Г – радужка;
- Д – цилиарное тело.

При склерите характерно:

- А – повреждение склерального покрова;
- Б – наличие боли;
- В – болезнь соединительной ткани;
- Г – истончение склеры
- +Д – все перечисленное.

Склерит – процесс чаще всего:

- А – односторонний;
- Б – двусторонний;
- В – рецидивирующий;
- +Г – верно Б и В;
- Д – верно А и В.

Склерит представляет собой:

- А – глубокое воспалительное поражение склеральной ткани;
- Б – наличие в склере одного или нескольких разлитых воспалительных очагов;
- В – чаще двусторонний рецидивирующий процесс;
- Г – процесс, с вовлечением в воспаление роговицы, радужки и цилиарного тела;
- +Д – все перечисленное верно.

Стафиломы склеры ведут к снижению остроты зрения у больного вследствие:

- А – помутнения роговицы;
- +Б – появления астигматизма;
- В – васкуляризации роговицы;
- Г – появления катаракты;
- Д – помутнения стекловидного тела.

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 – панувеит;
- +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 – ступенчатость 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 – ксантопии.

Кардинальными симптомами воспаления радужки являются все, кроме:

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

Клиническая картина ирита характеризуется всеми симптомами, кроме:

А – ступеванности 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 мидриазе;
+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 финстерированных 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 аниглаукматозной 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 – циркуляжа;
- +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 – явления 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 – эритропии;
- +Г – метаморфопсии;
- Д – ксантопии.

К возникновению отслойки сетчатки может приводить:

- А – травмы глаз;
- Б – наличие витреоретинальных спаек;
- 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 – инстилляций 1% раствора пилокарпина каждые 15 минут;
- Б – немедленном введении антикоагулянтов;
- В – инстилляций 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, проминирующая 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 перечисленным.

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 – ступенчатость 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 диск 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.

Кератомалиция 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 – плазморагии;
- +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 – факэмульсификации;
- 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 zonулярной связки;
- Д – патология стекловидного тела.

Наиболее эффективным методом введения препаратов для профилактики прогрессирования катаракты являются:

- +А – инстилляций;
- 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 – zonулярных;
- 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. Кривавич;
Д – Г. Гельмгольц.

Операцию факоэмульсификации предложил:

А – Дюк-Элдер;
Б – Федоров;
В – Филатов;
Г – Боумен;
+Д – Келман.

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 проминирует 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 – факоемульсификация;
- +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 – иридоденез;
- 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 рефлекс 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 – лентэктомия;
- +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.

СТЕКЛОВИДНОЕ ТЕЛО

В основе зернистой деструкции стекловидного тела лежит скопление

- +А – белковых фракций;
- Б – эритроцитов;
- В – холестерина;
- Г – гиалуроновой кислоты и липидов;
- Д – пигментных клеток и лимфоцитов.

В стекловидном теле при наличии кристаллических включений встречаются все виды «дождя», кроме:

- А – «золотого»;
- Б – «серебрянного»
- В – «снежного»;
- +Г – «медного»;
- Д – все без исключения.

Гиперплазию первичного стекловидного тела раньше обычно трактовали как:

- А – наличие гиалоидной артерии;
- Б – псевдоглиому;
- В – ретролентальную фиброплазию;
- +Г – верно Б и В;
- Д – верно все перечисленное.

Для лечения заболеваний стекловидного тела в последние годы все шире применяется:

- А – витаминотерапия;
- Б – физиотерапия;
- +В – интравитреальная микрохирургия;
- Г – ферментотерапия;
- Д – аутоцитокиноterapia.

Для нитчатой деструкции стекловидного тела характерно все, кроме:

- А – разжижения стекловидного тела;
- Б – наличия хлопьевидных помутнений в виде шерстяной пряжи;
- В – наличия нитей серовато-белого цвета;
- +Г – наличия мельчайших зерен в виде взвеси серовато-коричневого цвета;
- Д – наличия помутнений в виде пряди тонких волокон;

Изменения стекловидного тела чаще всего связаны с:

- А – воспалением сосудистой и сетчатой оболочек;
- Б – дистрофическими процессами;
- В – травмами глаза;
- Г – близорукостью;
- +Д – всем перечисленным.

Кистевидное мерцающее образование в стекловидном теле, имеющее зеленоватый оттенок характерно для:

- А – внутриглазного инородного тела;
- Б – металлического инородного тела;
- В – серозного экссудата в стекловидном теле;

+Г – цистицерка в стекловидном теле;
Д – остатков гиалоидной артерии.

Кровоизлияние в стекловидное тело возникает вследствие всех перечисленных причин, кроме:

А – травм;
Б – гипертонической болезни;
+В – ревматизма;
Г – диабета;
Д – опухолей хориоидеи.

Кровоизлияние в стекловидное тело носит название:

+А – гемофтальма;
Б – гифемы;
В – гематомы;
Г – фибрина;
Д – экссудата.

Наиболее информативными способами выявления гемофтальма являются:

А – биомикроскопия стекловидного тела;
Б – ультрозвуковаяэхография;
В – диафаноскопия;
+Г – верно А и Б;
Д – все перечисленные способы.

Наиболее серьезным проявлением дистрофических изменений в стекловидном теле является:

А – гемофтальм;
Б – нитчатая деструкция;
В – отслойка;
+Г – сморщивание;
Д – зернистая деструкция.

Наличие крови в стекловидном теле может стать источником образования:

А – передних синехий;
Б – задних синехий;
В – зрачкового блока;
Г – катаракты;
+Д – шварт.

Обильная серозная экссудация в стекловидном теле встречается при:

+А – увеитах;
Б – кератитах;
В – конъюнктивитах;
Г – глаукоме;
Д – катаракте.

Операция по иссечению стекловидного тела называется:

А – кератотомия;
Б – ленсэктомия;
В – гониотомия;
+Г – витрэктомия;

Д – орбитотомия.

Особенностями, нехарактерными для остатков гиалоидной артерии являются:

- А – наличие соединительнотканной шварты в стекловидном теле;
- Б – колебания шварты в стекловидном теле при движении глаза;
- В – остатки крови в облитерированной артерии;
- Г – способность к резорбции;
- +Д – характерно все без исключения.

При обследовании больного в проходящем свете определяется розовый рефлекс, на фоне которого отмечаются подвижные черные штрихи и точки. Зрение снизилось незначительно. У данного больного можно предположить:

- А – начальную стадию катаракты;
- Б – незрелую катаракту;
- В – зрелую катаракту;
- Г – перезревание катаракты;
- +Д – помутнение в стекловидном теле.

Различают следующие виды гемофтальма:

- А – частичный;
- Б – полный
- В – передний;
- +Г – верно А и Б;
- Д – верно Б и В.

Стекловидному телу характерны все свойства, кроме:

- +А – способности к регенерации;
- Б – инертности;
- В – неспособности к регенерации;
- Г – бессосудистости;
- Д – все без исключения.

Это анатомическое образование не встречается на пути миграции цистицерка в стекловидное тело:

- А – стенка желудка;
- Б – хориоидея;
- +В – цилиарное тело;
- Г – сетчатка;
- Д – все перечисленное верно.

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 инстилляций раствора пилокарпина;
- Б – массаж глазного яблока;
- В – инстилляций 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 – Тn.

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 – трубочное 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, иррадиирующая 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 листков соединительной ткани, разделенных сосудистой тканью;
- Б – нескольких перфорированных листков соединительной ткани, разделенных жировыми прослойками;
- +В – нескольких перфорированных листков соединительной ткани, разделенных астроглиальными прослойками;
- Г – нескольких перфорированных листков соединительной ткани, разделенных костными прослойками;
- Д – нескольких перфорированных листков 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 – меланоцитома;
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 глянц;
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 – иридодиализа;
- 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 – иридодиализ;
- 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 реконвалесцентов;
- 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 – рентгенлокализации 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 офтальмоаргии 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 – конъюнктивы;
- 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, глазицы 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 – тапеторетинальную 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 корректировать 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 эмметропической 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 фиксируй 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 лечебный 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 лечебный 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. Центральные и метастатические 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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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 лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

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.