

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 31.08.48 Скорая медицинская помощь

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры

От 27 апреля 2023 г. (

Заведующий кафедрой



д.м.н., профессор Э.Т. Гаппоева

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 офтальмологии для клинических ординаторов
31.08.48 Скорая медицинская помощь**

Оценочные материалы составлены на кафедре оториноларингологии с офтальмологией на основании рабочей программы учебной дисциплины Офтальмология, и соответствуют требованиям ФГОС по специальности 31.08.59 Офтальмология.

Оценочные материалы включает в себя:

- вопросы к модулям
- 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 обучающимся 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 ординаторов.

Рецензент:

Председатель ЦУМК хирургических дисциплин №1

М.П.
27.04.2023 г.



Л. В. Цаллагова.

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

РЕЦЕНЗИЯ

**на оценочные материалы по офтальмологии для клинических ординаторов
31.08.48 Скорая медицинская помощь**

Оценочные материалы составлены на кафедре оториноларингологии с офтальмологией на основании рабочей программы учебной дисциплины Офтальмология, и соответствуют требованиям ФГОС по специальности 31.08.59 Офтальмология.

Оценочные материалы включает в себя:

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

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

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

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

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

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

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

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине Офтальмология могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации на ординаторов.

Рецензент:



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

Дзгоева И.С.

**Паспорт фонда оценочных средств по
офтальмологии**

№п/п	Наименование контролируемого раздела(темы)дисциплины/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1.	Острые заболевания придаточного аппарата глаза	ПК-5; ПК-6; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
2.	Острая патология глазного яблока.	ПК-5; ПК-6; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
3.	Повреждения придаточного аппарата глаза и глазного яблока.	ПК-5; ПК-6; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
4. Модуль	Неотложная помощь при заболеваниях и травмах глаза	ПК-5; ПК-6; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
5. Зачет	Неотложная помощь при заболеваниях и травмах глаза	ПК-5; ПК-6; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету

Вопросы к модулю

1. Понятие об остроте зрения. Угол зрения и его взаимосвязь с остротой зрения. Методы исследования остроты зрения.
2. Методы исследования защитного аппарата глаза и его патология.
3. Методы исследования переднего отрезка глаза и его патология.
4. Воспалительные заболевания век. Этиология, клиника и лечение.
5. Общая симптоматика воспалительных заболеваний соединительной оболочки глаза. Принципы лечения.
6. Острый эпидемический конъюнктивит. Этиология, клиника, профилактика и лечение.
7. Гонобленнорея. Этиология, профилактика, клинические проявления и лечение. Осложнения гонобленнореи.
8. Дифтерийный конъюнктивит. Этиология, профилактика, клиника и лечение.
9. Диплобациллярный (ангулярный) конъюнктивит. Этиология, клиника, лечение.
10. Основные виды вирусных конъюнктивитов. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
11. Дакриоаденит, причины, клиника и лечение заболевания.
12. Острый дакриоцистит. Причины развития. Принципы лечения дакриоциститов.
13. Общая симптоматика заболеваний роговой оболочки. Роговичный синдром. Инфильтрат роговицы и его развитие. Типы васкуляризации роговой оболочки.
14. Классификация кератитов. Понятие о роговичном синдроме. Осложнения кератитов.
15. Эрозия роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.
16. Ползучая язва роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.
17. Поверхностные и глубокие вирусные кератиты. Клинические проявления и особенности течения. Диагностика и лечение.
18. Передние увеиты. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения. Первая помощь при остром иридоциклите. Осложнения передних увеитов и их лечение.
19. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки. Причины, клиника, первая помощь и лечение.
20. Тромбозы вен сетчатки. Клинические проявления и принципы лечения.
21. Отслойка сетчатки. Основные причины возникновения патологии. Патогенез заболевания. Клиническая картина и диагностика. Принципы лечения.
22. Виды невритов зрительного нерва. Причины возникновения и клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.
23. Способы исследования внутриглазного давления.
24. Нормальное внутриглазное давление и его изменения.
25. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Причины возникновения, патогенез и клиника. Первая помощь при остром приступе. Дифференциальная диагностика с иридоциклитом.
26. Тупые повреждения глазницы и придатков глаза. Диагностика, принципы лечения.
27. Повреждения заднего отрезка глаза при тупой травме. Их диагностика и лечение.
28. Проникающие ранения глаз. Классификация по локализации повреждения. Первая помощь.
29. Диагностика проникающих ранений глаза. Определение наличия внутриглазного инородного тела и его локализация.
30. Способы удаления внутриглазных инородных тел. Металлозы глаза.
31. Ожоги глаз, первая помощь и лечение. Электросветоофтальмия.
32. Атропин, скополамин, гомотропин, адреналин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.

33. Пилокарпин, армин, тосмилен, тимолол, ксалатан. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
34. Дикаин, лидокаин, кокаин, инокаин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
35. Остеопериостит глазницы. Диагностика и принципы лечения.
36. Флегмона глазницы. Клинические проявления и принципы лечения. Экзофтальм.

Вопросы к зачету

1. Понятие об остроте зрения. Угол зрения и его взаимосвязь с остротой зрения. Методы исследования остроты зрения.
2. Методы исследования защитного аппарата глаза и его патология.
3. Методы исследования переднего отрезка глаза и его патология.
4. Воспалительные заболевания век. Этиология, клиника и лечение.
5. Общая симптоматика воспалительных заболеваний соединительной оболочки глаза. Принципы лечения.
6. Острый эпидемический конъюнктивит. Этиология, клиника, профилактика и лечение.
7. Гонобленнорея. Этиология, профилактика, клинические проявления и лечение. Осложнения гонобленнореи.
8. Дифтерийный конъюнктивит. Этиология, профилактика, клиника и лечение.
9. Диплобациллярный (ангулярный) конъюнктивит. Этиология, клиника, лечение.
10. Основные виды вирусных конъюнктивитов. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
11. Дакриоаденит, причины, клиника и лечение заболевания.
12. Острый дакриоцистит. Причины развития. Принципы лечения дакриоциститов.
13. Общая симптоматика заболеваний роговой оболочки. Роговичный синдром. Инфильтрат роговицы и его развитие. Типы васкуляризации роговой оболочки.
14. Классификация кератитов. Понятие о роговичном синдроме. Осложнения кератитов.
15. Эрозия роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.
16. Ползучая язва роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.
17. Поверхностные и глубокие вирусные кератиты. Клинические проявления и особенности течения. Диагностика и лечение.
18. Передние увеиты. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения. Первая помощь при остром иридоциклите. Осложнения передних увеитов и их лечение.
19. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки. Причины, клиника, первая помощь и лечение.
20. Тромбозы вен сетчатки. Клинические проявления и принципы лечения.
21. Отслойка сетчатки. Основные причины возникновения патологии. Патогенез заболевания. Клиническая картина и диагностика. Принципы лечения.
22. Виды невритов зрительного нерва. Причины возникновения и клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.
23. Способы исследования внутриглазного давления.
24. Нормальное внутриглазное давление и его изменения.
25. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Причины возникновения, патогенез и клиника. Первая помощь при остром приступе. Дифференциальная диагностика с иридоциклитом.
26. Тупые повреждения глазницы и придатков глаза. Диагностика, принципы лечения.
27. Повреждения заднего отрезка глаза при тупой травме. Их диагностика и лечение.
28. Проникающие ранения глаз. Классификация по локализации повреждения. Первая помощь.
29. Диагностика проникающих ранений глаза. Определение наличия внутриглазного инородного тела и его локализация.
30. Способы удаления внутриглазных инородных тел. Металлозы глаза.
31. Ожоги глаз, первая помощь и лечение. Электросветоофтальмия.
32. Атропин, скополамин, гомотропин, адреналин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.

33. Пилокарпин, армин, тосмилен, тимолол, ксалатан. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
34. Дикаин, лидокаин, кокаин, инокаин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
35. Остеопериостит глазницы. Диагностика и принципы лечения.
36. Флегмона глазницы. Клинические проявления и принципы лечения. Экзофтальм.

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура Скорая медицинская помощь
Дисциплина Офтальмология**

Ситуационные задачи

1. 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?
2. 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?
3. 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?
4. 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?
5. 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?
6. 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. Конъюнктива глазного яблока умеренно инъецирована по конъюнктивальному типу. Острота зрения обоих глаз не изменена. Поставьте диагноз. Какие лечебные мероприятия необходимы?
7. 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?

8. 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. Конъюнктивка век гиперемирована. Предположительный диагноз? Лечебные мероприятия?
9. 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 интактное. Диагноз? Лечебные мероприятия?
10. 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 конъюнктивы утолщена и гиперемирована. Пальпация опухоли безболезненная. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Диагноз? Лечение?
11. 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. Конъюнктивка 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?
12. 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?
13. 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. Конъюнктивка 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?

14. У больного 37-ми лет, конъюнктивит начался остро, сначала на одном, а затем на другом глазу. Больной отмечает общее недомогание. Веки отечные, гиперемизированные, с синюшным оттенком. На конъюнктиве век и глазного яблока бело-серые пленки, плотно спаянные с конъюнктивой. Роговица интактная. Подлежащие отделы глаза не изменены. Глазное дно в норме. Какие дополнительные данные нужны для постановки диагноза? Возможный диагноз? Лечебные мероприятия?
15. 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 гиперемизирована, разрыхлена. Глазное яблоко без видимых изменений. Возможный диагноз? Диагностические и лечебные мероприятия?
16. У новорожденного имеется обильное гнойное отделяемое из левого глаза. Глазная щель сужена. Веки отечны. Конъюнктив век гиперемизирована, отечна. Правый глаз здоров. О каком заболевании глаза можно подумать? Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? В каком лечении нуждается ребенок?
17. 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?
18. 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. Конъюнктив век в области угла глазной щели разрыхлена и гиперемизирована. Отделяемое скудное, в виде тягучей слизи. Глазные яблоки интактные. Диагноз? Лечение?
19. 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. Конъюнктив век и переходных складок инъецирована, отечна, с мелкими фолликулами, расположенными преимущественно в нижнем своде. Точечные геморрагии в конъюнктиве. На слизистой оболочке нежные, серовато-белые пленки, легко снимающиеся влажным ватным тампоном. Дайте возможный наиболее подходящий диагноз. Назначьте лечение.
20. 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 конъюнктив резко гиперемизирована, инфильтрирована, видны мелкие фолликулы. Почти всю

конъюнктиву склеры захватывают гемorragии от мелких множественных петехий до обширных кровоизлияний. В роговице мелкоочечные эпителиальные инфильтраты. Какое заболевание у пациента можно предположить. Назначьте адекватное лечение.

21. 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?
22. 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 гиперемированные пальпебральные части слезных желез. Глазные яблоки без видимой патологии. Какие диагностические мероприятия нужно провести? Диагноз? Лечение?
23. В течении 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?
24. 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?
25. 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 Тп. Острота зрения левого глаза = 0,5 sph. + 1,0 D= 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?

26. 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 инстилляциях 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?
27. 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. Парацентрально на роговице располагается язва серповидной формы с подрывным краем. В передней камере гной, заполняющий ее на 1/3. Радужка отечная, рисунок ее ступшеван. Зрачок узкий, на свет не реагирует. В проходящем свете красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удастся. Диагноз? Лечение?
28. 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 ступшеван. 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?
29. 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 инъекция 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?
30. 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?

31. 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.
32. 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.
33. 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 ступенчат. Зрачок правого глаза уже, чем слева. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечебные мероприятия?
34. 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?
35. 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 ступенчатый. 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?

36. 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?
37. 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 ступенчатые, 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 $-3,0 \text{ Д} = 0,8$. Придаточный аппарат глаза в норме. Глазное яблоко не инъецировано. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете на фоне красного рефлекса видны черные штрихи, аналогичные таковым справа. На глазном дне картина гипертонического ангиосклероза сетчатки. Диагноз? Лечебные мероприятия?
38. 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 $-7,5 \text{ Д} = 1,0$. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне вокруг диска зрительного нерва виден круговой миопический конус. Периферическая витреохориоретинодистрофия. Острота зрения левого глаза = 0,01 (не корр.). Глаз совершенно спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. В проходящем свете на фоне красного рефлекса в нижних отделах глаза видна вуалеподобная пленка серого цвета, которая при движении глазного яблока колыхается. При офтальмоскопии. Снизу видно пузыревидное полупрозрачное образование, на которое взбираются сосуды. Дополнительные исследования? Диагноз? Принципы лечения?
39. 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 ступенчаты. 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?

40. Монтажник 40-ка лет обратился к окулисту с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, которое заметил 2 дня назад. Неделю назад перенес острый правосторонний гайморит. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Правый глаз спокоен, оптические среды прозрачные. Глазное дно: диск зрительного нерва гиперемирован, границы его ступенчаты, 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?
41. 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.
42. 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 T+3. Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). В хрусталике начальные помутнения. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
43. 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?

44. 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 амеделен, 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.
45. 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 прозрачны. На глазном дне отмечается помутнение сетчатки в макулярной области. Возможный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
46. 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?
47. 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 Тп. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
48. 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 ухудшается. 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 +9,0Д = 0,8. Глаз спокойный. Роговица прозрачная. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. При движении глаза определяется иридодез. 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?
49. 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. ТОД = 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?

50. 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?
51. 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.
52. 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 Tn. Диагноз? Лечение?
53. 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?
54. 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?

55. 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 $\frac{1}{2}$ 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?
56. 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?
57. 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 ступеван, она изменена в цвете. Зрачок круглый, узкий. После его расширения в хрусталике видны желто-зеленые помутнения в виде цветущего подсолнуха. Рефлекс с глазного дна тусклый. Деталей глазного дна не видно. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
58. 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?
59. 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?

60. 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?
61. 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?
62. 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. Конъюнктив глазного яблока отечна, ущемлена в глазной щели. Подвижность глазного яблока отсутствует. Отмечается увеличение региональных лимфатических узлов. Диагноз? Действия врача-терапевта? Дополнительные исследования офтальмолога? Лечебные мероприятия?
63. После наблюдения за 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. Конъюнктив с внутренней стороны напоздаст на роговицу в виде языка. Зрачок узкий. Подлежащие отделы в деталях рассмотреть не удастся. Предположительный диагноз? Лечение?
64. 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?
65. 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?
66. Из дальнего села привезли женщину, 84 лет, которая жалуется на боль в левом глазу. При осмотре отмечают 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.

1. *Гониоскопия, ультразвуковое исследование, бесскелетная рентгенография.*
2. *Необходимо подводить пациента к таблице до тех пор, пока он не увидит буквы первой строчки. Возможно подносить таблицу или использовать отдельные оптометры. Вместо них можно показывать различное количество пальцев. Острота зрения рассчитывается по формуле Снеллена.*
3. *Исследуют светоощущение, направляя свет в глаз с различных сторон. Возможно проведение пробы Меддокса.*
4. *Укус насекомого. Лечение обычно не требуется: через несколько часов отек самопроизвольно исчезает.*
5. *Прежде всего, следует думать о возможной флегмоне глазницы.*
6. *У больного абсцесс нижнего века. Показано вскрытие абсцесса и его дренирование, проведение антибактериальной терапии.*
7. *У больной абсцесс верхнего века. Показано его вскрытие и дренирование. Проведение антибактериальной терапии.*
8. *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.*
9. *У больного ячмень верхнего века. Внутрь антибиотики салицилаты, местно – антибактериальные капли. При абсцедировании – вскрытие гнойника с дренированием.*
10. *У больной халазион. В начальной стадии в область халазиона вводят кортикостероиды пролонгированного действия, например кеналог, смазывают кожу века 0,1% мазью дексаметазана (максидекс). При неэффективности радикальным является хирургическое удаление.*
11. *Острый бактериальный конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в*

конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.

12. *Пневмококковый конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.*
13. *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.*
14. *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.*
15. *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.*
16. *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.*
17. *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.*
18. *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.*

19. У ребенка аденовирусный конъюнктивит или фарингоконъюнктивальная лихорадка. Назначают 6-8 раз в день инстилляцию офтальмоферона и интерферогенов: полудана, циклоферона, реоферона. За веко закладывают мазь из анти-вирусных препаратов. Через неделю применяют 0,1 % раствор дексаметазона, 1 % гидрокортизоновую мазь, нестероидные противовоспалительные средства (0,1% раствор диклофенака натрия).
20. Эпидемический геморрагический кератоконъюнктивит. Необходимы частые (через 2 часа) инстилляций 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.
21. Правосторонний дакриоденит. 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.
22. Для диагностики заболевания необходимо произвести рентгенографию глазниц. При отсутствии указаний на неопластический процесс, можно думать о синдроме Микулитча. Показана близкофокусная рентгенотерапия слезных желез.
23. Хронический дакриоцистит. Проводят канальцевую и носовую пробу. Промывание слезоотводящих путей. Выполняют их контрастную рентгенографию. При отсутствии проходимости жидкости в нос показана операция – дакриоцисториностомия.
24. Больному выполняют окрашивание роговицы 2% раствором флюоресцеина. Дефект роговицы окрашивается в зеленый цвет, что говорит о наличии эрозии. Назначают антибактериальные препараты, кератопротекторы, антибиотиковые мази.
25. 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 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. Инстилляцию мидриатиков назначают для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляцию 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.
26. Спаянное бельмо роговицы, начинающаяся возрастная катаракта правого глаза. Возможно оперативное лечение – кератопластика с пластикой радужки. При необходимости – экстракция катаракты.
27. Диагноз – ползучая язва роговицы. Немедленная госпитализация больного.

Назначают инстилляцию антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивальных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляции мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляции нестероидных противовоспалительных средств проводятся 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначаются антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначаются кератопластические средства.

28. У больного на фоне язвы роговицы имеется десцеметоцеле. Необходима госпитализация. Наложение контактной линзы как бандажа, Прикрытие роговицы конъюнктивой или кератопластика.
29. У больной произошла перфорация язвы роговой оболочки с опорожнением передней камеры глаза. Необходимо оперативное лечение – кератопластика или прикрытие перфорационного отверстия конъюнктивой.
30. Древоидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстилляции 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.
31. Дисковидный вирусный кератит. Назначают частые инстилляции 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 инстилляции 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками. Явления иридоциклита, обязательные при глубоких формах герпетических кератитов, требуют инстилляции мидриатиков.
32. Древоидный герпетический кератит. Вирусное поражение роговицы возникло в результате переохлаждения. Расположение пузырьков и инфильтратов в роговице в виде веточки говорит в пользу именно древоидного 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 инстилляции 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 интерфероногены – полудан, тирогенал. 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 пре-парата, 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 инстиллясии 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками.

33. У больной ирит правого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок, противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды (инстиллясии 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.
34. 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 (инстиллясии 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.
35. У больного иридоциклит, сращение зрачка, бомбированная радужка, вторичная глаукома левого глаза. Необходимо назначение инстиллясий 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 (инстиллясии 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.
36. 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 ксантиноланикотинатаретробульбарно; 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.

37. Тромбоз центральной вены сетчатки правого глаза. Миопия слабой степени, гипертонический ангиосклероз сетчатки левого глаза. Начинаяющаяся возрастная катаракта обоих глаз. В лечении тромбоза центральной вены сетчатки применяются антикоагулянты, ферменты, ангиопротекторы, спазмолитики, кортикостероиды, препараты, улучшающие микроциркуляцию.
38. У больного отслойка сетчатки левого глаза на фоне осложненной миопии высокой степени обоих глаз. Выполняют хирургическое лечение.
39. 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.
40. 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.
41. Необходимо проведение тонометрии. У больной вывих хрусталика в переднюю камеру, вторичная глаукома левого глаза. Нуждается в удалении хрусталика из глаза в экстренном порядке.
42. 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.

43. 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 ацетазолamid 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.
44. Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза.
45. Возможный диагноз: берлиновское помутнение сетчатки обоих глаз. Перелом основания черепа? Производят рентгенографию черепа в двух проекциях, направляют больного к невропатологу и нейрохирургу.
46. Перелом стенок левой орбиты. Выполняют рентгенографию черепа в двух проекциях. При смещении отломков – пластические операции на стенках орбиты.
47. Тупая травма, подкожная гематома век, субконъюнктивальное кровоизлияние, травматическая гифема, гемофтальм слева. Проводят рентгенографию черепа в двух проекциях, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. В первые дни назначают кровоостанавливающие препараты, затем проводят рассасывающую терапию с применением ферментов. При отсутствии динамики – парацентез роговицы с вымыванием гифемы, витрэктомия.
48. Подвывих хрусталика левого глаза. Проводят биомикроскопию с расширенным зрачком, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. Лечение – экстракция хрусталика с имплантацией интраокулярной линзы.
49. 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.
50. 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.
51. 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.

52. *Непроникающая резаная рана роговицы левого глаза. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей, кератопротекторы.*
53. *Проникающее ранение роговицы правого глаза. Проводят рентгенографию правой орбиты, ультразвуковое исследование правого глаза. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей.*
54. *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.*
55. *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.*
56. *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.*
57. *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.*
58. *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 иммунокорректирующие препараты. Местно – инсталляции мидриатиков. Лишь в тех случаях, когда лечение не оказывает должного эффекта, фибринозно-пластический иридоциклит приобретает затяжной характер и функции утрачиваются полностью, травмированный глаз необходимо энуклеировать.*

59. 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.
60. Электроофтальмия. Лечение заключается в инстилляциях раствора дикаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки.
61. У больного тенонит. Общее и местное противовоспалительное лечение. Сухое тепло.
62. 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 широко-го 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.
63. Электроофтальмия. Птериgium обоих глаз. Лечение электроофтальмии заключается в инсталляциях раствора дикаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки. Птериgium требует оперативного лечения.
64. Проникающее ранение склеры правого глаза. Проводят рентгенографию глазницы в двух проекциях, ультразвуковое исследование глаза. При наличии внутриглазного инородного тела производят его рентгенлокализацию по Комбергу-Балтину. Выполняют первичную хирургическую обработку раны, заключающуюся в наложении швов на склеру и конъюнктиву. При наличии внутриглазного инородного тела производят его удаление одним из способов. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают Антибактериальную, противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию.
65. Инстилляциии дикаина.
66. Раствор флюоресцеина.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное 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 программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.59 Офтальмология

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			
1.	Острые заболевания придаточного аппарата глаза	70	ПК-5; ПК-6; ПК-7.	33-44
2.	Острая патология глазного яблока.	44	ПК-5; ПК-6; ПК-7.	45-56
3.	Повреждения придаточного аппарата глаза и глазного яблока.	54	ПК-5; ПК-6; ПК-7.	57-63
4.	Неотложная помощь при заболеваниях и травмах глаза	168	ПК-5; ПК-6; ПК-7.	33-63

ВЕКИ

Выдавливание ячменя может привести:

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

К воспалительным заболеваниям век относится все, кроме:

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

К клиническим изменениям век при воспалительном отеке относят:

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

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.

Ожоги век могут быть причиной:

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

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 УВЧ, сухое тепло;
- В – при наличии флюктуации – вскрыть и дренировать гнойник;
- +Г – верно А и В;

Д – верно все перечисленное.

При лечении ячменя недопустимо:

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

При ячмене из физиопроцедур следует рекомендовать:

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

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.

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.

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 «бульжников»;
- 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 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 гонобленнорей применяют инстилляци:

- 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-гноной жидкости.

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.

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 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.

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.

Клинически различают все виды гонбленнорей, кроме:

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

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.

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.

Основная опасность гонобленнореи заключается в:

- А – заболевании пациента гонореей;
- Б – образовании грубых рубцов в конъюнктиве;
- В – контагиозности больного;
- Г – возникновении десиминированного 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.

Пневмококковый конъюнктивит не сопровождается:

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

Поражение век при дифтерийном конъюнктивите характеризуется всеми изменениями, кроме:

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

При диплобациллярном конъюнктивите отделяемое имеет характер:

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

При дифтерии конъюнктивы отделяемое имеет характер:

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

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

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

При эпидемическом конъюнктивите не встречается:

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

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.

Фарингоконъюнктивальная лихорадка сопровождается всеми симптомами, кроме:

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

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-гноной жидкости.

СЛЕЗНЫЕ ОРГАНЫ

Для лечения дакриоденита целесообразно назначать все, кроме:

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

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 дакриоденит может являться следствием всего перечисленного, кроме:

- А – паротита;
- Б – пневмонии;
- +В – салмонеллеза;
- 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 дакриодените 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.

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

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.

К воспалительным заболеваниям орбиты относятся:

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

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 остеоperiостита орбиты:

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

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.

Флегмона орбиты может быть вызвана:

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

РОГОВИЦА

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

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

В лечении поверхностных форм герпетического кератита наиболее эффективно применение:

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

В понятие роговичного синдрома не входит:

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

Для выявления дефекта эпителия роговой оболочки необходимо:

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

Для кератитов не характерно:

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

Для 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 роговичного синдрома характерны:

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

К поверхностному герпетическому кератиту относится:

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

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.

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.

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.

Поверхностный краевой кератит чаще всего является следствием:

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

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 центральной язве роговицы с угрозой ее перфорации показано:

- А – инстилляци и инъекци антибактериальных лекарственных средств;
- Б – инстилляци и инъекци миотиков;
- В – инстилляци и инъекци мидриатиков;
- Г – инстилляци и инъекци кортикостероидов;
- +Д – срочное оперативное лечение.

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.

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.

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.

Гной на дне передней камеры носит название:

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

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.

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.

Кардинальными симптомами воспаления радужки являются все, кроме:

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

Клиническая картина ирита характеризуется всеми симптомами, кроме:

- А – ступенчатости 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.

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.

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 иридоциклите не наблюдается:

- А – ломящие боли в глазу;
- +Б – чувство инородного тела под веком;
- В – светобоязнь;
- Г – слезотечение;
- Д – блефароспазм.

При наличии бомбированной радужки и вторичной глаукомы целесообразно выполнение:

- А – пересадки роговицы;
- Б – экстракапсулярной экстракции катаракты;
- +В – базальной иридэктомии;
- Г – фильтрующей аниглаукоматозной операции;
- Д – витрэктомии.

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.

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.

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.

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.

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 – инстилляція 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 – инстилляцией 1% раствора пилокарпина каждые 15 минут;
- Б – немедленном введении антикоагулянтов;
- В – инстилляцией 1% раствора атропина;
- +Г – дачи нитроглицерина под язык;
- Д – введении анальгетиков.

При острой непроходимости центральной артерии сетчатки наблюдаются все симптомы, кроме:

- А – отека межзачаточного 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 наблюдаются:

- А – застойные явления в венозной системе;
- Б – повышенная извитость и расширение вен;
- В – темная окраска вен;
- Г – кровоизлияния;
- +Д – все перечисленное.

Тромбоз вен сетчатки характеризуется:

- А – снижением зрения;
- Б – отеком сетчатки;
- В – кровоизлияниями;
- +Г – всем перечисленным;
- Д – ничем из перечисленного.

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

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.

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.

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.

Острые нарушения артериального кровообращения в зрительном нерве могут быть вызваны:

- А – спазмом;
- Б – эмболией;
- В – тромбозом;
- +Г – всем перечисленным;
- Д – только А и В.

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 невритов зрительных нервов являются:

- А – вирусы;
- Б – микробная флора;
- В – токсины;

Г – аллергия;
+Д – различные сочетания всех перечисленных факторов.

ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Внутриглазное давление при остром приступе глаукомы:

- А – повышено;
- +Б – резко повышено;
- В – не изменяется;
- Г – незначительно повышено;
- Д – резко понижено.

Диуретические и дегидратационные средства показаны при:

- А – дистрофических процессах;
- +Б – повышении внутриглазного давления;
- В – рецидивирующих ячменях;
- Г – иритах;
- Д – катаракте.

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.

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.

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.

Основной жалобой больного при остром приступе глаукомы является:

- А – боль в глазу, иррадирующая в соответствующую половину головы, челюсти, зубы и туман перед глазами;
- Б – снижение зрения;
- В – нарушение подвижности глазного яблока;
- Г – только А и В;
- +Д – только А и Б.

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.

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 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 альбунидом.

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.

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.

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 – эндофтальм;
+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 – иридоденез;
+Б – гифема;
В – иридодиализ;
Г – гемофтальм;
Д – гематома.

Кровоизлияние в стекловидное тело носит название:

А – иридоциклит;
Б – гифема;
В – иридодиализ;
+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 транспортировке 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.

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.

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.

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Клиническая ординатура скорая медицинская помощь
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 1

1. Понятие об остроте зрения. Угол зрения и его взаимосвязь с остротой зрения. Методы исследования остроты зрения.
2. Общая симптоматика заболеваний роговой оболочки. Роговичный синдром. Инфильтрат роговицы и его развитие. Типы васкуляризации роговой оболочки.
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
Клиническая ординатура скорая медицинская помощь
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 2

1. Методы исследования защитного аппарата глаза и его патология.
2. Классификация кератитов. Понятие о роговичном синдроме. Осложнения кератитов.
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
Клиническая ординатура скорая медицинская помощь
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 3

1. Методы исследования переднего отрезка глаза и его патология.
2. Эрозия роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.
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
Клиническая ординатура скорая медицинская помощь
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 4

1. Воспалительные заболевания век. Этиология, клиника и лечение.
2. Ползучая язва роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.
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
Клиническая ординатура скорая медицинская помощь
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 5

1. Общая симптоматика воспалительных заболеваний соединительной оболочки глаза. Принципы лечения.
2. Поверхностные и глубокие вирусные кератиты. Клинические проявления и особенности течения. Диагностика и лечение.
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
Клиническая ординатура скорая медицинская помощь
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 6

1. Острый эпидемический конъюнктивит. Этиология, клиника, профилактика и лечение.
2. Передние увеиты. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения. Первая помощь при остром иридоциклите. Осложнения передних увеитов и их лечение.
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
Клиническая ординатура скорая медицинская помощь
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 7

1. Гонобленнорея. Этиология, профилактика, клинические проявления и лечение. Осложнения гонобленнореи.
2. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки. Причины, клиника, первая помощь и лечение.
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
Клиническая ординатура скорая медицинская помощь
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 8

1. Дифтерийный конъюнктивит. Этиология, профилактика, клиника и лечение.
2. Тромбозы вен сетчатки. Клинические проявления и принципы лечения.
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
Клиническая ординатура скорая медицинская помощь
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 9

1. Диплобациллярный (ангулярный) конъюнктивит. Этиология, клиника, лечение.
2. Отслойка сетчатки. Основные причины возникновения патологии. Патогенез заболевания. Клиническая картина и диагностика. Принципы лечения.
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
Клиническая ординатура скорая медицинская помощь
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету №_10

1. Основные виды вирусных конъюнктивитов. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
2. Виды невритов зрительного нерва. Причины возникновения и клинические проявления. Диагностика 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
Клиническая ординатура скорая медицинская помощь
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 11

1. Дакриоаденит, причины, клиника и лечение заболевания.
2. Способы исследования внутриглазного давления. Нормальное внутриглазное давление и его изменения.
3. Остеопериостит глазницы. Диагностика и принципы лечения.

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Клиническая ординатура скорая медицинская помощь
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 12

1. Острый дакриоцистит. Причины развития. Принципы лечения дакриоциститов.
2. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Причины возникновения, патогенез и клиника. Первая помощь при остром приступе. Дифференциальная диагностика с иридоциклитом.
3. Флегмона глазницы. Клинические проявления и принципы лечения. Экзофтальм.