

ОРД-ОФТ-23

**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 офтальмологии

для ординаторов 1 и 2 годов обучения

по специальности 31.08.59 Офтальмология

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 27 апреля 2023 г. (протокол № 9)**

‘Заведующий кафедрой



г. Владикавказ 2023 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензия на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных средств:
 - 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 ординаторов по специальности 31.08.59 Офтальмология,
Врачебные манипуляции в офтальмологии**

Оценочные материалы составлены на кафедре оториноларингологии с офтальмологией на основании рабочей программы дисциплины Офтальмология (2023), утвержденной 24.05.2023 г. и соответствуют требованиям ФГОС по специальности 31.08.59 Офтальмология.

Оценочные материалы включает в себя:

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

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

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

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

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

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине Офтальмология способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине Офтальмология, Врачебные манипуляции в офтальмологии могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ординаторов.

Рецензент:

Председатель ЦУМК хирургических дисциплин №1

Л.В. Цаллагова.

М.П.
27.04.2023 г.

ВЕРНО: специалист по кадрам отдела
кадров и документооборота
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава Рос

Л.В. Цаллагова

20



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

**РЕЦЕНЗИЯ
на оценочные материалы**

**по дисциплине Офтальмология для ординаторов по специальности 31.08.59 Офтальмология,
Врачебные манипуляции в офтальмологии**

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 31.08.59 Офтальмология.

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, Врачебные манипуляции в офтальмологии могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ординаторов.

Рецензент:

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



Дзгоева И.С.

**Паспорт фонда оценочных средств по офтальмологии Врачебные
манипуляции в офтальмологии**

№п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
Зачет	Наружный осмотр, вывороты век.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос
Зачет	Пробы Ширмера, Веста и Норна.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос
Зачет	Биомикроскопия и гониоскопия.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос
Зачет	Офтальмоскопия.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос
Зачет	Исследование внутриглазного давления.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос
Зачет	Экзофтальмометрия.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос
Зачет	Визометрия.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос
Зачет	Периметрия.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос
Зачет	Подбор очков.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос
Зачет	Скиаскопия.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос
Зачет	Рефрактометрия.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос
Зачет	Десмургия.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос
Зачет	Закладывание мази и закапывание капель.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос
Зачет	Глазные инъекции.	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос

Зачет	Врачебные манипуляции в офтальмологии	УК-3; ОПК-4; ОПК- 5; ОПК-7 ПК-1; ПК- 2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, устный вопрос, билеты к зачету
-------	---	---	---

Вопросы к зачету

1. Информация о пациенте, полученная при внешнем (общем) осмотре.
2. Значение правильно собранного анамнеза и оценки жалоб для установления правильного диагноза.
3. Методы осмотра структур глазного яблока.
4. Назовите последовательность осмотра органа зрения.
5. Пробы на проходимость слезных путей.
6. Экзофтальмометрия. Методика ее проведения.
7. Методика выворотов век.
8. Исследование глаза боковым (фокальным) освещением и в проходящем свете.
9. Биомикроскопия глаза.
10. Укажите возможности гониоскопии.
11. Устройства для проведения гониоскопии, особенности проведения исследования.
12. Нормальное глазное дно.
13. Виды и особенности различных видов офтальмоскопии.
14. Исследование остроты зрения.
15. Исследование поля зрения.
16. Субъективные методы исследования рефракции.
17. Методика подбора очков.
18. Объективные методы исследования рефракции.
19. Перечислите методы исследования внутриглазного давления.
20. Укажите, какие нарушения выявляют электрофизиологические исследования.
21. Назовите особенности осмотра маленьких детей.
22. Укажите, какие нарушения выявляет флюоресцентная ангиография.
23. Пути введения лекарственных препаратов в глаз. Показания к их применению.
24. Десмургия глаза.

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

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

Ординатура

Специальность Офтальмология

Дисциплина Офтальмология

Ситуационные задачи

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 позволят думать данные диафаноскопии?

9. Пациент жалуется на снижение зрения правого глаза. Исследование оптического статуса дает эмметропическую 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.*

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 оптооты. 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 гемиянопия 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 абнотрофия 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.*

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, связанных с их заболеванием, 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 корректирующие 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 $-3,0$ Д. 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 $-1,25$. $\text{Д} = 1,0$. Острота зрения левого глаза = 0,04 со сферическим стеклом $-5,5$. $\text{Д} = 1,0$. 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 астенопии. 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 собирательную 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.

ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

38. Пациенту с заболеванием органа зрения показано местное введение лекарственных препаратов. Какие виды местного введения препаратов можно использовать?
39. Молодой предприниматель решил организовать в своей аптеке производство глазных капель. Какие требования для глазных капель предъявляются Государственной фармакопеей?
40. Студенту медицинской академии предстоит написать реферат о фармакодинамике лекарственных препаратов, применяемых в офтальмологии. Какие особенности действия глазных капель он должен указать в реферате?
41. 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?
42. 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?
43. 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?
44. Ребенку 7-ми лет показаны частые субтеноновые инъекции лекарственных препаратов. Какой путь введения лекарства можно использовать и какова методика его выполнения?
45. Пациенту, лечущемуся в поликлинике по поводу конъюнктивита необходимо проводить промывания конъюнктивального мешка. Какие растворы для этого можно рекомендовать?
46. Для лечения конъюнктивита больному показаны инстилляции медикаментов, оказывающих вяжущее действие. Какие лекарственные средства можно использовать?
47. У пациента выраженный полинозный конъюнктивит. Какие препараты можно применить для местного лечения?

Ответы на ситуационные задачи.

38. *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.*

39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. Инъекциям под конъюнктиву предшествует эпibuльбарная анестезия, при которой в конъюнктивальную полость трехкратно 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.
43. Введение антибиотика в переднюю камеру во время операции.
44. 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.
45. 0,2% (1:5000) водный раствор фурацилина, 1:5000 раствор калия перманганата.

46. *2-3% раствор колларгола, 0,5-1% водный раствор резорцина, 0,25-0,5% раствор цинка сульфата, 1% раствор танина.*
47. *Алергофтал, аломид, сперсаллерг, кузикром, максидекс, пренацид, лекролин.*

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ

48. 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?
49. 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?
50. У больной 56-ти лет после перенесенного тромбоза центральной вены сетчатки развивается атрофия зрительного нерва. Возможно ли ей проведение чрезкожной электростимуляции зрительного нерва?
51. После полученной тупой травмы левого глаза у больного 32-х лет сохраняется неполный птоз верхнего века. Какой вид физиотерапевтических процедур можно ему предложить?
52. У больного 44-х лет развивается токсическая атрофия зрительных нервов после употребления метилового спирта. Какой вид физиотерапии может оказать ему помощь?
53. У девочки 8-ми лет детским офтальмологом выявлена амблиопия. Какие виды физиотерапевтического лечения применимы в данном случае?
54. 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?
55. На прием к окулисту пришел больной с начинающимся ячменем нижнего века левого глаза. Какой из видов физиопроцедур может оказать содействие для рассасывания воспалительного очага?
56. 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?
57. 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.

48. *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.*
49. *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.*
50. *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.*
51. *Дарсонвализация или диадинамические токи.*
52. *Гипербарическая оксигенация.*
53. *Чрескожную электростимуляцию, электрорефлексотерапию, применение лазерных спеклов.*
54. *Низкочастотную магнитотерапию.*
55. *Ультравысокочастотная терапия.*
56. *Процедуры нужно прерывать. Противопоказания: лихорадочные состояния, простудные заболевания, острые инфекционные заболевания, случаи эпилептического статуса в анамнезе.*
57. *Локальная инфразвуковая терапия может быть применена для локального обезболивания с целью измерения внутриглазного давления.*

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

Кафедра Оториноларингологии с офтальмологией

Эталоны тестовых заданий

по офтальмологии

для ординаторов 1 и 2 годов обучения

по специальности 31.08.59 Офтальмология

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
От 30 марта 2023 г. (протокол № 8)**

'Заведующий кафедрой _____



(Э.Т. Гаппоева)

г. Владикавказ 2023 год

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	Код формируемых компетенций	стр. с __ по __
1	2	3	4	5
Вид контроля	Промежуточный			
Зачет	Оптика глаза	96	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	35-48
Зачет	Методы исследования органа зрения	44	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	55-61
Зачет	Функции зрительного анализатора	57	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	62-69
Экзамен	Врачебные манипуляции в офтальмологии	1021	УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-7.	9-164

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 дальновзоркость свыше:

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

Дальнейшая точка ясного зрения при гиперметропии располагается:

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

Дальнейшая точка ясного видения при эметропии располагается:

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

Дальнейшая точка ясного зрения при миопии располагается:

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

Дальнейшей точкой ясного видения называют:

А – точку, расположенную в центре роговицы;
+Б – точку, на которую установлен глаз при покое аккомодации;
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 аккомодации.

Distantio pupillorum – это расстояние между:

А – центрами входа в орбиты;
+Б – центрами зрачков;

- В – центрами роговиц;
- Г – наружным краем одной роговицы и внутренним другой;
- Д – наружным краем одного зрачка и внутренним – другого.

Для изменений макулярной области при миопии нехарактерно:

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

Для консервативной терапии близорукости следует применять:

- А – препараты кальция;
- Б – препараты фосфора;
- В – рыбий жир;
- Г – витамины;
- +Д – все перечисленное.

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

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

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

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

Для механизма аккомодации характерно все, кроме:

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

Для неправильного астигматизма характерно все, кроме:

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

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

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

Для хирургического исправления близорукости можно применить все методы, кроме:

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

Для хирургической коррекции дальновзоркости 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 эметропу 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 – эметропией;
- Б – аметропией;
- В – миопией;
- +Г – гиперметропией;
- Д – астигматизмом.

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

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

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

- +А – эметропией;
- 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 обскуриционная;
- Б – истерическая и анизометропическая;
- В – роговичная и хрусталиковая;
- +Г – статическая и динамическая;
- Д – витреальная и ретинальная.

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 длинной 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 анизейконии, обеспечивающая бинокулярное зрение равна:

+А – 5-6%;
Б – 10-12%;

В – 16-18%;
Г – 20-22%;
Д – 28-30%.

Операция кератотомии показана при:

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

Основным качеством, отличающим цилиндрическую линзу от сферической, является:

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

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 астигматизме 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 корригирующих 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 корригирующих 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 – инстилляций 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 – торических;
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 эмметропия, 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 эмметропией;

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.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

Величину vystояния 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 – Тn.

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 – Иоган Кеплер
+Г – Герман Гельмгольц;
Д – Альбрехт ГрEFE.

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 – оптотипов Снеллена;
- Д – оптотипов Поляка.

Для исследования поля зрения возможно использовать все способы, кроме:

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

Для сетчатки характерны все функции, кроме:

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

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

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

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

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

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

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

Д – 0,5.

Если больной с расстояния 5 метров может 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 недеятельной 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 Грассиоле;
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, водители 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 тританией 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.

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Направление подготовки: ординатура
Дисциплина «Офтальмология», Врачебные манипуляции в офтальмологии**

Билет к зачету № 1

1. Информация о пациенте, полученная при внешнем (общем) осмотре.
2. Биомикроскопия глаза.
3. Методика подбора очков.

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Направление подготовки: ординатура
Дисциплина «Офтальмология», Врачебные манипуляции в офтальмологии**

Билет к зачету № 2

1. Значение правильно собранного анамнеза и оценки жалоб для установления правильного диагноза.
2. Укажите возможности гониоскопии.
3. Объективные методы исследования рефракции.

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Направление подготовки: ординатура
Дисциплина «Офтальмология», Врачебные манипуляции в офтальмологии**

Билет к зачету № 3

1. Методы осмотра структур глазного яблока.
2. Устройства для проведения гониоскопии, особенности проведения исследования.
3. Перечислите методы исследования внутриглазного давления.

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Направление подготовки: ординатура
Дисциплина «Офтальмология», Врачебные манипуляции в офтальмологии**

Билет к зачету № 4

1. Назовите последовательность осмотра органа зрения.
2. Нормальное глазное дно.
3. Укажите, какие нарушения выявляют электрофизиологические исследования.

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Направление подготовки: ординатура
Дисциплина «Офтальмология», Врачебные манипуляции в офтальмологии**

Билет к зачету № 5

1. Пробы на проходимость слезных путей.
2. Виды и особенности различных видов офтальмоскопии.
3. Назовите особенности осмотра маленьких детей.

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Направление подготовки: ординатура
Дисциплина «Офтальмология», Врачебные манипуляции в офтальмологии**

Билет к зачету № 6

1. Экзофтальмометрия. Методика ее проведения.
2. Исследование остроты зрения.
3. Укажите, какие нарушения выявляет флюоресцентная ангиография.

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

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

Направление подготовки: ординатура

Дисциплина «Офтальмология», Врачебные манипуляции в офтальмологии

Билет к зачету № 7

1. Методика выворотов век.
2. Исследование поля зрения.
3. 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

Направление подготовки: ординатура

Дисциплина «Офтальмология», Врачебные манипуляции в офтальмологии

Билет к зачету № 8

1. Исследование глаза боковым (фокальным) освещением и в проходящем свете.
2. Субъективные методы исследования рефракции.
3. Десмургия глаза.

