

УТВЕРЖДЕНО

учебно-методическим советом

« 31 » августа 2021 г.,

протокол № 10

Проректор по учебной работе,
председатель учебно-методического совета
профессор

В.И. Орел



АДАПТИРОВАННАЯ РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине

«Офтальмология»

(наименование дисциплины)

Для

специальности

«Медико-профилактическое дело» 32.05.01

(наименование и код специальности)

Факультет

Лечебное дело

(наименование факультета)

Кафедра

Офтальмологии

(наименование кафедры)

Объем дисциплины и виды учебной работы

№№ п./п.	Вид учебной работы	Всего часов	Семестр
			9 с.
1	Общая трудоемкость дисциплины в часах	72	72
1.1	Общая трудоемкость дисциплины в зачетных единицах	2	2
2	Контактная работа, в том числе:	48	48
2.1	Лекции	12	12
2.2	Лабораторные занятия	-	-
2.3	Практические занятия	36	36
2.4	Семинары	-	-
3	Самостоятельная работа	24	24
4	Контроль	-	-
5	Вид итогового контроля:	зачет	зачет

Кафедра офтальмологии

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине _____ «Офтальмология»
(наименование дисциплины)

Для
специальности _____ «Медико-профилактическое дело» 32.05.01
(наименование и код специальности)

ОГЛАВЛЕНИЕ:

1. Раздел «РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПО ДИСЦИПЛИНЕ»

1.1. Титульный лист (1 стр.)

1.2. Рабочая программа (___ стр.)

1.3. Листы дополнений и изменений в рабочей программе (___ стр.)

2. Раздел «КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ДИСЦИПЛИНЫ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ»

2.1. Карта обеспеченности на 2018/2019 год (___ стр.)

3. Раздел «БАНК КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ И ВОПРОСОВ»

3.1. Распечатка БЗТ (___ стр.)

4. Раздел «ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ, ВЫНОСИМЫХ НА ЗАЧЕТ»

4.1. Перечень вопросов к зачету..... (___ стр.)

5. Раздел «ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ

ПРЕПОДАВАТЕЛЯМ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ УЧЕБНЫХ

ЗАНЯТИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ» (___ стр.)

6. Раздел «ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ

ОБУЧАЕМЫМ ПО ИЗУЧЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ» (___ стр.)

7. Раздел «МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

ДИСЦИПЛИНЫ» (___ стр.)

8. Раздел «ИННОВАЦИИ В ПРЕПОДАВАНИИ» (___ стр.)

9. Раздел «ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНИКОВ И УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ,

ИЗДАННЫХ СОТРУДНИКАМИ КАФЕДРЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ»..... (___ стр.)

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель дисциплины - освоение теоретических и практических навыков студентами для осуществления в дальнейшем самостоятельной работы с больными и пострадавшими офтальмологического профиля в качестве врача по специальности медико-профилактическое дело.

Задачами дисциплины являются:

- обеспечение усвоения студентами теоретических знаний и практических умений по проведению обследования органа зрения в рамках диагностических возможностей врача-терапевта;
- обеспечение усвоения студентами теоретических знаний и практических умений по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим и больным офтальмологического профиля;
- освоение методов организации и реализации мероприятий по профилактике глазной патологии среди различных контингентов населения на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях в амбулаторно-поликлинических условиях;
- усвоение студентами практических умений по выявлению и устранению факторов риска возникновения заболеваний глаз;
- ознакомление студентов с принципами организации и работы офтальмологических кабинетов (отделений) лечебно-профилактических учреждений.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП СПЕЦИАЛИСТА

Дисциплина «Офтальмология» относится к базовой части Блока №1 Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 32.05.01 «Медико-профилактическое дело» (уровень специалитета) имеет практико-ориентированный характер и построена с учётом междисциплинарных связей, в первую очередь, знаний, навыков и умений, приобретаемых обучающимися в процессе изучения дисциплин естественно-научного цикла.

Знания, умения и компетенции, приобретаемые обучающимися после освоения содержания дисциплины, будут использоваться для успешной профессиональной деятельности при решении медицинских, организационно-управленческих и научно-исследовательских задач.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются:

- в цикле гуманитарных дисциплин (философия, биоэтика, педагогика, психология, право, ведение, история медицины, экономика, латинский язык, иностранный язык);
- в цикле математических, естественно-научных, медико-биологических дисциплин (основы механики, оптики и лучевой диагностики, информатика, анатомия и топографическая анатомия лицевого скелета, черепа, глазного яблока, биохимия, микробиология, вирусология, иммунология, гистология, цитология, эмбриология, нормальная физиология, патологическая анатомия, патофизиология, фармакология);
- в цикле профессиональных дисциплин (гигиена, эпидемиология, общественное здоровье, здравоохранение, экономика здравоохранения, медицина катастроф, безопасность жизнедеятельности, медицинская реабилитация, пропедевтика детских болезней, пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика, детские болезни, терапия, профессиональные болезни, детская хирургия, общая хирургия, анестезиология, реанимация, интенсивная терапия, медицина катастроф, неврология, медицинская генетика, нейрохирургия, онкология, лучевая терапия, дерматовенерология, оториноларингология, челюстно-лицевая хирургия и стоматология).

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

3.1. Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:

- Осуществление государственной регистрации потенциально-опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, радиоактивных веществ, отходов производства и потребления, а также впервые ввозимых на территорию Российской Федерации отдельных видов продукции (ПК-4);

- Организация обеспечения полномочий в сфере федерального государственного контроля (надзора) (ПК-9).

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
1.	ПК-4	Осуществление государственной регистрации потенциально-опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, радиоактивных веществ, отходов производства и потребления, а также впервые ввозимых на территорию Российской Федерации отдельных видов продукции	Терминологию, используемую в офтальмологии и клинической фармакологии на русском, латинском и английском языках. Методы исследования, используемые при различных заболеваниях и повреждениях органа зрения. Правила обучения медицинского персонала. Лекарственные препараты, используемые при различных заболеваниях и повреждениях органа зрения. Показания к проведению парабульбарных и субконъюнктивальных инъекций.	Применять офтальмологическую терминологию для правильной формулировки диагноза. Оценивать зрительные функции, осматривать глазное яблоко методами биомикроскопии и офтальмоскопии. Выписывать рецепты на лекарственные препараты, используемые при различных заболеваниях и повреждениях органа зрения	Навыками коммуникации в устной и письменной формах на русском и английском языках. Навыками проведения осмотра больных с различными заболеваниями и повреждениями органа зрения. Навыками введения лекарственных средств в парабульбарную клетчатку и под конъюнктиву глазного яблока.	Дискуссия. Тестовый контроль
2.	ПК-9	Организация обеспечения полномочий в сфере федерального государственного контроля (надзора)	Правила оказания первой помощи при неотложных заболеваниях и повреждениях органа зрения. Роль профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения у здоровых детей и детей с заболеваниями органа зрения	Накладывать моно- и бинокулярную повязку, производить инстилляцию лекарственных средств в конъюнктивальный мешок. Оценивать эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными детьми с заболеваниями органа зрения	Навыками оказания первой помощи при неотложных заболеваниях и повреждениях органа зрения. Навыками проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации здоровых детей и детей с различными заболеваниями органа зрения	Реферат. Тестовый контроль, ситуационные задачи

В результате изучения дисциплины «Офтальмология» студент должен:

Знать:

- основные принципы управления и организации офтальмологической помощи взрослому населению в России;
- организацию врачебного контроля за состоянием здоровья населения, вопросы экспертизы нетрудоспособности и медико-юридической помощи населению;
- заболевания глаз, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов;
- гигиенические аспекты зрительного труда, гигиенические проблемы детской и взрослой офтальмологии;
- организацию профилактических мероприятий, направленных на сохранение зрения у населения;
- этиологию, патогенез, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний глаз; современную классификацию заболеваний;
- методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования детей и взрослых офтальмологического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, лучевые методы);
- основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи детям и взрослым с патологией глаз, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных;
- особенности организации и объем работы врача по специальности педиатрия амбулаторно-поликлинического звена; современные диагностические возможности поликлинической службы; методы проведения неотложных мероприятий; показания для плановой госпитализации больных офтальмологического профиля;
- методы лечения пациентов с глазной патологией и показания к их применению;
- клинические симптомы повреждений органа зрения;
- типы наследования основных заболеваний глаз и клинические проявления наследственной патологии, общие характеристики болезней глаз с наследственным предрасположением, общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний, причины происхождения и диагностическую значимость морфогенетических вариантов болезней; врожденные аномалии структур глазного яблока и его вспомогательных органов;
- основные принципы лечения инфекционных болезней глаз у детей и взрослых, показания к их госпитализации; организацию противоэпидемических мероприятий при контагиозных конъюнктивитах;
- клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении заболеваний и повреждений глаз у детей и взрослых.

Уметь:

- анализировать и оценивать глазную заболеваемость взрослого населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды;
- участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической, профилактической и реабилитационной помощи взрослому населению с заболеваниями глаз, с учетом социально-профессиональной и возрастно-половой структуры;
- собрать анамнез; провести опрос пациентов, провести офтальмологическое обследование (проверка зрительных функций, осмотр глазного яблока его вспомогательных органов), направить на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам;
- интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз;
- разработать пациенту с патологией органа зрения план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, применять различные способы введения лекарст-

венных препаратов, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия;

- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- выявлять острые заболевания и диагностировать повреждения глаз, оказывать при неотложных состояниях первую помощь детям подросткам и взрослым, пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях;
- проводить с пациентами и их родственниками профилактические мероприятия по сохранению зрения, повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды, пропагандировать здоровый образ жизни;
- вести медицинскую документацию различного характера в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, выписывать рецепты;

Владеть:

- методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях;
- методами проверки основных зрительных функций, осмотра глазного яблока и его вспомогательных органов;
- интерпретацией результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики заболеваний и повреждений глаз;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам с заболеваниями и повреждениями глаз с последующим направлением их к врачу-офтальмологу; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным;
- алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи пациентам с острыми заболеваниями и повреждениями органа зрения.

4. ОБЪЕМ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Вид учебной работы	Всего часов/ зачетных единиц	Семестр
		9
		часов
1	2	3
Аудиторные занятия (всего), в том числе:	48	48
Лекции (Л)	12	12
Практические занятия (ПЗ),	36	36
в т.ч. ПЗ в интерактивных формах	16	16
Контроль самостоятельной работы (КСР)	-	-
Семинары (С)	-	-
Лабораторные работы (ЛР)	-	-
Самостоятельная работа студента (СРС), в том числе:	24	24
<i>История болезни (ИБ)</i>	8	8
<i>Курсовая работа (КР)</i>	-	-
<i>Тестовые и ситуационные задачи</i>	8	4
<i>Расчетно-графические работы (РГР)</i>	-	-
<i>Подготовка к занятиям (ПЗ)</i>	8	8
<i>Подготовка к текущему контролю</i>	-	-

лю (ПТК)) Подготовка к промежуточному контролю (ППК) Вид промежуточной аттестации	-	-	4
ИТОГО: Общая трудоемкость	зачет (З)	зачет	зачет
	экзамен (Э)	-	-
	час.	72	72
	ЗЕТ	2.0	2.0

5.СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

5.1. Разделы учебной дисциплины (модуля) и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении

№ п/п	№ Компетенции	Название раздела дисциплины	Содержание раздела дисциплины
1.	ПК-4,9	<i>Формирование органа зрения. Возрастная анатомия и физиология глаза.</i>	1.1.Филогенез и онтогенез органа зрения 1.2.Критические периоды развития органа зрения человека 1.3.Этапы развития зрительного анализатора 1.4.Возрастная анатомия, физиология, функции составных частей глаза, его вспомогательных органов 1.5.Отделы зрительного анализатора. Значение зрительного анализатора для развития ребенка и в последующие годы жизни человека 1.6.Глазное яблоко. Величина и форма глазного яблока у лиц различного возраста. Анатомо-топографические ориентиры. 1.7.Фиброзная оболочка, ее составные части, функции. 1.8.Роговица: строение, свойства, возрастные особенности, питание, иннервация, функции. 1.9.Склера: строение, функции 1.10.Хрусталик: возрастные особенности строения и химического состава, функции. 1.11.Стекловидное тело: возрастные особенности строения и химического состава, функции. 1.12.Водянистая влага: пути оттока. Камеры глаза. 1.13.Сетчатка: особенности строения сетчатки у новорожденных, механизм зрительного восприятия, зрительный нерв и зрительные пути. 1.14.Вспомогательные органы глаза. 1.15.Кровообращение и иннервация органа зрения.
2.	ПК-4,9	<i>Зрительные функции и возрастная динамика их развития</i>	2.1.Центральное зрение. Понятие об угле зрения. Возрастные особенности строения макулярной зоны сетчатки. Этапы развития зрительного восприятия. 2.2.Методы исследования остроты зрения у детей раннего возраста и у взрослых 2.3.Периферическое зрение. Понятие о поле зрения. Границы поля зрения на белый и другие цвета. Физиологические скотомы. Виды нарушения периферического зрения зависимости от уровня поражения зрительного пути. 2.4.Цветовое зрение. Основные характеристики цвета. Трихроматичность природы цветового зрения. Понятие о пороге цветоощущения 2.5.Светоощущение. Особенности дневного, сумеречного и ночного зрения. 2.6.Темновая адаптация. Причины нарушения темновой адаптации у детей и взрослых 2.7.Бинокулярное зрение. Характеристика монокулярного, одновременного и бинокулярного зрения. Условия, необходимые для осуществления бинокулярного зрения. Сроки формирования бинокулярного зрения у детей. Причины нарушения бинокулярного зрения у детей и взрослых.
3.	ПК-4,9	<i>Основные методики иссле-</i>	3.1.Внешний осмотр век и глазного яблока 3.2.Боковое (фокальное) освещение

№ п/п	№ Компе- тенции	Название раз- дела дисцип- лины	Содержание раздела дисциплины
		<i>дования глаз и зрительных функций у детей и взрослых</i>	3.3.Осмотр с увеличением (лупа) 3.4.Осмотр в проходящем свете 3.5.Прямая офтальмоскопия 3.6.Обратная офтальмоскопия 3.7.Биомикроскопия 3.8.Тонометрия ориентировочными методами 3.9.Тонометрия инструментальная 3.10.Кератометрия 3.11.Проверка чувствительности роговицы 3.12.Проверка реакции зрачков на свет 3.13.Выворот век 3.14. Двойной выворот век у детей раннего возраста 3.15.Раскрытие глазной щели 3.16.Проверка подвижности глазных яблок 3.17.Эхобиометрия 3.18.Методики исследования зрительных функций у детей и взрослых 3.19.Исследование светоощущения (ориентировочным методом) 3.20.Объективные методы исследования остроты зрения 3.21.Исследование цветоощущения с помощью полихроматических таблиц и окрашенных предметов (игрушек) 3.22.Исследование поля зрения ориентировочными методами 3.23.Исследование поля зрения на периметре 3.24.Исследование бинокулярного зрения
4.	ПК-4,9	<i>Физиологическая оптика, рефракция глаза, близорукость, аккомодация, оптическая коррекция зрения у детей и взрослых</i>	4.1.Физическая рефракция, свойства призм, линз, их оптическая сила, единица измерения. 4.2.Клиническая рефракция глаза 4.3.Клиническая характеристика эметропии, миопии, гиперметропии, астигматизма 4.4.Рефрактогенез, этиология, патогенез миопии 4.5.Диагностика и лечение прогрессирующей миопии у школьников 4.6.Меры профилактики прогрессирующей миопии, диспансеризация детей и взрослых с аномалиями рефракции 4.7.Аккомодация 4.8.Механизм аккомодации 4.9.Возрастные изменения аккомодации 4.10.Клиника пареза, паралича, спазма аккомодации у детей и взрослых 4.11.Коррекция аномалии рефракции с помощью пробных очковых стекол 4.12.Контактная коррекция зрения 4.13.Принципы хирургического исправления аномалии рефракции 4.14.Принципы коррекции пресбиопии
5.	ПК-4,9	<i>Врожденная и приобретенная патология век, конъюнктивы, слезных органов и орбиты</i>	5.1.Патология век 5.1.1.Этиология и патогенез заболеваний век 5.1.2.Диагностика и принципы лечения аномалий развития век: колобома, блефарофимоз, выворот, заворот у детей различного возраста 5.1.3.Диагностика и лечение воспалительных заболеваний век (блефарит, мейбомеит, ячмень, халязион, контагиозный моллюск, абсцесс, реактивный отек) 5.2.Патология конъюнктивы 5.2.1.Общая диагностика конъюнктивитов (конъюнктивальная инъекция, фолликулы, отделяемое и его виды) 5.2.2.Особенности диагностики острых конъюнктивитов (вирусные конъюнктивиты, бактериальные конъюнктивиты), хламидийный конъюнктивит 5.2.3.Диагностика, лечение, профилактика гонобленнореи 5.2.4.Диагностика, лечение хронических инфекционных и бактериальных конъюнктивитов, 5.2.5.Этиология, патогенез, клиника, классификация и основные осложнения трахомы. Лечение трахомы 5.3.Патология слезных органов 5.3.1.Механизм слезоотделения. Этиология, патогенез и клиника забо-

№ п/п	№ Компе- тенции	Название раз- дела дисцип- лины	Содержание раздела дисциплины
			леваний слезных органов 5.3.2.Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение дакриоцистита новорожденных и взрослых 5.3.3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение дакриоаденита 5.4.Патология глазницы 5.4.1. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение флегмоны глазницы 5.4.2.Экзофтальм и его диагностическое значение
6.	ПК-4,9	<i>Патология роговицы и склеры</i>	6.1.Патология роговицы. 6.1.1.Этиология и патогенез воспалительных заболеваний роговицы 6.1.2.Общая симптоматология заболеваний роговицы 6.1.3.Диагностика и лечение врожденных аномалий роговицы (микрокорнеа, мегалокорнеа, кератоконус, кератоглобус, врожденные помутнения роговицы) у детей различного возраста 6.1.4.Диагностика и принципы лечения кератитов различной этиологии, ползучей язвы роговицы 6.1.5.Дистрофии роговицы. Виды дистрофий. Диагностика и принципы лечения. 6.1.6.Исходы заболеваний роговицы, их лечение 6.2.Этиология и патогенез заболеваний склеры 6.2.1.Этиология, патогенез, клиника и диагностика и лечение склеритов и эписклеритов 6.2.2. Этиология, патогенез, клиника и диагностика меланоза, синдрома синих склер
7.	ПК-4,9	<i>Патология сосудистой оболочки глаза</i>	7.1.Этиология, патогенез клиника, диагностика и принципы лечения воспалительных заболеваний сосудистой оболочки глаза 7.2.Диагностика врожденных аномалий развития сосудистой оболочки (аниридия, колобома хориоидеи, корэктопия, поликория, остатки зрачковой мембраны) 7.3.Иридоциклит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения и оказания неотложной помощи 7.4.Диагностика и лечение увеитов и их осложнений 7.5.Опухоли сосудистой оболочки глаза и принципы их лечения
8.	ПК-4,9	<i>Патология сетчатки и зрительного нерва</i>	8.1.Патология сетчатки 8.1.1.Этиология и патогенез заболеваний сетчатки 8.1.2.Общая семиотика заболеваний сетчатки 8.1.3.Диагностика и принципы лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний сетчатки, острых нарушений кровообращения в ретинальных сосудах 8.1.4.Изменения глазного дна при общих заболеваниях у детей и взрослых (гипертоническая болезнь, диабет, заболевания почек и др.) 8.1.5.Диагностика и принципы лечения отслойки сетчатки 8.1.6.Ретролентальная фиброплазия (ретинопатия недоношенных): этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения. Диспансеризация детей и взрослых. 8.2.Этиология и патогенез заболеваний зрительного нерва и проводящих путей зрительного анализатора 8.2.1. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение неврита зрительного нерва 8.2.2. Этиология, патогенез, клиника и диагностика застойного диска зрительного нерва. 8.2.3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение атрофий зрительного нерва у детей и взрослых
9.	ПК-4,9	<i>Патология глазодвигательного аппарата. Амблиопия.</i>	9.1.Паралитическое косоглазие (этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения) 9.2.Содружественное косоглазие: этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения у детей и взрослых. 9.3.Диагностика и лечение гетерофории 9.4.Амблиопия (этиология, патогенез, диагностика, принципы плеоптиче-

№ п/п	№ Компетенции	Название раздела дисциплины	Содержание раздела дисциплины
			ского лечения) 9.5.Принципы плеоптоортоптического, диплоптического лечения детей с амблиопией и косоглазием. Организация мероприятий по охране зрения детей в России (специализированные детские сады и школы для детей с нарушениями зрения, кодекс об охране зрения детей) 9.6. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение нистагма
10.	ПК-4,9	<i>Патология офтальмотонуса у детей и взрослых.</i>	10.1.Врожденная глаукома (этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения) 10.2.Этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения первичной глаукомы 10.3.Острый приступ закрытоугольной глаукомы (этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы оказания неотложной помощи) 10.4.Офтальмогипертензия, вторичная глаукома, гипотония глазного яблока (этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения)
11.	ПК-4,9	<i>Врожденная и приобретенная патология хрусталика.</i>	11.1.Врожденные аномалии величины, формы и положения хрусталика (микросферофакция, колобома, лентиконус, дислокация, афакция) Принципы диагностики и лечения 11.2.Врожденная катаракта (этиология, патогенез, принципы диагностики и лечения у детей различного возраста). Виды врожденных катаракт. 11.3.Афакция, принципы коррекции у детей и взрослых 11.4.Старческая катаракта (этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения) 11.5.Вторичная и осложненная катаракта (этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения) 11.6.Общие заболевания организма, сопровождающиеся патологией хрусталика у детей (синдром Марфана, синдром Маркесани, фенилкетонурия)
12.	ПК-4,9	<i>Повреждения органа зрения и его вспомогательных органов.</i>	12.1.Классификация повреждений органа зрения. Сочетанная и комбинированная травма органа зрения 12.2.Ранения глазного яблока (классификация, диагностика, принципы лечения на различных этапах оказания медицинской помощи) 12.2.1.Признаки прободного ранения глазного яблока 12.2.2.Основные осложнения прободных ранений глазного яблока (инфекционные осложнения, симпатическая офтальмия, металлоз), принципы лечения и профилактики 12.2.3.Ранения век, слезных органов и глазницы (классификация, клиника, диагностика, принципы лечения) 12.3.Контузии глазного яблока (клинические варианты повреждений различных структур глаза, диагностика, принципы лечения) 12.4.Контузионные повреждения костных стенок глазницы, ретробульбарная гематома (патогенез, диагностика, принципы лечения) 12.5.Принципы оказания первой врачебной и специализированной офтальмологической помощи при механической травме органа зрения 12.6.Термические ожоги органа зрения (этиология, патогенез, классификация по тяжести и глубине, диагностика, принципы лечения) 12.7.Химические ожоги органа зрения (этиология, патогенез, классификация по тяжести и глубине, диагностика, принципы лечения) 12.7.1.Особенности клинической картины ожогов, вызванных различными химическими веществами 12.7.2.Первая врачебная помощь при ожогах органа зрения. Применение нейтрализаторов химически активных веществ 12.8.Основные осложнения ожогов органа зрения, принципы их профилактики и специализированного лечения
13.	ПК-4,9	<i>Новообразования органа зрения.</i>	13.1.Распространенность и морфологическая структура и наиболее частая локализация опухолей глазного яблока, век и глазницы у людей различного возраста 13.2.Доброкачественные опухоли век и глазницы (гемангиома, лимфангиома, дермоид, липома и др.), этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения 13.3.Злокачественные опухоли век и глазницы (базалиома, липосаркома, нейробластома, ретикулосаркома, рак слезной железы, меланома и др.),

№ п/п	№ Компетенции	Название раздела дисциплины	Содержание раздела дисциплины
			этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения 13.4.Злокачественные и доброкачественные опухоли структур глазного яблока (ретинобластома, меланома, невус, гемангиома, кисты и др.), этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения
14.	ПК-4,9	<i>Патология органа зрения при общих заболеваниях организма</i>	14.1.Характер изменений органа зрения, их клиника, диагностика, принципы лечения у больных с токсоплазмозом 14.2.Характер изменений органа зрения, их клиника, диагностика, принципы лечения у больных с туберкулезом и сифилисом, ВИЧ-инфекцией 14.3.Характер изменений органа зрения, их клиника, диагностика, принципы лечения у больных с гипертонической болезнью, сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями, атеросклерозом и патологией почек 14.4.Характер изменений органа зрения, их клиника, диагностика, принципы лечения детей и взрослых с коллагенозами и факоматозами 14.5.Глазные симптомы неврологических заболеваний у детей и взрослых
15.	ПК-4,9	<i>Организация офтальмологической помощи детскому населению России</i>	15.1.История, задачи и перспективы отечественной и мировой офтальмологии 15.2.Профилактика, санитарно-просветительская работа 15.3.Показания к определению ребенка в специализированный детский сад, школу слепых и слабовидящих 15.4.Глазная заболеваемость, слабовидение и слепота у детей и взрослых 15.5.Врачебная экспертиза и социальная реабилитация больных с последствиями заболеваний и повреждений глаз.

5.2. Тематический план лекций и практических занятий

	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Название тем лекций	Название тем практических занятий
1.	<i>Формирование органа зрения. Возрастная анатомия и физиология глаза.</i>		№1. Методы исследования зрительных функций у детей и взрослых. Клинические методы исследования анатомического состояния зрительного анализатора у детей различного возраста. Методики выполнения лечебных процедур.
2.	<i>Зрительные функции и возрастная динамика их развития</i>	№1. Офтальмология как современная наука о зрительном анализаторе человека и ее место в клинической медицине.	№1. Методы исследования зрительных функций у детей и взрослых. Клинические методы исследования анатомического состояния зрительного анализатора у детей различного возраста. Методики выполнения лечебных процедур.
3.	<i>Основные методики исследования глаз и зрительных функций у детей и взрослых</i>	№3. Миопия, миопическая болезнь. Аккомодационные нарушения зрения у детей и взрослых.	№1. Методы исследования зрительных функций у детей и взрослых. Клинические методы исследования анатомического состояния зрительного анализатора у детей различного возраста. Методики выполнения лечебных процедур. №2. Клинические методы исследования анатомического состояния зрительного анализатора у детей различного возраста. Методики выполнения лечебных процедур
4.	<i>Физиологическая оптика, рефракция глаза, близорукость, аккомодация, оптическая коррекция зрения у детей и взрослых</i>	№2. Физиологическая оптика. Рефракция и аккомодация.	№1. Методы исследования зрительных функций у детей и взрослых. Клинические методы исследования анатомического состояния зрительного анализатора у

			детей различного возраста. Методики выполнения лечебных процедур.
5.	<i>Врожденная и приобретенная патология век, конъюнктивы, слезных органов и орбиты</i>	№4. Синдром «красного глаза»: острые воспалительные заболевания вспомогательных органов глаза.	№4. Воспалительные заболевания вспомогательных органов глаза у детей
6.	<i>Патология роговицы и склеры</i>	№5. Дистрофические заболевания конъюнктивы и роговицы. Синдром «сухого глаза» №4. Синдром «красного глаза»: острые воспалительные заболевания глазного яблока.	№5. Воспалительные заболевания фиброзной, сосудистой и сетчатой оболочек глаза у детей и взрослых
7.	<i>Патология сосудистой оболочки глаза</i>	№7. Синдром острого нарушения зрительных функций: заболевания сетчатки и зрительного нерва у детей и взрослых.	№5. Воспалительные заболевания фиброзной, сосудистой и сетчатой оболочек глаза у детей и взрослых
8.	<i>Патология сетчатки и зрительного нерва</i>	№9. Хирургические заболевания глазного яблока.	№7. Заболевания сетчатки и зрительного пути у детей различного возраста. Нарушения гемодинамики в структурах органа зрения у детей и взрослых.
9.	<i>Патология глазодвигательного аппарата. Амблиопия.</i>	№8. Хирургические заболевания вспомогательных органов глаза и роговицы.	№3. Нарушения двигательной иннервации век, положения и подвижности глазных яблок в детском возрасте
10.	<i>Патология офтальмотонуса у детей и взрослых.</i>	№9. Хирургические заболевания глазного яблока.	№6. Нарушение гидродинамики глаза. Заболевания хрусталика у детей и взрослых.
11.	<i>Врожденная и приобретенная патология хрусталика</i>	№10. Изменения органа зрения при общих заболеваниях организма. Профессиональная патология органа зрения	№9. Глазная патология при некоторых общих и эндокринных заболеваниях организма у детей и взрослых
12.	<i>Повреждения органа зрения и его вспомогательных органов.</i>	№11. Повреждения органа зрения (ранения: классификация, структура.) №12. Повреждения органа зрения (контузии и ожоги)	№8. Повреждения органа зрения
13.	<i>Новообразования органа зрения.</i>	№10. Изменения органа зрения при общих заболеваниях организма.	№9. Глазная патология при некоторых общих и эндокринных заболеваниях организма у детей и взрослых
14.	<i>Патология органа зрения при общих заболеваниях организма</i>	№10. Изменения органа зрения при общих заболеваниях организма.	№9. Глазная патология при некоторых общих и эндокринных заболеваниях организма у детей и взрослых
15.	<i>Организация офтальмологической помощи детскому населению России</i>	№1. Офтальмология как современная наука о зрительном анализаторе человека и ее место в клинической медицине.	№1. Методы исследования зрительных функций у детей и взрослых. Клинические методы исследования анатомического состояния зрительного анализатора у детей различного возраста. Методики выполнения лечебных процедур.

5.3. Название тем лекций и количество часов по семестрам изучения учебной дисциплины (модуля)

№ п/п	Название тем лекций учебной дисциплины (модуля)	Объем по семестрам
		9
1.	Офтальмология как современная наука о зрительном анализаторе человека и ее место в клинической медицине.	1
2.	Физиологическая оптика. Рефракция и аккомодация.	1

3	Миопия, миопическая болезнь. Аккомодационные нарушения зрения у детей и взрослых.	1
4	Синдром «красного глаза»: острые воспалительные заболевания вспомогательных органов глаза.	1
5.	Дистрофические заболевания конъюнктивы и роговицы. Синдром «сухого глаза»	1
6.	Синдром «красного глаза»: острые воспалительные заболевания глазного яблока.	1
7	Синдром острого нарушения зрительных функций: заболевания сетчатки и зрительного нерва у детей и взрослых.	1
8	Хирургические заболевания вспомогательных органов глаза и роговицы.	1
9	Хирургические заболевания глазного яблока.	1
10	Изменения органа зрения при общих заболеваниях организма. Профессиональная патология органа зрения	1
11	Повреждения органа зрения (ранения: классификация, структура.)	1
12	Повреждения органа зрения (контузии и ожоги)	1

5.4. Название тем практических занятий и количество часов по семестрам изучения учебной дисциплины (модуля)

№ п/п	Название тем практических занятий базовой части дисциплины (модуля) по ФГОС ВО	Объем по семестрам
		9с.
1.	Методы исследования зрительных функций у детей и взрослых. Клиническая рефракция и методы ее исследования и коррекции у детей различного возраста. Аккомодация и методы ее исследования в разные возрастные периоды.	4
2.	Клинические методы исследования анатомического состояния зрительного анализатора у детей различного возраста. Методики выполнения лечебных процедур.	4
3.	Нарушения двигательной иннервации век, положения и подвижности глазных яблок в детском возрасте	4
4.	Воспалительные заболевания вспомогательных органов глаза у детей	4
5.	Воспалительные заболевания фиброзной, сосудистой и сетчатой оболочек глаза у детей и взрослых	4
6.	Нарушение гидродинамики глаза. Заболевания хрусталика у детей и взрослых.	4
7.	Заболевания сетчатки и зрительного пути у детей различного возраста. Нарушения гемодинамики в структурах органа зрения у детей и взрослых.	4
8.	«Повреждения органа зрения»	4
9.	«Глазная патология при некоторых общих и эндокринных заболеваниях организма у детей и взрослых»	4

5.5. Лабораторный практикум не предусмотрен.

5.6. Семинары не предусмотрены

6 . ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Лекции, практические занятия, самостоятельная работа, интерактивная работа обучающихся

7. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРОГРАММНЫЕ СРЕДСТВА

Использование мультимедийного комплекса в сочетании с лекциями и практическими занятиями, решение ситуационных задач, обсуждение рефератов, сбор «портфолио». Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, составляет не менее 30 % от аудиторных занятий.

8. ФОРМЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

Тестовый контроль, дискуссия, рефераты, ситуационные задачи, портфолио.

9. ФОРМА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Зачет

10. РАЗДЕЛЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СВЯЗИ С ДИСЦИПЛИНАМИ

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	Разделы данной дисциплины, необходимые для изучения последующих дисциплин											
		3	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.	Педиатрия	+	+										+
2.	Хирургические болезни						+	+	+				
3.	Инфекционные болезни		+	+	+	+							
4.	Внутренние болезни					+						+	
5.	Фтизиатрия		+	+	+	+							
6.	Клиническая фармакология		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии

КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ
на 2021-2022 учебный год

По дисциплине

Офтальмология
(наименование дисциплины)

по специальности

Медико-профилактическое дело, 32.05.01
(наименование направления подготовки, код)

Код направ- ления подго- товки	Курс	Семестр	Число студентов	Список литературы	Кол-во экземпляров	Кол-во экз. на одного обу- чаю- щегося
32.05.01	5	9	5	Основная литература: Офтальмология: учебник. Алексеев В.Н., Астахов Ю.С., Басинский С.Н. и др. / Под ред. Е.А. Егорова. 2016. - 240 с. Офтальмология: учебник / под ред. Е. И. Сидоренко. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 656 с.: ил.	ЭБС Конс. студ.	
	Всего студентов		25	Всего экземпляров		
				Дополнительная литература: Клинический атлас патологии глазного дна. - 4-е изд., стер. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 120 с. Аллергический риноконъюнктивит у детей / под ред. Г. Д. Тарасовой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 128 с. Синдром "сухого глаза" и заболевания глазной поверхности: клиника, диагностика, лечение / В. В. Бржеский, Г. Б. Егорова, Е. А. Егоров. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 464 с.	ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ.	

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии

КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ
на 2020-2021 учебный год

По дисциплине

Офтальмология
(наименование дисциплины)

по специальности

Медико-профилактическое дело, 32.05.01
(наименование направления подготовки, код)

Код направ- ления подго- товки	Курс	Семестр	Число студентов	Список литературы	Кол-во экземпляров	Кол-во экз. на одного обу- чаю- щегося
32.05.01	5	9	5	Основная литература: 1. Офтальмология: учебник. Алексеев В.Н., Астахов Ю.С., Басинский С.Н. и др. / Под ред. Е.А. Егорова. 2016. - 240 с.	ЭБС Конс. студ.	
	Всего студен- тов		25	Всего экземпляров		
				Дополнительная литература: 1. Клинический атлас патологии глазного дна. - 4-е изд., стер. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 120 с. 2. Аллергический риноконъюнктивит у детей / под ред. Г. Д. Тарасовой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 128 с. 3. Синдром "сухого глаза" и заболевания глазной поверхности : клиника, диагностика, лечение / В. В. Бржеский, Г. Б. Егорова, Е. А. Егоров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 464 с.	ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ ЭБС Конс. студ	

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии

КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ
на 2019-2020 учебный год

По дисциплине

Офтальмология
(наименование дисциплины)

по специальности

Медико-профилактическое дело, 32.05.01
(наименование направления подготовки, код)

Код направления подготовки	Курс	Семестр	Число студентов	Список литературы	Кол-во экземпляров	Кол-во экз. на одного обучающегося
32.05.01	5	9	17	Основная литература: 1. Офтальмология: учебник. Алексеев В.Н., Астахов Ю.С., Басинский С.Н. и др. / Под ред. Е.А. Егорова. 2016. - 240 с.	ЭБС Конс. студ.	
	Всего студентов		17	Всего экземпляров		
				Дополнительная литература: 1. Офтальмология в вопросах и ответах: учебное пособие. Гаврилова Н.А., Гаджиева Н.С., Иванова З.Г. и др. / Под ред. Х.П. Тахчиди. 2009. - 336 с. 2. Клинический атлас патологии глазного дна. - 4-е изд., стер. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 120 с. 3. Аллергический риноконъюнктивит у детей / под ред. Г. Д. Тарасовой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 128 с. 4. Синдром "сухого глаза" и заболевания глазной поверхности : клиника, диагностика, лечение / В. В. Бржеский, Г. Б. Егорова, Е. А. Егоров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 464 с.	ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ.	

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии

КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ
на 2018-2019 учебный год

По дисциплине

Офтальмология
(наименование дисциплины)

по специальности

Медико-профилактическое дело, 32.05.01
(наименование направления подготовки, код)

Код направления подготовки	Курс	Семестр	Число студентов	Список литературы	Кол-во экземпляров	Кол-во экз. на одного обучающегося
32.05.01	5	9	17	Основная литература: 1. Офтальмология: учебник. Алексеев В.Н., Астахов Ю.С., Басинский С.Н. и др. / Под ред. Е.А. Егорова. 2016. - 240 с. 2. Клинические лекции по офтальмологии: учебное пособие. Егоров Е.А., Басинский С.Н. 2007. - 288 с.	ЭБС Конс. студ.	
	Всего студентов		17	Всего экземпляров		
				Дополнительная литература: 1. Офтальмология в вопросах и ответах: учебное пособие. Гаврилова Н.А., Гаджиева Н.С., Иванова З.Г. и др. / Под ред. Х.П. Тахчиди. 2009. - 336 с. 2. Клинический атлас патологии глазного дна. - 4-е изд., стер. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 120 с.	ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ.	

ЛИСТ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Перечень лицензионного программного обеспечения

2021 – 2022 учебный год

1. Windows Sarver Standard 2012 Russian OLP NL Academic Edition 2 Proc;
2. Windows Remote Desktop Services CAL 2012 Russian OLP NL Academic Edition Device CAL (10 шт.);
3. Desktop School ALNG Lic SAPk MVL A Faculty (300 шт.);
4. Dream Spark Premium Electronic Software Delivery (1 year) Renewal (1 шт.);
5. Dr. Web Desktop Security Suite Комплексная защита с централизованным управлением – 450 лицензий;
6. Dr. Web Desktop Security Suite Антивирус с централизованным управлением – 15 серверных лицензий;
7. Lync Server 2013 Russian OLP NL Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
8. Lync Server Enterprise CAL 2013 Single OLP NL Academic Edition Device Cal (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
9. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
10. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
11. ABBYY Fine Reader 12 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
12. Chem Office Professional Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
13. Chem Craft Windows Academic license (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
14. Chem Bio Office Ultra Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
15. Statistica Base for Windows v.12 English / v. 10 Russian Academic (25 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно.
16. Программный продукт «Система автоматизации библиотек ИРБИС 64» Срок действия лицензии: бессрочно.
17. Программное обеспечение «АнтиПлагиат» с 07.07.2021 г. по 06.07.2022 г.

ЛИСТ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Перечень лицензионного программного обеспечения

2020 – 2021 учебный год

1. Windows Server Standard 2012 Russian OLP NL Academic Edition 2 Proc;
2. Windows Remote Desktop Services CAL 2012 Russian OLP NL Academic Edition Device CAL (10 шт.);
3. Desktop School ALNG Lic SAPk MVL A Faculty (300 шт.);
4. Dream Spark Premium Electronic Software Delivery (1 year) Renewal (1 шт.);
5. Dr. Web Desktop Security Suite Комплексная защита с централизованным управлением – 450 лицензий;
6. Dr. Web Desktop Security Suite Антивирус с централизованным управлением – 15 серверных лицензий;
7. Lync Server 2013 Russian OLP NL Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
8. Lync Server Enterprise CAL 2013 Single OLP NL Academic Edition Device Cal (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
9. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
10. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
11. ABBYY Fine Reader 12 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
12. Chem Office Professional Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
13. Chem Craft Windows Academic license (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
14. Chem Bio Office Ultra Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
15. Statistica Base for Windows v.12 English / v. 10 Russian Academic (25 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно.
16. Программный продукт «Система автоматизации библиотек ИРБИС 64» Срок действия лицензии: бессрочно.
17. Программное обеспечение «АнтиПлагат» с 07.07.2020 г. по 06.07.2021 г..

ЛИСТ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Перечень лицензионного программного обеспечения

2019 – 2020 учебный год

1. Windows Server Standard 2012 Russian OLP NL Academic Edition 2 Proc;
2. Windows Remote Desktop Services CAL 2012 Russian OLP NL Academic Edition Device CAL (10 шт.);
3. Desktop School ALNG Lic SAPk MVL A Faculty (300 шт.);
4. Dream Spark Premium Electronic Software Delivery (1 year) Renewal (1 шт.);
5. Dr. Web Desktop Security Suite Комплексная защита с централизованным управлением – 450 лицензий;
6. Dr. Web Desktop Security Suite Антивирус с централизованным управлением – 15 серверных лицензий;
7. Lync Server 2013 Russian OLP NL Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
8. Lync Server Enterprise CAL 2013 Single OLP NL Academic Edition Device Cal (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
9. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
10. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
11. ABBYY Fine Reader 12 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
12. Chem Office Professional Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
13. Chem Craft Windows Academic license (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
14. Chem Bio Office Ultra Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
15. Statistica Base for Windows v.12 English / v. 10 Russian Academic (25 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно.
16. Программный продукт «Система автоматизации библиотек ИРБИС 64» Срок действия лицензии: бессрочно.
17. Программное обеспечение «АнтиПлагат» с 07.07.2019 г. по 06.07.2020 г..

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Перечень лицензионного программного обеспечения

2018 – 2019 учебный год

1. Windows Server Standard 2012 Russian OLP NL Academic Edition 2 Proc;
2. Windows Remote Desktop Services CAL 2012 Russian OLP NL Academic Edition Device CAL (10 шт.);
3. Desktop School ALNG Lic SAPk MVL A Faculty (300 шт.);
4. Dream Spark Premium Electronic Software Delivery (1 year) Renewal (1 шт.);
5. Dr. Web Desktop Security Suite Комплексная защита с централизованным управлением – 450 лицензий;
6. Dr. Web Desktop Security Suite Антивирус с централизованным управлением – 15 серверных лицензий;
7. Lync Server 2013 Russian OLP NL Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
8. Lync Server Enterprise CAL 2013 Single OLP NL Academic Edition Device Cal (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
9. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
10. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
11. ABBYY Fine Reader 12 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
12. Chem Office Professional Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
13. Chem Craft Windows Academic license (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
14. Chem Bio Office Ultra Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
15. Statistica Base for Windows v.12 English / v. 10 Russian Academic (25 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно.
16. Программный продукт «Система автоматизации библиотек ИРБИС 64» Срок действия лицензии: бессрочно.
17. Программное обеспечение «АнтиПлагат» с 07.07.2018 г. по 06.07.2019 г..

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии

**БАНК КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ И ВОПРОСОВ (ТЕСТОВ) ПО
ОТДЕЛЬНЫМ ТЕМАМ И В ЦЕЛОМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**
заданий в тестовой форме (тестов)

По дисциплине _____
«Офтальмология»
(наименование дисциплины)

Для
специальности _____
«Медико-профилактическое дело» 32.05.01
(наименование и код специальности)

ПК-4,9

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (ПРИМЕР):

1. У пациента при осмотре мелкая передняя камера. В анамнезе – ранение или контузия.

Студент должен ответить на следующие вопросы:

- о каком патологическом процессе свидетельствует данный симптом?
- с какими патологическими процессами следует провести дифференциальную диагностику?
- какова тактика лечебных мероприятий в отношении такого пациента?

Ответ:

- данный симптом служит косвенным признаком прободного ранения глазного яблока, при локализации раны в роговице. При контузии мелкая передняя камера может свидетельствовать о циклодиализе, о набухании помутневшего хрусталика.
- первым диагностическим шагом служит исключение прободного ранения глазного яблока с активным поиском его абсолютных и относительных признаков. Дифференциальная диагностика патологических процессов, сопровождающихся мелкой передней камерой на почве травмы глазного яблока, осуществляется с контузией глазного яблока с циклодиализом, набухающей травматической катарактой, острым приступом закрытоугольной глаукомы, посттравматическим иридоциклитом со зрачковым блоком.
- при наличии относительного признака прободного ранения глазного яблока пациенту следует закапать в конъюнктивальную полость антибактериальные глазные капли, наложить биннокулярную повязку и санитарным транспортом в положении лежа (в сопровождении медработника) направить в офтальмологический стационар.

Диагноз направления – прободное ранение глазного яблока.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПК-4,9

1. Диспансеризация с целью выявления глаукомы должна проводиться всем лицам после:

- а) 25 лет;
- б) 35-40 лет;
- в) 50 лет;
- г) 60 лет;
- д) старше 60 лет.

2. На диспансерном учете офтальмолога должны находиться больные, страдающие:

- а) глаукомой;
- б) миопией высокой степени;
- в) туберкулезом органа зрения;
- г) онкологическим заболеванием органа зрения;
- д) любым из перечисленных выше заболеваний.

3. Больные глаукомой, находящиеся на диспансерном учете, должны проверяться не реже, чем 1 раз в:

- а) 2 месяца;
- б) 3 месяца;
- в) 6 месяцев;
- г) 10 месяцев;
- д) 1 год.

4. Основной причиной первичной инвалидности по зрению в России является:

- а) миопия высокой степени;
- б) изменение органа при сахарном диабете;
- в) глаукома;
- г) катаракта;
- д) травма органа зрения и ее последствия.

5. Повышение квалификации по офтальмологии должно проводиться в институтах (факультетах) усовершенствования врачей не реже, чем:

- а) 1 раз в год;
- б) 1 раз в 2 года;
- в) 1 раз в 3 года;
- г) 1 раз в 5 лет;
- д) 1 раз в 10 лет.

6. Хирургическая обработка тяжелой внутриглазной травмы должна осуществляться в ближайшем:

- а) медпункте;
- б) больнице;
- в) глазном кабинете поликлиники;
- г) специализированном микрохирургическом глазном центре.

7. Операция экстракции катаракты стала применяться:

- а) с XV века;
- б) с XVII века;
- в) с XVIII века;
- г) с XIX века;
- д) до нашей эры.

8. Операцию экстракции катаракты впервые произвел:

- а) В.П. Филатов;
- б) А. Эльшниц;
- в) Ж. Давиель;
- г) А. Грефе;
- д) Г. Гельмгольц.

9. Операция экстракции катаракты была впервые произведена:

- а) в древне Египте;
- б) в Индии;
- в) в России;
- г) во Франции;
- д) в Германии.

10. Операция реклинации катаракты начала применяться:

- а) более 2-х тысяч лет назад;
- б) более 1 тысячи лет назад;
- в) с XV века;
- г) с XVIII века;
- д) с XIX века.

11. Родиной операции реклинации катаракты является:

- а) Египет;
- б) Индия;
- в) Китай;
- г) Франция;
- д) Россия.

12. Автором первой в мире успешной сквозной пересадки роговицы является:

- а) В.П. Филатов;
- б) А. Грефе;
- в) А. Эльшниц;
- г) Э. Цирм;
- д) Г. Гельмгольц.

13. Ультразвуковую факоэмульсификацию впервые произвел:

- а) В.П. Филатов;
- б) А. Эльшниц;
- в) А. Грефе;
- г) Ч. Келман;
- д) Г. Гельмгольц.

14. Операцию интракапсулярной криоэкстракции катаракты впервые начал применять:

- а) Ч. Келман;
- б) В.П. Филатов;
- в) А. Эльшниц;
- г) Е. Кравич;
- д) Г. Гельмгольц.

15. Операцию имплантации интракапсулярной линзы впервые осуществил:

- а) Г. Ридлиж;
- б) А. Грефе;
- в) В.П. Филатов;
- г) А. Эльшниц;
- д) Г. Гельмгольц.

16. Операцию иридэктомии при глаукоме ввел в клинику:

- а) Г. Ридли;
- б) В.П. Филатов;
- в) А. Грефе;
- г) А. Эльшниц;
- д) Г. Гельмгольц.

РАЗВИТИЕ, НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ И ГИСТОЛОГИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

ПК-4,9

17. Самой тонкой стенкой орбиты является:

- а) наружная стенка;
- б) верхняя стенка;
- в) внутренняя стенка;
- г) нижняя стенка;
- д) правильно А и Б.

18. Через верхнюю глазничную щель проходят:

- а) глазничный нерв;
- б) глазодвигательные нервы;
- в) основной венозный коллектор глазницы;
- г) все перечисленное;
- д) правильно Б и В.

19. Канал зрительного нерва служит для прохождения:

- а) зрительного нерва;
- б) глазничной артерии;
- в) и того, и другого;
- г) ни того, ни другого.

20. Слезный мешок расположен:

- а) внутри глазницы;
- б) вне глазницы;
- в) частично внутри и частично вне глазницы.

21. Веки являются :

- а) придаточной частью органа зрения;
- б) защитным аппаратом органа зрения;
- в) и тем, и другим;
- г) ни тем, ни другим.

22. 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.

23. *Ветвями глазничной артерии является:*

- а) лобная артерия;
- б) надглазничная артерия;
- в) слезная артерия;
- г) все перечисленное;
- д) ни одна из перечисленных.

24. *Отток крови из век направляется:*

- а) в сторону вен глазницы;
- б) в сторону лицевых вен;
- в) в оба направления;
- г) ни в одно из перечисленных.

25. *Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:*

- а) конъюнктивите;
- б) повышенном внутриглазном давлении;
- в) воспалении сосудистого тракта;
- г) любом из перечисленных;
- д) ни при одном из перечисленных.

26. *К слезопroduцирующим органам относятся:*

- а) слезная железа и добавочные слезные железы;
- б) слезные точки;
- в) слезные каналы;
- г) все перечисленное.

27. *Иннервация слезной железы осуществляется:*

- а) парасимпатической нервной системой;
- б) симпатической нервной системой;
- в) по смешанному типу;
- г) соматической нервной системой.

28. *Слезноносовой канал открывается в:*

- а) нижний носовой ход;
- б) средний носовой ход;
- в) верхний носовой ход;
- г) правильно Б и В.

29. *Наименьшую толщину склера имеет в зоне:*

- а) лимба;
- б) экватора;
- в) диска зрительного нерва;
- г) правильно А и Б.

30. *Роговая оболочка состоит из :*

- а) двух слоев;
- б) трех слоев;
- в) четырех слоев;
- г) пяти слоев;
- д) шести слоев.

31. *Слои роговицы располагаются:*

- а) параллельно поверхности роговицы;
- б) хаотично;
- в) концентрично;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно Б и В.

32. *Питание роговицы осуществляется за счет:*

- а) краевой петливой сосудистой сети;
- б) центральной артерии сетчатки;
- в) слезной артерии;
- г) всего перечисленного.

33. *Функциональным центром сетчатки является:*

- а) диск зрительного нерва;
- б) центральная ямка;
- в) зона зубчатой линии;
- г) правильно А и В;
- д) правильно А и Б.

34. *Отток жидкости из передней камеры осуществляется через:*

- а) область зрачка;
- б) капсулу хрусталика;
- в) зону трабекул;
- г) ничего из перечисленного;
- д) правильно А и Б.

35. *Зрительный нерв выходит из орбиты глаза через:*

- а) верхнюю глазничную щель;
- б) for. opticum;
- в) нижнюю глазничную щель.

36. *Склера предназначена для:*

- а) трофики глаза;
- б) защиты внутренних образований глаза;
- в) преломления света;
- г) всего перечисленного;
- д) ничего из перечисленного.

37. *Сосудистый тракт выполняет:*

- а) трофическую функцию;
- б) функцию преломления света;
- в) функцию восприятия света;
- г) все перечисленное.

38. *Сетчатка выполняет функцию:*

- а) преломления света;
- б) трофическую;
- в) восприятия света;
- г) все перечисленное.

39. *Внутриглазную жидкость вырабатывает в основном:*

- а) радужка;
- б) хориоидея;
- в) хрусталик;
- г) цилиарное тело.

40. *Тенонова капсула отделяет:*

- а) сосудистую оболочку от склеры;
- б) сетчатку от стекловидного тела;
- в) глазное яблоко от клетчатки орбиты;
- г) правильного ответа нет.

41. *Боуменова мембрана находится между:*

- а) эпителием роговицы и стромой;
- б) стромой и десцеметовой оболочкой;
- в) десцеметовой оболочкой и эндотелием;
- г) правильного ответа нет.

42. *Положение зубчатой линии соответствует:*

- а) зоне проекции лимба;
- б) месту прикрепления сухожилий прямых мышц;
- в) зоне проекции цилиарного тела;
- г) правильно А и В.

43. *Хориоидея состоит из слоя:*

- а) мелких сосудов;
- б) средних сосудов;
- в) крупных сосудов;
- г) всего перечисленного;
- д) только А и Б.

44. *Хориоидея питает:*

- а) наружные слои сетчатки;
- б) внутренние слои сетчатки;
- в) всю сетчатку;
- г) все перечисленное.

45. *Зрительный нерв имеет:*

- а) мягкую оболочку;
- б) паутинную оболочку;
- в) твердую оболочку;
- г) все перечисленное;
- д) правильно А и Б.

46. *Влага передней камеры служит для:*

- а) питания роговицы и хрусталика;
- б) преломления света;
- в) выведения отработанных продуктов обмена;
- г) всего перечисленного.

47. *Мышечный аппарат глаза состоит из ... экстраокулярных мышц:*

- а) четырех;
- б) пяти;
- в) шести;
- г) восьми;
- д) десяти.

48. *"Мышечная воронка" берет свое начало от:*

- а) круглого отверстия;
- б) зрительного отверстия;
- в) верхней глазничной щели;
- г) нижней глазничной щели.

49. *В пределах "мышечной воронки" находится:*

- а) зрительный нерв;
- б) глазничная артерия;
- в) глазодвигательный и отводящий нерв;
- г) все перечисленное.

50. *Стекловидное тело выполняет:*

- а) трофическую функцию;
- б) "буферную" функцию;
- в) светопроводящую функцию;
- г) все перечисленное.

51. *Ткани глазницы получают питание из:*

- а) решетчатых артерий;
- б) слезной артерии;
- в) глазничной артерии;
- г) центральной артерии сетчатки.

52. *Кровоснабжение глазного яблока осуществляется:*

- а) глазничной артерией;
- б) центральной артерией сетчатки;
- в) задними цилиарными артериями;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно Б и В.

53. *Короткие задние цилиарные артерии питают:*

- а) роговицу;
- б) радужку;
- в) склеру;
- г) наружные слои сетчатки;
- д) все перечисленное.

54. *Артериальный круг Геллера образован:*

- а) длинными задними цилиарными артериями;
- б) короткими задними цилиарными артериями;
- в) решетчатыми артериями;
- г) мышечными артериями;
- д) правильно А и В.

55. *Кровоснабжение цилиарного тела и радужки осуществляется:*

- а) длинными задними цилиарными артериями;
- б) короткими задними цилиарными артериями;
- в) решетчатыми артериями;
- г) медиальными артериями век;
- д) всеми перечисленными.

56. *Отток крови от тканей глазницы осуществляется через:*

- а) верхнюю глазничную вену;
- б) нижнюю глазничную вену;
- в) и ту, и другую;
- г) ни ту, ни другую.

57. *Венозный отток крови из глаза и глазницы происходит в направлении:*

- а) кавернозного синуса;
- б) крылонебной ямки;
- в) вен лица;
- г) всех перечисленных образований.

58. *Центральная артерия сетчатки питает:*

- а) хориоидею;
- б) внутренние слои сетчатки;
- в) наружные слои сетчатки;
- г) все перечисленное.

59. *Глазничный нерв является:*

- а) чувствительным нервом;
- б) двигательным нервом;
- в) смешанным нервом;
- г) верно А и Б;
- д) верно Б и В.

60. *Двигательную иннервацию экстраокулярных мышц осуществляют:*

- а) глазодвигательный нерв;
- б) отводящий нерв;
- в) блоковый нерв;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

61. *В области хиазмы перекрещивается ... % волокон зрительных нервов:*

- а) 25% ;
- б) 50% ;
- в) 75% ;
- г) 100 % .

62. *Цилиарный узел содержит в себе:*

- а) чувствительные клетки;
- б) двигательные клетки;
- в) симпатические клетки;
- г) все перечисленное;
- д) только А и В.

63. *Развитие глаза начинается на :*

- а) 1-2-ой неделе внутриутробной жизни;
- б) 3-ей неделе -"-;
- в) 4-ой неделе -"-;
- г) 5-ой неделе -"-.

64. *Сосудистая оболочка образуется из:*

- а) мезодермы;
- б) эктодермы;
- в) смешанной природы;
- г) верно А и Б.

65. *Сетчатка образуется из:*

- а) эктодермы;
- б) нейроэктодермы;
- в) мезодермы;
- г) верно А и В.

ФИЗИОЛОГИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ И КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПК-4,9

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

- а) периферическое зрение;

- б) острота зрения;
- в) цветоощущение;
- г) светоощущение;
- д) стереоскопическое зрение.

67. При остроте зрения выше 1,0 величина угла зрения:

- а) меньше 1 минуты;
- б) равна 1 минут;
- в) больше 1 минуты;
- г) равна 2 минутам.

68. Впервые таблицы для определения остроты зрения составил:

- а) Головин;
- б) Сивцев;
- в) Снеллен;
- г) Ландольт;
- д) Орлова.

69. При парафовеолярной фиксации острота зрения у ребенка 10-12 лет равна:

- а) больше 1,0;
- б) 1,0;
- в) 0,8-0,9;
- г) меньше 0,5.

70. У новорожденных зрение проверяют всеми перечисленными способами, кроме:

- а) фиксации предметов глазами;
- б) двигательной реакции ребенка и кратковременному слежению;
- в) прямой и содружественной реакции зрачков на свет;
- г) кратковременному слежению.

71. В современных таблицах для определения остроты зрения самые мелкие буквы и картинки видны под углом зрения в:

- а) 1 минуту;
- б) 2 минуты;
- в) 3 минуты;
- г) 4 минуты;
- д) 5 минут.

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

- а) 0,1;
- б) 0,05;
- в) 0,02;
- г) 0,01.

73. Отсутствие у больного светоощущения указывает на:

- а) интенсивное помутнение оптических сред глаза;
- б) распространенную отслойку сетчатки;
- в) поражение зрительного аппарата глаза;
- г) все перечисленное.

74. Колбочковый аппарат глаза определяет состояние следующих функций:

- а) светоощущение;
- б) адаптацию к свету;
- в) остроту зрения;
- г) цветоощущение;
- д) правильно В и Г.

75. Световая адаптация характеризуется:

- а) остротой зрения;
- б) величиной поля зрения;
- в) порогом различения;
- г) порогом раздражения;
- д) правильно В и Г.

76. Темновую адаптацию следует проверять у людей при:

- а) подозрении на пигментную абитрофию сетчатки, при осложненной миопии высокой степени;
- б) авитаминозах, циррозе печени;
- в) хорионитах, отслойке сетчатки, застое диска зрительного нерва;
- г) профессиональном отборе шоферов, авиаторов, водителей поездов, при военной экспертизе;
- д) всем перечисленном.

77. При зрительном утомлении наблюдается расстройство:

- а) световоспринимающего аппарата;
- б) двигательного аппарата;
- в) аккомодационного аппарата;
- г) всего перечисленного;
- д) только А и В.

78. Бинокулярное зрение возможно только при наличии:

- а) достаточно высокой остроты обоих глаз;
- б) ортофории и гетерофории при нормальном фузионном рефлексе;
- в) эзофории и экзофории;
- г) всего перечисленного;
- д) правильно А и Б.

79. Аккомодативная астиопия развивается при всем перечисленном, за исключением:

- а) нарушения фузионных возможностей зрительного анализатора;
- б) ослабления аккомодации;
- в) некоррегированных аномалий рефракции.

80. Мышечная астиопия глаз развивается при:

- а) несоответствии между аккомодацией и конвергенцией;
- б) недостаточности аккомодации и слабой конвергенции;
- в) низкой остроте зрения;
- г) всем перечисленным;
- д) правильно А и Б.

81. Для формирования бинокулярного зрения необходимо следующее условие:

- а) параллельное положение осей обоих глаз;
- б) нормальная конвергенция осей при взгляде на близко расположенные предметы;
- в) ассоциированные движения глаз в направлении фиксируемого предмета, нормальная фузия;
- г) острота зрения обоих глаз не менее 0,4;
- д) все перечисленное.

82. Критерием проверки стереоскопического зрения является:

- а) различная четкость видения предметов на различном расстоянии от глаз;
- б) различная насыщенность цвета окружающих предметов;
- в) физиологическое двоение предметов, находящихся на разном расстоянии от глаз;
- г) в светотени на предметах при разном удалении их от глаз;
- д) все перечисленное.

83. При монокулярном зрении страдают следующие функции зрительного анализа:

- а) снижается световая адаптация;
- б) ухудшается цветовое зрение;
- в) периферическое зрение;
- г) стереоскопическое зрение;
- д) правильно В и Г.

84. Адаптация глаз - это:

- а) видение предметов при слабом освещении;
- б) способность глаза различать свет;
- в) приспособление глаза к различным уровням яркости света;
- г) все перечисленное.

85. Фузионный рефлекс появляется у ребенка к:

- а) моменту рождения;
- б) 2 месяцам жизни;
- в) 4 месяцам жизни;
- г) 6 месяцам жизни;
- д) 1 году жизни.

86. Расстройства темновой адаптации (геморалопия) может встречаться при:

- а) увеитах, панувеитах, высоких степенях миопии;
- б) воспалительных поражениях зрительного нерва;
- в) недостатке или отсутствии в пище витамина "А", а также "В2" и "С";
- г) воспалительных и дегенеративных поражениях сетчатки;
- д) всем перечисленном.

87. Величина слепого пятна на кампиметре равна в норме:

- а) 3х2 см;

- б) 5х4 см;
- в) 3х6 см;
- г) 9х7 см;
- д) 10х8 см.

88. Гомонимная и гетеронимная гемианопсия наблюдается у больных при:

- а) дегенеративных изменениях сетчатки;
- б) нарушениях кровообращения в области корковых зрительных центров;
- в) патологических изменениях зрительных путей;
- г) патологических процессов в области пучка Грациоле.

89. Рефлекс фиксации предметов возникает у ребенка к:

- а) моменту рождения;
- б) 2 неделям жизни;
- в) 2 месяцам жизни;
- г) 4 месяцам жизни;
- д) 6 месяцам жизни.

90. Концентрическое сужение поля зрения и кольцевидная скотома встречаются при:

- а) поражении хиазмы;
- б) пигментном поражении сетчатки;
- в) поражении зрительного тракта;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

91. При отеке диска зрительного нерва увеличение слепого пятна в зрительном поле обусловлено:

- а) нарушением связи между хориокапиллярами и зрительными клетками;
- б) присутствием белкового экссудата между сенсорной сетчаткой и пигментным эпителием сетчатки;
- в) смещением сенсорных элементов в перипапиллярной зоне сетчатки;
- г) всем перечисленным;
- д) только А и Б.

92. Восприятие всех цветов спектра света можно объяснить:

- а) наличием различных кортикальных отделов зрительного анализатора, осуществляющих восприятие цветов;
- б) наличием различных слоев в боковом колленчатом теле;
- в) наличием трех различных видов рецепторов;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

93. Хлоропсия - это видение окружающих предметов в :

- а) желтом свете;
- б) красном свете;
- в) зеленом свете;
- г) синем свете.

94. Цвета ночью не воспринимаются в связи с тем, что:

- а) недостаточна освещенность окружающих предметов;
- б) функционирует только палочковая система сетчатки;
- в) не функционирует колбочковая система сетчатки;
- г) все перечисленное.

95. При периметрическом обследовании физиологическая скотома в норме находится по отношению к точке фиксации в:

- а) 15 ° с носовой стороны;
- б) 20 ° с носовой стороны;
- в) 15 ° с височной стороны;
- г) 20 ° с височной стороны;
- д) 30 ° с височной стороны.

96. Эритропсия - это видение окружающих в:

- а) синем свете;
- б) желтом свете;
- в) красном свете;
- г) зеленом свете.

97. Ксантопсия - это ведение окружающих предметов в:

- а) синем свете;
- б) желтом свете;
- в) зеленом свете;
- г) красном свете.

98. У больных с протанопией имеется выпадение:

- а) зеленоощущаемого компонента;
- б) красноощущаемого компонента;
- в) синеощущаемого компонента;
- г) желтоощущаемого компонента;
- д) правильно Б и Г.

99. Цианопсия - это видение окружающих предметов в:

- а) желтом свете;
- б) синем свете;
- в) зеленом свете;
- г) красном свете.

100. Поле зрения на цвета имеет наименьший размер на:

- а) красный цвет;
- б) желтый цвет;
- в) зеленый цвет;
- г) синий цвет.

101. Поле зрения на цвета имеет наиболее широкие границы на:

- а) красный цвет;
- б) желтый цвет;
- в) зеленый цвет;
- г) синий цвет.

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

- а) 45°;
- б) 55°;
- в) 65-70°;
- г) 80-85°.

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

- а) 45°;
- б) 50°;
- в) 55°;
- г) 65-70°.

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

- а) 70°;
- б) 80°;
- в) 90°;
- г) 100°.

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

- а) 25-30°;
- б) 40-45°;
- в) 55°;
- г) 65°.

106. Для нормального формирования стереоскопического зрения необходимо иметь:

- а) нормальное периферическое зрение;
- б) высокую остроту зрения;
- в) нормальное трихроматическое зрение;
- г) бинокулярное зрение.

107. Внутриглазное давление у взрослого человека в норме не должно превышать:

- а) 20 мм рт.ст.;
- б) 23 мм рт.ст.;
- в) 25 мм рт.ст.;
- г) 27 мм рт.ст.

108. Объективное изменение тонуса глаза нельзя выявить при:

- а) тонометрии тонометром Маклакова;
- б) пальпаторно;
- в) тонометрии тонометром Дашевского;
- г) тонографии.

109. pH слезы у взрослого человека:

- а) равна 7,5 в норме;

- б) при заболевании глаз и век - сдвиг РН выше 7,8 или ниже 6,6;
- в) при повреждении роговицы - сдвиг РН в щелочную сторону;
- г) все ответы правильны;
- д) правильны А и В.

110. Слеза активно проводится в нос из конъюнктивного мешка благодаря:

- а) капиллярности слезных точек и слезных канальцев;
- б) сокращению слезного мешка;
- в) силе тяжести слезы;
- г) отрицательному давлению в слезном мешке;
- д) всему перечисленному.

111. Бактерицидное действие слезы обеспечивает присутствие в ней:

- а) липазы;
- б) химопсина;
- в) лизоцима;
- г) фосфатазы.

112. Мелкие железки Краузе, расположенные в сводах конъюнктивной полости, выделяют:

- а) слезный секрет;
- б) слизистый секрет;
- в) слезу;
- г) правильно А и Б.

113. Нормальная частота мигания веками достигает у детей 8-12 в 1 минуту к:

- а) 6 месяцам жизни;
- б) 1 году жизни;
- в) 5 годам жизни;
- г) 7-10 годам жизни;
- д) 15-16 годам жизни.

114. У новорожденных часто во время сна веки смыкаются не полностью из-за того, что:

- а) короткие веки и слабо развиты мышцы век;
- б) несовершенна иннервация мышц век черепно-мозговыми нервами;
- в) глаза выступают вперед из-за относительно неглубокой глазницы;
- г) верно А и В;
- д) верно все перечисленное.

115. Проба Веста считается положительной, если красящее вещество уходит полностью из конъюнктивного мешка за:

- а) 2 минуты;
- б) 5 минут;
- в) 7 минут;
- г) 10 минут;

116. Вторая часть пробы Веста считается положительной, если красящее вещество пройдет в нее из конъюнктивного мешка не позднее:

- а) 3 минут;
- б) 5 минут;
- в) 7 минут;
- г) 10 минут;
- д) 15 минут.

117. Для контрастной рентгенографии слезных путей используются:

- а) флюоресцеин;
- б) колларгол;
- в) иодлипол;
- г) все перечисленные препараты;
- д) только А и Б.

118. Нормальное слезоотделение формируется у детей обычно к:

- а) 1 месяцу жизни;
- б) 2-3 месяцам жизни;
- в) 6 месяцам жизни;
- г) 1 году жизни.

119. Мейбомиевы железы, расположенные в хрящевой пластинке век, выделяют:

- а) слезу;
- б) слизистый секрет;
- в) слезный секрет;
- г) правильно Б и В.

120. Секрет мейбомиевых желез необходим для:

- а) смазывания поверхности роговицы и конъюнктивы глаза;
- б) смазывания края век, предохраняя эпителий от мацерации;
- в) питания эпителия конъюнктивы глаза и век;
- г) всего перечисленного.

121. Низкая чувствительность роговицы у детей первых месяцев жизни связана с:

- а) особенностями строения ее эпителия;
- б) особенностями строения чувствительных нервных окончаний;
- в) незавершением развития тройничного нерва;
- г) всем перечисленным.

122. Чувствительность роговицы выше в:

- а) области лимба;
- б) перилимбальной зоне;
- в) парацентральной зоне;
- г) центральной области;
- д) одинакова по всей поверхности.

123. Чувствительность роговицы страдает при поражении:

- а) лицевого нерва
- б) глазодвигательного нерва;
- в) тройничного нерва;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно А и В.

124. Роговица и конъюнктива глаза постоянно увлажняются за счет:

- а) секрета слезных желез;
- б) секрета сальных желез;
- в) секрета слизистых желез;
- г) всего перечисленного;
- д) только А и В.

125. Преломляющая сила роговицы составляет от всей преломляющей силы оптической системы глаза:

- а) до 30%;
- б) до 50%;
- в) до 70%;
- г) до 85%.

126. Вещество стромы роговицы является слабым антигеном вследствие того, что:

- а) не содержит сосудов;
- б) содержит мало белка;
- в) клетки в строме роговицы широко отделены друг от друга мукополисахаридами;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

127. На прохождение жидкостей, газов и электролитов через ткани роговицы внутрь глаза оказывают влияние состояние:

- а) эпителия роговицы;
- б) клеточных мембран эндотелия роговицы;
- в) десцеметовой мембраны роговицы;
- г) стомы роговицы;
- д) правильно А и Б.

128. Отек эпителия роговицы является одним из симптомов:

- а) ирита и иридоциклита;
- б) повышения внутриглазного давления;
- в) эндотелиально-эпителиальной дистрофии;
- г) всего перечисленного;
- д) только Б и В.

129. Водяная влага образуется в глазу благодаря:

- а) фильтрации из стекловидного тела;
- б) фильтрации из водоворотных вен;
- в) осмоса через роговицу;
- г) секреции (ультрафильтрации) из сосудов ресничного тела;
- д) правильно Б и В.

130. Вода во внутриглазной жидкости составляет:

- а) 50%;

- б) 70%;
- в) 90%;
- г) 99%;

131. В хрусталике ребенка содержится до:

- а) 40% воды;
- б) 50% воды;
- в) 65% воды;
- г) 75% воды;
- д) 90% воды.

132. Основная роль в окислительно-восстановительных процессах белков хрусталика принадлежит:

- а) альбуминам;
- б) глобулинам;
- в) цистеину;
- г) всем в одинаковой степени;
- д) ни одному из перечисленных.

133. Краевая сосудистая сеть роговицы на здоровом глазу не определяется в связи с тем, что эти сосуды:

- а) не наполнены кровью;
- б) прикрыты непрозрачной склерой;
- в) имеют очень малый калибр;
- г) по цвету не отличаются от окружающих тканей;
- д) все перечисленное правильно.

134. Перикорнеальная инъекция сосудов не характерна для:

- а) воспалительных процессов роговицы;
- б) конъюнктивитов;
- в) ирита и иридоциклита;
- г) всего перечисленного;
- д) верно А и Б.

135. Появление перикорнеальной инъекции глаза можно объяснить:

- а) наполнением кровью сосудов краевой петливой сети;
- б) повышением внутриглазного давления;
- в) повышением давления в сосудистом русле глаза;
- г) усилившимся кровенаполнением этой части сосудистой сети глаза.

136. Способность эпителия роговицы к быстрой регенерации обуславливает:

- а) врастание эпителия роговицы в переднюю камеру при длительном зиянии раны роговицы или плохо проведенной хирургической обработке раны;
- б) быстрое самоизлечение поверхностных повреждений роговицы;
- в) быстрое восстановление чувствительности роговицы;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

137. Четырехгранная пирамидальная форма глазницы формируется у ребенка к:

- а) 1 месяцу жизни;
- б) 3 месяцам жизни;
- в) 6-12 месяцам;
- г) 2 годам жизни;
- д) 5 годам жизни.

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

- а) моменту рождения;
- б) 3 месяцам жизни;
- в) 6 месяцам жизни;
- г) 1 году жизни;
- д) 3 годам жизни.

139. Максимальное расширение зрачка под действием мидриатиков можно получить у ребенка в возрасте:

- а) сразу после рождения;
- б) 3 месяцев жизни;
- в) 6 месяцев жизни;
- г) 1 года жизни;
- д) 3 лет жизни.

140. Чувствительность цилиарного тела формируется у ребенка только к:

- а) 6 месяцам жизни;
- б) 1 году жизни;
- в) 3 годам жизни;
- г) 5-7 годам жизни;
- д) 8-10 годам.

141. *Аккомодационная способность глаз достигает максимума к:*

- а) 5 годам жизни;
- б) 7-8 годам жизни;
- в) 10 -"-;
- г) 15-17 -"-;
- д) 20 годам жизни.

142. *За первый год жизни сагиттальный размер глаза увеличивается в среднем на:*

- а) 1,5 мм;
- б) 2-2,5 мм;
- в) 3-3,5 мм;
- г) 4-4,5 мм.

143. *От 1 года до 15 лет сагиттальный размер глаза в среднем увеличивается на:*

- а) 2 мм;
- б) 2,5 мм;
- в) 3-3,5 мм;
- г) 4-5 мм;
- д) 5,5 мм.

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

- а) 20 мм;
- б) 21 мм;
- в) 23 мм;
- г) 25 мм;
- д) 26 мм.

145. *Отсутствие болевого симптома при заболевании хориоидеи можно объяснить:*

- а) автономностью этой зоны сосудистой оболочки глаза;
- б) нарушением нормальной нервной проводимости в заднем отделе сосудистой оболочки глаза;
- в) отсутствием в хориоидее чувствительных нервных окончаний;
- г) всем перечисленным.

146. *При обтурации вортикозных вен в хориоидее отмечаются секторально расположенные патологические изменения, что можно объяснить:*

- а) квадрантным распределением вортикозных вен;
- б) отсутствием анастомозов между вортикозными венами;
- в) застоем крови в квадранте, дренируемом обтурированной веной;
- г) всем перечисленным;
- д) только А и В.

147. *В связи с тем, что протеины хрусталика органоспецифичны, при нарушении целостности сумки хрусталика в водянистой влаге и сыворотке появляются антитела, что приводит к:*

- а) эндотелиально-эпителиальной дегенерации роговицы;
- б) факолитической глаукоме;
- в) факоанафилактическому увеиту;
- г) всему перечисленному;
- д) только А и Б.

148. *В стекловидном теле содержится воды:*

- а) до 40%;
- б) до 50%;
- в) до 60%;
- г) до 85%;
- д) до 98%.

149. *Основная функция мембраны Бруха состоит в:*

- а) защите сетчатки от токсических компонентов крови;
- б) осуществлении обмена веществ между кровью и клетками пигментного эпителия сетчатки;
- в) барьерной функции;
- г) отграничении хориоидеи от пигментного эпителия сетчатки.

150. *Основная роль вортикозных вен состоит в:*

- а) регуляции внутриглазного давления;

- б) оттоке венозной крови из заднего отдела глаза;
- в) теплорегуляции тканей глаза;
- г) всем перечисленному;
- д) только А и Б.

151. К отслойке сетчатки могут привести следующие патологические состояния стекловидного тела:

- а) задняя отслойка стекловидного тела;
- б) разжижение стекловидного тела;
- в) шварты стекловидного тела, спаянные с сетчаткой;
- г) все перечисленное;
- д) только А и В.

152. В общей массе хрусталика белки составляют:

- а) свыше 50%;
- б) свыше 30%;
- в) свыше 15%;
- г) до 10%.

153. Водорастворимые протеины хрусталика (кристаллины) представлены:

- а) альфа - глобулинами;
- б) бета - глобулинами;
- в) гамма - глобулинами;
- г) всеми перечисленными;
- д) только А и Б.

154. Преломляющая сила хрусталика составляет:

- а) до 10 диоптрий;
- б) до 20 диоптрий;
- в) до 30 диоптрий;
- г) до 35-40 диоптрий;
- д) до 50 диоптрий.

155. Желтый оттенок хрусталика у лиц пожилого возраста зависит от:

- а) накопления липидов в веществе хрусталика;
- б) накопления холестерина в веществе хрусталика;
- в) накопления тирозина в веществе хрусталика;
- г) уплотнения вещества хрусталика;
- д) всего перечисленного.

156. От слоя крупных сосудов хориоидеи отходит ... вортикозных вен:

- а) 2-3;
- б) 4-6;
- в) до 8;
- г) до 10;
- д) более 10.

157. Интенсивность окраски глазного дна объясняется в основном:

- а) количеством пигмента в сетчатке;
- б) количеством хроматофоров;
- в) степенью густоты капиллярной сети хориокапиллярного слоя хориоидеи;
- г) всем перечисленным;
- д) только А и Б.

158. К 1 году жизни ребенка в области макулы исчезают следующие слои сетчатки:

- а) со 2-го по 6-й слои сетчатки;
- б) с 5-го по 9-й -"-;
- в) с 3-го по 7-й -"-;
- г) с 7-го по 9-й -"-.

159. Лучшие всего видны сосуды хориоидеи при офтальмоскопии у:

- а) блондинов;
- б) брюнетов;
- в) лиц черной расы;
- г) альбиносов.

160. Пульсация артерии сетчатки указывает на:

- а) нормальный ток крови у совершенно здорового человека;
- б) склеротические изменения сосудов;
- в) повышенное артериальное давление и недостаточность аортальных клапанов;
- г) разницу диастолического давления в центральной части артерии сетчатки и внутриглазного;

д) все перечисленное.

161. В норме на сосудах сетчатки видны при офтальмоскопии блестящие узкие линии, которые можно объяснить:

- а) световым рефлексом от блестящей стенки кровеносного сосуда;
- б) прерывистым током крови по сосудам;
- в) световым рефлексом от столба крови в сосудах;
- г) разницей отражения света от поверхности сетчатки и поверхности сосудов;
- д) всем перечисленным.

162. У здорового взрослого человека соотношение калибра артерий и вен сетчатки определяется так:

- а) 1:2;
- б) 2:3;
- в) 1:1;
- г) 1:1,5.

163. Так называемое "паркетное" глазное дно можно объяснить:

- а) незначительным количеством ретинального пигмента;
- б) большим количеством хориоидального пигмента;
- в) просвечиванием сосудистой оболочки на отдельных участках глазного дна;
- г) всем перечисленным;
- д) только В и Б.

164. Интенсивность цвета глазного дна при офтальмоскопии складывается из:

- а) цвета ретинального пигмента "темно-коричневого";
- б) белого цвета склеры;
- в) красного цвета от крови в сосудистой оболочке и количества меланина;
- г) всего перечисленного;
- д) только А и Б.

165. Наружная половина диска зрительного нерва несколько бледнее внутренней в связи с тем, что там:

- а) слой нервных волокон тоньше;
- б) количество сосудов меньше;
- в) мало пигмента;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно Б и В.

166. Показаниями к проведению флюоресцентной ангиографии являются:

- а) сосудистые заболевания сетчатки и зрительного нерва;
- б) воспалительные заболевания сетчатки и зрительного нерва;
- г) все перечисленное;
- в) дегенеративные изменения сетчатки и хориоидеи;
- д) только А и Б.

167. Противопоказаниями к проведению флюоресцентной ангиографии являются:

- а) аллергия к флюоресцеину и полиаллергия;
- б) болезни печени и почек;
- в) сердечно-легочная декомпенсация;
- г) бронхиальная астма;
- д) все перечисленное.

168. Электроретинограмма отражает состояние:

- а) внутренних слоев сетчатки;
- б) наружных слоев сетчатки;
- в) подкорковых зрительных центров;
- г) корковых зрительных центров.

169. Порог электрической чувствительности отражает состояние:

- а) наружных слоев сетчатки;
- б) внутренних слоев сетчатки;
- в) папилло-макулярного пучка зрительного нерва;
- г) подкорковых зрительных центров.

170. Показатель лабильности, измеряемый по критической частоте исчезновения фосфена, характеризует:

- а) состояние наружных слоев сетчатки;
- б) функциональное состояние внутренних слоев сетчатки;
- в) функциональное состояние проводящих путей - папилло-макулярного пучка;
- г) функциональное состояние подкорковых центров зрительного анализатора;
- д) все перечисленное верно.

171. Электроэнцефалограмма при офтальмологическом обследовании позволяет судить о состоянии:

- а) наружных и внутренних слоев сетчатки;
- б) проводящих путей зрительного анализатора;
- в) коркового зрительного центра;
- г) отчасти подкоркового зрительного центра зрительного анализатора;
- д) только В и Г.

172. При исследовании на макулотестере больной не видит фигуру Гайдингера в случае:

- а) амблиопии;
- б) органического поражения макулярной области;
- в) косоглазии;
- г) всех перечисленных;
- д) только А и В.

173. Противопоказаниями для диагностического ультразвукового исследования глаза является:

- а) кровоизлияние в стекловидное тело;
- б) металлическое внутриглазное инородное тело;
- в) эндофтальмит;
- г) свежее проникающее обширное ранение глаза;
- д) все перечисленное верно.

РЕФРАКЦИЯ И АККОМОДАЦИЯ ГЛАЗА

ПК-4,9

174. Рефракцией оптической системы называется:

- а) состояние, тесно связанное с конвергенцией;
- б) преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях;
- в) способность оптической системы нейтрализовать проходящий через нее свет;
- г) отражение оптической системой падающих на нее лучей;
- д) система линз, расположенных на определенном расстоянии друг от друга.

175. Пределами изменения физической рефракции глаза являются:

- а) от 0 до 20 диоптрий;
- б) от 21 до 51 диоптрий;
- в) от 52 до 71 диоптрий;
- г) от 72 до 91 диоптрий;
- д) от 91 до 100 диоптрий.

176. Клиническая рефракция - это:

- а) соотношение между оптической силой и длиной оси глаза;
- б) преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях;
- в) радиус кривизны роговицы;
- г) преломляющая сила хрусталика;
- д) главные плоскости оптической системы.

177. Различают следующие виды клинической рефракции:

- а) дисбинокулярную и обскурационную;
- б) истерическую и анизометропическую;
- в) роговичную и хрусталиковую;
- г) витреальную и ретиальную;
- д) статическую и динамическую.

178. Статическая рефракция отражает:

- а) преломляющую силу роговицы;
- б) получение изображения на сетчатке в состоянии покоя аккомодации;
- в) преломляющую силу хрусталика;
- г) преломляющую силу камерной влаги;
- д) преломляющую силу оптической системы глаза относительно сетчатки при действующей аккомодации.

179. Под динамической рефракцией понимают:

- а) преломляющую силу оптической системы глаза относительно сетчатки при действующей аккомодации
- б) преломляющую силу роговицы
- в) преломляющую силу камерной влаги
- г) радиус кривизны роговицы
- д) радиус кривизны хрусталика

180. Дальнейшая точка ясного видения - это точка:

- а) расположенная на вершине роговицы;
- б) к которой установлен глаз в состоянии покоя аккомодации;
- в) расположенная в 1 м от глаза;
- г) расположенная в области передней главной плоскости;

д) ясного видения при максимальном напряжении аккомодации.

181. Дальнейшая точка ясного видения при эметропии находится в:

- а) 5 м от глаза;
- б) 4 м от глаза;
- в) 3 м от глаза;
- г) бесконечности;
- д) позади глаза.

182. Дальнейшая точка ясного видения при миопии находится:

- а) в бесконечности;
- б) на сетчатке;
- в) перед глазом на конечном расстоянии;
- г) в области роговицы;
- д) позади глаза.

183. Дальнейшая точка ясного видения при гиперметропии находится:

- а) в бесконечности;
- б) перед глазом на конечном расстоянии;
- в) в области роговицы;
- г) на сетчатке;
- д) позади глаза.

184. Аметропии слабой степени соответствуют следующие значения рефракции:

- а) до 2,5 диоптрий
- б) до 2,75 диоптрий
- в) до 3,0 диоптрий включительно;
- г) до 3,25 диоптрий;
- д) до 3,5 диоптрий.

185. Аметропии средней степени соответствуют следующие значения рефракции:

- а) от 2,5 до 5,5 диоптрий;
- б) от 2,75 до 5,75 диоптрий;
- в) от 3,0 до 6,0 "-;
- г) от 3,25 до 6,0 "-;
- д) от 3,5 до 6,25 "-.

186. Аметропии высокой степени соответствуют следующие значения рефракции:

- а) более 5,5 диоптрий;
- б) более 5,75 диоптрий;
- в) более 6,0 "-;
- г) более 6,25 "-;
- д) более 6,5 "-.

187. Линза - это:

- а) оптическая система, ограниченная преломляющими поверхностями;
- б) ткань организма, поглощающая свет;
- в) оптическая деталь, гасящая изображение;
- г) только Б и В.

188. По форме преломляющих поверхностей различают линзы:

- а) сферические;
- б) цилиндрические;
- в) торические;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

189. Линзы обладают:

- а) сферическим действием;
- б) астигматическим и призматическим действием;
- в) эйконическим действием;
- г) правильно А и Б;
- д) всеми перечисленными.

190. Выпуклая и вогнутая линзы падающие на них лучи:

- а) выпуклая - собирает, вогнутая - рассеивает;
- б) гасят;
- в) отражают;
- г) делают параллельными.

191. Фокусом линзы называется:

- а) центр ее сферической поверхности;
- б) центр ее плоской поверхности;
- в) центр ее цилиндрической поверхности;
- г) центр ее торической поверхности;
- д) точка, в которой собирается пучок падающих на линзу параллельных лучей.

192. Преломляющей силой линзы называется:

- а) радиус кривизны передней поверхности линзы;
- б) величина, обратная ее фокусному расстоянию;
- в) радиус кривизны задней поверхности линзы;
- г) фокусное расстояние линзы;
- д) толщина линзы.

193. За 1 диоптрию принимают преломляющую силу линзы с фокусным расстоянием:

- а) 100 м;
- б) 10 м;
- в) 1 м;
- г) 10 см;
- д) 1 см.

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

- а) 4,0 диоптриям;
- б) 2,0 диоптриям;
- в) 1,0 диоптрии;
- г) 0,5 диоптрии;
- д) 0,1 диоптрии.

195. Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 0,25 м составляет:

- а) 4,0 диоптрии;
- б) 2,0 диоптрии;
- в) 1,0 диоптрии;
- г) 0,5 диоптрии;
- д) 0,1 диоптрии.

196. Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 2,0 м составляет:

- а) 4,0 диоптрии;
- б) 2,0 диоптрии;
- в) 1,0 диоптрии;
- г) 0,5 диоптрии;
- д) 0,1 диоптрии;

197. У пациента с дальнейшей точкой ясного зрения в 1,0 м имеет место миопия в:

- а) 1,0 диоптрию;
- б) 2,0 диоптрии;
- в) 4,0 диоптрии;
- г) 5,0 диоптрий;
- д) 10,0 диоптрий.

198. У пациента с дальнейшей точкой ясного зрения в 0,5 м имеет место миопия в:

- а) 1,0 диоптрию;
- б) 2,0 диоптрии;
- в) 4,0 диоптрии;
- г) 5,0 диоптрий;
- д) 10,0 диоптрий.

199. У пациента с дальнейшей точкой ясного зрения в 25 см имеет место миопия в:

- а) 1,0 диоптрию;
- б) 2,0 диоптрии;
- в) 4,0 диоптрии;
- г) 5,0 диоптрий;
- д) 10,0 диоптрий.

200. У пациента с дальнейшей точкой ясного зрения в 10 см имеет место миопия в:

- а) 1,0 диоптрию;
- б) 2,0 диоптрии;
- в) 4,0 диоптрии;
- г) 5,0 диоптрий;
- д) 10,0 диоптрий.

201. *Различают следующие виды астигматизма:*

- а) простой, сложный, смешанный;
- б) прямой, обратный, с косыми осями;
- в) правильный, неправильный, роговичный, хрусталиковый;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленное.

202. *В зависимости от положения сетчатки относительно фокальных линий различают следующие виды астигматизма:*

- а) простой и сложный гиперметропический;
- б) простой и сложный миопический;
- в) смешанный;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленное.

203. *В зависимости от положения главных меридианов различают следующие типы астигматизма:*

- а) прямой;
- б) обратный;
- в) с косыми осями;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленные.

204. *Правильным называют астигматизм:*

- а) при котором в каждом из главных меридианов преломляющая сила остается постоянной;
- б) при котором в двух главных меридианах преломляющая сила одинакова;
- в) при котором в каждом из главных меридианов преломляющая сила меняется;
- г) физиологический астигматизм;
- д) при котором разность рефракции в двух главных меридианах не превышает 2,0 диоптрии.

205. *Сферическим эквивалентом называют:*

- а) рефракцию в главных меридианах астигматического глаза;
- б) рефракцию сферичного глаза;
- в) рефракцию роговицы;
- г) рефракцию хрусталика;
- д) среднюю арифметическую рефракцию двух главных меридианов астигматического глаза.

206. *Положительная линза:*

- а) перемещает фокус вперед и увеличивает изображение;
- б) корригирует гиперметропию;
- в) ослабляет аккомодацию и усиливает экзофорию;
- г) несколько смещает от глаза зоны дальнейшего и ближайшего видения;
- д) все перечисленное.

207. *Отрицательная линза:*

- а) перемещает фокус кзади и уменьшает изображение;
- б) корригирует миопию;
- в) усиливает стимул к аккомодации и экзофорию;
- г) несколько приближает к глазу зоны дальнейшего и ближайшего видения;
- д) все перечисленное.

208. *Деадаптация зрительной системы к гиперметропии может заключаться в:*

- а) рефракционной амблиопии и астигматических жалобах;
- б) нарушении бинокулярного зрения и появлении сходящегося косоглазия;
- в) увеличении степени гиперметропии;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленное.

209. *Деадаптация зрительной системы к миопии может проявляться:*

- а) прогрессирующим снижением некоррегированной остроты зрения, а также астигматическими жалобами;
- б) нарушением бинокулярного зрения и появлением расходящегося косоглазия;
- в) уменьшением степени миопии;
- г) правильно А и Б;
- д) всем перечисленным.

210. *Существуют следующие методы определения рефракции при помощи линз:*

- а) методы, основанные на получении максимальной остроты зрения и методы, основанные на нейтрализации видимого движения объекта;
- б) методы, в основу которых положена хроматическая аберрация глаза;
- в) методы, использующие феномен Шейнера – монокулярное двоение объекта;
- г) правильно А и Б;

д) все перечисленное.

211. К объективным методам исследования рефракции относятся:

- а) скиаскопия;
- б) рефрактометрия;
- в) авторефрактометрия;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленное.

212. Одноименное движение светового пятна при скиаскопии плоским зеркалом свидетельствует, что на исследуемом глазу рефракция:

- а) гиперметропическая;
- б) эметропическая;
- в) миопическая менее 1 дптр.;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

213. Исследование рефракции глаза до применения циклопегических средств у детей и подростков включает:

- а) определение остроты зрения каждого глаза;
- б) скиаскопию (ориентировочную);
- в) проведение пробы с положительными и отрицательными линзами;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленное.

214. Исследование рефракции глаза в условиях циклоплегии включает:

- а) скиаскопию, а при необходимости рефрактометрию и офтальмометрию;
- б) определение остроты зрения каждого глаза без диафрагмы с линзами, полностью корригирующими аметропию;
- в) проведение проб, уточняющих силу и ось цилиндрического стекла;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленное.

215. Рефрактометр служит для:

- а) объективного определения рефракции глаза;
- б) определения сферического и астигматического компонентов рефракции;
- в) установления главных сечений астигматичного глаза;
- г) правильно Б и В;
- д) всего перечисленного.

216. Состояние аккомодации, при котором рекомендуется проводить рефрактометрию:

- а) медикаментозный паралич аккомодации;
- б) частично выключенная аккомодация;
- в) нерасслабленная аккомодация;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

217. Офтальмометр служит для:

- а) измерения радиуса кривизны передней поверхности роговицы;
- б) измерения преломляющей силы передней поверхности роговицы;
- в) измерения роговичного астигматизма;
- г) только А и Б;
- д) всего перечисленного.

218. В обследование пациента с целью назначения оптической коррекции входят:

- а) первое обследование в естественных условиях, затем обследование в условиях циклоплегии;
- б) повторное обследование в естественных условиях и в готовых очках;
- в) повторное обследование в условиях циклоплегии;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

219. Оптическую коррекцию гиперметропии назначают при:

- а) гиперметропии более 3,5 диоптрий у детей раннего возраста;
- б) астенопических жалобах или понижении зрения хотя бы на одном глазу;
- в) постоянном или периодическом сходящемся косоглазии;
- г) только А и Б;
- д) всем перечисленным.

220. Оптическую коррекцию миопии назначают при:

- а) миопии в 1-2 диоптрии коррекцией пользуются при необходимости;
- б) миопии больше 2 диоптрий назначают полную или почти полную коррекцию вдаль;
- в) миопии в 1-2 диоптрии назначают постоянную полную коррекцию;

- г) правильно А и Б;
- д) всем перечисленным.

221. Общие правила назначения очков при астигматизме предусматривают:

- а) при астигматизме всех видов, сопровождающемся снижением остроты зрения, показано постоянно ношение очков;
- б) астигматический компонент коррекции назначают по субъективной переносимости с тенденцией к полному исправлению астигматизма;
- в) сферический компонент коррекции выписывают в соответствии с общими правилами;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

222. При анизометропии:

- а) назначается постоянная оптическая коррекция;
- б) при коррекции обязательно учитывают субъективно переносимую разницу между силой линз для правого и левого глаза;
- в) при высоких степенях анизометропии (5,0 диоптрий и более) целесообразно использовать контактную коррекцию;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

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

- а) +1 диоптрию;
- б) +2 диоптрии;
- в) +3 диоптрии;
- г) +4 диоптрии;
- д) +5 диоптрий.

224. Для чтения эметропу в 60 лет требуются очки в:

- а) +1 диоптрию;
- б) +2 диоптрии;
- в) +3 диоптрии;
- г) +4 диоптрии;
- д) +5 диоптрий.

225. Аккомодация - это:

- а) статическая рефракция;
- б) преломляющая сила роговицы;
- в) переднезадняя ось глаза;
- г) приспособление зрительного аппарата к рассматриванию предметов на различных расстояниях от глаза;
- д) все перечисленное.

226. Физиологический механизм аккомодации состоит в том, что:

- а) цилиарная мышца сокращается, расслабляются zonularные волокна;
- б) ослабляется степень натяжения капсулы хрусталика;
- в) хрусталик становится более выпуклым и сила его преломления увеличивается;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное.

227. Ближайшая точка ясного видения - это:

- а) точка, расположенная на вершине роговицы;
- б) точка, расположенная перед хрусталиком;
- в) точка, расположенная за хрусталиком;
- г) минимальное расстояние, на котором видны рассматриваемые предметы при максимальном напряжении аккомодации;
- д) точка, в которой сходятся лучи после прохождения оптической системы глаза

228. Абсолютная аккомодация - это аккомодация, измеренная:

- а) для каждого глаза в отдельности, т.е. при выключенной конвергенции;
- б) для двух глаз;
- в) при действующей конвергенции;
- г) при частично выключенной конвергенции;
- д) все перечисленное.

229. Область или длина аккомодации - это:

- а) рефракция роговицы;
- б) преломляющая сила хрусталика;
- в) общая рефракция глаза;
- г) выраженная в линейных величинах разность отстояния от глаза дальнейшей и ближайшей точек ясного видения;
- д) все перечисленное.

230. Под объемом абсолютной аккомодации понимают:

- а) роговичный астигматизм;
- б) хрусталиковый астигматизм;

- в) разность между положением ближайшей и дальнейшей точек ясного видения, выраженная в диоптриях, т.е. разность между максимальной динамической и статической рефракцией;
- г) общий астигматизм глаза;
- д) все перечисленное.

231. *Относительная аккомодация - это аккомодация, измеренная:*

- а) для каждого глаза в отдельности;
- б) при одновременном зрении двумя глазами;
- в) при частично выключенной конвергенции;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное.

232. *Отрицательная часть относительной аккомодации - это:*

- а) та часть относительной аккомодации, которая затрачивается на зрительную работу;
- б) та часть относительной аккомодации, которая определяется при нагрузке положительными линзами возрастающей силы;
- в) суммарная преломляющая способность оптических сред глаза;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

233. *Отрицательная часть относительной аккомодации в среднем равна:*

- а) 1,0 диоптрии;
- б) 2,0 диоптриям;
- в) 3,0 диоптриям;
- г) 4,0 диоптриям;
- д) 5,0 диоптриям.

234. *Положительной частью относительной аккомодации называется:*

- а) часть относительной аккомодации, которая остается в запасе;
- б) часть относительной аккомодации, которая определяется при нагрузке отрицательными линзами возрастающей силы;
- в) суммарная преломляющая способность оптических сред глаза;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

235. *Положительная часть относительной аккомодации у школьников в среднем равна:*

- а) 1,0-2,0 диоптрии;
- б) 3,0-5,0 диоптрий;
- в) 6,0-8,0 диоптрий;
- г) 9,0-10,0 диоптрий;
- д) 11,0-12,0 диоптрий.

236. *Различие в затрате аккомодации у эметропа и гиперметропа при одинаковом расположении предметов от глаза состоит в том, что:*

- а) у эметропа нормальная затрата аккомодации, у гиперметропа - большая, чем у эметропа;
- б) у эметропа нормальная затрата аккомодации, у гиперметропа - меньшая, чем у эметропа;
- в) различий нет;
- г) все перечисленное.

237. *Различие в затрате аккомодации у эметропа и миопы при одинаковом расположении предметов от глаза состоит в том, что:*

- а) у эметропа нормальная затрата аккомодации, у миопы - меньшая, чем у эметропа, или отсутствует;
- б) у эметропа нормальная затрата аккомодации, у миопы - большая, чем у эметропа;
- в) различий нет;
- г) все перечисленное.

238. *Для оптической коррекции у пациента со сниженным объемом абсолютной аккомодации или запасом относительной аккомодации необходимы:*

- а) отдельные очки для работы на близком расстоянии;
- б) отдельные очки для дали;
- в) астигматические очки;
- г) эйконические очки;
- д) все перечисленное.

239. *Спазм аккомодации - это состояние:*

- а) при котором в естественных условиях выявляется миопия;
- б) при котором в условиях циклоплегии выявляется эметропия, гиперметропия или меньшая, чем в естественных условиях миопия;
- в) которое характеризует общую рефракцию глаза;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

240. *Симптомами спазма аккомодации являются:*

- а) косоглазие;
- б) повышение остроты зрения вдаль при использовании отрицательных и вблизи - слабых положительных линз;
- в) уменьшение объема аккомодации;
- г) только Б и В;
- д) все перечисленное.

241. *Различают следующие виды астиопии:*

- а) аккомодативную и мышечную;
- б) неврогенную и симптоматическую;
- в) дисбинокулярную;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

242. *К симптомам аккомодативной астиопии относятся:*

- а) чувство утомления и тяжести в глазах, боль в голове при зрительной работе вблизи;
- б) появление прогрессирующей миопии;
- в) расплывание контуров рассматриваемых деталей или букв текста;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное.

243. *Признаками паралича аккомодации являются:*

- а) улучшение зрения вблизи, сужение зрачка;
- б) резкое ухудшение зрения вблизи, расширение зрачка;
- в) повышение зрения вдаль;
- г) повышение зрения вдаль и вблизи;
- д) все перечисленное.

244. *Основными причинами паралича аккомодации являются:*

- а) инфекционные заболевания и пищевые интоксикации;
- б) отравление атропином и инстиляция его препаратов;
- в) травмы орбиты;
- г) только б и в;
- д) все перечисленное.

СОДРУЖЕСТВЕННОЕ КОСОГЛАЗИЕ ПК-4,9

245. *Косоглазием называется:*

- а) нарушение нормальной подвижности глаза;
- б) отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации, сопровождаемое, как правило, нарушением нормального бинокулярного зрения;
- в) отклонение обоих глаз от совместной точки фиксации;
- г) снижение остроты зрения одного или обоих глаз.

246. *Амблиопией называется:*

- а) различные по происхождению формы понижения зрения, причиной которых являются функциональные расстройства зрительного анализатора;
- б) отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации;
- в) нарушение бинокулярного зрения;
- г) ограничение подвижности глаз;
- д) все перечисленное.

247. *Амблиопия по происхождению может быть:*

- а) рефракционной и анизометропической;
- б) обскурационной и дисбинокулярной;
- в) травматической;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

248. *Основной причиной дисбинокулярной амблиопии является:*

- а) косоглазие;
- б) аномалии рефракции;
- в) анизометропия;
- г) помутнение оптических сред глаза;
- д) резкое понижение зрения одного из глаз.

249. *К амблиопии очень высокой степени относятся:*

- а) острота зрения 0,04 и ниже;
- б) -"- 0,05-0,1;
- в) -"- 0,2-0,3;

- г) -"- 0,4-0,8;
- д) 1,0 и выше.

250. К амблиопии высокой степени следует относить:

- а) остроту зрения 0,04 и ниже;
- б) -"- 0,05-0,3;
- в) -"- 0,2-0,3;
- г) -"- 0,4-0,8;
- д) -"- 1,0 и выше.

251. К амблиопии средней степени следует относить:

- а) остроту зрения 0,04 и ниже;
- б) -"- 0,05-0,1;
- в) -"- 0,2-0,3;
- г) -"- 0,4-0,8;
- д) -"- 1,0 и выше.

252. К амблиопии слабой степени следует относить:

- а) остроту зрения 0,04 и ниже;
- б) -"- 0,05-0,1;
- в) -"- 0,2-0,3;
- г) -"- 0,4-0,8;
- д) -"- 1,0 и выше.

253. Острота зрения у новорожденных детей равна:

- а) тысячным долям единицы;
- б) 0,1 и выше;
- в) 0,6 и выше;
- г) 0,8 и выше;
- д) 1,0 и выше.

254. Острота зрения у детей в 6 мес. составляет:

- а) тысячные доли единицы;
- б) 0,1 и выше;
- в) 0,6 и выше;
- г) 0,8 и выше;
- д) 1,0 и выше.

255. Острота зрения у детей 3 лет составляет:

- а) тысячные доли единицы
- б) 0,1 и выше;
- в) 0,6 и выше;
- г) 0,8 и выше;
- д) 1,0 и выше.

256. Острота зрения у детей 5 лет составляет:

- а) 0,1 и выше;
- б) 0,3 и выше;
- в) 0,6 и выше;
- г) 0,8 и выше;
- д) 1,0 и выше.

257. Острота зрения у детей 7 лет составляет:

- а) 0,1 и выше;
- б) 0,3 и выше;
- в) 0,6 и выше;
- г) 0,8 и выше;
- д) 1,0 и выше.

258. У новорожденного ребенка в ответ на световое раздражение отмечаются следующие безусловные зрительные рефлексy:

- а) прямая реакция зрачков на свет;
- б) содружественная реакция зрачков на свет;
- в) кратковременный поворот обоих глаз к источнику света;
- г) попытка слежения за движущимся объектом;
- д) все перечисленное.

259. Амблиопия чаще встречается при:

- а) монолатеральном косоглазии;
- б) альтернирующем -"-;
- в) неаккомодационном -"-;

- г) частично аккомодационном косоглазии;
- д) аккомодационном -".

260. Остротой зрения, совместимой с бинокулярным зрением, считают:

- а) 0,04 и ниже;
- б) 0,05-0,1;
- в) 0,2-0,3;
- г) 0,4 и выше;
- д) 0,8-1,0.

261. Наиболее высокая острота зрения связана с функцией:

- а) склеры;
- б) сосудистой оболочки;
- в) оптически недействительной части сетчатки;
- г) центральной ямки сетчатки;
- д) всем перечисленным.

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

- а) центральная ямка расположена почти по оси оптической системы глаза;
- б) имеется максимальная концентрация колбочек;
- в) каждая фовеолярная колбочка связана со своей ганглиозной клеткой;
- г) только Б и В;
- д) всем перечисленным.

263. Зрительной фиксацией называется:

- а) статическая рефракция;
- б) динамическая рефракция;
- в) астигматизм;
- г) анизометропия;
- д) относительно неподвижная установка глаза на рассматриваемый объект.

264. По состоянию зрительной фиксации различают следующие виды амблиопии:

- а) с правильной фиксацией;
- б) с неправильной фиксацией;
- в) с отсутствием фиксации;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

265. При неправильной фиксации по признаку устойчивости различают:

- а) перемежающуюся;
- б) неустойчивую нецентральною;
- в) устойчивую нецентральною;
- г) все перечисленные формы;
- д) только А и Б.

266. Зрительная фиксация в норме должна быть:

- а) центральной устойчивой;
- б) перемежающейся;
- в) неустойчивой нецентральной;
- г) устойчивой центральной;
- д) правильно Б и Г.

267. Центральной устойчивой называется фиксация, при которой на рассматриваемый объект относительно неподвижно установлены:

- а) центральная ямка сетчатки;
- б) желтое пятно;
- в) диск зрительного нерва;
- г) все перечисленное;
- д) правильно Б и В.

268. Для амблиопии с перемежающейся фиксацией характерно:

- а) фиксация центром сетчатки;
- б) чередование центральной и нецентральной фиксации;
- в) фиксация периферией сетчатки;
- г) фиксация диском зрительного нерва;
- д) все перечисленное.

269. Для амблиопии с неустойчивой нецентральной фиксацией характерно:

- а) фиксация центром сетчатки;
- б) чередование центральной и нецентральной фиксации;

- в) фиксация сменяющимися друг друга периферическими участками сетчатки;
- г) фиксация диском зрительного нерва;
- д) все перечисленное.

270. Характерным признаком амблиопии с устойчивой нецентральной фиксацией является:

- а) фиксация центром сетчатки;
- б) фиксация определенным периферическим участком глазного дна;
- в) чередование центральной и нецентральной фиксации;
- г) фиксация диском зрительного нерва;
- д) все перечисленное.

271. Характерным признаком амблиопии с отсутствием фиксации является:

- а) фиксация центром сетчатки;
- б) чередование центральной и нецентральной фиксации;
- в) фиксация сменяющимися друг друга периферическими участками сетчатки;
- г) фиксация определенным периферическим участком сетчатки;
- д) состояние, при котором на рассматриваемом объекте не задерживается ни один участок глазного дна.

272. По топографическому признаку зрительную фиксацию разделяют на:

- а) фовеолярную и парафовеолярную;
- б) макулярную и парамаккулярную;
- в) периферическую;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

273. Граница парафовеолярно фиксации находится:

- а) в фовеоле;
- б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края;
- в) по краю желтого пятна;
- г) на середине расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва;
- д) на периферии сетчатки.

274. Граница макулярной фиксации находится:

- а) в фовеоле;
- б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края;
- в) по краю желтого пятна;
- г) на середине расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва.
- д) на периферии сетчатки.

275. Граница парамаккулярной фиксации располагается:

- а) в фовеоле;
- б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края;
- в) по краю желтого пятна;
- г) на середине расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва;
- д) на периферии сетчатки.

276. Зона периферической фиксации находится:

- а) в фовеоле;
- б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края;
- в) по краю желтого пятна;
- г) за серединой расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва;
- д) правильно А и В.

277. Состояние зрительной фиксации можно определить на:

- а) большом безрефлексном офтальмоскопе;
- б) ручном электрическом офтальмоскопе;
- в) зеркальном офтальмоскопе с затемняющим шариком;
- г) всех перечисленных приборах;
- д) только А и Б.

278. Состояние аккомодации, при котором определяют рефракцию у дошкольников с амблиопией с целью назначения очков:

- а) медикаментозный паралич аккомодации;
- б) нерасслабленная аккомодация;
- в) частично выключенная аккомодация;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

279. Очки при сходящемся косоглазии в сочетании с дальнозоркостью средней и высокой степени назначают:

- а) только для работы вблизи;
- б) для постоянного ношения;

- в) только для дали;
- г) правильно А и В;
- д) не назначают.

280. При сходящемся косоглазии в сочетании с миопией назначают:

- а) положительные линзы;
- б) отрицательные линзы, соответствующие степени миопии;
- в) возможно более слабые отрицательные линзы в зависимости от степени снижения остроты зрения;
- г) возможно все перечисленное;
- д) только А и Б.

281. Детям с амблиопией и косоглазием необходимо корригировать аметропию очками:

- а) как можно раньше;
- б) с 3 лет;
- в) с 4 лет;
- г) с 5 лет;
- д) с 6 лет.

282. Плеоптикой называется система лечебных мероприятий, направленных на:

- а) повышение остроты зрения;
- б) выработку бинокулярного зрения в искусственных условиях;
- в) выработку бинокулярного зрения в естественных условиях;
- г) все перечисленное.

283. Различают следующие методы плеоптического лечения:

- а) основные и вспомогательные;
- б) первичные и вторичные;
- в) предварительные и заключительные;
- г) все перечисленные;
- д) только Б и В.

284. Основные методы плеоптического лечения отличаются от вспомогательных тем, что:

- а) самостоятельно способны повышать остроту центрального зрения;
- б) исправляют зрительную фиксацию;
- в) обладают каждый в отдельности заметным положительным эффектом;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное.

285. Вспомогательные методы плеоптического лечения отличаются от основных тем, что:

- а) создают условия для применения основных (самостоятельных) способов лечения амблиопии;
- б) закрепляют результаты лечения амблиопии основными способами;
- в) обладают каждый в отдельности скромным клиническим эффектом;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

286. К основным методам плеоптического лечения относятся:

- а) прямая окклюзия и пенализация;
- б) локальное "слепящее" раздражение светом центральной ямки сетчатки по Аветисову;
- в) засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

287. К вспомогательным методам плеоптического лечения относятся:

- а) обратная окклюзия;
- б) общие засветы заднего полюса сетчатки красным светом и засветы по Ковальчуку;
- в) занятия на амблиотренере и макулотестере;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное верно.

288. Основными задачами плеоптического лечения являются:

- а) повышение остроты зрения "хуже видящего" глаза с коррекцией до 0,4 и выше;
- б) восстановление центральной устойчивой фиксации на обоих глазах;
- в) перевод монолатерального косоглазия в альтернирующее;
- г) все перечисленное;
- д) правильно А и В.

289. Прямая окклюзия - это:

- а) выключение "лучше видящего" глаза;
- б) выключение "хуже видящего" глаза;

- в) переменное выключение глаз;
- г) все перечисленное;
- д) правильно А и Б.

290. *Прямая окклюзия в среднем назначается:*

- а) на 1 месяц;
- б) на 2 месяца;
- в) на 3 месяца;
- г) на 4 месяца;
- д) на 4 месяца, а для закрепления результатов - еще на 3 месяца.

291. *Локальное "слепящее" раздражение светом центральной ямки сетчатки проводят:*

- а) на большом безрефлексном офтальмоскопе;
- б) на рефрактометре;
- в) на офтальмометре;
- г) на щелевой лампе;
- д) с помощью зеркального офтальмоскопа.

292. *Локальные "слепающие" засветы назначают:*

- а) при центральной устойчивой фиксации;
- б) при центральной неустойчивой фиксации;
- в) при неустойчивой фиксации, когда локальное воздействие на сетчатку еще возможно;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

293. *Суть локальных "слепающих" засветов состоит в том, что:*

- а) оказывают интенсивное воздействие на центральную ямку сетчатки;
- б) используют отрицательные последовательные образы;
- в) восстанавливают пространственную локализацию;
- г) все перечисленное.

294. *Засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу проводят:*

- а) на большом безрефлекторном офтальмоскопе;
- б) на рефрактометре;
- в) на офтальмометре;
- г) на щелевой лампе;
- д) с помощью зеркального офтальмоскопа.

295. *Засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу назначают при:*

- а) любой устойчивой фиксации;
- б) перемежающейся фиксации;
- в) нецентральной неустойчивой фиксации;
- г) всем перечисленным.

296. *Суть засветов с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу состоит в том, что:*

- а) оказывают интенсивное воздействие на центральную ямку сетчатки;
- б) в результате затемнения центральной ямки и засвечивания парафовеолярных отделов получают последовательный образ, который используют для зрительных упражнений;
- в) проводят упражнения в локализации-коррекции;
- г) все перечисленное.

297. *Лечение амблиопии засветами по Кюпперсу возможно у детей:*

- а) с 4 лет;
- б) с 5 лет;
- в) после 6 лет;
- г) в любом возрасте.

298. *Метод пенализации заключается в:*

- а) локальном воздействии светом на сетчатку;
- б) использовании отрицательных последовательных образов;
- в) упражнениях в локализации;
- г) разобщении глаз, при котором один из них делают фиксирующим для дали, другой - для близи;
- д) все перечисленное.

299. *Пенализация отличается от прямой окклюзии тем, что:*

- а) позволяет разобщать глаза, не выключая один из них полностью;
- б) основана на засветах сетчатки;
- в) подразумевает упражнения для мышц глазодвигателей;
- г) все перечисленное правильно.

300. Аппаратное лечение амблиопии возможно у детей, начиная с:

- а) 2 лет;
- б) 3 лет;
- в) 4 лет;
- г) 5 лет;
- д) 6 лет.

301. Лечение пенализации возможно, начиная с:

- а) раннего детского возраста
- б) 4 лет;
- в) 5 лет;
- г) 6 лет;
- д) 7 лет.

302. Обратной окклюзией называется:

- а) выключение лучше видящего глаза;
- б) выключение хуже видящего глаза;
- в) попеременное выключение каждого из глаз;
- г) правильно А и Б.

303. Обратную окклюзию назначают при амблиопии с:

- а) центральной устойчивой фиксацией;
- б) перемежающейся фиксацией;
- в) нецентральной неустойчивой фиксацией;
- г) нецентральной устойчивой фиксацией;
- д) всем перечисленным.

304. Обратную окклюзию назначают на срок:

- а) 2 недели;
- б) 4-6 недель;
- в) 2 месяца;
- г) 3 месяца;
- д) 4 месяца.

305. Общие засветы заднего полюса сетчатки красным светом проводят на:

- а) большом безрефлекторном офтальмоскопе;
- б) рефрактометре;
- в) офтальмометре;
- г) щелевой лампе;
- д) с помощью зеркального офтальмоскопа.

306. Общие засветы заднего полюса сетчатки красным светом назначают при:

- а) центральной устойчивой фиксации;
- б) перемежающейся фиксации;
- в) нецентральной устойчивой фиксации;
- г) резко неустойчивой фиксации;
- д) всем перечисленным.

307. Засветы по Ковальчуку назначают детям с:

- а) обскуриционной амблиопией после экстракции катаракты;
- б) рефракционной амблиопией;
- в) анизометропической амблиопией;
- г) дисбинокулярной амблиопией;
- д) всем перечисленным.

308. 476. Медико- педагогические упражнения при амблиопии включают в себя:

- а) занятия с мозаикой;
- б) обведение контуров рисунков;
- в) плетение ковриков;
- г) нанизывание бус на леску;
- д) все перечисленное.

309. Основным плеоптическим прибором является:

- а) большой безрефлексный офтальмоскоп;
- б) рефрактометр;
- в) офтальмометр;
- г) щелевая лампа;
- д) зеркальный офтальмоскоп.

310. Одно из основных правил плеоптики состоит в том, что все методы лечения амблиопии, кроме пенализации, проводят:

- а) с одним выключенным глазом;
- б) с двумя выключенными глазами;
- в) с выключенной наружной половиной поля зрения одного из глаз;
- г) с выключенной внутренней половиной поля зрения одного из глаз.

311. 479. *Остротой зрения, совместимой с бинокулярным зрением, считается:*

- а) 0,1;
- б) 0,2;
- в) 0,3;
- г) 0,4 и выше.

312. *Ортоптикой называется система лечебных мероприятий, направленных на:*

- а) повышение остроты зрения;
- б) выработку бинокулярного зрения в искусственных условиях;
- в) выработку бинокулярного зрения в естественных условиях;
- г) все перечисленное.

313. *Бинокулярное зрение - это:*

- а) способность смотреть попеременно каждым глазом;
- б) способность смотреть двумя глазами, но без слияния двух монокулярных изображений;
- в) способность сливать два монокулярных изображения объекта в единый зрительный образ;
- г) все перечисленное.

314. *Фиксацией, совместимой с бинокулярным зрением, считают:*

- а) периферическую фиксацию;
- б) макулярную фиксацию;
- в) центральную устойчивую фиксацию;
- г) любую из перечисленных;
- д) только А и Б.

315. *Непосредственной причиной косоглазия является:*

- а) низкое зрение одного из глаз;
- б) нарушение механизма бификсации;
- в) анизометропия;
- г) астигматизм;
- д) все перечисленное.

316. *Суть теории корреспонденции сетчаток состоит в том, что одиночное восприятие объекта возможно, если его изображение проецируется на:*

- а) корреспондирующие пункты сетчатки;
- б) диспаратные пункты сетчатки;
- в) оптически недейтельные части сетчатки;
- г) все перечисленное.

317. *Гапლოსкопические условия - это условия:*

- а) в основе которых лежит принцип разделения полей зрения обоих глаз;
- б) которые позволяют предъявлять каждому глазу пациента свой объект под углом его косоглазия;
- в) при которых один глаз выключают;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно все перечисленное.

318. *Приборы, на которых создают гапლოსкопические условия, называются:*

- а) визометрическими;
- б) синоптичными;
- в) рефрактометрическими;
- г) все перечисленное.

319. *Основным ортоптическим прибором является:*

- а) рефрактометр;
- б) синоптофор;
- в) щелевая лампа;
- г) ретинофот;
- д) электрический офтальмоскоп.

320. *Обследование пациентов с косоглазием складывается из всего перечисленного, кроме:*

- а) определения остроты зрения;
- б) определения угла косоглазия и характера зрения;
- в) исследования на синоптофоре;
- г) флюоресцентной ангиографии.

321. Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по наружному краю зрачка, что соответствует:
- а) сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
 - б) расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
 - в) сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
 - г) расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
 - д) сходящемуся косоглазию с углом в 45° .
322. Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по внутреннему краю зрачка, что соответствует:
- а) сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
 - б) расходящемуся -" в 15° ;
 - в) сходящемуся -" в 30° ;
 - г) расходящемуся -" в 30° ;
 - д) сходящемуся -" в 45° .
323. Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее наружной половине, что соответствует:
- а) сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
 - б) расходящемуся -" в 15° ;
 - в) сходящемуся -" в 30° ;
 - г) расходящемуся -" в 30° ;
 - д) сходящемуся -" в 45° .
324. Световой рефлекс офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее внутренней половине, что соответствует:
- а) сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
 - б) -" в 30° ;
 - в) расходящемуся -" в 30° ;
 - г) сходящемуся -" в 45° ;
 - д) расходящемуся -" в 45° .
325. Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по ее наружному краю, что соответствует:
- а) сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
 - б) сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
 - в) расходящемуся -" в 30° ;
 - г) сходящемуся -" в 45° ;
 - д) расходящемуся -" в 45° .
326. Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по ее внутреннему краю, что соответствует:
- а) сходящемуся или расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
 - б) сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
 - в) расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
 - г) сходящемуся косоглазию с углом в 45° ;
 - д) расходящемуся косоглазию с углом в 45° .
327. Приведение глазного яблока считается нормальным, если внутренний край роговицы:
- а) доходит до уровня слезных точек;
 - б) не доходит до уровня слезных точек;
 - в) заходит за уровень слезных точек;
 - г) все перечисленное.
328. Отведение глазного яблока считается нормальным, если наружный лимб:
- а) доходит до наружной спайки век;
 - б) не доходит до наружной спайки век;
 - в) заходит за наружную спайку век;
 - г) правильно А и В;
 - д) все перечисленное.
329. К наружным мышцам глаза относятся:
- а) верхняя и наружная прямые мышцы;
 - б) внутренняя и наружная прямые мышцы;
 - в) верхняя и нижняя косые мышцы;
 - д) все перечисленное.
330. Начинаются у вершины орбиты и образуют здесь сухожильное кольцо:

- а) верхняя и нижняя прямая мышцы;
- б) внутренняя прямая мышца;
- в) наружная прямая мышца;
- г) верхняя косая мышца;
- д) все перечисленное.

331. У *нижне-внутреннего края глазницы начинается:*

- а) верхняя прямая мышца;
- б) нижняя прямая мышца;
- в) внутренняя и наружная прямые мышцы;
- г) верхняя косая мышца;
- д) нижняя косая мышца.

332. *Наружные мышцы глаза иннервируются:*

- а) глазодвигательным нервом;
- б) блоковым нервом;
- в) отводящим нервом;
- г) всеми перечисленными нервами;
- д) только А и В.

333. *Глазодвигательный нерв иннервирует:*

- а) верхнюю прямую мышцу;
- б) внутреннюю прямую мышцу;
- в) нижнюю прямую мышцу;
- г) нижнюю косую мышцу;
- д) все перечисленное.

334. *Отводящий нерв иннервирует:*

- а) верхнюю прямую мышцу;
- б) внутреннюю прямую мышцу;
- в) нижнюю прямую мышцу;
- г) наружную прямую мышцу;
- д) верхнюю и нижнюю косые мышцы.

335. *Блоковый нерв иннервирует:*

- а) верхнюю и нижнюю прямые мышцы;
- б) внутреннюю прямую мышцу;
- в) наружную прямую мышцу;
- г) верхнюю косую мышцу;
- д) нижнюю косую мышцу.

336. *Движение глазных яблок кнаружи осуществляется:*

- а) наружной прямой мышцей;
- б) нижней косой мышцей;
- в) верхней косой мышцей;
- г) всеми перечисленными;
- д) только А и В.

337. *Движение глазных яблок кнутри осуществляется:*

- а) внутренней прямой мышцей;
- б) верхней прямой мышцей;
- в) нижней прямой мышцей;
- г) только А и В;
- д) всеми перечисленными.

338. *Движение глазных яблок вверх обеспечивается:*

- а) верхней прямой и нижней косой мышцами;
- б) нижней прямой и верхней косой мышцами;
- в) наружной и внутренней прямыми мышцами;
- г) всеми перечисленными.

339. *Движение глазных яблок вниз обеспечивается:*

- а) верхней прямой и нижней косой мышцами;
- б) нижней прямой и верхней косой мышцами;
- в) наружной и внутренней прямыми мышцами;
- г) всеми перечисленными.

340. *При бинокулярном зрении на четырехточечном цветотесте испытуемый через красно-зеленые очки видит:*

- а) четыре кружка;
- б) пять кружков;

- в) то два, то три кружка;
- г) закономерности не отмечается.

341. *Объективным углом косоглазия на синоптофоре называют угол, при котором:*

- а) зрительные оси направлены на объект фиксации и нет установочных движений;
- б) пациент сливает объекты;
- в) пациент не может слить объекты;
- г) возможно все перечисленное.

342. *Субъективный угол косоглазия на синоптофоре определяют:*

- а) по моменту исчезновения установочных движений;
- б) по ответу ребенка;
- в) по ширине фузионных резервов;
- г) на основании всего перечисленного.

343. *К синоптофору прилагаются объекты:*

- а) для слияния;
- б) для освещения;
- в) для стереоскопии;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

344. *Под бифовеальным слиянием на синоптофоре понимают:*

- а) состояние, при котором объективный и субъективный углы равны и подсубъективным углом ребенок видит объекты слитыми;
- б) локальную скотому в виде феномена "перескока";
- в) тотальную функциональную скотому;
- г) все перечисленное.

345. *Косоглазие считается первичным, если его причиной послужило:*

- а) другое глазное заболевание;
- б) общее заболевание организма;
- в) преимущественно аномалии рефракции;
- г) все перечисленное.

346. *Косоглазие считается вторичным, если его причиной послужило:*

- а) другое глазное заболевание;
- б) общее заболевание организма;
- в) аномалии рефракции;
- г) любое из перечисленных.

347. *Косоглазие считается постоянным, если:*

- а) угол отклонения глаз не изменяется;
- б) угол отклонения глаз непостоянный;
- в) глаза занимают правильное положение;
- г) все перечисленное.

348. *Для содружественного косоглазия характерны:*

- а) нормальная подвижность глаз;
- б) ограничение подвижности глаз;
- в) отсутствие подвижности глаз;
- г) все перечисленное.

349. *По связи с аккомодацией различают косоглазие:*

- а) неаккомодационное;
- б) частично аккомодационное;
- в) аккомодационное;
- г) только Б и В;
- д) все перечисленное.

350. *Аккомодационное косоглазие - это:*

- а) сходящееся косоглазие, которое исправляется положительными очками;
- б) косоглазие, вызванное амблиопией;
- в) косоглазие, связанное с астигматизмом;
- г) любое из перечисленных.

351. *Альтернирующее косоглазие отличается от монолатерального тем, что:*

- а) оно вызвано обскурационной амблиопией;
- б) оно связано с анизометропией;
- в) каждый глаз может фиксировать;
- г) все перечисленное.

352. По направлению отклонения глаз косоглазие может быть:

- а) сходящимся;
- б) расходящимся;
- в) вертикальным;
- г) только А и Б;
- д) любым из перечисленных.

353. К методам ортоптического лечения относятся:

- а) занятия на синоптофоре;
- б) метод последовательных образов по Кащенко;
- в) упражнения на хейроскопе;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

354. Лечение на синоптофоре проводится на объектах для:

- а) совмещения под объективным углом;
- б) слияния под объективным углом;
- в) совмещения под субъективным углом;
- г) слияния под субъективным углом;
- д) все перечисленное.

355. Цель операции на мышцах-глазодвигателях:

- а) изменение мышечного баланса;
- б) получение симметричного или близкого к нему положения глаз;
- в) создание условий для восстановления содружественной деятельности обоих глаз;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

356. Оптимальным для хирургического лечения содружественного косоглазия считают возраст:

- а) 1-3 года;
- б) 4-6 лет;
- в) 7-9 лет;
- г) 10-12 лет;
- д) 13-15 лет.

357. К операциям, усиливающим действие мышц при косоглазии, относятся:

- а) резекция;
- б) тенорафия;
- в) прорафия;
- г) правильно Б и В;
- д) все перечисленное.

358. К операциям, ослабляющим действие мышц при косоглазии, относятся:

- а) свободная (полная) и частичная тенотомия;
- б) пролонгация (теномиопластика);
- в) рецессия;
- г) только Б и В;
- д) все перечисленное верно.

359. Операцией резекции мышц при косоглазии называется:

- а) укорочение мышцы путем иссечения ее участка у места прикрепления к склере и подшивание ее к этому же месту;
- б) укорочение мышцы путем образования складки из ее сухожилий;
- в) перемещение сухожилия мышцы кпереди (на прямых мышцах) и кзади (на косых мышцах);
- г) все перечисленное верно.

360. Операцией прорафии мышцы при косоглазии называется:

- а) укорочение мышцы путем иссечения ее участка и подшивание ее к этому же месту;
- б) укорочение мышцы путем образования складки из ее сухожилия;
- в) перемещение сухожилия мышцы кпереди (на прямых мышцах) и кзади (на косых мышцах);
- г) все перечисленное верно.

361. Операцией рецессии мышцы при косоглазии называется:

- а) пересечение сухожилия мышцы у места прикрепления без подшивания ее к склере;
- б) перемещение мышцы, отсеченной от места прикрепления, кзади (на прямых мышцах) или кпереди (на косых мышцах);
- в) удлинение мышцы путем перерезки ее сухожилия в разных направлениях и сшивания перерезанных участков;
- г) все перечисленное верно.

362. Операцией пролонгации (теномиопластики) называется:

- а) пересечение сухожилия мышцы у места прикрепления без подшивания ее к склере;

- б) перемещение мышцы, отсеченной от места прикрепления, кзади (на прямых мышцах) или кпереди (на косых мышцах);
- в) удлинение мышцы путем перерезки ее сухожилия в разных направлениях и сшивания перерезанных участков;
- г) все перечисленное верно.

363. Диплопия - это система лечебных мероприятий, направленных на:

- а) повышение остроты зрения;
- б) выработку бинокулярного зрения в искусственных условиях;
- в) выработку бинокулярного зрения в естественных условиях;
- г) все перечисленное верно.

364. Показаниями для назначения диплоптического лечения являются:

- а) острота зрения хуже видящего глаза с коррекцией не ниже 0,5;
- б) правильное или близкое к нему положение глаз;
- в) преимущественно одновременный характер зрения;
- г) наличие бифовеального слияния на синоптофоре;
- д) все перечисленное.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ ГЛАЗА И ГЛАЗНИЦЫ

ПК-4,9

365. Изменения век при воспалительном отеке включают:

- а) гиперемию кожи век;
- б) повышение температуры кожи;
- в) болезненность при пальпации;
- г) все перечисленное верно.

366. Изменения век при не воспалительном отеке:

- а) чаще двухстороннее;
- б) отсутствует болезненность при пальпации;
- в) кожные покровы нормальной окраски;
- г) может сочетаться с отеком ног, асцитом;
- д) все перечисленное верно.

367. Клинические признаки эмфиземы век включают:

- а) крепитацию;
- б) отек;
- в) целостность кожных покровов;
- г) все перечисленное верно.

368. 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.

369. Ангионевротический отек Квинке характеризуется:

- а) отеком век одного глаза, распространяющимся на кожу лица;
- б) чаще развивается на верхнем веке;
- в) точечными поверхностными помутнениями роговицы;
- д) всем перечисленным.

370. При аллергическом дерматите наблюдаются:

- а) отек век;
- б) гиперемия;
- в) зуд;
- г) появление мелких пузырьков на коже, которые лопаются с выделением серозной жидкости;
- д) все перечисленное верно.

371. 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.

372. К клиническим признакам абсцесса века относятся:

- а) локальный отек век;
- б) локальная гиперемия век;
- в) разлитая гиперемия и инфильтрация век;

- г) все перечисленное;
- д) только А и В.

373. Показаниями к вскрытию абсцесса века является:

- а) появление флюктуации;
- б) выраженная гиперемия век;
- в) уплотнение ткани века;
- г) болезненность при пальпации.

374. При абсцессе века необходимо:

- а) обколоть инфильтрат антибиотиками;
- б) назначить УВЧ, сухое тепло;
- в) при наличии симптома "флюктуации" – вскрыть и дренировать гнойник;
- г) все перечисленное.

375. Хроническое воспаление мейбомиевых желез - это:

- а) ячмень;
- б) халазион;
- в) абсцесс века;
- г) внутренний ячмень.

376. При халазионе века необходимо:

- а) проводить лечение токами УВЧ, электрофорез;
- б) ввести кеналог в патологический процесс или провести хирургическое лечение;
- в) проводить инстилляцию дезинфицирующих капель;
- г) заложить гидрокортизоновую мазь.

377. Рожистое воспаление кожи век характеризуется:

- а) гиперемией и отеком век
- б) появлением резко гиперемизированных участков кожи век и пузырьков, отека век на фоне повышения температуры тела
- в) на фоне повышения температуры тела - появлением нескольких рядов лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью
- г) пузырьевидными высыпаниями, занимающими одну половину лба, расположенными в один ряд

378. При поражении кожи век простым герпесом наблюдается:

- а) гиперемия и отек век;
- б) появление резко гиперемизированных участков кожи и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела;
- в) на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью;
- г) пузырьевидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд.

379. При поражении кожи век опоясывающим герпесом наблюдается:

- а) гиперемия и отек век
- б) появление резко гиперемизированных участков и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела;
- в) на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью;
- г) пузырьевидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд.

380. Дифтерия кожи век характеризуется:

- а) гиперемией кожи век с образованием прозрачных пузырьков, в дальнейшем язв;
- б) мелкими папулезными множественными высыпаниями;
- в) образованием обширной язвенной поверхности;
- г) всем перечисленным.

381. Клинические признаки рожистого воспаления век включают:

- а) выраженную гиперемию и отек век;
- б) чувство зуда, жара;
- в) резкую границу с нормальной тканью;
- г) увеличение региональных лимфатических узлов;
- д) все перечисленное.

382. Чешуйчатый блефарит характеризуется:

- а) покраснением краев век;
- б) утолщением краев век;
- в) мучительным зудом в веках;
- г) корни ресниц покрыты сухими чешуйками;
- д) всем перечисленным.

383. При язвенном блефарите изменения век носят характер:

- а) кровоточащих язвочек с гнойным налетом;
- б) заворота век;
- в) выворота века;
- г) всего перечисленного.

384. При лагофтальме возможно возникновение:

- а) эрозии роговицы из-за травматизма ресниц;
- б) ксероза роговицы;
- в) экзофтальма;
- г) всего перечисленного.

385. Эпикантус - это:

- а) опущение верхнего века;
- б) кожная складка, соединяющая верхнее и нижнее веко;
- в) узкая глазная щель;
- г) плотное образование на верхнем веке.

386. При лагофтальме необходимо проводить:

- а) инстилляцию дезинфицирующих капель;
- б) использование глазных мазей;
- в) в некоторых случаях - блефароррафию;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

387. При полном птозе верхнего века показано оперативное вмешательство, заключающееся в:

- а) проведении подкожных швов между лобной мышцей и краем века;
- б) иссечении треугольного участка века основанием к краю века и фиксации раны швами;
- в) проведении блефароррафии;
- г) всего перечисленного;
- д) только А и В.

388. Различают следующие виды заворота век:

- а) спастический;
- б) рубцовый;
- в) бульбарный;
- г) врожденный;
- д) все перечисленное.

389. Спастический заворот век развивается при:

- а) блефароспазме;
- б) трахоме;
- в) экзофтальме;
- г) блефарите.

390. Старческий заворот развивается при:

- а) понижении тургора кожи век;
- б) энофтальме;
- в) конъюнктивите;
- г) халазионе.

391. Последствием трахомы и ожога конъюнктивы век являются:

- а) спастический заворот;
- б) рубцовый заворот;
- в) бульбарный заворот.

392. Бульбарный заворот век развивается при :

- а) трахоме;
- б) анофтальме;
- в) блефароконъюнктивите;
- г) всем перечисленным.

393. Врожденный заворот век возникает:

- а) чаще на нижнем веке;
- б) при недоразвитии или отсутствии хряща;
- в) при гипертрофии ресничной части круговой мышцы;
- г) при всех перечисленных причинах.

394. Ксантоматоз может быть вызван:

- а) травмой;
- б) нарушением трофики;
- в) нарушением обмена веществ;
- г) всеми перечисленными причинами.

395. При блефарохалаозисе наблюдается:

- а) ксероз роговицы;
- б) снижение зрения из-за опущения века;
- в) косметический дискомфорт;
- г) все перечисленное;
- д) правильно А и Б.

396. При ячмене из физиопроцедур следует рекомендовать:

- а) ультрафиолетовое облучение;
- б) токи ультравысокой частоты;
- в) электрофорез с десказоном;
- г) все перечисленное верно.

397. При трихиазе необходимо проводить:

- а) эпиляцию ресниц;
- б) диатермокоагуляцию ресниц;
- в) пластику века;
- г) все перечисленное верно.

398. При упорных блефаритах показаны:

- а) массаж век;
- б) сеансы УВЧ;
- в) пластика век;
- г) все перечисленное верно.

399. Птоз может быть:

- а) врожденным;
- б) нейрогенным;
- в) "мышечным" при миастении и миотонии;
- г) вследствие всех перечисленных причин.

400. Врожденный птоз обусловлен:

- а) спазмом;
- б) неполноценностью развития мышцы, поднимающей верхнее веко;
- в) парезом ветвей тройничного нерва;
- г) спазмом круговой мышцы век.

401. Различают следующие вывороты век:

- а) спастический;
- б) паралитический;
- в) атонический;
- г) рубцовый;
- д) все перечисленные.

402. Спастический выворот век развивается при:

- а) трахоме;
- б) поражении тройничного нерва;
- в) снижении эластичности кожи;
- г) хроническом блефароконъюнктивите.

403. Рубцовый выворот век развивается вследствие:

- а) травмы;
- б) ожогов век;
- в) сибирской язвы;
- г) туберкулезной волчанки;
- д) всех перечисленных причин.

404. К доброкачественным вторичным опухолям орбиты относятся:

- а) остеомы;
- б) фибромы;
- в) липомы;
- г) хондромы;
- д) все перечисленное.

405. Атонический выворот возникает при:

- а) конъюнктивите;
- б) парезе ветвей лицевого нерва;
- в) старческой атрофии круговой мышцы век;
- г) всем перечисленным.

406. При параличе лицевого нерва развивается:

- а) спастический выворот века;
- б) паралитический выворот века;
- в) атонический выворот века;
- г) любой из перечисленных.

407. Ожоги век могут быть причиной:

- а) рубцового выворота век;
- б) паралитического выворота век;
- в) атонического выворота век;
- г) спастического выворота век.

408. Атонический выворот век проявляется:

- а) снижением эластичности кожи
- б) отвисанием века книзу;
- в) гипертрофией конъюнктивы;
- г) слезотечением;
- д) всем перечисленным.

409. При аденовирусной инфекции глаза:

- а) конъюнктивит является фолликулярным
- б) поражение может быть односторонним
- в) конъюнктивит почти всегда поражает нижний свод;
- г) могут быть поверхностные и глубокие помутнения роговицы;
- д) все перечисленное верно.

410. Аллергический конъюнктивит:

- а) дает картину "буллыжников";
- б) обнаруживается желатинозный лимбальный инфильтрат;
- в) возникает интенсивный зуд;
- г) купируется инстилляциями стероидов;
- д) все перечисленное правильно.

411. Лечение весеннего катара включает:

- а) смену климата;
- б) лечение кортикостероидами;
- в) лечение гамма-глобулином;
- г) все перечисленное верно.

412. Герпетический конъюнктивит характеризуется:

- а) односторонностью процесса;
- б) длительным вялым течением;
- в) высыпанием пузырьков на коже век;
- г) вовлечением в процесс роговицы;
- д) всем перечисленным.

413. Для герпетического конъюнктивита характерны следующие клинические формы:

- а) катаральная;
- б) фолликулярная;
- в) везикулярно-язвенная;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

414. К осложнениям трахомы относится:

- а) трихиаз, мадароз;
- б) энтропион;
- в) симблефарон;
- г) паренхиматозный ксероз;
- д) все перечисленное верно.

415. К дистрофическим заболеваниям конъюнктивы относятся:

- а) пингвекция;
- б) птеригиум;
- в) бляшки Бито;
- г) гиалино-амиловидная дистрофия;
- д) все перечисленное верно.

416. Причинами хронического конъюнктивита могут быть:

- а) нарушение обмена веществ;
- б) желудочно-кишечные заболевания;
- в) длительно действующие внешние раздражители (пыль, дым, химические примеси в воздухе);

- г) аметропии;
- д) все перечисленное верно.

417. *Фолликулы конъюнктивы характерны для:*

- а) аденовирусного конъюнктивита;
- б) простого фолликулеза;
- в) трахомы;
- г) всего перечисленного.

418. *Тельца Гальберштедтера-Провачека образуются при:*

- а) трахоме;
- б) остром эпидемическом конъюнктивите;
- в) диплобациллярном конъюнктивите;
- г) дифтерийном конъюнктивите;
- д) всем перечисленным.

419. *К аутоиммунным (аллергическим) конъюнктивитам относятся:*

- а) лекарственный конъюнктивит;
- б) поллинозный - "-";
- в) Весенний катар, пемфигус;
- г) туберкулезно-аллергический фликтенулезный конъюнктивит;
- д) все перечисленные.

420. *Для пемфигуса конъюнктивы характерно:*

- а) сочетанное с поражением кожи, слизистой оболочки рта, носоглотки;
- б) образование пузырей конъюнктивы;
- в) положительный эффект от местных кортикостероидов;
- г) все перечисленное верно.

421. *При тиреотропной форме эндокринного экзофтальма наблюдается:*

- а) отек век и хемоз;
- б) ограничение взгляда вверх;
- в) затруднение репозиции;
- г) ограничение движения глазного яблока;
- д) все перечисленное верно.

422. *Ложный экзофтальм наблюдается при:*

- а) травме глазницы;
- б) односторонней высокой миопии;
- в) параличе прямых мышц;
- г) одностороннем гидрофтальме;
- д) всем перечисленном.

423. *Рентгенографическое обследование при экзофтальме помогает в случае:*

- а) мукоцеле;
- б) сфеноидальной менингиомы;
- в) глазной глиомы;
- г) злокачественной опухоли придаточных пазух носа;
- д) всего перечисленного.

424. *Пониженное зрение при экзофтальме может быть вследствие:*

- а) непосредственного давления на зрительный нерв;
- б) давления на кровеносные сосуды;
- в) хемоза конъюнктивы;
- г) всего перечисленного;
- д) только Б и В.

425. *При флегмоне орбиты наблюдается:*

- а) отек и гиперемия век;
- б) хемоз конъюнктивы;
- в) офтальмоплегия;
- г) все перечисленное;
- д) только А и В.

426. *К причинам, вызывающим периоститы, относятся:*

- а) заболевания придаточных пазух носа;
- б) дакриоцистит;
- в) фурункулы кожи лица;
- г) кариес зубов;
- д) все перечисленное верно.

427. *Клинические признаки остеопериостита орбиты:*

- а) экзофтальм;
- б) ограничение подвижности глазного яблока;
- в) болезненность при надавливании;
- г) отек век;
- д) все перечисленное верно.

428. *Флегмона орбиты может быть вызвана:*

- а) распространением инфекции из прилегающих анатомических структур;
- б) распространением инфекции метастатическим путем из отдаленного очага;
- в) проникающим ранением с наличием инородного тела;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

429. *Причинами билатерального экзофтальма являются:*

- а) двусторонний тромбоз кавернозного синуса;
- б) тиреотоксикоз;
- в) двустороннее повреждение орбиты;
- г) все перечисленное верно.

430. *К первичным доброкачественным опухолям орбиты относятся:*

- а) ангиома;
- б) менингиома;
- в) глиома;
- г) смешанная опухоль слезной железы;
- д) все перечисленное.

431. *Причинами одностороннего экзофтальма являются:*

- а) ретробульбарная гематома;
- б) опухоли орбиты;
- в) флегмона орбиты;
- г) псевдотумор;
- д) все перечисленное.

432. *Пульсирующий экзофтальм:*

- а) является результатом артерио-венозного соустья ; между внутренней сонной артерией и кавернозным синусом;
- б) наблюдается при мукоцеле;
- в) наблюдается при абсолютно болящей глаукоме;
- г) наблюдается при диакриоадените.

433. *Показаниями к энуклеации являются:*

- а) абсолютно болящий слепой глаз;
- б) внутриглазная злокачественная опухоль;
- в) симпатическая офтальмия;
- г) слепой глаз, разможенный травмой;
- д) все перечисленное.

434. *Неотложная помощь при флегмоне:*

- а) вскрытие и дренирование орбиты;
- б) холод;
- в) токи ультравысокой частоты;
- г) все перечисленное.

435. *Пульсирующий экзофтальм характерен для:*

- а) вторичной опухоли орбиты;
- б) метастатической опухоли орбиты;
- в) пиоцеле;
- г) сосудистых нарушениях в орбите.

436. *Диффузное острое воспаление орбитальной клетчатки - это:*

- а) остеопериостит;
- б) флегмона;
- в) абсцесс;
- г) фурункул;
- д) ячмень.

437. *Ретракция верхнего века наблюдается при:*

- а) каротидно-кавернозном соустье;
- б) менингиоме;

- в) эндокринном экзофтальме;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

ЗАБОЛЕВАНИЯ РОГОВИЦЫ И СКЛЕРЫ

ПК-4,9

438. Средний диаметр роговицы взрослого человека в норме равен:

- а) 8-9 мм;
- б) 10 мм;
- в) 11-12 мм;
- г) 13-14 мм;
- д) 15-16 мм.

439. Средняя величина преломляющей силы роговицы взрослого человека равна:

- а) 23 диоптриям;
- б) 30 диоптриям;
- в) 43 диоптриям;
- г) 50 диоптриям;
- д) 53 диоптриям.

440. Средняя величина радиуса кривизны передней поверхности роговицы взрослого человека составляет:

- а) 9 мм;
- б) 7,7-7,8 мм;
- в) 6,7-6,8 мм;
- г) 5,5 мм;
- д) 5 мм.

441. Нормальная толщина центральной части роговицы взрослого человека равна:

- а) 1,5 мм;
- б) 1,2 мм;
- в) 0,7-0,8 мм;
- г) 0,5-0,6 мм;
- д) 0,4 мм.

442. Для измерения радиуса кривизны и преломляющей силы роговицы применяется:

- а) офтальмометр;
- б) рефрактометр;
- в) офтальмоскоп;
- г) ретинофот;
- д) диоптриметр.

443. Для измерения толщины роговицы применяется:

- а) офтальмометр;
- б) кератопахометр;
- в) кератометр;
- г) рефрактометр;
- д) эстезиометр;

444. 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.

445. 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.

446. Наличие перикорнеальной инъекции глазного яблока, шероховатой по-верхности роговицы, нарушения тактильной чувствительности рогови-цы, инфильтратов в роговице и васкуляризации роговицы характерно для:

- а) тромбоза центральной зоны сетчатки;
- б) дегенерации желтого пятна;
- в) катаракты;
- г) диабетической ретинопатии;
- д) кератита.

447. При центральной язве роговицы с угрозой ее прободения показано:

- а) хирургическое лечение в плановом порядке;
- б) консервативное лечение;
- в) срочное хирургическое лечение;
- г) динамическое наблюдение.

448. При центральной язве роговицы с угрозой ее перфорации показано:

- а) инстилляций и инъекции антибактериальных лекарственных средств;
- б) инстилляций и инъекции миотиков;
- в) "-"- "-"- мидриатиков;
- г) "-"- "-"- кортикостероидов;
- д) срочное оперативное лечение.

449. При операциях на роговице предпочтительно накладывать швы из:

- а) шелка туркменского;
- б) шелка виргинского;
- в) нейлона;
- г) кетгута;
- д) любого из вышеперечисленных материалов.

450. Оптимальный срок для снятия швов после субтотальной сквозной кератопластики:

- а) 3-4 недели;
- б) 1-2 месяца;
- в) 3-4 месяца;
- г) 4-5 месяцев;
- д) 6 месяцев и более.

451. Сочетание признаков - снижение остроты зрения, невозможность коррекции зрения очковыми стеклами, уменьшение радиуса кривизны роговицы, наличие неправильного роговичного астигматизма характерно для:

- а) кератита;
- б) катаракты;
- в) кератоконуса;
- г) склерита;
- д) пингвекулы.

452. Для кератоконуса характерны:

- а) гиперметропия;
- б) правильный астигматизм;
- в) неправильный астигматизм;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

453. При кератоконусе в далеко зашедшей стадии возможна коррекция зрения:

- а) сферическими и цилиндрическими стеклами;
- б) бифокальными сферопризматическими стеклами;
- в) контактными линзами;
- г) любым из перечисленного.

454. В этиологии склеритов и эписклеритов не имеет значения:

- а) сифилис;
- б) туберкулез;
- в) ревматизм;
- г) гипертоническая болезнь;
- д) бруцеллез.

455. При кольце Флейшера обнаруживается все перечисленное, за исключением:

- а) дегенерации в подлежащей Боуеновой мембране;
- б) желтоватого кольца или дуги у основания конуса при керат.. кератоконусе;
- в) поверхностной васкуляризации роговицы;
- г) отложении железа в глубоких слоях роговицы.

456. При склерите характерно:

- а) повреждение склерального покрова;
- б) наличие боли;
- в) болезнь соединительной ткани;
- г) истончение склеры;
- д) все перечисленное.

457. Для эписклерита характерны следующие положения:

- а) является воспалением эписклеральной ткани;
- б) вызывает неприятное ощущение;
- в) не влияет на остроту зрения;
- г) рассасывается спонтанно;
- д) все перечисленное.

458. При пигментации роговицы железо внутри эпителия роговицы накапливается из:

- а) слезной жидкости;
- б) плазмы крови;
- в) водянистой влаги;
- г) распада внутриклеточных цитохромных ферментов;
- д) всего перечисленного.

459. Показаниями к проведению вакцинотерапии являются:

- а) наличие у больных частых обострений офтальмогерпеса;
- б) активные клинические проявления офтальмогерпеса;
- в) наличие внеглазных острых герпетических поражений одновременно с заболеванием глаза;
- г) все перечисленное.

460. Старческая роговичная дуга:

- а) имеется у 3/4 пациентов в возрасте старше 50 лет;
- б) бывает иногда и у 30-40-летних пациентов;
- в) ограничивается эпителием роговицы;
- г) не доходит до лимба;
- д) все перечисленное.

461. Центральные язвы роговицы:

- а) потенциально тяжелее, чем периферические;
- б) имеют бактериальное происхождение;
- в) имеют герпетическое происхождение;
- г) могут быть некротическими;
- д) все перечисленное.

462. При наследственной эпителиально-эндотелиальной дистрофии роговицы видны:

- а) эпителиальные кисты;
- б) эпителиальные дефекты;
- в) дефекты и помутнения эндотелия;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

463. При увеличенной роговице (мегалокорнея):

- а) роговица может быть прозрачной;
- б) имеется врожденное помутнение края роговицы у лимба;
- в) передняя камера увеличена;
- г) часто бывает подвывих хрусталика;
- д) все перечисленное.

464. Следует подозревать микоз, как причину, если язва роговицы:

- а) резистентна к антибиотикам;
- б) появляется после выскабливания;
- в) окружена ореолом разжижения;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

465. . При лечении грибковых инфекций роговицы следует помнить, что:

- а) некоторые чувствительны к сульфамидам;
- б) "- -" к антибиотикам;
- в) кортикостероиды ухудшают их течение;
- г) никакие противогрибковые препараты не имеют широкого спектра;
- д) все перечисленное.

466. Трахома характеризуется следующими проявлениями:

- а) незрелые фолликулы на верхней пластинке хряща века;
- б) эпителиальный кератит;
- в) образование паннуса (мембраноподобной васкуляризации);
- г) образованием рубцовой ткани с осложнениями на веке;
- д) всем перечисленным.

467. *Краевые язвы роговицы могут быть:*

- а) токсическими, вызванными конъюнктивитом;
- б) типа Морена;
- в) вызваны "аспе rosacea";
- г) связаны с некоторыми общими заболеваниями;
- д) все перечисленное.

Поверхностный точечный кератит:

- а) был описан, как самостоятельная болезнь, Тайгенсоном;
- б) дает мелкоточечное прокрашивание всей роговицы;
- в) глаз при нем относительно не воспален;
- д) все перечисленное.

468. *Гранулярная дистрофия роговицы (Греноу тип I):*

- а) имеет поверхностную локализацию повреждений;
- б) не затрагивает периферию;
- в) характеризуется наследственностью по доминантному типу;
- г) характеризуется некоторой потерей чувствительности роговицы;
- д) все перечисленное.

469. *При врожденной лейкоме роговицы характерно все перечисленное, кроме:*

- а) причиной является внутриутробное воспаление;
- б) имеется васкуляризация;
- в) могут быть передние синехии;
- г) не имеется других аномалий.

470. *Лентовидная дистрофия роговицы:*

- а) встречается у детей;
- б) связана с артритом и иритом;
- в) появляется в области интерпальпебральной щели;
- г) при биомикроскопии обнаруживаются темные "дыры" в Боуеновой мембране;
- д) все перечисленное.

471. *При сетчатой дистрофии роговицы имеет место все перечисленное, кроме:*

- а) линии стромы представляют дегенерированные нервы роговицы;
- б) чувствительность роговицы снижена;
- в) эпителий становится шероховатым, огрубевшим;
- г) острота зрения снижается незначительно.

472. *Макулярная дистрофия роговицы характеризуется:*

- а) диффузными и быстро прогрессирующими облачковидными помутнениями;
- б) поверхностными повреждениями в центральной области роговицы;
- в) повреждением стромы на периферии роговицы;
- г) ранним снижением остроты зрения;
- д) всем перечисленным.

473. *Пигментное кольцо Кайзер-Флейшера при болезни Вильсона:*

- а) расположено в десцеметовой мембране;
- б) является отложением меди;
- в) эндотелий прозрачен;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

474. *Острый кератоконус:*

- а) сопровождается внезапным затуманиванием зрения;
- б) при появлении дает картину острого кератита;
- в) после купирования острого процесса дает улучшение зрения;
- г) происходит от гидратации роговицы вследствие разрыва десцеметовой мембраны;
- д) все перечисленное.

475. *Сифилитический кератит может сопровождаться:*

- а) ранним появлением боли и светобоязни;
- б) образованием синехий;
- в) стромальной пленкой, наиболее плотной в центре;
- г) повышением внутриглазного давления;
- д) всем перечисленным.

476. *При отторжении роговичного трансплантата неудача может быть результатом:*

- а) технических погрешностей хирурга;
- б) у донора имеется болезнь или дегенерация эндотелия роговицы;

- в) неправильного хранения донорского материала;
- г) слишком длительного хранения донорского материала;
- д) всего перечисленного.

477. К наиболее значимым факторам в патогенезе отека роговицы, вызываемого контактной линзой, относятся:

- а) уменьшение снабжения кислородом как самого значительного фактора в образовании отека роговицы;
- б) наличие относительно непроницаемого барьера;
- в) уменьшение объема слез не только с возрастом, но и при некоторых состояниях – таких, как синдром Сьегрена;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

478. Отложения меди в ткани роговицы обнаруживаются при:

- а) линии Стоккера;
- б) линии Хадсон-Штали;
- в) кольце Кайзер-Флейшера;
- г) линии (кольце) Флейшера;
- д) всем перечисленным.

479. Отложения железа в ткани роговицы могут обнаруживаться при:

- а) старческой дуге;
- б) линии (кольце) Флейшера;
- в) кольце Кайзер-Флейшера;
- г) всем перечисленным;
- д) только А и В.

480. Признаками нейропаралитического кератита являются:

- а) светобоязнь;
- б) слезотечение;
- в) эрозии роговицы с последующим изъязвлением;
- г) блефароспазм;
- д) все перечисленное.

481. Поверхностная васкуляризация роговицы встречается при:

- а) фликтенулезном кератите;
- б) аденовирусном конъюнктивите;
- в) склерите;
- г) эписклерите;
- д) всем перечисленным.

482. Проявлением болезни Сьегрена со стороны органа зрения является:

- а) склерит;
- б) повышение внутриглазного давления;
- в) сухой кератоконъюнктивит;
- г) отслойка сетчатки;
- д) все перечисленное.

483. При пробе Ширмера нормальным результатом, не вызывающим подозрения на нарушение функции, является:

- а) смачивание полоски фильтрованной бумаги на 5 мм и меньше;
- б) смачивание полоски фильтрованной бумаги на 5-10 мм;
- в) смачивание полоски фильтрованной бумаги 10 мм и более;
- г) полное отсутствие смачивания фильтрованной бумаги.

484. Парез лицевого нерва может привести к:

- а) повышению внутриглазного давления;
- б) кератопатии и кератиту;
- в) нистагму;
- г) отслойке сетчатки;
- д) всему перечисленному.

485. При начальных проявлениях сухого кератоконъюнктивита предпочтительнее всего назначать инстилляций:

- а) кортикостероидов;
- б) антибиотиков;
- в) сульфаниламидов;
- г) миотиков;
- д) препаратов искусственной слезы.

486. При болезни Вегенера (гранулематоз неинфекционный некротический) наиболее частым проявлением со стороны глаз является:

- а) кератоконус;
- б) краевой язвенный кератит;

- в) микрокорнея;
- г) врожденная катаракта;
- д) все перечисленное.

487. При буллезной кератопатии может быть эффективно назначение:

- а) жестких контактных линз;
- б) мягких контактных линз;
- в) и того, и другого;
- г) ни того, ни другого.

488. Отложения жира в роговице могут обнаружиться при :

- а) кольца Кайзер-Флейшера;
- б) линии Стоккера;
- в) старческой дуге;
- г) линии Хадсон-Штали;
- д) всем перечисленным.

489. Жесткие контактные линзы эффективны при:

- а) рецидивирующей эрозии роговицы;
- б) буллезной кератопатии;
- в) кератоконусе;
- г) всем перечисленным.

490. Преимуществом контактных линз перед очками является:

- а) более широкое поле зрения;
- б) близкая к нормальной величина изображения;
- в) косметическое преимущество;
- г) возможность исправления неправильного астигматизма;
- д) все перечисленное.

491. Противопоказанием к назначению контактных линз является:

- а) нарушение эпителия роговицы;
- б) гипертоническая болезнь;
- в) глазные операции в анамнезе;
- г) тромбоз центральной вены сетчатки в анамнезе;
- д) все перечисленное.

492. Противопоказаниями к назначению контактных линз являются:

- а) блефарит;
- б) мейбомит;
- в) халязион;
- г) ячмень;
- д) все перечисленное.

493. При синдроме "сухих глаз" для диагностики важны:

- а) осмотр обнаженной полоски, где должен быть непрерывный поток слез;
- б) проба Ширмера, основанная на скорости смачивания полоски фильтрованной бумаги, прикрепляемой над краевой границей века;
- в) проба с красителем, состоящая из закапывания известного заранее количества флюоресцеина, вслед за чем проводится флюорометрия;
- г) окраска Бенгальской розой;
- д) все перечисленное.

494. Для синдрома Сьегрена характерно:

- а) поражение слюнных и слезных желез;
- б) развитие сухого кератоконъюнктивита;
- в) светобоязнь;
- г) болевой синдром;
- д) все перечисленное.

495. Для синдрома Сьегрена характерны все перечисленные признаки, кроме:

- а) инъекции конъюнктивы;
- б) прогрессирующих ксеротических изменений роговицы;
- в) появления кольца Флейшера;
- г) появления светобоязни;
- д) появления болевого синдрома.

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

- а) сухой хронический конъюнктивит и блефароконъюнктивит;

- б) эпителиальная дистрофия роговицы;
- в) буллезно-нитчатый кератит;
- г) ксероз роговицы;
- д) все перечисленное.

497. *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.

498. *Снижение остроты зрения при заболеваниях роговицы может быть связано с :*

- а) увеличением размеров роговицы (мегалокорнеа);
- б) уменьшением размеров роговицы (микрокорнеа);
- в) уменьшением радиуса кривизны роговицы;
- г) увеличении радиуса кривизны роговицы;
- д) любым из перечисленного.

499. *Эрозия роговицы может сопровождаться:*

- а) слезотечением;
- б) светобоязнью;
- в) блефароспазмом;
- г) ощущением боли в глазу;
- д) всем перечисленным.

500. *Для роговичного синдрома характерны:*

- а) светобоязнь и слезотечение;
- б) блефароспазм;
- в) ощущение инородного тела под веками;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

501. *К операциям рефракционной кератопластики относится:*

- а) кератомилез;
- б) кератофакия;
- в) эпикератофакия;
- г) тоннельная кольцевидная кератопластика;
- д) все перечисленное.

502. *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.

503. *Для различия форм герпетического кератита характерно:*

- а) нейротрофический характер поражения, одним из проявлений которого является снижение чувствительности роговицы глаза;
- б) замедленная регенерация;
- в) безуспешность а/бактериальной терапии;
- г) верно А и Б;
- д) все перечисленное.

504. *К поверхностному герпетическому кератиту относятся:*

- а) древовидный кератит;
- б) метагерпетический кератит;
- в) ландкартообразный кератит;
- г) дисковидный кератит;
- д) верно А и В.

505. *Клинические формы офтальмогерпеса могут быть представлены:*

- а) везикулезным кератитом;
- б) краевым кератитом;
- в) рецидивирующей эрозией роговицы;
- г) увеитом;
- д) всем перечисленным.

506. Проведение микродиатермокоагуляции показано при:

- а) поверхностных и глубоких поражениях роговицы, протекающих с изъязвлением;
- б) наличии у больных выраженных явлений местной медикаментозной аллергии;
- в) наличии признаков диффузной воспалительной инфильтрации, захватывающей большую часть площади роговицы;
- г) всем перечисленным.

507. В лечении поверхностных форм герпетического кератита наиболее эффективно применение:

- а) интерферонов и интерфероногенов;
- б) кортикостероидов;
- в) антибиотиков;
- г) правильно А и В;
- д) всех перечисленных препаратов.

508. Методами диагностики офтальмогерпеса являются:

- а) цитологическая диагностика;
- б) очаговые аллергические реакции;
- в) метод флюоресцирующих антител;
- г) верно А и Б;
- д) все перечисленное.

509. Введение полудана в переднюю камеру показано при:

- а) кератоиридоциклитах с изъязвлением передней поверхности роговицы;
- б) увеакератитах с изъязвлением задней поверхности роговицы;
- в) изолированных иридоциклитах и увеитах;
- г) наличии патогенной микрофлоры в посевах конъюнктив;
- д) верно А и Г.

510. Возможны следующие способы применения полудана:

- а) частые инстилляции;
- б) подконъюнктивальные инъекции;
- в) внутриглазное введение в переднюю камеру;
- г) ретробульбарное введение;
- д) все перечисленное.

511. Неспецифическая противовирусная терапия проводится:

- а) полуданом;
- б) продигозаном;
- в) противогерпетической поливакциной;
- г) ацикловиром;
- д) правильно А и Б.

512. Противопоказания для вакцинации при офтальмогерпесе являются:

- а) активные клеточные проявления глазного и внеглазного герпеса;
- б) аллергические и астмоидные состояния больного;
- в) гнойничковые заболевания кожи и слизистых;
- г) заболевания эндокринной системы;
- д) все перечисленное.

513. Применение кортикостероидов показано при:

- а) древовидном кератите;
- б) ландкартообразном кератите;
- в) рецидивирующей эрозии роговицы;
- г) дисковидном кератите.

514. Показанием к лечебной кератопластике является:

- а) длительное течение (1-1,5 мес. и более) кератита;
- б) неэффективность консервативного лечения;
- в) острота зрения 0,1 и ниже;
- г) все перечисленное.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ПК-4,9

515. Этиология увеитов связана с:

- а) условиями жизни населения;
- б) циркуляцией возбудителя;
- в) наличием условий передачи инфекции;
- г) всем перечисленным.

516. К инфекционным агентам, способным поражать глаз, относятся:

- а) вирусы;
- б) грибы;
- в) гельминты;
- с) простейшие;
- д) все перечисленные.

517. *Внутриутробные вирусные увеиты у детей обычно вызываются вирусами:*

- а) краснухи и кори;
- б) ветряной оспы;
- в) гриппа;
- г) цитомегаловируса;
- д) всеми перечисленными.

518. *Цитомегаловирус может быть обнаружен в:*

- а) молоке матери;
- б) шейке матки;
- в) ткани сетчатки;
- г) слезной жидкости;
- д) всем перечисленным.

519. *Преобладающим источником стрептококковой инфекции при увеите является:*

- а) язвенный колит;
- б) тонзиллит;
- в) пневмония;
- г) заболевания зубов.

520. *Токсоплазмозные увеиты наиболее часто встречаются:*

- а) при внутриутробной передаче инфекции;
- б) после лечения стероидами;
- в) после лечения цитостатиками;
- г) при подавлении клеточного иммунитета.

521. *Грибковому поражению глаз способствует:*

- а) длительная антибиотикотерапия;
- б) лечение стероидами;
- в) и то, и другое;
- г) ни то, и ни другое.

522. *Генерализованные и двусторонние поражения сосудистой оболочки глаза преобладают при:*

- а) стафилококковых поражениях;
- б) системных заболеваниях;
- в) токсоплазмозе;
- г) стрептококковых заболеваниях.

523. *К профилактическим мероприятиям по предупреждению увеитов относятся:*

- а) устранение воздействий неблагоприятных факторов внешней среды;
- б) исключение потребления алкоголя;
- в) избегание стрессовых состояний;
- г) все перечисленное.

524. *Факторами риска при возникновении увеита являются:*

- а) генетическое предрасположение;
- б) нарушение гематоофтальмического барьера;
- в) наличие синдромных заболеваний;
- г) все перечисленное;

525. *При приобретенном токсоплазмозе наиболее частой формой является:*

- а) передний увеит;
- б) эписклерит;
- в) задний и генерализованный увеит;
- г) нейроретинит.

526. *При выборе методов лечения увеитов наиболее важно определить:*

- а) этиологическую форму заболевания;
- б) преимущественную локализацию процесса;
- в) активность и характер течения процесса;
- г) наличие сопутствующих заболеваний;
- д) все перечисленные.

527. *В патогенезе увеитов ведущее значение принадлежит:*

- а) генетическому предрасположению к иммунным расстройствам;
- б) острым и хроническим инфекциям в организме;
- в) химическим и физическим факторам воздействия;
- г) всему перечисленному;
- д) ничему из перечисленного.

528. *Через цилиарный эпителий, служащий барьером для белка, проходят:*

- а) только низкомолекулярные субстанции;
- б) только высокомолекулярные субстанции;
- в) и те, и другие;
- г) ни те, и ни другие.

529. *В супрахориоидее имеются:*

- а) симпатические цилиарные нервы;
- б) парасимпатические цилиарные нервы;
- в) и те, и другие;
- г) ни те, ни другие.

530. *К ведущим факторам, определяющим иммунологический гемостаз в организме, относятся:*

- а) генотип организма;
- б) состояние вилочковой железы;
- в) надпочечники;
- г) гипофизарно-адреналиновая система;
- д) все перечисленное.

531. *Реакция антиген-антитело в тканях глаза при увеитах сопровождается:*

- а) воспалением;
- б) гемолизом;
- в) отложением пигмента;
- г) отложением липидов;
- д) всем перечисленным.

532. *Ведущими органами иммуногенеза являются:*

- а) костный мозг;
- б) вилочковая железа;
- в) селезенка;
- г) лимфатические узлы;
- д) все перечисленное.

533. *Понятие "защитный барьер" глаза включает:*

- а) гематофтальмический барьер;
- б) бактериостатические факторы слезы;
- в) протеолитические ферменты;
- г) систему секретных и сывороточных иммуноглобулинов - реакции специфического клеточного и гуморального иммунитета;
- д) все перечисленное.

534. *В организме человека интерферон вырабатывается:*

- а) лимфоцитами;
- б) лейкоцитами;
- в) макрофагами;
- г) всеми перечисленными клетками;
- д) только А и В.

535. *Патогенетическое применение интерферона показано при:*

- а) хроническом течении увеита;
- б) угнетении клеточного иммунитета;
- в) частых простудных заболеваниях;
- г) всем перечисленным.

536. *Наиболее информативной в диагностике туберкулезного увеита является:*

- а) туберкулиновая проба;
- б) офтальмоскопия;
- в) биомикроскопия;
- г) рентгенография.

537. *При подозрении на вирусную этиологию увеита обнаружить антигены вируса можно в:*

- а) соскобах конъюнктивы и соскобах роговицы;
- б) слезной жидкости;
- в) влаге передней камеры;
- г) сыворотке крови;

д) всем перечисленным.

538. *Обследованию на токсоплазмоз подлежат больные с:*

- а) очаговым и центральным хориоретинитом;
- б) различными проявлениями глазной патологии в раннем возрасте;
- в) склеритами неясной патологии;
- г) все перечисленные;
- д) только А и В.

539. *Основными методами лабораторных исследований при токсоплазмозе являются:*

- а) РБТ с токсоплазмином;
- б) определение чувствительности к токсоплазме;
- в) и то, и другое;
- г) ни то и ни другое.

540. *При бруцеллезном увеите обычно поражается:*

- а) радужка;
- б) уилларное тело;
- в) сетчатка;
- г) все перечисленное.

541. *Туберкулезный увеит обычно развивается в результате:*

- а) воздушно-капельного заражения;
- б) вторичной инфекции по системе кровообращения;
- в) обоими путями;
- г) ни одним из перечисленных.

542. *Для клинической картины туберкулеза глаз характерно:*

- а) острое течение;
- б) подострое хроническое течение;
- в) полиморфное течение;
- г) любой из перечисленных вариантов.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕТЧАТКИ И СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА ПК-4,9

543. *Решетчатая дегенерация сетчатки:*

- а) является заболеванием периферии сетчатки и проявляется истончением сетчатки;
- б) сопровождается патологией прилегающего стекловидного тела;
- в) характеризуется ветвящейся сетью тонких линий;
- г) обнаруживается предрасположением к разрывам вдоль заднего края этого процесса;
- д) все перечисленное.

544. *При изменениях стекловидного тела, связанных с решетчатой дегенерацией, обнаруживают:*

- а) мелкие желтые блестящие частицы по соседству с сетчаткой;
- б) серовато-белую полосу, окружающую эту дегенерацию;
- в) зону соединения стекловидного тела и сетчатки между этой полосой и сетчаткой;
- г) разжижение стекловидного тела над дегенерацией сетчатки;
- д) все перечисленное.

545. *Отслойка сетчатки, связанная с решетчатой дегенерацией, наблюдается в тех случаях, когда:*

- а) в участках дегенерации в сетчатке появляются отверстия;
- б) жидкость входит и отделяет сенсорную сетчатку;
- в) наблюдаются разрывы вдоль заднего края дегенерации сетчатки;
- г) разрывы увеличиваются по всей длине участка дегенерации;
- д) все перечисленное.

546. *Болезнь Илса характеризуется:*

- а) связью с туберкулезом;
- б) васкулитом сетчатки;
- в) образованием оболочки вокруг сосудов и телеангиоэктазиями;
- г) поздней отслойкой сетчатки;
- д) всем перечисленным.

547. *Трещины в мембране Бруха могут:*

- а) не проявляются клинически;
- б) приводят к повреждению хориокапилляриса;
- в) приводят к кровоизлиянию и трансудации;
- г) приводят к фиброзной пролиферации через разрывы;
- д) все перечисленное.

548. При универсальном альбинизме:

- а) отмечается аутосомно-рецессивная наследственность;
- б) существует непосредственная связь между остротой зрения и пигментацией;
- в) наблюдается отсутствие ямки;
- г) наблюдается нистагм;
- д) все перечисленное.

549. При болезни Коатса обнаруживаемые на глазном дне изменения включают:

- а) геморагии;
- б) дилатацию кровеносных сосудов;
- в) анастомозы между кровеносными сосудами;
- г) отслойку сетчатки;
- д) все перечисленное.

550. Пигментный эпителий сетчатки:

- а) состоит из одного слоя кубических клеток;
- б) присоединен к кутикулярному слою мембраны Бруха;
- в) большая часть пигмента находится в средней и внутренней части клеток;
- г) в зрительной порции клеток обнаруживаются нитевидные отростки;
- д) все перечисленное.

551. Заболевания сосудистой оболочки и сетчатки приводят к следующим изменениям пигментного эпителия:

- а) простой пролиферации;
- б) пролиферации и образованию кутикулярных масс;
- в) гиперактивности без пролиферации;
- г) пролиферации в результате потребности в фагоцитах;
- д) всему перечисленному.

552. Ретиношизис:

- а) является результатом слияния и увеличения периферических микрокист сетчатки;
- б) начинается в наружном слое;
- в) в просвете кист обнаруживаются тяжи соединительной ткани от внутренних до наружных ограничивающих мембран;
- г) обнаруживается выпячивание внутрь внутренней стенки с расщеплением сетчатки;
- д) все перечисленное.

553. При ретиношизисе тактика лечения определяется:

- а) периодическими обследованиями глазного дна;
- б) изменением дефекта поля для наблюдения за дальнейшим развитием заболевания;
- в) прогрессированием с поражением макулы;
- г) присутствием большого разрыва в наружном слое ретиношизисной полости;
- д) всем перечисленным.

554. Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:

- а) спазмом;
- б) эмболией;
- в) тромбозом;
- г) всем перечисленным;
- д) только Б и В.

555. Острые нарушения артериального кровообращения в зрительном нерве могут быть вызваны:

- а) спазмом;
- б) эмболией;
- в) тромбозом;
- г) всем перечисленным;
- д) только А и В.

556. Острые нарушения венозного кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:

- а) спазмом;
- б) эмболией;
- в) тромбозом;
- г) всем перечисленным;
- д) только А и Б.

557. 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.

558. *Тромбоз вен сетчатки характеризуется:*

- а) снижением зрения;
- б) отеком сетчатки;
- в) кровоизлияниями;
- г) всем перечисленным .

559. *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.

560. *При тромбозе вен сетчатки в стекловидном теле отмечаются:*

- а) геморрагии;
- б) экссудативные выпоты;
- в) отслойка задней пластины;
- г) все перечисленное.

561. *Феномен вишневого пятна наблюдается при:*

- а) неврите;
- б) дистрофиях сетчатки;
- в) тромбозе вен сетчатки;
- г) острой артериальной непроходимости сетчатки;
- д) всем перечисленным.

562. *При тромбозе вен сетчатки геморрагии локализуются:*

- а) преретинально;
- б) интратетинально;
- в) субретинально;
- г) во всех перечисленных слоях сетчатки;
- д) только А и В.

563. *Последствия тромбоза вен сетчатки характеризуются:*

- а) вторичными дистрофическими изменениями сетчатки;
- б) частичной атрофией зрительного нерва;
- в) вторичной посттромботической глаукомой;
- г) совокупностью или преобладанием одного из перечисленных факторов.

564. *Лечение тромбозов вен сетчатки включает:*

- а) тромболитики;
- б) антикоагулянты и антиагреганты;
- в) симптоматические средства;
- г) лазертерапию;
- д) все перечисленное.

565. *Лазертерапия сетчатки показана при:*

- а) артериальной непроходимости в остром периоде заболевания;
- б) артериальной непроходимости в отдаленном периоде заболевания;
- в) венозной непроходимости в остром периоде заболевания;
- г) венозной непроходимости в отдаленном периоде заболевания;
- д) всем перечисленным.

566. *Наиболее прочный контакт сетчатки и стекловидного тела выражен в области:*

- а) зубчатой линии;
- б) макулярной зоны;
- в) диска зрительного нерва;
- г) сосудов сетчатки.

567. *Риск возникновения отслойки сетчатки повышен у:*

- а) близоруких людей;
- б) больных после интракапсулярной экстракции катаракты;
- в) больных после контузии глазного яблока;
- г) при всех перечисленных факторах одинаково часто.

568. *Пузыри отслоенной сетчатки обычно выше:*

- а) на стороне разрыва;
- б) на противоположной разрыву стороне;

- в) величина пузыря не зависит от локализации разрыва;
- г) закономерности не выявляются.

569. При разрывах в верхней половине отслойки сетчатки:

- а) не имеется тенденции к образованию тотальной отслойки;
- б) склонна к образованию тотальной отслойки;
- в) никогда не бывает тотальной;
- г) закономерности не выявляются.

570. По международной классификации в отслойке сетчатки выделяют:

- а) 2 степени;
- б) 3 степени;
- в) 4 степени;
- г) 5 степени.

571. При отслойке сетчатки больные обращаются с жалобами на:

- а) появление плавающих помутнений;
- б) появление "вспышек" в глазу;
- в) появление "завесы" перед глазом;
- г) все перечисленное;
- д) только А и В.

572. Исход хирургического лечения отслойки сетчатки зависит от выбора:

- а) способа пломбирования;
- б) способа коагуляции;
- в) материала для пломбирования;
- г) всего перечисленного.

573. При выборе способа коагуляции при хирургическом лечении отслойки сетчатки предпочтение обычно отдается:

- а) лазеркоагуляции;
- б) криокоагуляции;
- в) диатермокоагуляции;
- г) фотокоагуляции;
- д) по показаниям.

574. Хирургическое лечение отслойки сетчатки бесперспективно, когда:

- а) ЭРГ отрицательная;
- б) чувствительность порогов не выше 350 мка;
- в) КЧСМ ниже 14 Гц;
- г) все перечисленное.

575. Повторная операция при отслойке сетчатки показана в случае:

- а) обнаружения нового разрыва;
- б) сохранения пузыря отслойки с прогрессированием;
- в) вала вдавления, не совпадающего с разрывом;
- г) всего перечисленного;
- д) ничего из перечисленного.

576. Слепота в раннем послеоперационном периоде после устранения отслойки сетчатки может быть обусловлена:

- а) экстраокулярной инфекцией;
- б) синдромом ишемии переднего отрезка;
- в) окклюзией центральной артерии сетчатки;
- г) отслойкой сосудистой оболочки.

577. Рассечение силиконовой ленты при невралгических болях в глазу после операции по поводу отслойки сетчатки показано не ранее:

- а) 6-го дня после операции;
- б) 1 месяца после операции;
- в) 2-х месяцев "-";
- г) полугодом "-".

578. Хориоретинальный контакт обеспечивается:

- а) механическим компонентом;
- б) биохимическим компонентом;
- в) биологическим компонентом;
- г) гидростатическим компонентом;
- д) всем перечисленным.

579. К факторам, способствующим возникновению отслойки сетчатки, относятся:

- а) эмбриологический и анатомический;

- б) наследственный;
- в) механический;
- г) гемодинамический;
- д) все перечисленные.

580. Дефект поля зрения:

- а) может указать на локализацию разрыва;
- б) не может указать на локализацию разрыва;
- в) не отмечается при отслойке сетчатки.

581. При отслойке сетчатки наиболее часто сопутствующим заболеванием является:

- а) глаукома;
- б) увеит;
- в) тромбоз вен сетчатки;
- г) все перечисленное одинаково часто.

582. При обследовании больных с отслойкой сетчатки основное внимание уделяется состоянию:

- а) передней камеры;
- б) стекловидного тела;
- в) сетчатки;
- г) всему перечисленному.

583. К тотальной отслойке сетчатки наиболее часто приводят:

- а) дырчатые разрывы;
- б) ретинальные разрывы;
- в) клапанные разрывы;
- г) макулярные разрывы.

584. При отслойке сетчатки энтоптические феномены широко используются потому, что:

- а) не требуют специальной аппаратуры;
- б) безопасны;
- в) не зависят от прозрачности сред;
- г) все перечисленное.

585. Наиболее благоприятный прогноз при отслойке сетчатки бывает при хирургическом вмешательстве в сроки от начала заболевания:

- а) первые 2 недели;
- б) не более 3-х месяцев;
- в) от 3-х до 6-ти месяцев;
- г) после 6-ти месяцев.

586. В основе диабетических ангиопатий лежит:

- а) нарушение обмена веществ;
- б) инсулинотерапия;
- в) повышенное внутриглазное давление;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

587. К факторам, способствующим развитию диабетической ангиоретинопатии, относятся:

- а) гипергликемия;
- б) гипоглобулинемия;
- в) миопия;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно А и В.

588. Для I стадии диабетической ретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения:

- а) кровоизлияния в сетчатку и стекловидное тело;
- б) гемиянопсия;
- в) неоваскуляризация радужки;
- г) задние синехии, сужение артерий и артериол;
- д) макро- и микроаневризмы.

589. Для II стадии диабетической ретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения:

590. Для III стадии диабетической ангиоретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения:

- а) кровоизлияния в стекловидное тело с началом пролиферации, неоваскуляризации; неоваскуляризация на диске зрительного нерва;
- б) отслойка сетчатки;
- в) макулодистрофия;
- г) тромбоз полный или неполный центральной вены сетчатки или ее ветви;
- д) нарушение кровообращения в системе, питающей зрительный нерв.

591. К основным признакам диабетического ирита относятся:

- а) выраженная инъекция;
- б) выраженные преципитаты;
- в) гипопион;
- г) вялое расширение зрачка;
- д) все перечисленное.

592. Основные биомикроскопические признаки начальной диабетической катаракты включают:

- а) помутнение в зоне отщепления;
- б) помутнение под задней капсулой;
- в) помутнение под передней капсулой;
- г) уплотнение поверхности ядра.

593. В выборе сроков хирургического лечения диабетической катаракты имеет значение:

- а) степень зрелости катаракты;
- б) возраст пациента;
- в) острота зрения;
- г) биомикроскопический вариант катаракты.

594. Оптимальным вариантом коррекции афакии у больного сахарным диабетом являются:

- а) очки;
- б) жесткие контактные линзы;
- в) мягкие контактные линзы;
- г) интраокулярная линза;
- д) кератомилез.

595. Основные принципы в лечении простой диабетической ангиоретинопатии включают все перечисленное, за исключением:

- а) противовоспалительной терапии;
- б) терапии антидиабетическими препаратами;
- в) сосудорасширяющих препаратов;
- г) витаминотерапии;
- д) медикаментозных средств, улучшающих микроциркуляцию крови.

596. Рассасывающую терапию при геморрагии в сетчатку или стекловидное тело у больных диабетом следует начинать:

- а) в первые часы после кровоизлияния;
- б) через 2-3 суток после кровоизлияния;
- в) через неделю "-";
- г) через месяц "-".

597. Проведение курсового лечения при диабетической флебопатии следует рекомендовать с частотой:

- а) 1 раз в год;
- б) 1 раз в полгода;
- в) 1 раз в 3 месяца;
- г) ежемесячно.

598. Курсовое лечение при простой диабетической ангиоретинопатии следует проводить:

- а) 1 раз в год;
- б) 1 раз в полугодие;
- в) 1 раз в 3-4 месяца;
- г) ежемесячно.

599. Курсовое лечение при пролиферативной диабетической ангиоретинопатии следует проводить:

- а) 1 раз в год;
- б) 1 раз в полугодие;
- в) 1 раз в 3 месяца;
- г) ежемесячно.

600. Показаниями к витрэктомии при диабетической ангиоретинопатии являются:

- а) отслойка сетчатки;
- б) помутнение стекловидного тела;
- в) неоваскуляризация стекловидного тела;
- г) пролиферация и глиоз стекловидного тела, связанные с сетчаткой;
- д) все перечисленное.

601. К типичным изменениям при диабетической ангиоретинопатии в детском и юношеском возрасте относятся:

- а) неоваскуляризация диска зрительного нерва, области желтого пятна;
- б) транссудативные очаги в сетчатке;
- в) отслойка сетчатки;
- г) все перечисленное.

602. У больных сахарным диабетом регулируют белковый обмен:

- а) парминин;
- б) теоникол;
- в) трентал;
- г) ретаболил;
- д) все перечисленное.

603. Улучшают окислительно-восстановительные процессы у больных сахарным диабетом:

- а) дицинон;
- б) мисклерон;
- в) парминин;
- г) солкосерил;
- д) только А и В.

604. Глаукома при сахарном диабете встречается с частотой:

- а) 5%;
- б) 8%;
- в) 12%;
- г) 20%;
- д) более 20%.

605. Лазертерапия показана при:

- а) грубом фиброзе сетчатки;
- б) рецидивирующих кровоизлияниях;
- в) высоких цифрах агрегации эритроцитов;
- г) всем перечисленном.

606. У пациентки 55 лет, страдающей сахарным диабетом в течение 15 лет, после обширного кровоизлияния в стекловидное тело в области зрительного нерва организовалась швирта, проминирующая в стекловидное тело. В швирте отмечается появление новообразованных сосудов. Больной следует рекомендовать:

- а) проведение сосудорасширяющей терапии;
- б) проведение рассасывающей терапии;
- в) витректомию;
- г) проведение сосудоукрепляющей терапии;
- д) лазертерапию.

607. У пациента 42 лет, страдающего сахарным диабетом около 20 лет, двусторонняя диабетическая катаракта при остроте зрения ОИ = 0,2 н/к, внутриглазное давление ОИ = 21 мм рт.ст., поле зрения - нормальное, КЧСМ = 44 Гц, ЭРГ. Катаракта незрелая нормальная задняя субкапсулярная, корковое вещество и ядро прозрачны. При мидриазе на глазном дне изменения соответствуют диабетической флебопатии. Сахарный диабет ком-пенсирован, инсулинозависимый. Сахар крови в пределах 10 ммоль/л (обычные цифры для больного). В моче сахар 3%, белок 1%. Больному следует рекомендовать:

- а) закапывание витаминных капель;
- б) проведение курсового лечения;
- в) экстазию катаракты;
- г) экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы;
- д) лазерную терапию.

608. Пациенту 35 лет, профессия - шофер. Острота зрения: ОД - 1,0, OS=0,1 н/к, ВГД ОИ = 21 мм рт.ст., поле зрения OS -N, КЧСМ ОИ=44Гц, ЭРГ ОИ - в норме. О - спокоен, в оптической зоне роговицы в поверхностных слоях интенсивное помутнение, примерно 2х3 мм, глубже лежащие слои в зоне помутнения представляются прозрачными. В поверхностных слоях части роговицы имеется несколько новообразованных сосудов, не достигающих до бельма роговицы. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка структурная, среды прозрачны, глазное дно - без видимой патологии. В анамнезе - ожог кислотой (2 года назад). Чувствительность роговицы сохранена. Пациент просит сделать пересадку роговицы с целью улучшения остроты зрения и возвращения к прежней профессии. Больному следует произвести:

- а) частичную послойную кератопластику;
- б) частичную сквозную кератопластику;
- в) лечебную кератопластику по Н.А. Пучковской;
- г) кератопротезирование.

609. Пациент 35 лет, профессия - шофер. Острота зрения: ОД = 1,0, OS =0,1 н/к, ВГД ОИ = 21 мм рт.ст., поле зрения ОИ-N, КЧСМ ОИ =44Гц, ЭРГ - в норме. OS - спокоен, в оптической зоне роговицы в поверхностных слоях интенсивное помутнение примерно 2х3 мм, глубже лежащие слои в зоне помутнения представляются прозрачными. В поверхностных слоях части роговицы имеется несколько новообразованных сосудов, не достигающих до бельма роговицы. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка структурная, среды прозрачны, глазное дно - без видимой патологии. В анамнезе - ожог кислотой (2 года назад). Чувствительность роговицы сохранена. Пациент просит сделать пересадку роговицы с целью улучшения остроты зрения и возвращения к прежней профессии. Решено произвести частичную послойную кератопластику. К необходимым дооперационным мероприятиям относятся:

- а) физиотерапия;

- б) лазерная коагуляция новообразованных сосудов;
- в) курс рассасывающей терапии;
- г) курс тканевой терапии;
- д) все перечисленное.

610. У больного сахарным диабетом гониоскопически в обоих глазах обнаружены новообразованные сосуды в корневой зоне радужной оболочки и в области корнеосклеральных трабекул. Угол открытый, видны все опознавательные зоны. Острота зрения ОИ = 1,0, ВГД ОИ колеблется в пределах 30-35 мм рт. ст., поле зрения - в норме, КЧСМ ОИ = 30 Гц. Больной закапывает пилокарпин 1% 2 раза в день + оптимол 2 раза в день, периодически принимает диакарб. Пациенту 40 лет. Сахарным диабетом страдает 25 лет. Сахарный диабет средней тяжести, компенсирован, инсулинозависимый. Больному следует рекомендовать:

- а) усилить миотический режим;
- б) произвести антиглаукоматозную операцию;
- в) лазерное лечение;
- г) провести курс целенаправленной медикаментозной терапии.

611. У больного сахарным диабетом гониоскопически выявлена выраженная экзогенная и эндогенная пигментация опознавательных зон. Угол средней ширины, неравномерный. Острота зрения ОИ = 1,0, ВГД ОИ = 30-35 мм рт.ст., поле зрения - в норме, КЧСМ ОИ = 40 Гц. На глазном дне - диабетическая флебопатия, сдвиг сосудистого пучка на диске зрительного нерва в носовую сторону. Пациенту 30 лет, болен сахарным диабетом 20 лет. Сахарный диабет средней тяжести, компенсирован, инсулинозависимый. Лечение: раствор пилокарпина 1% 3 раза в день, раствор фосфакола 1 раз, периодически принимает диакарб. Больному следует рекомендовать:

- а) усилить миотический режим;
- б) произвести антиглаукоматозную операцию;
- в) лазерное лечение;
- г) провести курс целенаправленной медикаментозной терапии;
- д) верно Б и В.

612. У 25-летней пациентки, страдающей сахарным диабетом с 3-х летнего возраста, часты кровоизлияния в стекловидное тело и сетчатку. Течение сахарного диабета лабильное: цифры сахара крови неустойчивы, часты состояния относительной гипогликемии. Сахарный диабет инсулинозависимый. Комплексное лечение проводит нерегулярно. Больной следует рекомендовать:

- а) проведение антисклеротической терапии;
- б) проведение рассасывающей терапии;
- в) проведение сосудукрепляющей терапии;
- д) все перечисленное.

613. У 15-летней пациентки, страдающей сахарным диабетом с 5-летнего возраста, отмечается неоваскуляризация ткани радужной оболочки, на диске зрительного нерва и в перипапиллярной области. Больной следует:

- а) назначить антисклеротические средства;
- б) назначить средства рассасывающего действия;
- в) назначить сосудорасширяющие средства;
- г) рекомендовать лазертерапию.

614. К факторам, способствующим развитию ангиопатии относятся:

- а) гипергликемия;
- б) гиперметропия;
- в) конъюнктивит;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно А и В.

615. Для абсолютной гипогликемии характерно:

- а) сахар крови ниже 5,5 ммоль/л;
- б) -"- выше 10 ммоль/л;
- в) холестерин в крови в пределах 9-10 ммоль/л;
- г) правильно Б и В;
- д) правильно А и В.

616. Основными процессами, происходящими в тканях глаза у больного сахарным диабетом, являются:

- а) воспалительные;
- б) дегенеративные;
- в) геморрагические;
- г) правильно А и В;
- д) правильно Б и В.

617. Воспалительный процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется в:

- а) хрусталике;
- б) радужке;
- в) сетчатке;
- г) правильно А и В;

д) правильно Б и В.

618. Основные процессы, происходящие в тканях глаза у больного сахарным диабетом можно характеризовать, как:

- а) воспалительные;
- б) неоваскуляризацию;
- в) дистрофические;
- г) правильно А и В;
- д) правильно Б и В.

619. Дегенеративный процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется в:

- а) ткани угла передней камеры;
- б) коже век;
- в) влаге передней камеры;
- г) правильно А и В.

620. Причиной неоваскуляризации у больного сахарным диабетом является:

- а) гипоксия тканей;
- б) воспалительные процессы;
- в) сочетание сахарного диабета с гипертонической болезнью;
- г) правильно А и Б.

621. Наиболее частым у больного сахарным диабетом является заболевание:

- а) ячмень;
- б) халязион;
- в) блефарит;
- г) правильно Б и В.

622. Для больного сахарным диабетом типичными изменениями со стороны конъюнктивы являются:

- а) конъюнктивит;
- б) отложения холестерина-белковых фракций;
- в) кровоизлияния;
- г) сужение артериол;
- д) правильно Б и В.

623. Типичными изменениями со стороны роговицы для больного сахарным диабетом являются:

- а) васкуляризация;
- б) истончение роговицы и кератоконус;
- в) эпителиальная дистрофия;
- г) снижение чувствительности;
- д) правильно В и Г.

624. Для больного сахарным диабетом основными изменениями радужки являются:

- а) неоваскуляризация;
- б) вялое расширение зрачка;
- в) поликория;
- г) аниридия;
- д) правильно А и Б.

625. Начальными биомикроскопическими признаками диабетической катаракты являются:

- а) помутнения в ядре хрусталика;
- б) помутнения в коре хрусталика;
- в) помутнения в зоне отщепления;
- г) субкапсулярные вакуоли;
- д) правильно А и Б.

626. Характерными симптомами начальной диабетической катаракты являются:

- а) снижение зрения;
- б) появление миопии или увеличение миопической рефракции;
- в) появление гиперметропии;
- г) появление феномена Тиндаля во влаге передней камеры;
- д) правильно А и Б.

627. Основными признаками диабетического ирита являются:

- а) выраженная смешанная инъекция;
- б) единичные преципитаты;
- в) цилиарная инъекция;
- г) выраженная экссудация;
- д) правильно А и Б.

628. Изменения в стекловидном теле при сахарном диабете касаются всего перечисленного, кроме:

- а) деструкции по типу "золотой дождь" или "серебряный дождь";
- б) неоваскуляризации;
- в) геморрагий;
- г) шварт.

629. *Формами клинического проявления диабетической ангиоретинопатии являются:*

- а) "сухая" или дегенеративная;
- б) геморрагическая;
- в) "влажная", трансудативная;
- г) воспалительная;
- д) правильно все, кроме Г.

630. *Основными признаками диабетической ретинопатии склеротического типа являются:*

- а) отложение в сетчатку белка;
- б) геморрагии в сетчатку, стекловидное тело;
- в) отложение в сетчатку холестерина;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

631. *Способствуют рецидивам кровоизлияний при диабетической ангиоретинопатии:*

- а) абсолютные или относительные гипогликемии;
- б) окклюзия капилляров;
- в) гипергликемия и глюкозурия;
- г) альбуминурия;
- д) правильно А и Б.

632. *Способствует прогрессированию "влажной" формы диабетической ангиоретинопатии:*

- а) альбуминурия;
- б) повышенная проницаемость сосудистой стенки;
- в) гипертоническая болезнь;
- г) гипер- или гипохолестеринемия;
- д) правильно Б и В.

633. *Наиболее достоверно определяют состояние проницаемости сосудистой стенки:*

- а) гемодинамические или электрофизиологические исследования;
- б) флюоресцентная ангиография;
- в) биомикроофтальмоскопия;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ХРУСТАЛИКА

ПК-4,9

634. *Хрусталик человека имеет:*

- а) мезодермальное происхождение;
- б) эктодермальное происхождение;
- в) энтодермальное происхождение;
- г) возможно развитие хрусталика из различных субтратов.

635. *Питание хрусталика у взрослого человека осуществляется:*

- а) через a.hyaloidea;
- б) посредством цинновых связей;
- в) от внутриглазной влаги посредством диффузии;
- г) от цилиарного тела;
- д) от передней пограничной мембраны стекловидного тела.

636. *Рост хрусталика заканчивается:*

- а) к 2-м годам;
- б) к 5-ти годам;
- в) к 18-ти годам;
- г) к 23-годам;
- д) продолжается в течение всей жизни.

637. *В покое аккомодации преломляющая сила хрусталика составляет:*

- а) 5-12 диоптрий;
- б) 12-18 диоптрий;
- в) 19-21 диоптрий;
- г) 25-32 диоптрий;
- д) 58-65 диоптрий.

638. У взрослого человека хрусталик:

- а) имеет шаровидную форму;
- б) имеет мягкую консистенцию;
- в) прозрачен;
- г) плотный с желтоватой окраской;
- д) верно А и Г.

639. Механизм развития пресбиопии объясняется:

- а) ухудшением эластичности хрусталика;
- б) способность аккомодировать становится меньше;
- в) ухудшается тонус цилиарной мышцы, нарушается целостность цинновых связок;
- г) все перечисленное верно.

640. Особенностью белкового строения хрусталика является:

- а) превалирование альбуминовой фракции над глобулиновой;
- б) превалирование глобулиновой фракции;
- в) чужеродность белков в сравнении с белками организма;
- г) повышенное содержание белков в сравнении с другими структурами организма.

641. К приобретенным заболеваниям хрусталика относятся:

- а) помутнение хрусталика (катаракта);
- б) воспаление;
- в) опухоли;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное.

642. При любом воздействии хрусталик:

- а) набухает и мутнеет;
- б) воспаляется;
- в) сморщивается;
- г) в его ядро врастают сосуды;
- д) все перечисленное.

643. К сосудам, питающим хрусталиковое вещество взрослого человека, относятся:

- а) a.hyaloidea;
- б) передние ресничные артерии;
- в) короткие задние ресничные артерии;
- г) длинные задние ресничные артерии;
- д) кровоснабжения нет.

644. Основным методом исследования глаза при определении клинической формы катаракты является:

- а) визометрия;
- б) биомикроскопия;
- в) офтальмоскопия;
- г) ультразвуковая эхоофтальмография;
- д) электрофизиологические исследования.

645. Метод проверки ретинальной остроты зрения служит для:

- а) более точного определения рефракции у больного;
- б) исследования зрения до операции;
- в) исследования зрения после операции;
- г) определения возможного оптического исхода после операции.

646. Эндотелиальная микроскопия проводится у больных с катарактой с целью:

- а) определения плотности заднего эпителия роговицы в квадратном мм;
- б) определения хирургической тактики лечения;
- в) выбора метода экстракции катаракты;
- г) профилактики и выявления отдельных осложнений в роговице;
- д) всего перечисленного.

647. Фигурки Пуркинье-Самсона не позволяют определить отражение от:

- а) роговицы;
- б) передней капсулы хрусталика;
- в) задней капсулы хрусталика;
- г) стекловидного тела.

648. К прогрессирующей катаракте можно отнести:

- а) врожденную слоистую катаракту;
- б) врожденную полную катаракту;
- в) приобретенную катаракту;

- г) веретенообразную катаракту;
- д) заднюю полярную катаракту.

649. *Диабетическая катаракта характеризуется:*

- а) двусторонностью процесса;
- б) сочетанием помутнений в хрусталике с изменением на глазном дне;
- в) наличием помутнений в зоне отщепления;
- г) верно только Б и В;
- д) всем перечисленным.

650. *К операции кератофакии прибегают с целью коррекции:*

- а) высокой степени миопии;
- б) -"- гиперметропии;
- в) афакии;
- г) всего перечисленного, кроме А.
- д) полных катаракт.

651. *Неправильная проекция света у больного с катарактой указывает на:*

- а) наличие зрелой катаракты у больного;
- б) наличие незрелой катаракты;
- в) патологию сетчатки и зрительного нерва;
- г) патологию роговицы;
- д) деструкцию стекловидного тела.

652. *Толщину хрусталика и длину передне-задней оси глаза можно определить:*

- а) с помощью биомикроскопии;
- б) -"- пахиметрии;
- в) посредством ультразвуковой эхоофтальмографии;
- г) -"- рентгенологического метода;
- д) с помощью рефрактометра.

653. *Электрофизиологические исследования сетчатки и зрительного нерва при катаракте необходимы для:*

- а) прогноза зрения после экстракции катаракты;
- б) определения хирургической тактики лечения;
- в) определения необходимости проведения курса консервативной терапии перед операцией;
- г) выработки постхирургической тактики лечения;
- д) всего перечисленного.

654. *К группе осложненных катаракт относится:*

- а) увеальная катаракта;
- б) катаракта при глаукоме;
- в) миопическая катаракта;
- г) все перечисленные формы.

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

- а) начальную стадию катаракты;
- б) незрелую катаракту;
- в) зрелую катаракту;
- г) перезревание катаракты;
- д) помутнение в стекловидном теле.

656. *У больного в проходящем свете рефлекс с глазного дна слабо-розовый. При боковом освещении хрусталик приобретает отчетливо серый оттенок. Острота зрения 0,03-0,04, не корректирует. Больному следует поставить диагноз:*

- а) начальной катаракты;
- б) незрелой катаракты;
- в) зрелой катаракты;
- г) перезрелой катаракты;
- д) помутнения в стекловидном теле.

657. *У больного рефлекса с глазного дна нет, хрусталик серый, острота зрения - правильная проекция света. У больного:*

- а) начальная катаракта;
- б) незрелая катаракта;
- в) зрелая катаракта;
- г) перезрелая катаракта;
- д) помутнения в стекловидном теле.

658. *У больного внутриглазное давление 34 мм рт.ст., умеренный отек роговицы, смешанная инъекция глазного яблока, передняя камера глубоко-кая, морганиева катаракта, рефлекс с глазного дна розовый. Больной считает пальцы у лица. В данном случае имеет место:*

- а) острый приступ глаукомы;
- б) иридоциклит с гипертензией;
- в) перезревшая катаракта;
- г) начальная катаракта;
- д) увеит.

659. Биомикроскопическими признаками фактоморфической глаукомы являются:

- а) застойная инъекция глазного яблока;
- б) щелевидная передняя камера;
- в) широкий, неправильной формы зрачок;
- г) неравномерно мутный хрусталик;
- д) все перечисленное.

660. Отличием факолитической глаукомы от фактоморфической является:

- а) выраженная депигментация зрачковой каймы;
- б) атрофия радужки;
- в) открытый угол передней камеры;
- г) выраженная пигментация трабекул;
- д) повышенное внутриглазное давление.

661. Противопоказанием к имплантации интраокулярной линзы является:

- а) наличие соматических заболеваний в стадии декомпенсации;
- б) отсутствие парного глаза;
- в) нарушения микроциркуляции и гемодинамики в глазу;
- г) помутнение стекловидного тела, функциональная неполноценность сетчатки;
- д) все перечисленное.

662. Возможными осложнениями при набухающей катаракте могут быть:

- а) острый приступ глаукомы;
- б) иридоциклит;
- в) отек роговицы с последующим развитием дистрофии;
- г) факогенная глаукома;
- д) все перечисленное.

663. Тактика врача при набухающей катаракте предусматривает:

- а) частое динамическое наблюдение с контролем внутриглазного давления и коррекцией его медикаментозно;
- б) немедленную экстракцию катаракты;
- в) больной не нуждается в наблюдении и лечении;
- г) антиглаукоматозную операцию.

664. При факолитической глаукоме тактика врача должна включать:

- а) проведение консервативного лечения, направленного на снижение внутриглазного давления;
- б) экстракцию хрусталика;
- в) экстракцию хрусталика с антиглаукоматозным компонентом;
- г) антиглаукоматозную операцию;
- д) амбулаторное наблюдение.

665. Сенкаталин тормозит развитие старческой катаракты за счет:

- а) действия, стабилизирующего мембрану;
- б) антагонистического действия на фотоокисление;
- в) действия, направленного на перекисное окисление липидов;
- г) подавления альдозоредуктазы;
- д) всего перечисленного.

666. Катахром показан при:

- а) помутнениях ядра хрусталика;
- б) помутнениях под передней капсулой хрусталика;
- в) задних чашеобразных катарактах;
- г) во всех перечисленных случаях.

667. Витаидурол противопоказан при:

- а) ядерных катарактах;
- б) задних чашеобразных катарактах;
- в) помутнениях под передней капсулой хрусталика;
- г) противопоказаний к применению нет.

668. Веществом, способным соединяться с сульфгидрильными группами в капсуле хрусталика, является:

- а) цистеин;
- б) сенкаталин;
- в) квинакс;

- г) катахром;
- д) витайодурол.

669. Наиболее эффективным методом введения препаратов для профилактики прогрессирования катаракты являются:

- а) инстилляций;
- б) пероральное применение;
- в) внутривенные вливания;
- г) физиотерапевтические методы;
- д) внутримышечные инъекции.

670. Основным методом лечения катаракты является:

- а) консервативный метод;
- б) оперативное лечение;
- в) лечения не требуется;
- г) лазерное лечение.

671. Абсолютным медицинским условием и показанием к хирургическому лечению катаракт является:

- а) зрелая катаракта;
- б) начальная катаракта;
- в) невозможность выполнения больным своей обычной работы;
- г) передняя катаракта без гипертензии;
- д) сублюксация мутного хрусталика.

672. При двусторонней катаракте операции подлежат:

- а) лучше видящий глаз;
- б) хуже видящий глаз;
- в) правый глаз;
- г) левый глаз;
- д) лучше оперировать оба глаза одновременно.

673. Травматическая катаракта без явлений набухания и иридоциклита должна оперироваться:

- а) по неотложным показаниям в процессе первичной хирургической обработки;
- б) через 3-7 дней после травмы;
- в) через 2-4 недели после травмы;
- г) через 8-12 месяцев после травмы;
- д) лучше решать в каждом случае индивидуально.

674. Пациент обратился с клиникой острого приступа глаукомы. При этом определяется набухающая катаракта того же глаза. Тактика врача:

- а) проведение консервативного лечения амбулаторно;
- б) проведение консервативного лечения в условиях стационара;
- в) направление в стационар для оперативного лечения по поводу острого приступа глаукомы;
- г) срочное направление в стационар для экстракции катаракты.

675. У пациента двусторонняя катаракта: незрелая - на правом глазу (острота зрения = 0,1), начальная - на левом глазу (острота зрения = 0,5). Больному целесообразно предложить:

- а) наблюдать и ждать созревания катаракты;
- б) операцию - экстракцию катаракты на правом глазу;
- в) операцию - экстракцию катаракты на правом глазу с имплантацией интраокулярной линзы;
- г) решать вопрос в зависимости от профессии больного;
- д) возможны все варианты.

676. У больного односторонняя катаракта (острота зрения = 0,2). Пациент - водитель транспорта. Тактика лечения предполагает:

- а) консервативное лечение;
- б) операцию экстракции катаракты с последующей оптической коррекцией очками;
- в) экстракцию катаракты с последующей коррекцией контактными линзами;
- г) экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы;
- д) рекомендовать сменить профессию.

677. Предпочитаемый вид коррекции при односторонней афакии:

- а) очковая;
- б) контактная;
- в) интраокулярная;
- г) кератофакия;
- д) верно Б и Г.

678. Тактика офтальмолога при сочетании катаракты с глаукомой предусматривает:

- а) экстракапсулярную экстракцию катаракты;
- б) интракапсулярную экстракцию катаракты

- в) факэмульсификацию;
- г) экстракапсулярную экстракцию катаракты с антиглаукоматозным компонентом.

679. При синдроме Фукса определяется следующая последовательность развития осложненной катаракты:

- а) гетерохромия, атрофия радужки, катаракта, вторичная глаукома;
- б) вторичная глаукома, гетерохромия, катаракта, атрофия радужки;
- в) атрофия радужки без гетерохромии, вторичная глаукома, катаракта;
- г) может развиваться в различной последовательности.

680. Экстракцию катаракты лучше проводить под:

- а) местным обезболиванием;
- б) местным обезболиванием с предварительной премедикацией;
- в) наркозом;
- г) любым из перечисленных методов.

681. Выбор метода экстракции катаракты зависит от:

- а) возраста пациента;
- б) состояния хрусталика;
- в) состояния роговицы;
- г) состояния стекловидного тела;
- д) всего перечисленного.

682. Одним из показаний к интракапсулярному методу экстракции катаракты является:

- а) плотность заднего эпителия роговицы ниже 1800 клеток в кв.мм;
- б) "зрелость" хрусталика;
- в) помутнение стекловидного тела;
- г) глаукома;
- д) все перечисленное.

683. . Экстракапсулярная экстракция катаракты является операцией выбора при:

- а) плотности заднего эпителия роговицы выше 1800 клеток в кв. мм;
- б) отсутствия смещения хрусталика;
- в) эхографически прозрачном стекловидном теле;
- г) у пожилых людей;
- д) всем перечисленным.

684. 887. Отличием экстракапсулярного метода экстракции катаракты от интракапсулярного является:

- а) использование ирригации-аспирации в ходе операции;
- б) применение криоэкстрактора в ходе операции;
- в) сохранение задней капсулы хрусталика;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

685. Реклиная в хирургии катаракты:

- а) в настоящее время не применяется;
- б) возможна при отсутствии криоэкстрактора;
- г) возможна при тяжелых соматических заболеваниях;
- д) используется как метод лечения глаукомы.

686. ИАГ-лазеры применяются в офтальмологии для:

- а) лечения зрелых катаракт;
- б) рассечения вторичных катаракт;
- в) лазеркоагуляции сетчатки;
- г) инкапсуляции инородных тел;
- д) всего перечисленного.

687. Эксимерный лазер не позволяет производить:

- а) кератотомию;
- б) коагуляцию роговицы с целью лечения гиперметропии;
- в) кератопластику на этапе выкраивания роговичного лоскута;
- г) рассечение передней капсулы хрусталика;
- д) верно А и Г.

688. Признаком экспульсивной геморрагии является:

- а) выпадение через рану радужки и стекловидного тела;
- б) нарастающая гипертензия глаза;
- в) появление сильных болей в глазу;
- г) пульсация стекловидного тела с геморрагическим отделяемым;
- д) все перечисленное.

689. Методами борьбы с экспульсивной геморрагией являются:

- а) надежная герметизация раны;
- б) трансклеральная диатермокоагуляция задних длинных цилиарных артерий;
- в) общая гемостатическая терапия;
- г) снижение артериального и внутриглазного давления;
- д) все перечисленное.

690. При выпадении стекловидного тела в ходе экстракции катаракты:

- а) выпавшее стекловидное тело следует вправить;
- б) "-" "-" необходимо иссечь;
- в) иссечения выпавшего стекловидного тела не требуется;
- г) вопрос решается индивидуально.

691. При положительной флюоресцентной пробе Зайделя после экстракции катаракты требуется:

- а) консервативное лечение;
- б) дополнительное наложение корнео-склеральных, ибо роговичных, швов;
- в) удаление старых и наложение новых швов;
- г) послойная кератопластика;
- д) кровавая тарзоррафия.

692. Отслойка хориоидеи характеризуется:

- а) резкой гипотонией глазного яблока;
- б) мелкой передней камерой;
- в) отсутствием или ослаблением розового рефлекса с глазного дна;
- г) снижением зрения;
- д) всем перечисленным.

693. Осложнением отслойки сосудистой оболочки является:

- а) дистрофия роговицы;
- б) сращения в углу передней камеры глаза задние и передние синехии;
- в) вторичная глаукома;
- г) субатрофия глазного яблока;
- д) все перечисленное.

694. Неосложненная грыжа стекловидного тела возникает после:

- а) экстракции хрусталика у близоруких;
- б) витреоленсэктомии;
- в) факэмульсификации;
- г) интракапсулярной экстракции катаракты;
- д) всего перечисленного.

695. Синдром Ирвин-Гасса характеризуется:

- а) изменениями в области хрусталика;
- б) разрастанием в области угла передней камеры;
- в) атрофией радужки;
- г) отслойкой цилиарного тела;
- д) развитием макулярного отека.

696. Зрачковый блок характеризуется:

- а) глазной гипертензией;
- б) бомбажем радужки;
- в) нарушением оттока внутриглазной жидкости из задней камеры;
- г) всем перечисленным.

697. Эндотелиально-эпителиальная дистрофия после экстракции катаракты развивается в результате:

- а) дефицита эндотелиальных клеток;
- б) зрачкового блока;
- в) фильтрации раны;
- г) вторичной глаукомы;
- д) всего перечисленного.

698. Отслойка сетчатки, развившаяся на 8-10 день после экстракции катаракты:

- а) должна лечиться консервативно;
- б) требует лазерного лечения;
- в) подлежит как можно более раннему хирургическому лечению;
- г) подход индивидуальный.

699. Наиболее оптимальным видом оптической коррекции афакии является:

- а) очковая коррекция;
- б) контактная коррекция;

- в) кератофакия;
- г) интраокулярная коррекция.

700. При коррекции односторонней афакии у больных с иридоцилиарными дистрофиями преимущество имеет:

- а) мягкая контактная линза;
- б) жесткая контактная линза;
- в) коррекция очками;
- г) интраокулярная линза.

701. Оптимальной по оптическим показателям является интраокулярная линза из:

- а) полиметилметакрилата;
- б) лейкосапфира;
- в) силикона;
- г) гидрогеля;
- д) оптика у всех моделей равноценна.

НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЯ

ПК-4,9

702. Застойные диски зрительных нервов характеризуются:

- а) отеком ткани диска, ступенчатостью его границ;
- б) выстоянием диска;
- в) расширением вен сетчатки;
- г) кровоизлияниями;
- д) всем перечисленным.

703. Причиной развития застойных дисков зрительных нервов могут быть:

- а) опухоли и опухолеподобные заболевания мозга;
- б) кисты мозга;
- в) воспалительные процессы;
- г) травма мозга;
- д) все перечисленное.

704. Не наблюдаются застойные диски при локализации опухоли в:

- а) затылочной области;
- б) теменной области;
- в) лобной области;
- г) в зоне гипофиза;
- д) в зоне основания мозга.

705. Синдром Кеннеди характеризуется:

- а) двусторонними застойными дисками;
- б) односторонним застойным диском;
- в) атрофией зрительного нерва на обоих глазах;
- г) атрофией зрительного нерва на одном глазу;
- д) застойным диском одного глаза и атрофией зрительного нерва другого глаза.

706. Простые застойные диски характеризуются:

- а) концентрическим сужением поля зрения;
- б) центральными и парацентральными скотомами;
- в) секторальными выпадениями;
- г) гемианопсиями;
- д) всем перечисленным.

707. Осложненные застойные диски характеризуются:

- а) асимметрией функций;
- б) асимметрией офтальмоскопической картины;
- в) нехарактерными изменениями поля зрения;
- г) всем перечисленным;
- д) только А и Б.

708. В случаях застойных дисков ведущая роль принадлежит:

- а) офтальмологу;
- б) невропатологу;
- в) нейрохирургу;
- г) терапевту;
- д) всем перечисленным специалистам.

709. В начальной стадии развития застойных дисков зрение:

- а) не изменяется;

- б) снижается незначительно;
- в) снижается значительно;
- г) падает до 0.

710. По мере нарастания застойных явлений зрение:

- а) не изменяется;
- б) снижается постепенно;
- в) снижается резко;
- г) изменяется скачкообразно.

711. 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.

712. Причиной развития невритов зрительных нервов являются:

- а) вирусы;
- б) микробная флора;
- в) токсины;
- г) аллергия;
- д) различные сочетания всех перечисленных факторов.

713. Неврит зрительного нерва относится к заболеваниям:

- а) хроническим;
- б) острым;
- в) подострым;
- г) латентно протекающим.

714. При невритах зрительного нерва зрение:

- а) не изменяется;
- б) снижается незначительно и медленно;
- в) снижается значительно и быстро;
- г) любой из перечисленных вариантов.

715. При неврите зрительного нерва проминенция диска:

- а) резко выражена;
- б) незначительная, плоская;
- в) отсутствует;
- г) имеет место экскавация диска.

716. При неврите зрительного нерва цвет диска:

- а) не меняется;
- б) гиперемирован;
- в) бледный;
- г) восковидный;
- д) серый.

717. При неврите зрительного нерва со стороны ретинальных сосудов отмечается:

- а) расширение артериол;
- б) расширение венул;
- в) расширение артериол и венул;
- г) сужение венул;
- д) сужение артериол и венул.

718. При застойных дисках зрительного нерва со стороны ретинальных сосудов отмечается:

- а) расширение артериол и венул;
- б) сужение артериол и венул;
- в) расширение венул и сужение артериол;
- г) сужение венул и расширение артериол.

719. При друзах зрительного нерва со стороны ретинальных сосудов отмечается:

- а) расширение артериол и венул;
- б) сужение артериол и венул;
- в) расширение артериол и сужение венул;
- г) расширение венул и сужение артериол;
- д) сосуды сетчатки не изменены.

720. При ишемической нейропатии со стороны ретинальных сосудов отмечается:

- а) расширение артериол и венул;
- б) сужение артериол и венул;
- в) сужение артериол и расширение венул;
- г) расширение артериол и сужение венул.

721. При неврите зрительного нерва в острый период заболевания стекловидное тело

- а) сохраняется интактным;
- б) имеют место кровоизлияния;
- в) имеет место экссудативный выпот;
- г) правильно а и в.

722. 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.

723. Ретробульбарные невриты зрительного нерва могут быть:

- а) периферическими;
- б) аксиальными;
- в) трансверзальными;
- г) все перечисленные формы.

724. При периферической форме ретробульбарных невритов наблюдается:

- а) центральная скотома;
- б) концентрическое сужение поля зрения;
- в) секторальные выпадения;
- г) аркоподобные скотомы;
- д) поле зрения не изменено.

725. При аксиальной форме ретробульбарных невритов наблюдается:

- а) центральная скотома;
- б) концентрическое сужение поля зрения;
- в) секторальные выпадения;
- г) аркоподобные скотомы;
- д) поле зрения не изменено.

726. При трансверзальной форме ретробульбарных невритов наблюдается:

- а) центральная скотома;
- б) концентрическое сужение поля зрения;
- в) секторальное выпадение;
- г) аркоподобные скотомы;
- д) комбинация концентрического сужения поля зрения с центральной скотомой.

727. При задней ишемической нейропатии наблюдается:

- а) центральная скотома;
- б) концентрическое сужение поля зрения;
- в) секторальное выпадение поля зрения;
- г) аркоподобные скотомы;
- д) поле зрения не изменяется.

728. Болевой синдром наблюдается при следующей форме неврита зрительного нерва:

- а) интрабульбарном;
- б) ретробульбарном аксиальном;
- в) ретробульбарном периферическом;
- г) ретробульбарном трансверзальном;
- д) периферической и трансверзальной формах ретробульбарного неврита.

729. Лечение ретробульбарных невритов включает:

- а) антибиотики;
- б) сульфпрепараты;
- в) десенсибилизирующие средства;
- г) симптоматические средства;
- д) все перечисленное.

730. Лечение ретробульбарных невритов в острый период заболеваний включает:

- а) сосудистую терапию;
- б) противовоспалительную терапию;
- в) хирургические мероприятия;
- г) лазертерапию;

д) все перечисленное.

ГЛАУКОМА ПК-4,9

731. *Симптомы, характерные для всех видов глауком:*

- а) повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги;
- б) неустойчивость внутриглазного давления;
- в) повышение уровня внутриглазного давления;
- г) изменение поля зрения;
- д) все перечисленные верно.

732. *Биомикроскопическая картина переднего отрезка глаза при первичной открытоугольной глаукоме:*

- а) диффузная атрофия зрачкового пояса в сочетании с деструкцией пигментной каймы;
- б) "чешуйки" по краю зрачка и на трабекулах в углу передней камеры;
- в) зрачок расширен;
- г) все перечисленное верно.

733. *Формы первичной открытоугольной глаукомы:*

- а) псевдоэкссфолиативная глаукома;
- б) пигментная глаукома;
- в) глаукома с низким внутриглазным давлением;
- г) глаукома с повышенным эписклеральным давлением.

734. *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.

735. *Наиболее часто встречаемая форма первичной закрытоугольной глаукомы:*

- а) глаукома со зрачковым блоком;
- б) глаукома с хрусталиковым блоком;
- в) глаукома с плоской радужкой;
- г) ползучая глаукома.

736. *На основании каких методов исследования можно отличить органическую блокаду угла корнем радужной оболочки от функциональной:*

- а) гониоскопия с роговичной компрессией;
- б) гониоскопия с трансиллюминацией;
- в) тонография;
- г) суточная тонометрия.

737. *Изменения поля зрения, характерные для ранней стадии глаукомы:*

- а) дугообразные скотомы в области Бьеррума;
- б) обнажение слепого пятна;
- в) депрессия изоптер;
- г) расширение слепого пятна;
- д) все выше перечисленное.

738. *Стадия глаукомы оценивается по показателю:*

- а) остроты зрения;
- б) состоянию поля зрения;
- в) отношению Э/Д;
- г) по величине легкости оттока.

739. *На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика глаукоматозной и физиологической экскавации:*

- а) величины экскавации;
- б) цвета экскавации;
- в) глубины экскавации;
- г) краевого характера экскавации;
- д) все перечисленное верно.

740. *Экскавация диска зрительного нерва при развитой стадии первичной глаукомы составляет (в мм):*

- а) Э/Д 0,3;
- б) Э/Д 0,5;
- в) Э/Д 0,8.

741. На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика первичной открытоугольной и закрытоугольной глаукомы:
- а) глубина передней камеры;
 - б) открытие угла передней камеры;
 - в) состояние радужки;
 - г) состояние диска зрительного нерва.
742. Наиболее значимым для диагностики первичной глаукомы является:
- а) суточная тонометрия;
 - б) тонография;
 - в) гониоскопия;
 - г) исследование поля зрения;
 - д) исследования диска зрительного нерва;
 - е) все выше перечисленное.
743. Атрофия зрительного нерва при глаукоме зависит от:
- а) степени повышения внутриглазного давления;
 - б) соотношения внутриглазного давления и давления в сосудах, питающих диск зрительного нерва;
 - в) уменьшения продукции внутриглазной жидкости;
 - г) потери астроглиального слоя зрительного нерва.
744. Об отсутствии стабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:
- а) высокие цифры внутриглазного давления;
 - б) сужение границ поля зрения по назальным меридианам;
 - в) увеличение глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва;
 - г) все перечисленное.
745. Тактика врача при фактоморфической глаукоме:
- а) применение общей и местной гипотензивной терапии;
 - б) экстракция катаракты;
 - в) базальная иридэктомия;
 - г) синусотрабекулэктомия.
746. Для первичной открытоугольной глаукомы характерны:
- а) боль в глазу;
 - б) туман перед глазом;
 - в) отсутствие жалоб;
 - г) радужные круги при взгляде на источник света.
747. В дифференциальной диагностике острого приступа глаукомы и острого иридоциклита с гипертензией важны:
- а) жалобы;
 - б) характер передней камеры;
 - в) величина зрачка;
 - г) состояние радужки;
 - д) преципитаты.
748. Первичная открытоугольная глаукома наиболее опасна в силу:
- а) ее частоты;
 - б) внезапного начала;
 - в) бессимптомного течения;
 - г) потери остроты зрения.
749. Причины развития сегментарной атрофии радужки после острого приступа глаукомы:
- а) высокое внутриглазное давление;
 - б) странгуляция сосудов радужки;
 - в) механическое повреждение тканей радужки;
 - г) воспаление радужной оболочки;
 - д) все перечисленное.
750. Общее в течении первичной открытоугольной и закрытоугольной глауком:
- а) прогрессивное ухудшение оттока жидкости из глаза;
 - б) сужение зрачка;
 - в) развитие глаукоматозной атрофии зрительного нерва;
 - г) увеличение пигментации угла передней камеры;
 - д) выбухания прикорневой части радужки.
751. Профиль угла определяется:
- а) расположением цилиарного тела;
 - б) соотношением корня радужной оболочки к корне-склеральным трабекулам;
 - в) расположением шлеммова канала;

- г) расположением склеральной шпоры;
- д) всем перечисленным.

752. Клинические проявления первичной закрытоугольной глаукомы со зрачковым блоком:

- а) острое начало;
- б) мелкая неравномерная передняя камера;
- в) закрытие угла передней камеры;
- г) смещение хрусталика;
- д) все перечисленное.

959. "Симптом кобры" указывает на:

- а) повышение внутриглазного давления;
- б) повышение давления в передних цилиарных венах;
- в) повышение давления во внутриглазных сосудах;
- г) правильно все перечисленное.

753. Дифференциальная диагностика функциональной и органической блокады угла передней камеры основана на:

- а) тонографии;
- б) гониоскопии;
- в) ретроградном заполнении шлеммова канала кровью;
- г) гониоскопии с компрессией роговицы;
- д) гониоскопии с трансиллюминацией.

754. Для фактоморфической глаукомы характерна:

- а) корковая катаракта;
- б) перезревающая катаракта;
- в) набухающая катаракта;
- г) ядерная катаракта.

755. Чем объясняется наиболее раннее появление скотом парацентральной области Бьерума при глаукоме:

- а) особенностями кровообращения сетчатки;
- б) особенностями хода аксонов ганглиозных клеток;
- в) особенностями расположения нервных волокон на диске зрительного нерва;
- г) индивидуальными размерами диска зрительного нерва.

756. Стадия первичной глаукомы оценивается по показателям:

- а) остроты зрения;
- б) уровня внутриглазного давления;
- в) площади глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва;
- г) состояния поля зрения;
- д) размаха суточных колебаний ВГД.

757. Верхняя граница нормы внутриглазного давления при измерении тонометром Маклакова:

- а) 20 мм рт. ст.;
- б) 24 мм рт. ст.;
- в) 26 мм рт. ст.;
- г) 28 мм рт. ст.;
- д) единой нормы не существует.

758. Верхняя граница истинного внутриглазного давления:

- а) 19 мм рт. ст.;
- б) 21 мм рт. ст.;
- в) 25 мм рт. ст.;
- г) 17 мм рт. ст.;

759. Нижние границы показателя коэффициента легкости оттока (C) составляют:

- а) 0,17 мм (мм³ рт. ст.) мин;
- б) 0,20 мм (мм³ рт. ст.) мин;
- в) 0,13 мм (мм³ рт. ст.) мин.

760. Поле зрения в начальной стадии первичной глаукомы сужено от:

- а) до 45°;
- б) до 20°;
- в) до 10°;
- г) до 5°;
- д) не сужено.

761. Типы суточных колебаний внутриглазного давления:

- а) утренний тип;
- б) вечерний тип;

- в) дневной тип;
- г) все выше указанные типы.

762. Нагрузочные тесты, не используемые для ранней диагностики закрытоугольной глаукомы:

- а) мидриатический;
- б) позиционная проба Хаймса;
- в) задняя кольцевая компрессионная проба;
- г) водная проба.

763. Продукция водянистой влаги осуществляется:

- а) в плоской части цилиарного тела;
- б) в отростках цилиарного тела;
- в) эпителием радужной оболочки;
- г) всеми выше перечисленными структурами.

764. Блок угла передней камеры может быть вызван:

- а) не рассосавшейся мезодермальной тканью;
- б) конем радужной оболочки;
- в) новообразованными сосудами;
- г) кровью;
- д) всем перечисленным.

765. В основе патогенеза врожденной глаукомы лежит:

- а) неправильное положение структур угла передней камеры;
- б) недостаточная дифференциация корнеосклеральных трабекул;
- в) наличие мезодермальной ткани в углу передней камеры;
- г) гиперпродукция водянистой влаги цилиарным телом;
- д) изменение в дренажной системе на уровне интрасклеральной зоны.

766. Ведущими признаками гидрофтальма являются:

- а) увеличение размеров роговицы;
- б) увеличение размеров глазного яблока;
- в) повышение ВГД;
- г) глубокая передняя камера;
- д) верно все перечисленное.

767. При каких синдромах развивается юношеская форма глаукомы?

- а) синдром Франк-Каменицкого;
- б) синдром Ригера;
- в) синдром Стюарта-Вебера;
- г) нейрофиброматоз Реклингаузена;
- д) все выше перечисленное.

768. Толерантность зрительного нерва к повышенному ВГД определяется:

- а) степенью развития опорной ткани в диске зрительного нерва;
- б) интенсивностью кровоснабжения тканей диска и ретроламинарной области;
- в) размерами диска зрительного нерва;
- г) всем выше перечисленным.

769. В ранней диагностике глаукомы наиболее информативны:

- а) суточная тонометрия;
- б) тонография;
- в) исследование поля зрения;
- г) биомикроскопия переднего отрезка глаза;
- д) правильно все выше перечисленное.

770. О нестабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:

- а) снижение остроты зрения;
- б) появление болей в глазу;
- в) сужение поля зрения;
- г) расширение глаукоматозной экскавации ДЗН;
- д) отсутствие нормализации внутриглазного давления.

771. 979. Динамику глаукоматозного процесса характеризуют:

- 772. а) величина внутриглазного давления;
- 773. б) величина коэффициента легкости оттока;
- 774. в) состояние поля зрения;
- 775. г) состояние диска зрительного нерва;
- 776. д) изменение формы зрачка.

777. Злокачественная форма первичной закрытоугольной глаукомы может возникать:

- а) при зрачковом блоке;
- б) при хрусталиковом блоке;
- в) при блоке шлеммова канала;
- г) не связана с развитием блоков;
- д) верно а и б.

778. К основным типам глаукомы относятся:

- а) врожденная;
- б) инфантильная;
- в) первичная;
- г) вторичная;
- д) верно а, в, г.

779. Различают следующие клинические формы первичной глаукомы:

- 780. а) закрытоугольная;
- 781. б) открытоугольная;
- 782. в) неоваскулярная;
- 783. г) смешанная;
- 784. д) верно а,б.

785. К разновидностям первичной закрытоугольной глаукомы относят:

- а) глаукому с относительным зрачковым блоком;
- б) с укорочением угла передней камеры ("ползучая");
- в) с плоской радужкой;
- г) с витрео-хрусталиковым блоком (злокачественную);
- д) верно а, б.

786. Первичная открытоугольная глаукома имеет следующие разновидности:

- а) простая;
- б) псевдоэксфолиативная;
- в) пигментная;
- г) с плоской радужкой;
- д) верно а, б, в.

787. Вторичную глаукому классифицируют на:

- а) послевоспалительную;
- б) факогенную;
- в) сосудистую;
- г) дистрофическую;
- д) верно все.

788. В группу факогенных вторичных глауком входят:

- а) фактопическая глаукома;
- б) факоморфическая глаукома;
- в) факолитическая глаукома;
- г) афакическая глаукома.

789. Вторичную сосудистую глаукому классифицируют на:

- а) неоваскулярную;
- б) флебогипертензивную;
- в) глаукомоциклитический криз;
- г) гетерохромную увеопатию (Фукса);
- д) верно а,б.

790. Причинами вторичной травматической глаукомы могут быть:

- а) внутриглазные кровоизлияния;
- б) дислокация и повреждение хрусталика;
- в) рецессия угла передней камеры;
- г) ожоги глаза;
- д) разрывы хориоидеи.

791. Неоваскулярная глаукома возникает при следующих заболеваниях:

- а) тромбоз центральной вены сетчатки;
- б) диабетическая пролиферирующая ретинопатия;
- в) окклюзия центральной артерии сетчатки;
- г) сенильной макулопатии;
- д) радиационного поражения глаз.

792. Злокачественная глаукома не может возникнуть:

- а) как самостоятельная форма первичной глаукомы;
- б) после антиглаукоматозных операций;
- в) после экстракции катаракты;
- г) при задней отслойке стекловидного тела;
- д) как последствие увеита.

793. *Офтальмогипертензию классифицируют на:*

- а) эссенциальную;
- б) симптоматическую;
- в) закрытоугольную;
- г) псевдогипертензию;
- д) а, б.

794. *Тактика врача после постановки диагноза "офтальмогипертензия с факторами риска":*

- а) никаких лечебных назначений, периодический осмотр;
- б) назначение гипотензивных капель;
- в) лазерная операция;
- г) хирургическое вмешательство.

795. *Симптоматическую офтальмогипертензию классифицируют на:*

- а) увеальную;
- б) ретинальную;
- в) диэнцефальную;
- г) все, кроме б;
- д) кортикостероидную.

796. *Глазные гипотензивные лекарственные группы:*

- а) холиномиметики;
- б) антихолинэстеразные препараты;
- в) бета-адреноблокаторы;
- г) ингибиторы карбоангидразы;
- д) все выше перечисленное.

797. *Средства, не снижающие продукцию водянистой влаги:*

- а) тимолол;
- б) клофелин (клонидин);
- в) эмоксипин;
- г) ацетазоламид (диакарб);
- д) бетаксалол (бетоптик).

798. *Гипотензивные операции на глазу включают:*

- а) фистулизирующие вмешательства;
- б) циклокриодеструкцию;
- в) циклодиализ;
- г) витреоектомию;
- д) иридэктомию.

799. *Лазерные гипотензивные вмешательства включают:*

- а) лазерную трабекулопластику;
- б) лазерную иридэктомию;
- в) гониопластику;
- г) лазерную циклокоагуляцию;
- д) лазерную панкоагуляцию сетчатки.

800. *Физиотерапевтические методы лечения глаукоматозной атрофии ДЗН:*

- а) магнитотерапия;
- б) низкоэнергетическое лазерное облучение;
- в) электростимуляция;
- г) ультрафиолетовое облучение;
- д) УВЧ.

801. *Режим глаукомного больного предусматривает:*

- а) ограничения в приеме жидкостей;
- б) ограничение зрительной работы;
- в) исключение работы с длительным наклоном головы;
- г) исключение физической работы;
- д) не курить.

802. *Назначение тимолола больным глаукомой противопоказано при:*

- а) склонности к бронхоспазмам;

- б) брадикардии;
- в) мочекаменной болезни;
- г) сердечной блокаде;
- д) синдроме "сухого глаза".

803. К побочным эффектам холиномиметиков не относятся:

- а) ухудшение зрения при низкой освещенности;
- б) появление рефракционной близорукости;
- в) углубление передней камеры глаза;
- г) боли в глазу;
- д) общая слабость, тошнота.

804. Побочное действие глазных капель с клофелином включает:

- а) понижение артериального давления;
- б) брадикардия;
- в) бронхиальный спазм;
- г) общая слабость, сонливость;
- д) развитие катаракты.

805. Побочное действие глазных капель с адреналином:

- а) тахикардия;
- б) реактивная гиперемия конъюнктивы;
- в) аденохромная пигментация конъюнктивы;
- г) кистозная макулопатия;
- д) понижение артериального давления.

806. При выполнении фистулизирующих операций возможны осложнения:

- а) фенестрация конъюнктивального локута;
- б) кровоизлияние в переднюю камеру глаза;
- в) повреждение хрусталика;
- г) выпадение стекловидного тела;
- д) верно все перечисленное.

807. Лечение злокачественной глаукомы включает:

- а) назначение миотиков;
- б) удаление хрусталика;
- в) назначение диакарба;
- г) назначение атропина;
- д) верно в, г, д.

808. Лечение острого приступа глаукомы включает:

- а) инстилляцию миотиков;
- б) назначение бета-адреноблокаторов;
- в) инстилляцию симпатомиметиков;
- г) прием диакарба;
- д) верно все перечисленное.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

ПК-4,9

809. Больной К. поступил в кабинет неотложной офтальмологической помощи со следующей симптоматикой: отек и гематома века, 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.

810. 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.

811. Клиническая и рентгенографическая картина перелома боковой стенки глазницы включает в себя:

- а) крепитацию;
- б) диплопию;
- в) опущенный боковой угол глазной щели, смещение лобноскуловой структурной зоны;

- г) анестезию второй ветви 5-го черепного нерва;
- д) все перечисленное.

812. Сочетанной травмой глаза называется:

- а) проникающее ранение глазного яблока с внедрением инородного тела;
- б) контузия глазного яблока, осложненная гемофтальмом и сублюксацией хрусталика;
- в) повреждение органа зрения, при котором одновременно происходит травма других органов;
- г) все перечисленное.

813. Особенности 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.

814. 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) все перечисленное.

815. Диагностика внутриорбитальных инородных тел осуществляется с помощью:

- а) рентгенографии;
- б) диафаноскопии;
- в) ультразвуковой эхоофтальмографии;
- г) биомикроскопии;
- д) всего перечисленного.

816. Первичная отсроченная хирургическая обработка раны проводится:

- а) через 12 часов после травмы;
- б) через 24 часа -"-;
- в) после стихания острых воспалительных явлений;
- г) в начале активного рубцевания.

817. При первичной хирургической обработке раны края века должно быть соблюдено, в первую очередь:

- а) достижение полной герметизации раны;
- б) восстановление маргинального края века;
- в) восстановление иннервации и кровоснабжения травмированного участка века;
- г) установление дренажа;
- д) все перечисленное.

818. При повреждении слезного канальца (верхнего, нижнего) тактика первичной хирургической обработки включает:

- а) восстановление проходимости только нижнего слезного канальца;
- б) нет необходимости в их восстановлении;
- в) обязательное восстановление проходимости верхнего и нижнего слезных канальцев;
- г) в зависимости от степени их повреждения.

819. При контузии глазного яблока с гифемой:

- а) фибрин и элементы крови могут закрыть угол передней камеры;
- б) может имбиция роговицы кровью;
- в) организовавшаяся кровь должна быть удалена в течение 48 часов;
- г) мочегонные препараты могут помочь нормализовать внутриглазное давление;
- д) все перечисленное.

820. Комбинированное повреждение глаза характеризуется:

- а) контузией глаза в сочетании с сублюксацией хрусталика;
- б) проникающим ранением глазного яблока;
- в) ожогом конъюнктивы и роговицы;
- г) травматической эрозией роговицы;
- д) одновременным воздействием на глаз нескольких повреждающих факторов.

821. Механизм контузионной травмы связан с:

- а) повреждением тканей на месте непосредственного воздействия тупого предмета;
- б) включением нервно-рефлекторных механизмов;
- в) опосредованной травмой глазных структур в зоне контрудара;
- г) всем перечисленным.

822. 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.

823. *Факоденез определяется при:*

- а) дистрофических изменениях в радужной оболочке;
- б) глаукоме;
- в) сублюксации хрусталика;
- г) отслойке цилиарного тела;
- д) нарушении циркуляции водянистой влаги.

824. *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.

825. *Наибольшую вероятность развития воспалительных и гидро-динамических осложнений представляет проникающее ранение:*

- а) роговичной локализации;
- б) корнеосклеральной локализации;
- в) склеральной -";
- г) локализация не имеет принципиального значения.

826. *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.

827. *Относительными признаками проникающего ранения следует считать:*

- а) инъекцию глазного яблока, болевые ощущения;
- б) изменения функции глаза;
- в) геморрагический синдром;
- г) катаракту;
- д) все перечисленное.

828. *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.

829. *Отсутствие адаптации краев раны сопровождается:*

- а) гипотонией глазного яблока;
- б) истечением жидкости из раны;
- в) положительной флюоресцеиновой пробой;
- г) всем перечисленным.

830. *При выпадении радужной оболочки в рану вследствие проникающего ранения глазного яблока следует:*

- а) иссечь нежизнеспособные участки радужки;
- б) вправить радужку и провести реконструкцию;
- в) оросить раствором антибиотика, вправить радужку и провести реконструкцию;
- г) в каждом случае решать индивидуально.

831. *При корнео-склеральном ранении с выпадением радужки необходимыми условиями операции являются:*

- а) надежная герметизация раны;
- б) восстановление передней камеры;
- в) иридотомия перед вправлением радужки;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленное.

832. *При роговичном ранении в ходе первичной хирургической обработки для восстановления передней камеры используют:*

- а) физиологический раствор;
- б) стерильный воздух;
- в) хилон, либо любой вязкий раствор;

г) все перечисленное.

833. Экстракция травматической катаракты в ходе первичной хирургической обработки проводится при:

- а) травматической катаракте с интралентально расположенным инородным телом;
- б) выхождении хрусталиковых масс за пределы капсулы;
- в) набухающей катаракте;
- г) правильно Б и В;
- д) правильно все перечисленное.

834. Вероятность выпадения стекловидного тела в ходе экстракции травматической катаракты выше при:

- а) сидерозе;
- б) халькозе;
- в) сквозном ранении хрусталика;
- г) только А и В;
- д) только Б и В.

835. Профилактикой выпадения стекловидного тела в ходе экстракции катаракты является:

- а) наложение кольца Флиринга;
- б) наложение предварительных швов на рану;
- в) создание медикаментозной гипотонии;
- г) верно только Б и В;
- д) верно все перечисленное.

836. К мероприятиям, обязательным при ожоге глазного яблока нашатырным спиртом, относятся:

- а) закапывание борной кислоты;
- б) промывание конъюнктивной полости водой;
- в) срочная госпитализация;
- г) верно а и в;
- д) верно а, б, в.

837. Для повреждения глаз ультрафиолетовым облучением характерными симптомами являются:

- а) светобоязнь;
- б) слезотечение;
- в) гиперемия век;
- г) инъекция глазного яблока;
- д) верно все перечисленное.

838. При первичной хирургической обработке корнео-склерального ранения первоначально швы накладывают на:

- а) рану склеры;
- б) рану роговицы;
- в) область лимба;
- г) существенного значения не имеет.

839. 1050. Энуклеация при первичной хирургической обработке должна проводиться при:

- а) сквозных ранениях глазного яблока;
- б) эндофтальмите;
- в) разрушении глазного яблока;
- г) всех перечисленных случаях;
- д) проводиться не должна.

840. 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.

841. 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.

842. Целостность конъюнктивы при ее ранении восстанавливается:

- а) наложением узловых швов с шагом в 1 мм;
- б) наложением непрерывного шва;
- в) клеевым способом;
- г) всем перечисленным.

843. В хирургической обработке раны роговицы нет необходимости при:

- а) наличии раны роговицы размером не более 2 мм с хорошо адаптированными краями;
- б) обычной глубине передней камеры;
- в) отрицательной пробе с флюоресцеином;
- г) отсутствии ущемления в ране оболочек;
- д) во всех перечисленных случаях.

844. Инородное тело, расположенное в слоях роговицы, подлежит хирургическому удалению:

- а) при его расположении в глубоких слоях роговицы;
- б) в случаях, когда инородное тело имеет металлическую химически активную природу;
- в) деревянные осколки;
- г) во всех перечисленных случаях.

845. Задача: 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.

846. С помощью А-метода ультразвуковой диагностики можно определить:

- а) отслойку сетчатки;
- б) толщину хрусталика;
- в) внутриглазное инородное тело;
- г) внутриглазное новообразование
- д) все перечисленное.

847. . Отличием В-метода ультразвуковой диагностики от А-метода является:

- а) наглядность при определении внутриглазной диагностики;
- б) возможность получения двумерного изображения;
- в) возможность определения математического выражения плотности стекловидного тела;
- г) все перечисленное верно.

848. 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.

849. 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.

850. Методика рентгенлокализации инородных тел по Фогту проводится:

- а) в первые часы после проникающей травмы глаза;
- б) для определения локализации осколков в заднем полюсе глаза;
- в) для локализации слабоконтрастных инородных тел;
- г) для определения подвижности осколка;
- д) все перечисленное.

851. Компьютерная томография имеет следующее преимущество перед рентгенологическим методом при травме глаза. Она позволяет:

- а) определить плотность инородного тела и расположение осколка по отношению к оболочкам глаза;
- б) исключить разрыв зрительного нерва;
- в) охарактеризовать объем излившейся крови в стекловидное тело и стадию процесса;
- г) охарактеризовать состояние ретробульбарного пространства;
- д) все перечисленное.

852. 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.

853. *Фигура "подсолнечника" в хрусталике характерна для:*

- а) хориоретинита;
- б) сидероза глазного яблока;
- в) халькоза;
- г) дистрофических заболеваний роговицы;
- д) диабетической катаракты.

854. *Сидероз глазного яблока характеризуется:*

- а) коричневой пигментацией вокруг осколка;
- б) опалесценцией влаги передней камеры;
- в) изменением цвета радужки;
- г) отложением пигмента в области Шлеммова канала и коричневыми отложениями в хрусталике;
- д) всем перечисленным.

855. *Абсолютно достоверным методом определения металлоза на ранних его стадиях является:*

- а) биомикроскопия;
- б) эндотелиальная микроскопия;
- в) ультразвуковая эхоофтальмография;
- г) электрофизиологические методы исследования;
- д) все перечисленное.

856. *Развитие травматического иридоциклита можно объяснить:*

- а) инфекционными процессами;
- б) воспалительной реакцией на внедрение инородного предмета;
- в) аллергическим аутоиммунным процессом;
- г) верно А и Б;
- д) верно все перечисленное.

857. *Симптомами травматического иридоциклита являются:*

- а) светобоязнь и слезотечение;
- б) перикорнеальная инъекция;
- в) циклитическая болезненность при пальпации и движениях глаза;
- г) нарушение офталмотонуса;
- д) все перечисленное.

858. *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.

859. *Отличительными признаками панеофтальмита при дифференциальной диагностике с эндофтальмитом являются:*

- а) общая интоксикация организма;
- б) экзофтальм;
- в) резкий воспалительный отек век, хемоз;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное.

860. *Задача: Больной получил удар щепкой по правому глазу во время колки дров. Жалобы на сильные боли в глазу и отсутствие зрения. Объективно: острота зрения - счет пальцев у лица. Правый глаз инъецирован, роговица блестящая, передняя камера заполнена кровью. Глубже лежащие отделы глазного яблока не просматриваются. Под конъюнктивой глазного яблока в верхне-внутреннем сегменте определяется округлой формы образование размером в диаметре около 1 см. Пальпаторно определяется глубокая гипотония. Клиническая картина позволяет установить диагноз:*

- а) контузия глазного яблока;
- б) субконъюнктивальный разрыв склеры;
- в) люксация хрусталика;
- г) сквозное ранение;
- д) все, кроме г.

861. *СВЧ-поле может приводить к:*

- а) отеку роговицы и хемозу;
- б) отрыву радужки у корня;
- в) развитию катаракты;
- г) сморщиванию стекловидного тела;
- д) асептическому увеиту.

862. *При правильном подшивании имплантата после энуклеации:*

- а) культи неподвижна;
- б) движение культи ограничено;
- в) движение культи в полном объеме;
- г) в каждом случае индивидуальные особенности ее движения.

863. При ранении конъюнктивы глазного яблока хирургу следует:

- а) наложить швы на рану конъюнктивы более 5 мм;
- б) произвести ревизию склеры в зоне ранения конъюнктивы;
- в) сделать инъекцию антибиотика под конъюнктиву;
- г) закапать дезинфицирующие средства;
- д) все перечисленное.

864. 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.

865. Задача: Больной Л. 27 лет, при работе на фрезерном станке получил удар по голове, правому глазу и груди отскочившей деталью. Был без сознания в течение 45 мин. Жалобы на сильную головную боль, головокружение, слабость, тошноту, рвоту, кровохаркание, боли в области правого глаза, потерю зрения. Офтальмо-логический статус: ВГД пальпарно 2/-/, смешанная инъекция глазного яблока, субконъюнктивальный разрыв склеры длиной 4,5 мм с выпадением оболочек, субтотальный гемофтальм. Лечение такого больного должно проводиться:

- а) в многопрофильной больнице, где имеется офтальмотравматологическая служба;
- б) в специализированном офтальмотравматологическом центре;
- в) в глазном стационаре широкого профиля;
- г) в амбулаторных условиях;
- д) существенного значения не имеет.

866. 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.

867. В хирургической обработке не нуждаются больные с прободными ранениями в случае:

- а) сохранения нормального внутриглазного давления;
- б) линейных ран роговицы с адаптированными краями не более 2 мм;
- в) биомикроскопически определяемой раны склеры 2 мм;
- г) во всех перечисленных случаях.

868. При энуклеации подшивание имплантата проводится к:

- а) верхней и нижней косой мышцам;
- б) верхней и нижней прямым мышцам;
- в) внутренней и наружной прямым мышцам;
- г) не подшивается;
- д) к четырем прямым мышцам.

869. Рана роговицы подлежит ушиванию:

- а) супрапидной нитью 9.00;
- б) супрапидной нитью 10.00;
- в) шелковой нитью 8.00;
- г) супрапидной нитью 8.00;
- д) можно использовать весь перечисленный шовный материал.

870. Рана склеры ушивается:

- а) шелковой нитью 8.00;
- б) супрапидной нитью 10.00;
- в) синтетической нитью 8.00;
- г) любой из перечисленных.

871. При проникающих ранениях роговицы с разрушением хрусталика:

- а) необходимо удалить остатки капсулы хрусталика;
- б) при хирургической обработке требуется удаление хрусталика;
- в) можно ограничиться только вымыванием хрусталиковых масс из передней камеры;
- г) хрусталик не удаляется.

872. Потерянный объем стекловидного тела может быть восстановлен:

- а) физиологическим раствором;
- б) Хилоном;
- в) 5% раствором глюкозы;
- г) 10% раствором желатина;
- д) любым из перечисленных способов.

873. Методом выбора при лечении эндофтальмита является:

- а) консервативная тактика с назначением сильных антибиотиков широкого спектра;
- б) экстракция хрусталика;
- в) витреэктомия;
- г) витреоленсэктомия;
- д) отсасывание стекловидного тела.

874. Витреэктомия называется задней закрытой, если:

- а) иссечение стекловидного тела производится в заднем полюсе глазного яблока;
- б) иссечение стекловидного тела производится сразу за хрусталиком;
- в) операция осуществляется через разрез в плоской части цилиарного тела;
- г) верно только А и В.

875. Иридопластическая операция проводится с целью восстановления:

- а) сосудистой трофики поврежденного участка радужки;
- б) иннервации в зоне повреждения;
- в) косметики и зрительных функций;
- г) верно только А и Б;
- д) все перечисленное.

876. Достоинством электромагнитов для удаления инородных тел является:

- а) их портативность;
- б) независимость от источников питания;
- в) возможность достижения высоких сил сцепления инородным телом;
- г) их миниатюрность;
- д) все перечисленное.

877. 1090. Достоинством постоянных магнитов для удаления внутриглазных инородных тел является:

- а) их портативность;
- б) отсутствие зависимости от источника питания;
- в) высокая сила сцепления с осколком;
- г) их миниатюрность;
- д) все перечисленное.

878. Показанием к неотложным операциям с использованием магнита является наличие:

- а) магнитного инородного тела, вклинившегося в оболочки заднего полюса глаза;
- б) внутриорбитального инородного тела;
- в) плавающего в стекловидном теле магнитного осколка;
- г) инородного тела в средних слоях хрусталика;
- д) все перечисленное.

879. Тактика офтальмотравматолога при локализации инородного тела в передней камере:

- а) инородное тело подлежит немедленному удалению;
- б) немедленному удалению подлежит только ферромагнитный осколок;
- в) немедленному удалению подлежат только металлические инородные тела;
- г) стеклянный осколок не требует срочного удаления.

880. Окалину, окружающую инородное тело роговицы, лучше всего:

- а) удалить острым инструментом;
- б) оставить ее на 2 суток;
- в) провести лазеркоагуляцию;
- г) лечить консервативно;
- д) в каждом случае решать индивидуально.

881. Абсолютным показанием к энуклеации является:

- а) острый приступ впервые выявленной глаукомы;
- б) гемофтальм на глазу с диабетической ангиоретинопатией;
- в) риск развития симпатической офтальмии;
- г) проникающее осколочное ранение глазного яблока;
- д) все перечисленное.

882. Металлолокализатор:

- а) определяет наличие и локализацию инородного тела в глазу;
- б) указывает, способно ли инородное тело передвигаться в магнитном поле;

- в) указывает размер инородного тела;
- г) является способом удаления инородного тела;
- д) правильно а и б.

883. Внутриглазное инородное тело, локализованное за хрусталиком, нужно удалить:

- а) диасклерально;
- б) через плоскую часть цилиарного тела;
- в) через корнео-склеральный разрез после предварительной экстракции катаракты;
- г) через раневой канал;
- д) выбор доступа индивидуален.

884. Инородное тело, вколоченное в оболочки заднего полюса глаза:

- а) подлежит немедленному удалению диасклерально;
- б) требует выжидательной тактики;
- в) подлежит барражированию лазером для создания капсулы;
- г) немедленно должно быть удалено трансквитреально;
- д) требует индивидуального подхода.

885. 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.

886. 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.

887. Первичная энуклеация в ходе первичной хирургической обработки проводится:

- а) для предупреждения симпатического воспаления;
- б) при разрушении глазного яблока невозможности восстановления нормальной анатомии поврежденного глаза;
- в) проводиться не должна;
- г) для остановки кровотечения.

888. Субатрофия глазного яблока при травме может быть обусловлена:

- а) отслойкой сетчатки или цилиарного тела;
- б) сморщиванием глаза вследствие швартообразования;
- в) рубцовой деформацией;
- г) фильтрацией в области раны;
- д) всем перечисленным.

889. 5% раствор унитиола может быть использован в офтальмологии для лечения:

- а) кровоизлияний;
- б) вторичной гипертензии;
- в) гипотонии глаза;
- г) металлоза;
- д) патологии роговицы.

890. Смещение хрусталика в переднюю камеру требует:

- а) консервативного лечения;
- б) хирургического лечения;
- в) динамического наблюдения;
- г) правильно а и в.

891. Отравление метиловым спиртом приводит к:

- а) развитию дистрофии роговой оболочки;
- б) развитию катаракты;
- в) увенту;
- г) отслойке сетчатки;
- д) атрофии зрительного нерва.

892. При лечении ожогов головы и век важное значение имеют:

- а) оценка степени повреждения;
- б) стимуляция скорейшего заживления и предупреждение осложнений;
- в) профилактика инфекций;
- г) сведение к минимуму контрактуры;
- д) все перечисленное.

893. 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.

894. Больной со II степенью ожога роговицы и конъюнктивы должен лечиться:

- а) у окулиста амбулаторно;
- б) в условиях стационара;
- в) амбулаторно с применением физиотерапии;
- г) возможен любой из вариантов.

895. При воздействии ультрафиолетового излучения страдает в первую очередь:

- а) глаз хорошо переносит ультрафиолетовое излучение;
- б) конъюнктивa и роговица;
- в) радужка;
- г) хрусталик;
- д) сетчатка.

896. Первая помощь при химических ожогах глаз включает:

- а) обильное промывание;
- б) назначение поверхностных анестетиков;
- в) применение антибиотиков;
- г) применение стероидов;
- д) все перечисленное.

897. Лечение ожогов кожи век включает:

- а) удаление омертвевших участков и пересадку кожи;
- б) обезболивающие средства;
- в) мазь, содержащую антисептики или антибиотики;
- г) все перечисленное.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ, ВРОЖДЕННЫЕ И НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПК-4,9

898. Среди аномалий развития век различают:

- а) анкилоблефарон;
- б) колобому и заворот век;
- в) эпикантус;
- г) птоз;
- д) все перечисленное.

899. К врожденным изменениям век, требующим операции у новорожденных, относится все перечисленное, исключая:

- а) колобому век;
- б) анкилоблефарон;
- в) заворот век;
- г) эпикантус.

900. Если не оперировать заворот век и колобому век, то могут возникнуть:

- а) кератит;
- б) язва роговицы;
- в) бельмо роговицы;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

901. При параличе лицевого нерва имеет место:

- а) лагофтальм (заячий глаз);
- б) дистрофический кератит;
- в) птоз;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

902. Воспаление слезной железы может развиваться как осложнение:

- а) кори;
- б) скарлатины;
- в) паротита;
- г) ангины и гриппа;
- д) всего перечисленного

903. Признаками трихиаза являются:

- а) блефароспазм;
- б) слезотечение;
- в) рост ресниц в сторону глаза;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

904. Методами лечения трихиаза являются:

- а) удаление ресниц;
- б) пластическая операция;
- в) и то, и другое;
- г) ни то, ни другое.

905. Осложнениями нелеченного дакриоцистита новорожденных могут быть:

- а) флегмона слезного мешка;
- б) образование свищей слезного мешка;
- в) флегмона орбиты;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

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

- а) канальцевой пробы с красителями;
- б) слезно-носовой пробы с красителями;
- в) рентгенографии слезопроводящих путей с контрастным веществом;
- г) обзорной рентгенографии орбиты.

907. К доброкачественным опухолям век у детей, требующим операции в первый год жизни, относятся:

- а) гемангиома;
- б) лимфангиома;
- в) липодермоид;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

908. Симптомами птоза верхнего века являются:

- а)крытие верхним веком области зрачка;
- б) почти полная или полная неподвижность верхнего века;
- в) сужение глазной щели;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

909. Возможными осложнениями полного или почти полного одностороннего птоза являются:

- а) амблиопия;
- б) косоглазие;
- в) атрофия зрительного нерва;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

910. Признаками кератита при врожденном сифилисе являются:

- а) двустороннее диффузное помутнение роговицы;
- б) отсутствие изъязвлений;
- в) цикличность заболевания;
- г) глубокие сосуды в роговице;
- д) все перечисленное.

911. Наличие паннуса характерно для:

- а) трахомы;
- б) туберкулезно-аллергического кератоконъюнктивита;
- в) туберкулезного глубокого кератита;
- г) врожденного сифилитического кератита;
- д) правильно А и Б.

912. Изменения роговой оболочки глаза при болезни Стилла характеризуются:

- а) локальными помутнениями роговицы;
- б) дистрофическим лентовидным помутнением роговицы;
- в) глубоким помутнением роговицы;
- д) только А и В.

913. Склерит наблюдается при следующих общих заболеваниях детей:

- а) туберкулезе;

- б) ревматизме;
- в) коллагенозах;
- г) всех перечисленных;
- д) только при А и В.

914. К детским инфекциям, осложнением которых может быть кератит, относится:

- а) аденовирусная инфекция;
- б) ветряная оспа;
- в) корь;
- г) все перечисленное;
- д) только А и В.

915. У детей возможны следующие врожденные аномалии роговой оболочки:

- а) кератотонус;
- б) микрокорнея;
- в) кератоглобус;
- г) макрокорнея;
- д) все перечисленное.

916. К аномалиям радужной оболочки относятся:

- а) аниридия и поликория;
- б) корэктопия;
- в) колобома радужки;
- г) остаточная зрачковая мембрана;
- д) все перечисленное.

917. Врожденная колобома радужки отличается от приобретенной тем, что:

- а) сфинктер зрачка сохранен при приобретенной колобоме;
- б) сфинктер зрачка сохранен при врожденной колобоме;
- в) сфинктер зрачка сохранен при этих видах колобом.

918. Возникновению врожденной катаракты могут способствовать инфекционные заболевания матери во время беременности:

- а) краснуха;
- б) токсоплазмоз;
- в) грипп;
- г) цитомегаловирусная инфекция;
- д) правильно А и Б.

919. По происхождению возможны следующие виды врожденных катаракт:

- а) наследственная;
- б) внутриутробная;
- в) вторичная;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленное.

920. Возможными осложнениями катаракт у детей могут быть:

- а) нистагм;
- б) амблиопия;
- в) косоглазие;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

921. По клинической форме врожденные катаракты могут быть:

- а) диффузными;
- б) пленчатыми;
- в) полиморфными;
- г) слоистыми;
- д) все перечисленное.

922. По локализации при врожденных катарактах различаются:

- а) полярные помутнения;
- б) ядерные помутнения;
- в)zonулярные -"-;
- г) венечные -"-;
- д) все перечисленное.

923. Противопоказаниями для интракапсулярной экстракции катаракт у детей являются:

- а) прочная цинново-эластичная связка;
- б) наличие связи между хрусталиком и стекловидным телом;

- в) наличие плотного ядра;
- г) все перечисленное;
- д) правильно А и Б.

924. Кардинальными признаками при врожденной глаукоме являются:

- а) увеличение роговицы и глазного яблока;
- б) углубление передней камеры;
- в) расширение зрачка, замедление реакции зрачка на свет;
- г) повышение внутриглазного давления;
- д) все перечисленное.

925. Наиболее ранними признаками глаукомы у новорожденных являются:

- а) застойная инъекция глазного яблока;
- б) отек роговицы;
- в) складки и разрывы десцементовой оболочки;
- г) интермиттирующие помутнения роговой оболочки;
- д) все перечисленное.

926. К возможным изменениям в углу передней камеры при врожденных глаукомах относятся:

- а) нерассосавшаяся мезодермальная ткань;
- б) облитерация Шлеммова канала;
- в) недоразвитие фильтрационной зоны угла;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

927. При врожденной глаукоме возможны следующие сопутствующие изменения глаза:

- а) микрокорнея;
- б) микрофтальм;
- в) аниридия;
- г) дислокация хрусталика;
- д) все перечисленное.

928. Стадия врожденной глаукомы определяется по:

- а) степени увеличения параметров глаза по сравнению с возрастной нормой (по данным УЗ-исследования);
- б) изменению диска зрительного нерва;
- в) снижению зрительных функций (острота зрения, показатели ЭФИ);
- г) увеличению диаметра роговицы, расширению лимба;
- д) всему перечисленному.

929. Врожденная глаукома отличается от глаукомы у взрослых:

- а) увеличением глазного яблока и диаметра роговицы;
- б) расширением лимба;
- в) углублением передней камеры;
- г) снижением показателей ЭРГ;
- д) всем перечисленным.

930. При синдроме Марфана наиболее частыми изменениями со стороны глаз являются:

- а) прогрессирующее увеличение глаза;
- б) истонченная роговица и склера;
- в) истонченное и удлиненное ресничное тело;
- г) все перечисленное;
- д) только А и В.

931. При синдроме Марфана отмечаются следующие изменения хрусталика:

- а) дислокация хрусталика;
- б) уменьшение хрусталика в размере;
- в) помутнение в хрусталике;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

932. Для синдрома Стерджа-Вебера характерны:

- а) капиллярная гемангиома лица;
- б) изменения черепа вследствие наличия аномальных внутричерепных каналов;
- в) наличие кальцификатов в мозгу, что может служить причиной эпилептических приступов;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное.

933. К глазным проявлениям синдрома Бехчета относятся:

- а) поражение обоих глаз (одного раньше, другого позже);
- б) поражения глаз сопровождаются повышением температуры и недомоганием, острым увеитом и гипопионом;

- в) изменения на глазном дне (отек макулы, периваскулит сетчатки, ретинальные кровоизлияния, кровоизлияния в стекловидное тело);
- г) атрофия зрительного нерва;
- д) все перечисленное.

934. Врожденная закупорка слезных путей чаще всего вызывается:

- а) врожденным сужением слезных канальцев;
- б) воспалением;
- в) пролиферативным ростом;
- г) всеми перечисленными причинами;
- д) только Б и В.

935. Наиболее частым местом полной закупорки слезных путей тонкой прозрачной мембраной является:

- а) зона соединения слезного мешка и слезноносового канала;
- б) зона слезных канальцев;
- в) зона выхода слезноносового канала в полость носа;
- г) во всех зонах - одинаково часто;
- д) только А и В.

936. Отсутствие диска зрительного нерва на глазном дне встречается при:

- а) колобоме диска зрительного нерва;
- б) аплазии диска зрительного нерва;
- в) ямке диска зрительного нерва;
- г) гипоплазии диска зрительного нерва.

937. При аплазии зрительного нерва отсутствует:

- а) первый нейрон сетчатки;
- б) второй нейрон сетчатки;
- в) третий -";
- г) четвертый -";
- д) все четыре нейрона сетчатки.

938. Зрительные функции при аплазии зрительного нерва:

- а) не изменены;
- б) резко снижены;
- в) незначительно снижены;
- г) отсутствуют.

939. Увеличенные врожденные диски зрительных нервов сопровождаются:

- а) резким снижением зрения;
- б) отсутствием зрения;
- в) незначительным снижением зрения;
- г) полной сохранностью зрительных функций.

940. Псевдоневрит зрительного нерва - это:

- а) воспаление зрительного нерва;
- б) следствие интоксикации;
- в) врожденная аномалия;

941. Псевдозастой зрительного нерва - это:

- а) воспаление зрительного нерва;
- б) следствие повышенного внутричерепного давления;
- в) врожденная аномалия.

942. Друзы диска зрительного нерва - это:

- а) нарушение кровоснабжения зрительного нерва;
- б) следствие дистрофических изменений;
- в) врожденная аномалия.

943. Врожденные аномалии зрительного нерва включают:

- а) аплазию и гипоплазию зрительного нерва;
- б) колобому зрительного нерва;
- в) ямку зрительного нерва;
- г) увеличение диска зрительного нерва;
- д) все перечисленное.

944. Врожденные аномалии зрительного нерва включают:

- а) удвоение диска зрительного нерва;
- б) миелиновые волокна;
- в) псевдоневриты и псевдозастой зрительного нерва;

- г) друзы диска зрительного нерва;
- д) все перечисленное.

945. Врожденные аномалии зрительного нерва подлежат:

- а) активной хирургической терапии;
- б) активной консервативной терапии;
- в) комбинированному хирургическому и консервативному лечению;
- г) лечению не подлежат.

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ ПК-4,9

946. Гематоофтальмический барьер в офтальмологии:

- а) повышает проходимость лекарственных веществ;
- б) замедляет проходимость лекарственных веществ;
- в) существенного значения в офтальмологии не имеет.

947. Ретробульбарные и парабульбарные инъекции показаны при:

- а) острых конъюнктивитах;
- б) заболеваниях радужки, стекловидного тела, сетчатки;
- в) заболеваниях слезного мешка;
- г) заболеваниях век;
- д) обследовании.

948. Подконъюнктивальные инъекции показаны при:

- а) заболеваниях век;
- б) заболеваниях слезоотводящих путей;
- в) заболеваниях роговицы;
- г) острых заболеваниях зрительного нерва;
- д) хронических заболеваниях зрительного нерва.

949. Введение лекарственных веществ в переднюю камеру производится при:

- а) заболеваниях слезоотводящих путей;
- б) остром приступе глаукомы;
- в) хирургических вмешательствах;
- г) хронических заболеваниях век;
- д) заболеваниях зрительного нерва.

950. В стекловидное тело вводятся лекарственные препараты:

- а) противовоспалительного действия;
- б) антиглаукоматозного действия;
- в) сосудорасширяющего -"-;
- г) миотики;
- д) мидриатики.

951. Лечебная перилимбальная новокаиновая блокада производится при:

- а) кератитах;
- б) иритах;
- в) ретинитах;
- г) остром приступе глаукомы;
- д) флегмоне слезного мешка.

952. . Лечебная ретробульбарная (парабульбарная) блокада проводится при:

- а) конъюнктивитах;
- б) дакриоцистите;
- в) абсолютной болящей глаукоме;
- г) иритах;
- д) невритах.

953. Введение лекарственных веществ путем электрофореза показано при:

- а) остром приступе глаукомы;
- б) незрелой катаракте;
- в) свежих кровоизлияниях в сетчатку и стекловидное тело;
- г) дистрофических заболеваниях сетчатки;
- д) всем перечисленном.

954. В случае побочного действия лекарственных веществ при местном введении в ткани глаза:

- а) препарат отменяется;
- б) продолжается лечение;
- в) увеличивается концентрация лекарственного препарата;

- г) уменьшается количество лекарственного вещества;
- д) прежняя доза сочетается с другим лекарством.

955. Миотики назначаются при:

- а) ирите;
- б) глаукоме;
- в) конъюнктивите с выраженной светобоязнью;
- г) невралгии;
- д) вирусном кератите.

956. Мидриатики назначаются при:

- а) закрытоугольной глаукоме;
- б) аллергическом конъюнктивите;
- в) травматическом мидриаза;
- г) ирите;
- д) невралгии.

957. Местноанестезирующие средства применяются при:

- а) гониоскопии, тонометрии, удалении однородных тел роговицы;
- б) периметрии, проверки остроты зрения;
- в) взятии мазка с конъюнктивы;
- г) язвенном блефарите;
- д) эрозии роговицы.

958. Сосудорасширяющие средства назначают при:

- а) острых иритах;
- б) флегмонах слезного мешка;
- в) склеротических процессах в сетчатке и зрительном нерве;
- г) язвенных блефаритах;
- д) язве роговицы.

959. Рассасывающие средства назначают при:

- а) онкологических заболеваниях;
- б) затяжном приступе глаукомы;
- в) конъюнктивите;
- г) кровоизлиянии в сетчатку или стекловидное тело;
- д) флегмоне слезного мешка.

960. Наиболее эффективным введением рассасывающих средств являются:

- а) внутримышечные инъекции;
- б) прием внутрь таблетированных препаратов;
- в) пара- и ретробульбарные инъекции;
- г) в виде электрофореза.

961. Показаниями к назначению прижигающих и вяжущих средств являются:

- а) тромбозы;
- б) кератиты, конъюнктивиты;
- в) катаракта;
- г) глаукома;
- д) невриты.

962. Показаниями к назначению гормональных препаратов щитовидной железы являются:

- а) неврит зрительного нерва
- б) отечный экзофтальм
- в) травматический энофтальм
- г) хронический ирит
- д) травматический экзофтальм

963. Инсулиновая мазь показана при:

- а) диабетической ретинопатии;
- б) дистрофических кератитах;
- в) конъюнктивите;
- г) флегмоне слезного мешка;
- д) диабетическом ирите.

964. При хирургическом лечении доза инсулина в день операции :

- а) снижается;
- б) повышается;
- в) остается без изменения;
- г) дополняется таблетированными препаратами.

965. Половые гормоны в офтальмологии:

- а) применяются широко;
- б) применяются только с разрешения эндокринолога;
- в) не применяются;
- г) применяются в единичных случаях.

966. Наиболее эффективно введение ферментного препарата в виде:

- а) капель;
- б) пара- и ретробульбарных инъекций;
- в) мази;
- г) электрофореза.

967. Диуритические и дегидгатационные средства показаны при:

- а) дистрофических процессах;
- б) повышении внутриглазного давления;
- в) рецидивирующих ячменях;
- г) иритах;
- д) катаракте.

968. Спазмолитические, сосудорасширяющие средства и средства, воздействующие на микроциркуляцию, показаны при:

- а) воспалительных заболеваниях переднего отрезка глазного яблока;
- б) проникающих травмах;
- в) сосудистой патологии заднего отрезка глазного яблока;
- г) заболеваниях слезовыделительной системы.

969. Вещества гипохолестеринемического действия назначают с целью:

- а) снизить холестерин в крови;
- б) повысить билирубин крови;
- в) нормализовать белковый обмен;
- г) нормализовать углеводный обмен;
- д) нормализовать все виды обмена.

970. Ангиопротекторы назначают с целью:

- а) ликвидировать процессы воспаления;
- б) снизить внутриглазное давление;
- в) укрепить сосудистую стенку;
- г) улучшить проходимость слезных путей;
- д) ускорить заживление раневого канала в роговице.

971. К ангиопротекторам относятся:

- а) никошпан, но-шпа, диакарб;
- б) доксиум, дицион, витамин "С", аскорутин;
- в) гирудотерапия;
- г) миотики;
- д) мидриатики.

972. К средствам, влияющим на свертываемость крови, относятся:

- а) мочевины;
- б) фениллин, эскузан, гепарин;
- в) дицион;
- г) ангинин;
- д) солкосерил.

973. Гирудотерапия применяется с целью:

- а) снижения внутриглазного давления, ускорения рассасывания кровоизлияний и экссудатов;
- б) повышения свертывания крови;
- в) повышения уровня гемоглобина;
- г) лечения слезотечения;
- д) лечения катаракты.

974. Биогенные стимуляторы назначают при:

- а) онкологических заболеваниях переднего отрезка глаза;
- б) онкологических заболеваниях заднего отрезка глазного яблока;
- в) хориоретинальных дистрофиях;
- г) лечении катаракты;
- д) флегмоне слезного мешка.

975. Ультрафиолетовое облучение в офтальмологии показано при:

- а) глаукоме;

- б) катаракте;
- в) флегмоне слезного мешка;
- г) заращении слезно-носового канала;
- д) деструкции стекловидного тела.

976. *Применение лазера в офтальмологии показано при:*

- а) остром приступе глаукомы;
- б) остром конъюнктивите;
- в) остром ирите;
- г) деструкции стекловидного тела;
- д) дакриoadените.

977. *Из перечисленных заболеваний применение терапевтического лазера показано при:*

- а) врожденной катаракте;
- б) старческой зрелой катаракте;
- в) старческой субкапсулярной катаракте;
- г) дакриосадените;
- д) заращении слезно-носового канала.

978. *Из перечисленных заболеваний применение терапевтического лазера показано при:*

- а) остром конъюнктивите;
- б) герпетическом кератите;
- в) рецидивирующем ячмене;
- г) деструкции стекловидного тела;
- д) симблефароне.

979. *Из перечисленных заболеваний применение лазера показано при:*

- а) диабетической флебопатии;
- б) диабетическом ирите;
- в) диабетическом руброзе;
- г) диабетическом конъюнктивите;
- д) диабетическом блефарите.

980. *Из перечисленных заболеваний применение лазера показано при:*

- а) плоской отслойке сетчатки;
- б) высокой отслойке сетчатки;
- в) старой, ригидной отслойке сетчатки;
- г) тотальной отслойке сетчатки.

981. *Из перечисленных заболеваний применение терапевтического лазера показано при:*

- а) гнойных конъюнктивитах;
- б) вирусных кератитах;
- в) симблефароне;
- г) зияющей ране роговицы;
- д) ране роговицы с выпадением радужки.

982. *При диабетических кровоизлияниях в сетчатку лазер эффективен в случае:*

- а) свежих кровоизлияний;
- б) старых (месячной давности) кровоизлияний;
- в) кровоизлияний годичной давности;
- г) часто рецидивирующих кровоизлияний.

983. *Переменное магнитное поле показано при:*

- а) заболевании роговицы, сетчатки;
- б) заболевании радужки, стекловидного тела;
- в) заболевании век;
- г) непроходимости слезно-носового канала;
- д) внутриглазных опухолях.

984. *Ультразвуковое исследование показано при:*

- а) отслойке сетчатки;
- б) свежих кровоизлияниях в сетчатку;
- в) старых кровоизлияниях в сетчатку (месячной давности);
- г) проникающих ранениях роговицы;
- д) все перечисленное.

985. *Ретробульбарные и парабульбарные инъекции показаны при:*

- а) острых конъюнктивитах;
- б) заболеваниях радужки, стекловидного тела, сетчатки;
- в) заболеваниях слезного мешка;

- г) заболеваниях век;
- д) обследовании.

986. Криотерапия в офтальмологии показана при:

- а) остром приступе глаукомы на абсолютно болящем глазу;
- б) остром ирите;
- в) хроническом ирите;
- г) флегмоне слезной железы;
- д) проникающем ранении роговицы с выпадением радужки.

987. Криотерапия в офтальмологии показана при:

- а) хроническом ирите;
- б) вирусном кератите;
- в) дакриоцистите;
- г) врожденной катаракте;
- д) диабетической ретинопатии.

988. Лечебные мягкие контактные линзы:

- а) нормализуют внутриглазное давление, оказывают противовоспалительное действие, расширяют зрачок;
- б) улучшают микроциркуляцию;
- в) исправляют косоглазие;
- г) рассасывают старческую катаракту;
- д) рассасывают врожденную катаракту.

989. Мягкие терапевтические линзы:

- а) пролонгируют действие лекарственного вещества;
- б) активизируют действие лекарственного вещества;
- в) повышают проницаемость гематоофтальмического барьера;
- г) рассасывают травматическую катаракту;
- д) рассасывают травматический гемофтальм.

990. Баротерапия показана при:

- а) острых воспалительных заболеваний;
- б) проникающих ранениях глаза;
- в) сосудистых заболеваниях органа зрения;
- г) наличии внутриглазного инородного тела металлического характера;
- д) наличии внутриглазного инородного тела синтетической природы.

991. Рефлексотерапия в офтальмологии применяется:

- а) как самостоятельный вид терапии;
- б) как вспомогательный вид терапии;
- в) рефлексотерапия не целесообразна.

992. Рефлексотерапия показана при:

- а) заболевании нейрососудистого генеза
- б) острых воспалительных заболеваний
- в) травмах роговицы
- г) врожденной аниридии
- д) врожденной колобоме зрительного нерва

993. Побочное действие лекарственных веществ проявляется:

- а) отеком кожи век, гиперемией, зудом кожи век, слезотечением, светобоязнью;
- б) снижением внутриглазного давления;
- в) повышением -"-;
- г) деструкцией стекловидного тела;
- д) отслойкой -"-.

994. В переднюю камеру вводятся препараты:

- а) противовоспалительного действия, мидриатики, миотики;
- б) сосудорасширяющего действия;
- в) ангиопротекторы;
- г) инсулин;
- д) витамины.

995. Закапывание витаминсодержащих средств показано при:

- а) заболевании роговицы, хрусталика;
- б) заболевании стекловидного тела;
- в) заболевании зрительного нерва;
- г) деструкции стекловидного тела;
- д) дакриoadените.

996. Светолечение показано при:

- а) воспалительных заболеваниях переднего отрезка глазного яблока;
- б) дистрофических процессах в заднем полюсе глазного яблока;
- в) глаукоме;
- г) внутриглазных инородных телах;
- д) меланобластомах.

997. В стекловидное тело лекарственные вещества вводятся:

- а) через лимб;
- б) через плоскую часть цилиарного тела;
- в) вскрытием передней камеры;
- г) с помощью ультразвука;
- д) с помощью переменного магнитного поля.

998. Осложнениями при ретробульбарной инъекции могут быть:

- а) гематома, экзофтальм, гемофтальм;
- б) ирит;
- в) абсцесс слезной железы;
- г) острый приступ глаукомы.

999. При остром приступе глаукомы:

- а) пилокарпин закапывают через каждый час;
- б) "-" - "-" 3-4 раза в день;
- в) "-" - не закапывают;
- г) применяется электрофорез с пилокарпином;
- д) закапывают пилокарпин в сочетании с альбуцидом.

1000. Показаниями для назначения солкосерила являются:

- а) воспалительные заболевания переднего отрезка глаза;
- б) дегенеративные хориоретинальные заболевания;
- в) заболевания слезоотводящих путей;
- г) проникающая травма с внутриглазным инородным телом;
- д) внутриглазная опухоль.

1001. Показаниями для назначения тауфона в виде парабульбарных инъекций являются:

- а) катаракта;
- б) кератиты;
- в) заболевания стекловидного тела сетчатки;
- г) внутриглазные опухоли;
- д) внутриглазное инородное тело.

1002. Показаниями для назначения эмоксипина в виде парабульбарных инъекций являются:

- а) близорукость;
- б) застойные диски зрительных нервов;
- в) отслойка сетчатки;
- г) внутриглазные опухоли;
- д) флегмоны слезного мешка.

1003. Лидаза при диабетической ангиоретинопатии назначается при:

- а) склеротической форме;
- б) геморрагической форме;
- в) отсутствии изменений сетчатки и сосудов;
- г) флебопатии.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ, ВЫНОСИМЫХ НА ЗАЧЕТ

По дисциплине	«Офтальмология» (наименование дисциплины)
Для специальности	«Медико-профилактическое дело» 32.05.01 (наименование и код специальности)

ПК-4,9

Раздел 1. Формирование органа зрения. Возрастная анатомия и физиология глаза.

- 1.1. Филогенез и онтогенез органа зрения
- 1.2. Критические периоды развития органа зрения человека
- 1.3. Этапы развития зрительного анализатора
- 1.4. Возрастная анатомия, физиология, функции составных частей глаза, его вспомогательных органов
- 1.5. Отделы зрительного анализатора. Значение зрительного анализатора для развития ребенка и в последующие годы жизни человека
- 1.6. Глазное яблоко. Величина и форма глазного яблока у лиц различного возраста. Анатомо-топографические ориентиры.
- 1.7. Фиброзная оболочка, ее составные части, функции.
- 1.8. Роговица: строение, свойства, возрастные особенности, питание, иннервация, функции.
- 1.9. Склера: строение, функции
- 1.10. Хрусталик: возрастные особенности строения и химического состава, функции.
- 1.11. Стекловидное тело: возрастные особенности строения и химического состава, функции.
- 1.12. Водянистая влага: пути оттока. Камеры глаза.
- 1.13. Сетчатка: особенности строения сетчатки у новорожденных, механизм зрительного восприятия, зрительный нерв и зрительные пути.
- 1.14. Вспомогательные органы глаза.
- 1.15. Кровообращение и иннервация органа зрения.

Раздел 2. Зрительные функции и возрастная динамика их развития

- 2.1. Центральное зрение. Понятие об угле зрения. Возрастные особенности строения макулярной зоны сетчатки. Этапы развития зрительного восприятия.
- 2.2. Методы исследования остроты зрения у детей раннего возраста и у взрослых
- 2.3. Периферическое зрение. Понятие о поле зрения. Границы поля зрения на белый и другие цвета. Физиологические скотомы. Виды нарушения периферического зрения зависимости от уровня поражения зрительного пути.
- 2.4. Цветовое зрение. Основные характеристики цвета. Трихроматичность природы цветового зрения. Понятие о пороге цветоощущения
- 2.5. Светоощущение. Особенности дневного, сумеречного и ночного зрения.
- 2.6. Темновая адаптация. Причины нарушения темновой адаптации у детей и взрослых
- 2.7. Бинокулярное зрение. Характеристика монокулярного, одновременного и бинокулярного зрения. Условия, необходимые для осуществления бинокулярного зрения. Сроки формирования бинокулярного зрения у детей. Причины нарушения бинокулярного зрения у детей и взрослых.

Раздел 3. Основные методики исследования глаз и зрительных функций у детей и взрослых

- 3.1. Внешний осмотр век и глазного яблока
- 3.2. Боковое (фокальное) освещение
- 3.3. Осмотр с увеличением (лупа)
- 3.4. Осмотр в проходящем свете
- 3.5. Прямая офтальмоскопия
- 3.6. Обратная офтальмоскопия
- 3.7. Биомикроскопия
- 3.8. Тонометрия ориентировочными методами
- 3.9. Тонометрия инструментальная
- 3.10. Кератометрия
- 3.11. Проверка чувствительности роговицы
- 3.12. Проверка реакции зрачков на свет
- 3.13. Выворот век
- 3.14. Двойной выворот век у детей раннего возраста
- 3.15. Раскрытие глазной щели
- 3.16. Проверка подвижности глазных яблок
- 3.17. Эхобиометрия
- 3.18. Методики исследования зрительных функций у детей и взрослых
- 3.19. Исследование светоощущения (ориентировочным методом)
- 3.20. Объективные методы исследования остроты зрения
- 3.21. Исследование цветоощущения с помощью полихроматических таблиц и окрашенных предметов (игрушек)
- 3.22. Исследование поля зрения ориентировочными методами
- 3.23. Исследование поля зрения на периметре
- 3.24. Исследование бинокулярного зрения

Раздел 4. Физиологическая оптика, рефракция глаза, близорукость, аккомодация, оптическая коррекция зрения у детей и взрослых

- 4.1. Физическая рефракция, свойства призм, линз, их оптическая сила, единица измерения.
- 4.2. Клиническая рефракция глаза
- 4.3. Клиническая характеристика эметропии, миопии, гиперметропии, астигматизма
- 4.4. Рефрактогенез, этиология, патогенез миопии
- 4.5. Диагностика и лечение прогрессирующей миопии у школьников
- 4.6. Меры профилактики прогрессирующей миопии, диспансеризация детей и взрослых с аномалиями рефракции
- 4.7. Аккомодация
- 4.8. Механизм аккомодации
- 4.9. Возрастные изменения аккомодации
- 4.10. Клиника пареза, паралича, спазма аккомодации у детей и взрослых
- 4.11. Коррекция аномалии рефракции с помощью пробных очковых стекол
- 4.12. Контактная коррекция зрения
- 4.13. Принципы хирургического исправления аномалии рефракции
- 4.14. Принципы коррекции пресбиопии

Раздел 5. Врожденная и приобретенная патология век, конъюнктивы, слезных органов и орбиты

- 5.1. Патология век
 - 5.1.1. Этиология и патогенез заболеваний век
 - 5.1.2. Диагностика и принципы лечения аномалий развития век: колобома, блефарофимоз, выворот, заворот у детей различного возраста
 - 5.1.3. Диагностика и лечение воспалительных заболеваний век (блефарит, мейбомеит, ячмень, халязион, контагиозный моллюск, абсцесс, реактивный отек)

5.2. Патология конъюнктивы

5.2.1. Общая диагностика конъюнктивитов (конъюнктивальная инъекция, фолликулы, отделяемое и его виды)

5.2.2. Особенности диагностики острых конъюнктивитов (вирусные конъюнктивиты, бактериальные конъюнктивиты), хламидийный конъюнктивит

5.2.3. Диагностика, лечение, профилактика гонобленнореи

5.2.4. Диагностика, лечение хронических инфекционных и бактериальных конъюнктивитов,

5.2.5. Этиология, патогенез, клиника, классификация и основные осложнения трахомы. Лечение трахомы

5.3. Патология слезных органов

5.3.1. Механизм слезоотделения. Этиология, патогенез и клиника заболеваний слезных органов

5.3.2. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение дакриоцистита новорожденных и взрослых

5.3.3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение дакриoadенита

5.4. Патология глазницы

5.4.1. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение флегмоны глазницы

5.4.2. Экзофтальм и его диагностическое значение

Раздел 6. Патология роговицы и склеры

6.1. Патология роговицы.

6.1.1. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний роговицы

6.1.2. Общая симптоматология заболеваний роговицы

6.1.3. Диагностика и лечение врожденных аномалий роговицы (микрокорнеа, мегалокорнеа, кератоконус, кератоглобус, врожденные помутнения роговицы) у детей различного возраста

6.1.4. Диагностика и принципы лечения кератитов различной этиологии, ползучей язвы роговицы

6.1.5. Дистрофии роговицы. Виды дистрофий. Диагностика и принципы лечения.

6.1.6. Исходы заболеваний роговицы, их лечение

6.2. Этиология и патогенез заболеваний склеры

6.2.1. Этиология, патогенез, клиника и диагностика и лечение склеритов и эписклеритов

6.2.2. Этиология, патогенез, клиника и диагностика меланоза, синдрома синих склер

Раздел 7. Патология сосудистой оболочки глаза

7.1. Этиология, патогенез клиника, диагностика и принципы лечения воспалительных заболеваний сосудистой оболочки глаза

7.2. Диагностика врожденных аномалий развития сосудистой оболочки (аниридия, колобома хориоидеи, корэктопия, поликория, остатки зрачковой мембраны)

7.3. Иридоциклит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения и оказания неотложной помощи

7.4. Диагностика и лечение увеитов и их осложнений

7.5. Опухоли сосудистой оболочки глаза и принципы их лечения

Раздел 8. Патология сетчатки и зрительного нерва

8.1. Патология сетчатки

8.1.1. Этиология и патогенез заболеваний сетчатки

8.1.2. Общая семиотика заболеваний сетчатки

8.1.3. Диагностика и принципы лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний сетчатки, острых нарушений кровообращения в ретинальных сосудах

8.1.4. Изменения глазного дна при общих заболеваниях у детей и взрослых (гипертоническая болезнь, диабет, заболевания почек и др.)

8.1.5. Диагностика и принципы лечения отслойки сетчатки

8.1.6.Ретролентальная фиброплазия (ретинопатия недоношенных): этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения. Диспансеризация детей и взрослых.

8.2.Этиология и патогенез заболеваний зрительного нерва и проводящих путей зрительного анализатора

8.2.1. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение неврита зрительного нерва

8.2.2. Этиология, патогенез, клиника и диагностика застойного диска зрительного нерва.

8.2.3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение атрофий зрительного нерва у детей и взрослых

Раздел 9. Патология глазодвигательного аппарата. Амблиопия.

9.1.Паралитическое косоглазие (этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения)

9.2.Содружественное косоглазие: этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения у детей и взрослых.

9.3.Диагностика и лечение гетерофории

9.4.Амблиопия (этиология, патогенез, диагностика, принципы плеоптического лечения)

9.5.Принципы плеоптоортоптического, диплоптического лечения детей с амблиопией и косоглазием. Организация мероприятий по охране зрения детей в России (специализированные детские сады и школы для детей с нарушениями зрения, кодекс об охране зрения детей)

9.6. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение нистагма

Раздел 10. Патология офтальмотонуса у детей и взрослых.

10.1.Врожденная глаукома (этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения)

10.2.Этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения первичной глаукомы

10.3.Острый приступ закрытоугольной глаукомы (этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы оказания неотложной помощи)

10.4.Офтальмогипертензия, вторичная глаукома, гипотония глазного яблока (этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения)

Раздел 11. Врожденная и приобретенная патология хрусталика.

11.1.Врожденные аномалии величины, формы и положения хрусталика (микросферофакия, колобома, лентиконус, дислокация, афакия) Принципы диагностики и лечения

11.2.Врожденная катаракта (этиология, патогенез, принципы диагностики и лечения у детей различного возраста). Виды врожденных катаракт.

11.3.Афакия, принципы коррекции у детей и взрослых

11.4.Старческая катаракта (этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения)

11.5.Вторичная и осложненная катаракта (этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения)

11.6.Общие заболевания организма, сопровождающиеся патологией хрусталика у детей (синдром Марфана, синдром Маркезани, фенилкетонурия)

Раздел 12. Повреждения органа зрения и его вспомогательных органов.

12.1.Классификация повреждений органа зрения. Сочетанная и комбинированная травма органа зрения

12.2.Ранения глазного яблока (классификация, диагностика, принципы лечения на различных этапах оказания медицинской помощи)

12.2.1.Признаки прободного ранения глазного яблока

12.2.2.Основные осложнения прободных ранений глазного яблока (инфекционные осложнения, симпатическая офтальмия, металлоз), принципы лечения и профилактики

12.2.3.Ранения век, слезных органов и глазницы (классификация, клиника, диагностика, принципы лечения)

- 12.3.Контузии глазного яблока (клинические варианты повреждений различных структур глаза, диагностика, принципы лечения)
- 12.4.Контузионные повреждения костных стенок глазницы, ретробульбарная гематома (патогенез, диагностика, принципы лечения)
- 12.5.Принципы оказания первой врачебной и специализированной офтальмологической помощи при механической травме органа зрения
- 12.6.Термические ожоги органа зрения (этиология, патогенез, классификация по тяжести и глубине, диагностика, принципы лечения)
- 12.7.Химические ожоги органа зрения (этиология, патогенез, классификация по тяжести и глубине, диагностика, принципы лечения)
 - 12.7.1.Особенности клинической картины ожогов, вызванных различными химическими веществами
 - 12.7.2.Первая врачебная помощь при ожогах органа зрения. Применение нейтрализаторов химически активных веществ
- 12.8.Основные осложнения ожогов органа зрения, принципы их профилактики и специализированного лечения

Раздел 13. Новообразования органа зрения.

- 13.1.Распространенность и морфологическая структура и наиболее частая локализация опухолей глазного яблока, век и глазницы у людей различного возраста
- 13.2.Доброкачественные опухоли век и глазницы (гемангиома, лимфангиома, дермоид, липома и др.), этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения
- 13.3.Злокачественные опухоли век и глазницы (базалиома, липосаркома, нейробластома, ретикулосаркома, рак слезной железы, меланома и др.), этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения
- 13.4.Злокачественные и доброкачественные опухоли структур глазного яблока (ретинобластома, меланома, невус, гемангиома, кисты и др.), этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения

Раздел 14. Патология органа зрения при общих заболеваниях организма

- 14.1.Характер изменений органа зрения, их клиника, диагностика, принципы лечения у больных с токсоплазмозом
- 14.2.Характер изменений органа зрения, их клиника, диагностика, принципы лечения у больных с туберкулезом и сифилисом, ВИЧ-инфекцией
- 14.3.Характер изменений органа зрения, их клиника, диагностика, принципы лечения у больных с гипертонической болезнью, сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями, атеросклерозом и патологией почек
- 14.4.Характер изменений органа зрения, их клиника, диагностика, принципы лечения детей и взрослых с коллагенозами и факоматозами
- 14.5.Глазные симптомы неврологических заболеваний у детей и взрослых

Раздел 15. Организация офтальмологической помощи детскому населению России

- 15.1.История, задачи и перспективы отечественной и мировой офтальмологии
- 15.2.Профилактика, санитарно-просветительская работа
- 15.3.Показания к определению ребенка в специализированный детский сад, школу слепых и слабовидящих
- 15.4.Глазная заболеваемость, слабовидение и слепота у детей и взрослых
- 15.5.Врачебная экспертиза и социальная реабилитация больных с последствиями заболеваний и повреждений глаз.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии

ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ

По дисциплине	«Офтальмология» (наименование дисциплины)
Для специальности	«Медико-профилактическое дело» 32.05.01 (наименование и код специальности)

5.1. Методические указания к лекционным занятиям

Лекции имеют целью формирование у обучающихся комплекса знаний о строение и функционировании органа зрения, различных заболеваниях и травмах глаз. Особое внимание на лекциях уделять вопросам формирования целостного и непротиворечивого представления о механизмах развития офтальмопатологии и современных методах терапии. Чтение лекций проводить с использованием мультимедийной техники, презентаций, в которых отражены основные разделы темы. В конце каждой темы представляются тестовые вопросы по данной тематике.

Лекция проводится в интерактивном режиме, с привлечением обучающихся к обсуждению изучаемой темы.

5.2. Методические указания к практическим занятиям

Практические занятия проводить с целью практического освоения подходов к обследованию и лечению пациентов с заболеваниями и травмами органа зрения, освоить методы профилактики патологии органа зрения.

Практические занятия проводятся на ПК по плану соответствующей методической разработки. Для обучающихся, выполнивших задание раньше других, выдается отдельное более сложное задание.

К каждому практическому занятию разработаны методические указания для преподавателей (см. Приложение 1 к Разделу 5 РП)

5.3. Формы и методика текущего, промежуточного и итогового контроля

Посещение занятий и лекций, указанных в расписании является обязательным для всех обучающихся.

Базисный контроль выполняется на первом практическом занятии путем проведения собеседования по разделам программы дисциплины «Офтальмология» для высших учебных заведений.

Текущий контроль выполняется путем:

- проведения и оценки устных или письменных опросов на лекциях и практических занятиях;
- проверки и оценки выполнения заданий на практических занятиях;
- проверки и оценки выполнения самостоятельных и контрольных заданий на практических занятиях;
- проверки правильности подготовки, заслушиванием и оценкой докладов и выступлений, подготовленных обучающимися;
- проверки и оценки качества ведения конспектов.

Промежуточный контроль проводится по завершении раздела и осуществляется в форме тестового опроса по вариантам в печатном виде или с использованием специализированного программного обеспечения. На основании процента правильных ответов определяется результат промежуточного контроля.

Итоговый контроль проводится в форме зачета, на котором оценивается степень усвоения обучающимися содержания дисциплины в целом по всем разделам. К зачету допускаются обучающиеся, выполнившие полностью учебную программу.

Зачет состоит из трех частей:

- проверка уровня освоения дисциплины в виде тестирования;
- собеседование по теоретическому вопросу;
- осмотр больного, сбор анамнеза, постановка диагноза и назначение необходимого лечения совместно с преподавателем.

Контролирующие задания в тестовой форме по дисциплине с указанием раздела приводятся в разделе «Банки контрольных заданий и вопросов (тестов) по отдельным темам и в целом по дисциплине».

МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ЛЕКЦИЙ

1. Тема №1:	Офтальмология как современная наука о зрительном анализаторе человека и ее место в клинической медицине
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело
4. Продолжительность занятий (в академических часах):	1 час
5. Учебная цель:	Ознакомить студентов с историей офтальмологии, основными достижениями фундаментальной и клинической офтальмологии, с историей кафедры офтальмологии СПбГПМУ. Продемонстрировать связь офтальмологии с фундаментальными, медико-профилактическими и клиническими дисциплинами, преподаваемыми в Университете.
6. Объем повторной информации (в минутах):	5 минут
Объем новой информации (в минутах):	40 минут
7. План лекции, последовательность ее изложения:	• Определение офтальмологии, как науки. • Связь офтальмологии с фундаментальными дисциплинами • Связь офтальмологии с дисциплинами медико-биологического профиля • Связь офтальмологии с профилактическими дисциплинами • Связь офтальмологии с клиническими дисциплинами • Три звена зрительного анализатора. Сетчатка, проводящие пути, зрительные центры • Формирование органа зрения. Условия, обеспечивающие развитие и функционирование глаза. • История развития, основные достижения фундаментальной и клинической офтальмологии. • История кафедры офтальмологии СПбГПМУ. Представление аудитории сотрудников кафедры офтальмологии.
8. Иллюстрационные материалы:	см. презентацию
9. Литература для проработки:	2. 1. Глазные болезни. Учебник / Под ред. А.П. Нестерова, В.М. Малова. - М.: Лидер-М., 2008– 316с. 3. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. Руководство. – М.: МЕДпресс – информ., 2008. – 392с. 4. Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007 – 287с.
1. Тема №2:	Физиологическая оптика. Рефракция и аккомодация
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело
4. Продолжительность занятий (в академических часах):	1 час
5. Учебная цель:	ознакомить студентов с вопросами рефракции человеческого глаза, с проблемой аметропии. Ознакомить студентов с физиологическими механизмами и возрастной патологией аккомодации, с возрастным развитием зрительных функций
6. Объем повторной информации (в минутах):	5 минут
Объем новой информации (в минутах):	40 минут
7. План лекции, последовательность ее изложения:	• Понятие физической и клинической рефракции глаза.

• Аметропии и их виды. Правила оптической коррекции. • Астигматизм. Правила оптической коррекции. • Аккомодация. Физиологический механизм, основные параметры. • Возрастная патология аккомодации. • Основные зрительные функции. Их возрастная динамика и методы исследования.	
8.Иллюстрационные материалы: см. презентацию	
9. Литература для проработки:	
1. Глазные болезни. Учебник / Под ред. А.П. Нестерова, В.М. Малова.- М.: Лидер-М., 2008– 316с. 2. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. Руководство.– М.: МЕДпресс – информ., 2008. – 392с. 3. Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007 – 287с. 4. Офтальмология. Клинические рекомендации/ Под ред. Л.К. Мошетовой и др. – М.: ГЭОТАР-М. 2006 – 240с.	
1. Тема №3:	Миопия, миопическая болезнь. Аккомодационные нарушения зрения у детей и взрослых
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело
4. Продолжительность занятий (в академических часах):	1 час
5. Учебная цель: : ознакомить студентов с вопросами миопии и миопической болезни. Продолжить ознакомление с физиологическими механизмами и возрастной патологией аккомодации, с возрастным развитием зрительных функций	
6. Объем повторной информации (в минутах):	5 минут
Объем новой информации (в минутах):	40 минут
7. План лекции, последовательность ее изложения:	
• Миопия. Классификация. • Понятие осложненная миопия • Миопическая болезнь • Методы лечения дистрофических изменений сетчатки	
8.Иллюстрационные материалы: см. презентацию	
9. Литература для проработки:	
1. Офтальмология: Учебник /Под ред. Е.И. Сидоренко и др.- 2-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007– 408с. 2. Глазные болезни. Учебник / Под ред. А.П. Нестерова, В.М. Малова.- М.: Лидер-М., 2008– 316с. 3. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. Руководство.– М.: МЕДпресс – информ., 2008. – 392с. 4. Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007 – 287с.	
1. Тема №4:	Синдром «красного глаза»: острые воспалительные заболевания вспомогательных органов глаза
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело
4. Продолжительность занятий (в академических часах):	1 час
5. Учебная цель: обучить студентов диагностике острых воспалительных заболеваний век, слезных органов и конъюнктивы и методам их лечения.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	5 минут
Объем новой информации (в минутах):	40 минут
7. План лекции, последовательность ее изложения:	
1. Введение - обоснование и актуальность темы. 2. Этиология, клиника, лечение следующих заболеваний: 2.1. Дерматит век, наружный и внутренний ячмень, халязион, абсцесс века. 2.2. Блефариты. 2.3. Флегмона глазницы. 2.4. Дакриоаденит. 2.5. Дакриоциститы у новорожденных и взрослых. 3. Этиология, клиника, лечение конъюнктивитов: 3.1. Бактериальные конъюнктивиты - стафило- и стрептококковый, дифтерийный, псевдодифтерийные, гонобленнорея; 3.2. Вирусные конъюнктивиты: аденовирусные, пикорнавирусные, герпетические; 3.3. Аллергические конъюнктивиты. • 4. Заключение	
8.Иллюстрационные материалы: см. презентацию	
9. Литература для проработки:	
1. Глазные болезни. Учебник / Под ред. А.П. Нестерова, В.М. Малова.- М.: Лидер-М., 2008– 316с.	

2. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. Руководство.– М.: МЕДпресс – информ., 2008. – 392с. 3. Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007 – 287с.	
1. Тема №5:	Дистрофические заболевания конъюнктивы и роговицы. Синдром «сухого глаза»
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело
4. Продолжительность занятий (в академических часах):	1 час
5. Учебная цель: обучить студентов диагностике синдрома «Сухого глаза», а также дистрофических заболеваний конъюнктивы и роговицы и методам их лечения.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	5 минут
Объем новой информации (в минутах):	40 минут
7. План лекции, последовательность ее изложения: • Синдром «Сухого глаза» - болезнь цивилизации, распространенность, этиология • Диагностика синдрома «Сухого глаза» • Выявление и лечение дистрофических заболеваний роговицы	
8.Иллюстрационные материалы: см. презентацию	
9. Литература для проработки: 1. Глазные болезни. Учебник / Под ред. А.П. Нестерова, В.М. Малова.- М.: Лидер-М., 2008– 316с. 2. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. Руководство.– М.: МЕДпресс – информ., 2008. – 392с. 3. Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007 – 287с.	
1. Тема №6:	Синдром «красного глаза»: острые воспалительные заболевания глазного яблока.
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело
4. Продолжительность занятий (в академических часах):	1 час
5. Учебная цель: сформировать у обучающихся представления об определении, классификации, клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и лечении острых воспалительных заболеваний глазного яблока (кератиты, склериты, иридоциклиты).	
6. Объем повторной информации (в минутах):	5 минут
Объем новой информации (в минутах):	40 минут
7. План лекции, последовательность ее изложения: 1. Актуальность проблемы синдрома "красного глаза": острые воспалительные заболевания глазного яблока (структура, частота, исходы). 2. Кератиты: - определение, основные признаки, классификация, дифференциальная диагностика. - бактериальные кератиты (клиника, диагностика, лечение) - вирусные кератиты (клиника, диагностика, лечение). - исходы кератитов. 3. Склериты: - определение, клинические особенности, классификация. - эписклериты и склериты (дифференциальная диагностика, лечение). 4. Иридоциклиты: - определение, основные признаки, классификация. - особенности течения иридоциклитов у детей. - неотложная помощь при острых иридоциклитах. 5. Увеиты при болезни Стилла и ревматический увеит (характерные особенности, дифференциальная диагностика, лечение). 6. Заключение. Дифференциально-диагностические признаки синдрома "красного глаза" (острый конъюнктивит, кератит, иридоциклит, острый приступ глаукомы).	
8.Иллюстрационные материалы: см. презентацию	
9. Литература для проработки: 1. Глазные болезни. Учебник / Под ред. А.П. Нестерова, В.М. Малова.- М.: Лидер-М., 2008– 316с. 2. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. Руководство.– М.: МЕДпресс – информ., 2008. – 392с. 3. Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007 – 287с.	
1. Тема №7:	Синдром острого нарушения зрительных функций: заболевания сетчатки и зрительного нерва у детей и взрослых.
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело

4. Продолжительность занятий (в академических часах):	1 час
5. Учебная цель: обучить студентов алгоритму действий при диагностике и оказании неотложной помощи при заболеваниях сетчатки и зрительного нерва, сопровождающихся резким внезапным снижением остроты зрения и нарушениями поля зрения.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	5 минут
Объем новой информации (в минутах):	40 минут
7. План лекции, последовательность ее изложения:	
- Введение - обоснование и актуальность темы. - Жалобы на зрительные расстройства. - Этиология, клиника, лечение заболеваний сетчатки, сопровождающихся внезапным расстройством зрительных функций: - Острое нарушение кровообращения в сетчатке по артериальному типу. - Острое нарушение кровообращения в сетчатке по венозному типу. - Отслойка сетчатки. - Центральный хориоретинит. - Этиология, клиника, лечение неврита зрительного нерва. - Интрабульбарный неврит – папиллит. - Ретробульбарный неврит. - Опто-хиазмальный арахноидит. - Дифференциальный диагноз неврита и застойного диска зрительного нерва. - Исходы заболеваний зрительного нерва. - Заключение.	
8. Иллюстрационные материалы: см. презентацию	
9. Литература для проработки:	
- Глазные болезни. Учебник / Под ред. А.П. Нестерова, В.М. Малова.- М.: Лидер-М., 2008– 316с. - Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. Руководство.– М.: МЕДпресс – информ., 2008. – 392с. - Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007 – 287с.	
1. Тема №8:	Хирургические заболевания вспомогательных органов глаза и роговицы
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело
4. Продолжительность занятий (в академических часах):	1 час
5. Учебная цель: Усвоить представления о видах патологии органа зрения нуждающихся в обязательном хирургическом лечении независимо от срока их возникновения и их тяжести. Рассмотреть показания и противопоказания для различных способов хирургического лечения некоторых видов патологии органа зрения у детей и взрослых.. Ознакомить с целью и ходом различных операционных вмешательств, их сроках и возможных осложнениях, как интраоперационных, так и осложнениях возникающих на различных сроках послеоперационного периода.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	5 минут
Объем новой информации (в минутах):	40 минут
7. План лекции, последовательность ее изложения:	
- Основные исторические этапы хирургического лечения органа зрения - Катаракта. Определение понятия. - Особенности анатомического строения хрусталика в различные возрастные сроки. - Классификация возможных видов катаракты. - Особенность возникновения врожденной катаракты - Клинические проявления врожденной катаракты - Способы хирургического лечения врожденной катаракты и возможные осложнения - Осложнения врожденной катаракты. Понятие обскурационной амблиопии, Способы ее лечение и профилактики	
8. Иллюстрационные материалы: см. презентацию	
9. Литература для проработки:	
- Глазные болезни. Учебник / Под ред. А.П. Нестерова, В.М. Малова.- М.: Лидер-М., 2008– 316с. - Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. Руководство.– М.: МЕДпресс – информ., 2008. – 392с. - Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007 – 287с.	
1. Тема №9:	Хирургические заболевания глазного яблока
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело
4. Продолжительность занятий (в академических часах):	1 час
5. Учебная цель: Усвоить представления о видах патологии органа зрения нуждающихся в обязательном хи-	

хрусталика. Рассмотреть показания и противопоказания для различных способов хирургического лечения некоторых видов патологии органа зрения у детей и взрослых.. Ознакомить с целью и ходом различных операционных вмешательств, их сроках и возможных осложнениях, как интраоперационных, так и осложнениях возникающих на различных сроках послеоперационного периода.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	5 минут
Объем новой информации (в минутах):	40 минут
7. План лекции, последовательность ее изложения: - Основные исторические этапы хирургического лечения органа зрения - Катаракта. Определение понятия. - Особенности анатомического строения хрусталика в различные возрастные сроки. - Классификация возможных видов катаракты. - Особенность возникновения врожденной катаракты - Клинические проявления врожденной катаракты - Способы хирургического лечения врожденной катаракты и возможные осложнения - Осложнения врожденной катаракты. Понятие обскуриционной амблиопии, Способы ее лечение и профилактики	
8. Иллюстрационные материалы: см. презентацию	
9. Литература для проработки: - Глазные болезни. Учебник / Под ред. А.П. Нестерова, В.М. Малова.- М.: Лидер-М., 2008– 316с. - Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. Руководство.- М.: МЕДпресс – информ., 2008. – 392с. - Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007 – 287с.	
1. Тема №10:	Изменения органа зрения при общих заболеваниях организма. Профессиональная патология органа зрения
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело
4. Продолжительность занятий (в академических часах):	1 час
5. Учебная цель: рассмотреть основные изменения органа зрения при различной патологии организма	
6. Объем повторной информации (в минутах):	5 минут
Объем новой информации (в минутах):	40 минут
7. План лекции, последовательность ее изложения: - Изменения органа зрения при сахарном диабете - Изменения органа зрения при гипертонической болезни - Патология органа зрения при болезнях эндокринной системы - Патология органа зрения при болезнях крови и почек	
8. Иллюстрационные материалы: см. презентацию	
9. Литература для проработки: - Глазные болезни. Учебник / Под ред. А.П. Нестерова, В.М. Малова.- М.: Лидер-М., 2008– 316с. - Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. Руководство.- М.: МЕДпресс – информ., 2008. – 392с. - Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007 – 287с.	
1. Тема №11:	Повреждения органа зрения (ранения: классификация, структура)
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело
4. Продолжительность занятий (в академических часах):	1 час
5. Учебная цель: ознакомить студентов с проблемой глазного травматизма, рассмотреть классификацию травмы органа зрения, варианты комбинированных и сочетанных повреждений глаз. Ознакомить студентов с клиникой, диагностикой, лечением, осложнениями и исходами ранений глазного яблока и его вспомогательных органов.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	5 минут
Объем новой информации (в минутах):	40 минут
7. План лекции, последовательность ее изложения: - Глазной травматизм XXI века. - Классификация современной травмы органа зрения. - Понятие комбинированной и сочетанной травмы органа зрения. - Особенности современной боевой травмы органа зрения. - Ранения век и слезоотводящих путей. Диагностика, клиника, хирургическое лечение, прогнозы. - Ранения глазного яблока. Диагностика. Первая помощь. Первичная хирургическая обработка. Методы локализации инородных тел. - Осложнения прободных ранений глаз, их профилактика и лечение.	

• Классификация контузий глазного яблока и его вспомогательных органов. • Клиническая характеристика контузионных поражений различных структур глазного яблока и его вспомогательных органов. • Тактика лечения пострадавших с тупой травмой глаза на различных этапах оказания медицинской помощи. • Классификация ожогов глазного яблока и его вспомогательных органов. • Клиника и диагностика ожогов глазного яблока и его вспомогательных органов. • Принципы оказания первой медицинской и этапной медицинской помощи пострадавшим с ожогами глазного яблока и его вспомогательных органов. • Осложнения ожогов органа зрения и принципы их лечения. • Лучевые поражения глаз. Виды поражений, их классификация, диагностика и этапное лечение.	
8. Иллюстрационные материалы: см. презентацию	
9. Литература для проработки:	
1. Глазные болезни. Учебник / Под ред. А.П. Нестерова, В.М. Малова.- М.: Лидер-М., 2008– 316с. 2. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. Руководство.– М.: МЕДпресс – информ., 2008. – 392с. 3. Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007 – 287с.	
1. Тема №12:	Повреждения органа зрения (контузии и ожоги)
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело
4. Продолжительность занятий (в академических часах):	1 час
5. Учебная цель: ознакомить студентов с проблемой глазного травматизма, рассмотреть классификацию травмы органа зрения, варианты комбинированных и сочетанных повреждений глаз. Ознакомить студентов с клиникой, диагностикой, лечением, осложнениями и исходами ранений глазного яблока и его вспомогательных органов.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	5 минут
Объем новой информации (в минутах):	40 минут
7. План лекции, последовательность ее изложения:	
• Глазной травматизм XXI века. • Классификация современной травмы органа зрения. • Понятие комбинированной и сочетанной травмы органа зрения. • Особенности современной боевой травмы органа зрения. • Ранения век и слезоотводящих путей. Диагностика, клиника, хирургическое лечение, прогнозы. • Ранения глазного яблока. Диагностика. Первая помощь. Первичная хирургическая обработка. Методы локализации инородных тел. • Осложнения прободных ранений глаз, их профилактика и лечение. • Классификация контузий глазного яблока и его вспомогательных органов. • Клиническая характеристика контузионных поражений различных структур глазного яблока и его вспомогательных органов. • Тактика лечения пострадавших с тупой травмой глаза на различных этапах оказания медицинской помощи. • Классификация ожогов глазного яблока и его вспомогательных органов. • Клиника и диагностика ожогов глазного яблока и его вспомогательных органов. • Принципы оказания первой медицинской и этапной медицинской помощи пострадавшим с ожогами глазного яблока и его вспомогательных органов. • Осложнения ожогов органа зрения и принципы их лечения. • Лучевые поражения глаз. Виды поражений, их классификация, диагностика и этапное лечение.	
8. Иллюстрационные материалы: см. презентацию	
9. Литература для проработки:	
4. Глазные болезни. Учебник / Под ред. А.П. Нестерова, В.М. Малова.- М.: Лидер-М., 2008– 316с. 5. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. Руководство.– М.: МЕДпресс – информ., 2008. – 392с. 6. Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007 – 287с.	

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии

ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ОБУЧАЮЩИМСЯ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ

По дисциплине	«Офтальмология» (наименование дисциплины)
Для специальности	«Медико-профилактическое дело» 32.05.01 (наименование и код специальности)

6.1. Методические указания к практическим занятиям

См. методические разработки к практическим и семинарским занятиям.

6.2. Методические указания к лабораторным занятиям

Лабораторные занятия не предусмотрены

6.3. Формы и методика базисного, текущего и итогового контроля

Посещение занятий и лекций, указанных в расписании является обязательным для всех обучающихся.

Базисный контроль выполняется на первом практическом занятии путем проведения собеседования по разделам программы дисциплины «Офтальмология» для высших учебных заведений.

Текущий контроль выполняется путем:

- проведения и оценки устных или письменных опросов на лекциях и практических занятиях;
- проверки и оценки выполнения заданий на практических занятиях;
- проверки и оценки выполнения самостоятельных и контрольных заданий на практических занятиях;
- проверки правильности подготовки, заслушиванием и оценкой докладов и выступлений, подготовленных обучающимися;
- проверки и оценки качества ведения конспектов.

Промежуточный контроль проводится по завершении раздела и осуществляется в форме тестового опроса по вариантам в печатном виде или с использованием специализированного программного обеспечения. На основании процента правильных ответов определяется результат промежуточного контроля.

Итоговый контроль проводится в форме зачета, на котором оценивается степень усвоения обучающимися содержания дисциплины в целом по всем разделам. К зачету допускаются обучающиеся, выполнившие полностью учебную программу.

Зачет состоит трех частей:

- проверка уровня освоения дисциплины в виде тестирования;
- собеседование по теоретическому вопросу;

- решение ситуационной задачи.

Контролирующие задания в тестовой форме по циклу с указанием раздела приводятся в разделе «Банки контрольных заданий и вопросов (тестов) по отдельным темам и в целом по дисциплине».

МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

1. Тема 1:	МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ. КЛИНИЧЕСКАЯ РЕФРАКЦИЯ И МЕТОДЫ ЕЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА. АККОМОДАЦИЯ И МЕТОДЫ ЕЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ	
2. Дисциплина:	Офтальмология	
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело	
4. Продолжительность занятий (в академических часах)	4 часа	
5. Учебные цели:	– обучить студентов клиническим методам исследования основных зрительных функций глаза в объеме, необходимом участковому и семейному врачу – усвоить понятия, относящиеся к физической и клинической рефракции глаза – получить представление о субъективном и объективном способах исследования динамической рефракции глаза и научиться определять основные ее показатели (положение дальнейшей и ближайшей точек ясного видения, рабочее напряжение, объем, область и величина резерва) – научиться выписывать рецепт на простые очки и читать рецепты на сложные очки, выписываемые пациентам с астигматизмом овладеть необходимой терминологией	
6. Объем повторной информации (в минутах):	20 минут	
Объем новой информации (в минутах):	160 минут	
7. Условия для проведения занятия:	Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок	
8. Самостоятельная работа обучающегося:	Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения. Самостоятельная отработка навыков исследования зрительных функций.	
9. Методы контроля полученных знаний и навыков:	Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы	
10. Литература для проработки:	1. Сомов Е.Е. Руководство к практическим занятиям по глазным болезням. - СПб., 1999.- С. 21-31; 43-45. 2. Ерошевский Т.И., Бочкарева А.А. Глазные болезни: Учебник. - 1-е изд. - М.: Медицина, 1977. - С. 49–67, 69-90. 3. Сомов Е.Е. Заболевания и повреждения органа зрения (Руководство для семейных врачей). - СПб., 1995. - С. 10-16; 24.	
1. Тема 2:	КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АНАТОМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА. МЕТОДИКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОЦЕДУР	
2. Дисциплина:	Офтальмология	
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело	
4. Продолжительность занятий (в академических часах)	4 часа	
- Учебные цели:	- Изучить особенности строения, кровоснабжения и иннервации глазного яблока, век, конъюнктивы, слезных органов, глазодвигательных мышц, глазницы; - овладеть основными методами офтальмологического исследования анатомического состояния глазного яблока и его вспомогательных органов; - изучить основные клинические признаки патологических изменений структур глазного яблока и его вспомогательных органов; - овладеть необходимой терминологией по теме занятий.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	20 минут	
Объем новой информации (в минутах):	180 минут	
7. Условия для проведения занятия:	Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок	
8. Самостоятельная работа обучающегося:	Повторение пройденного на семинарском занятии материала для лучшего усвоения. Самостоятельная отработка приемов и навыков исследования анатомического состояния органа зрения.	

9. Методы контроля полученных знаний и навыков: контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
10. Литература для проработки:		
1. Сомов Е.Е. Руководство к практическим занятиям по глазным болезням. - СПб., 1999.- С. 4-10; 17-21		
2. Сомов Е.Е. Клиническая анатомия органа зрения человека: Учебное пособие. - СПб., 1992.- С. 22-52; 65-69.		
3. Сомов Е.Е. Заболевания и повреждения органа зрения (Руководство для семейных врачей). - СПб., 1995. - С. 16-18; 25-26.		
1. Тема 3:	НАРУШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ИННЕРВАЦИИ ВЕК, ПОЛОЖЕНИЯ И ПОДВИЖНОСТИ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	
2. Дисциплина:	Офтальмология	
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело	
4. Продолжительность занятий (в академических часах)	4 часа	
5. Учебные цели:		
— овладеть методами комплексного исследования больных, страдающих косоглазием и иметь четкое представление о современных тенденциях в их лечении (плеоптика, ортоптика, хирургические способы устранения косоглазия)		
— иметь представление о причинах развития у больных экзофтальма или энофтальма и методах их лечения		
— овладеть необходимой терминологией		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20 минут	
Объем новой информации (в минутах):	160 минут	
7. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
8. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентами страдающими патологией глазодвигательного аппарата		
9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Дискуссия по результатам выполненной работы		
10. Литература для проработки:		
1. Сомов Е.Е. Руководство к практическим занятиям по глазным болезням. - СПб., 1999.- С. 51-52, 57-61.		
2. Сомов Е.Е. Клиническая анатомия органа зрения человека: Учебное пособие. - СПб., 1992.- С. 57-59.		
3. Сомов Е.Е. Заболевания и повреждения органа зрения (Руководство для семейных врачей). - СПб., 1995. - С. 41-42.		
4. Сомов Е.Е. Руководство по клинической офтальмологии. - СПб., 1999. - Ч.2. - С. 44-77.		
1. Тема 4:	ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ.	
2. Дисциплина:	Офтальмология	
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело	
4. Продолжительность занятий (в академических часах)	4 часа	
5. Учебные цели: получение навыков работы, опыта и правил:		
основных принципов создания компьютерных презентаций, использования пакета презентационной графики, создания презентации с использованием мультимедиаэффектов.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20 минут	
Объем новой информации (в минутах):	160 минут	
7. Условия для проведения занятия:		
— изучить клинику острых и хронических воспалительных заболеваний век и конъюнктивы, а также методы их диагностики и лечения в амбулаторных и стационарных условиях		
— изучить клинику острых и хронических дакриоциститов и иметь правильное представление о современных методах лечения больных с этой патологией		
— овладеть необходимой терминологией.		
8. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентами страдающими воспалительными заболеваниями вспомогательного аппарата глаз и роговицы.		
9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
10. Литература для проработки:		
1. Сомов Е.Е. Руководство к практическим занятиям по глазным болезням. - СПб., 1999.- С. 51-56, 61.		
2. Ерошевский Т.И., Бочкарева А.А. Глазные болезни: Учебник. - 1-е изд. - М.: Медицина, 1977. - С. 91-100; 107-117.		
3. Сомов Е.Е. Герпетические и эпидемические вирусные кератоконъюнктивиты. - СПб., 1996. – С. 5-44.		

4. Сомов Е.Е. Руководство по клинической офтальмологии: Учебное пособие. - СПб., 1999. - Ч. 1. - С. 21-23.	
5. Сомов Е.Е. Клиническая анатомия органа зрения человека: Учебное пособие. - СПб., 1992.- С. 11-22, 59-64.	
6. Сомов Е.Е. Заболевания и повреждения органа зрения (Руководство для семейных врачей). - СПб., 1995. - С. 39-40; 52-54.	
1. Тема 5:	ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ФИБРОЗНОЙ, СОСУДИСТОЙ И СЕТЧАТОЙ ОБОЛОЧЕК ГЛАЗА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело
4. Продолжительность занятий (в академических часах)	
5. Учебные цели:	
– изучить клинику часто встречающихся воспалительных заболеваний роговицы, сосудистой и сетчатой оболочек глаза и знать основные методы их лечения; – научиться правильно выписывать рецепты на лекарственные препараты, используемые для лечения больных с упомянутыми выше заболеваниями; – овладеть необходимой терминологией	
6. Объем повторной информации (в минутах):	20 минут
Объем новой информации (в минутах):	160 минут
7. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок	
8. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентами с воспалительными заболеваниями сосудистой и фиброзной оболочек..	
9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы	
10. Литература для проработки:	
1. Сомов Е.Е. Руководство к практическим занятиям по глазным болезням. - СПб., 1999.- С. 62-64, 69.	
2. Ерошевский Т.И., Бочкарева А.А. Глазные болезни: Учебник. - 1-е изд. - М.: Медицина, 1977. - С. 123-151, 165-177.	
3. Сомов Е.Е. Руководство по клинической офтальмологии: Учебное пособие. - СПб., 1999. - Ч. 1. - С. 23-34.	
4. Сомов Е.Е. Клиническая анатомия органа зрения человека: Учебное пособие. - СПб., 1992.- С. 25-43.	
5. Сомов Е.Е. Заболевания и повреждения органа зрения (Руководство для семейных врачей). - СПб., 1995. - С. 40-41, 54-57, 60.	
1. Тема 6:	НАРУШЕНИЕ ГИДРОДИНАМИКИ ГЛАЗА. ЗАБОЛЕВАНИЯ ХРУСТАЛИКА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ
2. Дисциплина:	Офтальмология
3. Специальность:	Лечебное дело
4. Продолжительность занятий (в академических часах)	4 часа
5. Учебные цели	
– изучить классификацию, клинику, диагностику и лечение врожденной и первичной глаукомы; – научиться правильно выписывать рецепты на лекарственные препараты, используемые для лечения больных с упомянутыми выше заболеваниями; – овладеть необходимой терминологией.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	20 минут
Объем новой информации (в минутах):	160 минут
7. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок	
8. Самостоятельная работа обучающегося: повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения. Самостоятельная отработка приемов и навыков обследования пациентов с глаукомой и катарактой	
9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы	
10. Литература для проработки:	
1. Сомов Е.Е. Руководство к практическим занятиям по глазным болезням. - СПб., 1999.- С. 15-17, С.65-68.	
2. Ерошевский Т.И., Бочкарева А.А. Глазные болезни: Учебник. - 1-е изд. - М.: Медицина, 1977. - С. 123-132, 135-148, 165-170, 183-201.	
3. Сомов Е.Е. Клиническая анатомия органа зрения человека: Учебное пособие. - СПб., 1992.- С. 35-37,	

45-49.		
4. Сомов Е.Е. Заболевания и повреждения органа зрения (Руководство для семейных врачей). - СПб., 1995. - С. 4-5, 25-26, 30-31, 33-35, 36-41, 51, 55-57, 60, 69-71, 72-74.		
5. Сомов Е.Е. Первичная глаукома. - СПб., 1999. - С. 3-25.		
1. Тема 7:	ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО ПУТИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА. НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ В СТРУКТУРАХ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.	
2. Дисциплина:	Офтальмология	
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело	
4. Продолжительность занятий (в академических часах)	4 часа	
5. Учебные цели:		
- узнать понятия, относящиеся к воспалительным заболеваниям зрительного пути и дистрофическим заболеваниям глаз; - получить представление о методах диагностики и лечения воспалительных заболеваний зрительного пути и дистрофических заболеваний; - изучить клинику острых нарушений кровообращения в системе центральной артерии и вены сетчатки и уметь оказывать больным неотложную помощь; - овладеть необходимой терминологией.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20 минут	
Объем новой информации (в минутах):	160 минут	
7. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
8. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения. Самостоятельная отработка приемов и навыков обследования и лечения пациентов с заболеваниями сетчатки и зрительного пути.		
9. Методы контроля полученных знаний и навыков: контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
10. Литература для проработки:		
- Сомов Е.Е. Руководство к практическим занятиям по глазным болезням. - СПб., 1999.- С. 69-78. - Сомов Е.Е. Клиническая анатомия органа зрения человека: Учебное пособие. - СПб., 1992.- С. 43-45; 65-69. - Сомов Е.Е. Заболевания и повреждения органа зрения (Руководство для семейных врачей). - СПб., 1995. - С. 37-38, 50-51, 74. - Глазные болезни. Под ред. Т.И. Ерошевского, А.А. Бочкаревой. – М., Мед. 1977. – С. 152-161, 170-182.		
1. Тема 8:	ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ.	
2. Дисциплина:	Офтальмология	
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело	
4. Продолжительность занятий (в академических часах)	4 часа	
5. Учебные цели:		
- изучить современную классификацию повреждений органа зрения - изучить симптоматику ранений глазного яблока и его вспомогательных органов, методы их диагностики и приемы оказания пострадавшим неотложной врачебной помощи; - изучить симптоматику контузий и ожогов глазного яблока и его вспомогательных органов, методы диагностики и приемы оказания пострадавшим неотложной врачебной помощи; - осмотреть в течение занятия 3-4 пострадавших, оказав им необходимую врачебную помощь и назначив соответствующее лечение. - правильно оформить на всех принятых пациентов медицинскую документацию.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20 минут	
Объем новой информации (в минутах):	160 минут	
7. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
8. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на семинарском занятии материала для лучшего усвоения. Отработка навыка самостоятельного приема пострадавших с ранениями глазного яблока и его вспомогательных органов.		
9. Методы контроля полученных знаний и навыков: контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
10. Литература для проработки:		
Сомов Е.Е. Руководство к практическим занятиям по глазным болезням. - СПб., 1999.- С. 78-92.		

2. Сомов Е.Е. Заболевания и повреждения органа зрения (Руководство для семейных врачей). - СПб., 1995. - С. 44-46; 58-60.		
1. Тема 9:	ГЛАЗНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ОБЩИХ И ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.	
2. Дисциплина:	Офтальмология	
3. Специальность:	32.05.01 Медико-профилактическое дело	
4. Продолжительность занятий (в академических часах)	4 часа	
5. Учебные цели:		
— получить представление о патогенезе, методах диагностики и лечения заболеваний органа зрения у больных с общими и эндокринными заболеваниями организма.		
— овладеть необходимой терминологией.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20 минут	
Объем новой информации (в минутах):	160 минут	
7. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
8. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения. Самостоятельная курация больных с общими и эндокринными заболеваниями организма, сопровождающимися развитием глазной патологии.		
9. Методы контроля полученных знаний и навыков: контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
10. Литература для проработки:		
1. Сомов Е.Е. Руководство к практическим занятиям по глазным болезням. - СПб., 1999.- С. 92-98.		
2. Сомов Е.Е. Заболевания и повреждения органа зрения (Руководство для семейных врачей). - СПб., 1995. - С. 61-65		
3. Глазные болезни. Под ред. Т.И. Ерошевского, А.А. Бочкаревой. – М., Мед. 1977. – С. 219-225.		

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

По дисциплине _____ «Офтальмология»
(наименование дисциплины)

Для _____
специальности «Медико-профилактическое дело» 32.05.01
(наименование и код специальности)

Кафедра офтальмологии располагает всем необходимым оборудованием для обеспечения учебного процесса по дисциплине «Офтальмология», а также позволяющим внедрять инновационную методику обучения обучающихся.

Технические средства обучения

Основой технической базы считаются компьютерные технологии обучения (КТО). В основе КТО – программированное обучение с использованием компьютера, в системах «преподаватель – ПК», «обучаемый – ПК». Сферой применения КТО в курсе изучения офтальмологии является:

- мультимедийное сопровождение лекций
- использование в ходе практических занятий программы, содержащей обучающий материал и вопросы тестового контроля по разделам учебной программы.
- компьютерное тестирование в составе итогового экзамена по специальности.

Мультимедийное сопровождение лекций. На кафедре разработана и продолжает совершенствоваться компьютерная база лекций, созданная с широким применением технологий «Мультимедиа». Материал используется при чтении лекционного курса в качестве экранного сопровождения, для чего применяется ноутбук и проектор, связанный с ним. Чтение лекций осуществляется в аудиториях №№1, 8 и конференц зале кафедры.

Аудитории №№ 1 и 8, в части касающейся установки в ней аппаратуры и демонстрации презентации, отвечает следующим требованиям:

- наличие в аудитории электрической сети с напряжением 220В и частотой 50Гц;
- наличие в аудитории экрана, на которое будет проецироваться содержание презентации;
- возможность затемнения аудитории в случае, если аудитория излишне освещается естественным светом;

В качестве аппаратуры используются:

1. Ноутбук
2. Мультимедиапроектор
3. Соединительные и силовые кабели

Аппаратная часть ноутбука, содержит следующие элементы:

1. Видеокарта с разъемом VGA. С видеокарты ноутбука изображение идет на видеопроектор, который проецирует его на экран. При подготовке к занятию ассистент проверяет, совместимость видеокарты и видеопроектора, что обеспечивает устойчивую работу двух устройств.
2. Дисководы для чтения магнитных дисков (диск формата 3,5 дюйма), оптических дисков (CD, DVD). Наличие дисководов позволит скопировать или прочитать файл с презентацией, если он находится на дисковом носителе.

3. USB-интерфейс, который позволит скопировать или прочитать файл с презентацией, если он находится на flash-носителе.

Программная часть ноутбука отвечает следующим требованиям:

1. Операционная система Windows XP. Данная операционная система более функциональна и устойчива в работе, она содержит набор драйверов, что может упростить процесс монтажа оборудования и позволит настроить связь с учетом нижеописанных требований.
2. В функциях операционной системы отключено использование ждущего режима.
3. Программное обеспечение не содержит никаких других программ, кроме той, что позволяет воспроизвести презентацию (Microsoft PowerPoint).

При подключении видеопроектора ассистент должен убедиться в его исправности и наличии при нём нужных соединительных проводов (провод соединяющий ПК и проектор, провод для подключения к электрической сети).

Помимо проводов идущих в комплекте с видеопроектором, необходимо убедиться в наличии провода для подключения ноутбука к электрической сети, манипулятора «мышь».

Компьютерная презентация разрабатывается с помощью программного средства Microsoft PowerPoint. Эта программа входит в состав программного продукта Microsoft Office и достаточно распространена.

Компьютерное тестирование. Проводится в компьютерном классе (учебная часть) кафедры за день до теоретической части экзамена, методом тестового контроля. Оценка производится по системе «зачтено», «не зачтено», при этом оценка «зачтено» предусматривает наличие правильных ответов не менее чем на 70% вопросов.

Полностью укомплектован оргтехникой конференц зал кафедры офтальмологии. В котором для обеспечения учебного процесса (лекции, семинарские занятия), а также научно-практических конференций имеются 2 видеопроектора и современные ноутбуки. Обновлена часть мебели (стулья и столы). На кафедре имеется компьютерная техника как для научной работы, так и для учебного процесса (в том числе ксерокс, принтер и факс).

Обновлена аппаратура в офтальмологическом отделении клиники СПбГПМУ, в том числе современные операционные микроскопы с насадкой для обучающихся и видеокамерой для демонстрации операций и записи учебных видеофильмов.

Сведения об оснащённости образовательного процесса
специализированным и лабораторным оборудованием

Наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования	Кол-во
1	2	3
Ауд. № 1 «Лекционная аудитория» (ул. Литовская, д.2)	Доска Мультимедиа-проектор Ноутбук Экран	2 2 1 1
Учебная комната №1 (ул. Литовская, д.2, кафедра)	Лампа настольная Доска пласт Тумба Аппарат Рота Набор пробных очковых линз Цветотест Офтальмоскоп зеркальный Линейки скиаскопические Таблицы нагл. пособия Столик процедурный	4 1 1 1 1 1 5 1 5 1

Учебная комната №2 (ул. Литовская, д.2, кафедра)	Щелевая лампа	1
	Лампа настольная	4
	Доска стекл.	1
	Тумба	1
	Аппарат Рота	1
	Набор пробных очковых линз	1
	Цветотест	1
	Офтальмоскоп зеркальный	5
	Линейки скиаскопические	1
	Таблицы нагл. пособия	5
	Столик процедурный	1
	Перс. компьютер с монитором	1
Учебная комната №3 (ул. Литовская, д.2, кафедра)	Щелевая лампа	1
	Лампа настольная	4
	Доска пласт	1
	Тумба	1
	Аппарат Рота	1
	Набор пробных очковых линз	1
	Цветотест	1
	Шкаф	1
	Офтальмоскоп зеркальный	5
	Линейки скиаскопические	1
	Таблицы нагл. пособия	5
	Столик процедурный	1
	Перс. компьютер с монитором	1
	Микроскоп монокулярный	1
Учебная комната №4 (ул. Литовская, д.2, кафедра)	Щелевая лампа	1
	Лампа настольная	4
	Доска стекл.	1
	Тумба	1
	Аппарат Рота	1
	Набор пробных очковых линз	1
	Цветотест	1
	Офтальмоскоп зеркальный	1
	Линейки скиаскопические	1
	Таблицы нагл. Пособия	5
	Перс. компьютер с монитором	1
Учебная комната №5 (Литейный пр. Мариинская б-ца, Отде- ление "Микрохирургии гла- за")	Лампа настольная	4
	Доска стекл.	1
	Тумба	1
	Аппарат Рота	1
	Набор пробных очковых линз	1
	Цветотест	1
	Офтальмоскоп зеркальный	5
	Линейки скиаскопические	1
	Таблицы нагл. пособия	5
	Шкаф	1
	Столик процедурный	1
	Щелевая лампа	1
	Микроскоп бинокул	1
	Перс. компьютер с монитором	1

Учебная комната №6 Комсомола,6 ЛОГУЗ ДКБ,	Лампа настольная	4
	Доска стекл.	1
	Тумба	1
	Аппарат Рота	1
	Набор пробных очковых линз	1
	Цветотест	1
	Офтальмоскоп зеркальный	5
	Линейки скиаскопические	1
	Таблицы нагл. пособия	5
	Столик процедурный	1
	Перс. компьютер с монитором	1
Конференц-зал кафедры (ул. Литовская,2)	Телевизор	1
	Видеомагнитофон	1
	Доска пласт.	1
	Видеопроектор	1
	Ноутбук	1

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии

ИННОВАЦИИ В ПРЕПОДАВАНИИ

По дисциплине _____ «Офтальмология»
(наименование дисциплины)

Для
специальности _____ «Медико-профилактическое дело» 32.05.01
(наименование и код специальности)

К инновациям в преподавании дисциплины «Офтальмология» относится педагогическая технология и методика обучения «Портфолио».

«Портфолио» обучающихся – комплект документов, представляющий совокупность индивидуальных образовательных достижений обучающегося. Создание портфолио – творческий процесс, позволяющий учитывать результаты, достигнутые обучающимся в разнообразных видах деятельности (учебной, творческой, социальной, коммуникативной) за время обучения в СПбГПМУ. Функции по формированию «портфолио» возлагаются на обучающегося.

Основная цель формирования «портфолио» - накопить и сохранить документальное подтверждение собственных достижений обучающегося в процессе его обучения в СПбГПМУ. «Портфолио» является не только современной эффективной формой самооценивания результатов образовательной деятельности обучающегося, но и способствует:

- мотивации к образовательным достижениям;
- приобретению опыта в деловой конкуренции;
- обоснованной реализации самообразования для развития профессиональных компетентностей;
- выработке умения объективно оценивать уровень своих профессиональных компетентностей;
- повышению конкурентоспособности будущего специалиста.

Портфолио должно содержать:

1. Конспект лекций
2. Выполненные практические задания на ПК (в печатном и электронном виде)
3. Сведения о контрольных работах
4. Информацию об участии в предметных конференциях
5. Реферат

Оценка осуществляется по каждому разделу «портфолио».

«Портфолио» позволяет решать важные педагогические задачи:

- поддерживать высокую учебную мотивацию обучающегося;
- поощрять их активность и самостоятельность;
- расширять возможности обучения и самообучения;
- формировать умение учиться – ставить цели, планировать и организовывать собственную учебную деятельность;
- использование папки личных достижений обучающегося (портфолио) позволяет в условиях рынка труда обучить студента и самостоятельному решению технических, организационных и управленческих проблем, умение представить себя и результаты своего труда.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНИКОВ И УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ,
ИЗДАННЫХ СОТРУДНИКАМИ КАФЕДРЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

По дисциплине _____ «Офтальмология»
(наименование дисциплины)

Для специальности _____ «Медико-профилактическое дело» 32.05.01
(наименование и код специальности)

№	Название (кол-во стр. или печ. лист.)	Автор	Год издания	Издатель- ство	Гриф орга- нов испол- нительной власти
1.	Клиническая офтальмология (392 с. (24 печ. л)	Сомов Е.Е	2005	М.: МЕД пресс- информ	Рек-но уч.- мет объ- ед.по мед. и фарм. образ
2.	Диагностика и лечение больных с синдромом «сухого глаза» (20 с.)	Бржеский В.В., Сомов Е.Е.	2005	СПб.	Руково- дство для врачей
3.	Клиническая анатомия органа зре- ния человека – 3-е издание, перераб. и доп. (136 с. (8,5 печ. л)	Сомов Е.Е.	2005	М.: МЕД пресс- информ,	
4.	Избранные лекции по неонатальной офтальмологии (272с.)	Сайдашева Э.И., Сомов Е.Е., Фомина Н.В.	2006	СПб.: изд. «Нестор- История»	
5.	Периферические дистрофии сетчат- ки у детей (19с)	Воронцова Т.Н	2006	СПб., изд. СПбГПМА	
6.	Ретинопатия недоношенных рубцо- вый период (23с)	Рудник А.Ю	2006	СПб	
7.	Принципы ранней диагностики, профилактики и лечения ретинопа- тии недоношенных детей Методиче- ские рекомендации РАСПМ (С.1-18)	Сайдашева Э.И.	2006	М.	
8.	Клинические лекции по офтальмо- логии	Е.А.Егоров С.Н.Басинский В.В.Бржеский	2007	М. "ГЭО- ТАР- Медиа"	Рек-но уч.- мет объ- ед.по мед и фарм. образ
9.	Заболевания слезных органов глаза	В.В.Бржеский Ю.С. Астахов Н.Ю. Кузнецова	2007	СПб	
10.	Клиническая офтальмология - 2-е издание, перераб. и доп. (392 с.)	Е.Е. Сомов	2008	М.:Медпре сс – ин- форм.	
11.	Офтальмология: учебник для сту- дентов медицинских вузов. (376 с.)	Е.Е. Сомов	2008	М.: ООО «Медицин- ское ин- формаци- онное агентство»	
12.	Исследование слезопродукции и слезоотведения (глава 8). (12 с.)	Бржеский В.В., Егорова Г.Б.	2008	М.: «ГЭО- ТАР – Мдиа»	Офтальмо- логия: На- циональное

					руководство
13.	Синдром «сухого глаза» (Раздел 26.6). (11 с.)	Бржеский В.В.	2008	М.: «ГЭОТАР – Мдиа»	Офтальмология: Национальное руководство
14.	Лазерная экстракция катаракты (этапы развития и современное состояние). (24 с.)	Сомов Е.Е., Балашевич Л.И., Загорюлько А.М., Немсицверидзе М.Н.	2008	М.: изд. «Офтальмология»	
15.	Диагностика патологии органа зрения у новорожденных детей. (24 с.)	Фомина Н.В., Сайдашева Э.И.	2008	СПб.	
16.	Национальное руководство по глаукоме (путеводитель) для поликлинических врачей. (136 с.)	Бржеский В.В., Алексеев В.Н., Алексеев И.Б., Астахов Ю.С. и др.	2008	М.	
17.	Заболевания слезного аппарата	Бржеский В.В., Астахов Ю.С., Кузнецова Н.Ю.	2009	СПб «Изд-во Н-Л»	
18.	Офтальмохирургия с использованием полимеров	Бржеский В.В.	2009	СПб.: «Гиппикрат»	
19.	Хирургическое лечение повреждений слезоотводящих путей. (9с.)	Бржеский В.В., Трояновский Р.Л.	2009	СПб.: «Питер»	Современная офтальмология: Руководство
20.	Изменения органа зрения при наследственных дисплазиях соединительной ткани. (13 с.)	Воронцова Т.Н., Бржеский В.В.	2009	СПб.: «Элби – СПб»	Дисплазия соединительной ткани: Руководство для врачей
21.	Использование контактных линз в детской офтальмологической практике. (16 с.)	Бржеский В.В., Прозорная Л.П.	2010	СПб.: «ВМедА»	Офтальмоконтактология
22.	Глазные симптомы в клинике внутренних болезней.	Кутуков А.Ю., Лобанов М.Ю., Реева С.В., Хасанова С.И.	2010		
23.	Принципы лечения заболеваний и повреждений зрительного нерва. Сукцинат-содержащие растворы – современный подход в лечении патологии зрительного нерва. (96 с.)	Бржеский В.В.	2010	СПб.: «Тактик-Студио»	
24.	Синдром «сухого глаза». (22 с.)	Бржеский В.В.	2010		Синдром «красного глаза»: практическое руководство для врачей - офтальмологов
25.	Компьютерный синдром и способы его нейтрализации. (24 с.)	Сомов Е.Е.	2010	СПб.: «Человек»	
26.	Близорукость у детей. (28 с.)	Сомов Е.Е.	2010	СПб.: «Человек»	

27.	Синдромы слёзной дисфункции (анатомо-физиологические основы, диагностика, клиника и лечение)	Сомов Е.Е., Ободов В.А.	2011	СПб.: «Человек»	
28.	Национальное руководство по глаукоме: для практикующих врачей / Под ред. проф. Е.А.Егоров, проф. Ю.С.Астахова, проф. А.Г.Щуко 280с.	Алексеев В.Н., Алексеев И.Б., Астахов Ю.С., Бржеский В.В. и др., всего 29	2011	Изд. 2-е, испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	
29.	Рациональная фармакотерапия в офтальмологии: Рук-во для практикующих врачей. 954с.	Егоров Е.А., Алексеев В.Н., Астахов Ю.С., Бржеский В.В., Бровкина А.Ф. и др.	2011	Изд. 2-е, испр. И доп. – М.: Литтера.	
30.	Аккомодация: Руководство для врачей 136с.	Бржеский В.В. Воронцова Т.Н. Ефимова Е.Л.	2012	М.: Апрель	
31.	Клиническая офтальмология. – 3-е изд. (400 с.)	Сомов Е.Е.	2012	М.: МЕД пресс – информ.	
32.	Методы коррекции и лечения нарушений аккомодации. Медикаментозное лечение. (16 п/л)	Воронцова Т.Н., Бржеский В.В., Ефимова Е.Л., Маркова Е.Ю., Сидоренко Е.И.	2012	М.: «Апрель».	Аккомодация: Руководство для врачей
33.	Нормальная анатомия органа зрения человека. В кн. Глазные болезни: основы офтальмологии/ под ред. В.Г.Копаевой. (с. 35-68)	Сомов Е.Е.	2012	М.: ОАО «Издательство «Медицина»	
34.	Компьютерный зрительный синдром. В кн. Глазные болезни: основы офтальмологии/ под ред. В.Г.Копаевой. (с. 499-506)	Сомов Е.Е.	2012	М.: ОАО «Издательство «Медицина»	
35.	Врожденная глаукома (31 п/л)	Бржеский В.В., Зерцалова М.А., Коновалова Н.А.	2012	Глаукома. Национальное руководство / Под ред. Е.А.Егоров а. – М.: «ГЭОТАР – Медиа»	
36.	Глаукома у больных сахарным диабетом. В кн.диабетическая офтальмопатия (23 с.)	Сомов Е.Е., Гацу М.В.	2013	СПб.: «человек»	
37.	Международное руководство по глаукоме. Т.1. Диагностика и динамическое наблюдение за пациентами с глаукомой. (110 с.)	Бржеский В.В., Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Ботабекова Т.С. и др. (всего 25)	2013	Минск: «Альтиора – Живые краски»	

38.	Зрительные возможности детей различного возраста и способы их оценки. Учебное пособие. (28 с.)	Сомов Е.Е.	2013	Изд. СПбГПМУ	
39.	Исследование слезопродукции и слезоотведения (Раздел 1.8). Офтальмология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. С.Э.Аветисова, Е.А.Егорова, Л.К.Мошетовой и др. (С.50-63).	Бржеский В.В., Егорова Г.Б.	2014	«ГЭОТАР – Медиа»	
40.	Синдром «сухого глаза»(глава 7). Офтальмология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. С.Э.Аветисова, Е.А.Егорова, Л.К.Мошетовой и др. (С.351-365).	Бржеский В.В.	2014	«ГЭОТАР – Медиа»	
41.	Детская глаукома (Раздел 13.1). Офтальмология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. С.Э.Аветисова, Е.А.Егорова, Л.К.Мошетовой и др. (С.558-569).	Бржеский В.В.	2014	«ГЭОТАР – Медиа»	
42.	Методические рекомендации по работе с прибором Педиатрический авторефрактометр Plusoptix A09 (24 с.)	Бржеский В.В., Ефимова Е.Л.	2014	«Карт Мастер»	
43.	Заболевания век. Руководство по клинической офтальмологии / Под ред. А.Ф.Бровкиной и Ю.С.Астахова (С.78-117)	Бржеский В.В.	2014	«Медицинское информационное агенство»	
44.	Заболевания конъюнктивы. Руководство по клинической офтальмологии / Под ред. А.Ф.Бровкиной и Ю.С.Астахова (С.118-160)	Бржеский В.В.	2014	«Медицинское информационное агенство»	
45.	Заболевания век. Руководство по клинической офтальмологии / Под ред. А.Ф.Бровкиной и Ю.С.Астахова (С.187-220)	Бржеский В.В.	2014	«Медицинское информационное агенство»	
46.	Национальное руководство по глаукоме для практикующих врачей / под ред. Е.А. Егорова, Ю.С. Астахова, В.П.Еричева. - 3-е изд., испр. и доп. (456 с.)	Бржеский В.В. Нестеров А.П., Алексеев В.Н., Алексеев И.Б. и др (всего 39)	2015	М.: "ГЕОТАР-Медиа"	Рекомендовано УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей-офтальмологов

47.	Синдром «сухого глаза» и заболевания глазной поверхности: клиника, диагностика, лечение (464 с.)	Бржеский В.В., Егорова Г.Б., Егоров Е.А.	2016	«ГЭОТАР-Медиа»,	
48.	Избранные разделы детской клинической офтальмологии / Под ред. Е.Е.Сомова. (308с.)	Бржеский В.В., Воронцова Т.Н., Дискаленко О.В., Ефимова Е.Л., и др. (всего 14)	2016	«Человек»	

федеральное бюджетное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА

По дисциплине	«Офтальмология» (наименование дисциплины)
Для специальности	«Медико-профилактическое дело», 32.05.01 (наименование и код специальности)

Воспитательный процесс на кафедре организован на основе рабочей программы «Воспитательная работа» ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России и направлен на развитие личности, создание условий для самоопределения и социализации обучающихся на основе социокультурных, духовно-нравственных ценностей и принятых в российском обществе правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества и государства, формирование у обучающихся чувства патриотизма, гражданственности, уважения к закону и правопорядку, человеку труда и старшему поколению, взаимного уважения, бережного отношения к культурному наследию и традициям многонационального народа Российской Федерации, природе и окружающей среде.

Воспитательная работа осуществляется в соответствии с отечественными традициями высшей школы и является неотъемлемой частью процесса подготовки специалистов.

Воспитание в широком смысле представляется как «совокупность формирующего воздействия всех общественных институтов, обеспечивающих передачу из поколения в поколение накопленного социально-культурного опыта, нравственных норм и ценностей».

Целью воспитания обучающихся ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России является разностороннее развитие личности с высшим профессиональным образованием, обладающей высокой культурой, интеллигентностью, социальной активностью, качествами гражданина-патриота.

Основная задача в воспитательной работе с обучающимися - создание условий для раскрытия и развития творческих способностей, гражданского самоопределения и самореализации, гармонизации потребностей в интеллектуальном, нравственном, культурном и физическом развитии.

Наиболее актуальными являются следующие задачи воспитания:

1. Формирование высокой нравственной культуры.
2. Формирование активной гражданской позиции и патриотического сознания, правовой и политической культуры.
3. Формирование личностных качеств, необходимых для эффективной профессиональной деятельности.
4. Привитие умений и навыков управления коллективом в различных формах студенческого самоуправления.
5. Сохранение и приумножение историко-культурных традиций университета, преемственность в воспитании студенческой молодежи.

6. Укрепление и совершенствование физического состояния, стремление к здоровому образу жизни, воспитание нетерпимого отношения к курению, наркотикам, алкоголизму, анти-общественному поведению.

Решить эти задачи возможно, руководствуясь в работе принципами:

- гуманизма к субъектам воспитания;
- демократизма, предполагающего реализацию системы воспитания, основанной на взаимодействии, на педагогике сотрудничества преподавателя и студента;
- уважения к общечеловеческим отечественным ценностям, правам и свободам граждан, корректности, толерантности, соблюдения этических норм;
- преемственности поколений, сохранения, распространения и развития национальной культуры, воспитания уважительного отношения, любви к России, родной природе, чувства сопричастности и ответственности за дела в родном университете.

На кафедре созданы оптимальные условия для развития личности обучающегося, где студентам оказывается помощь в самовоспитании, самоопределении, нравственном самосовершенствовании, освоении широкого круга социального опыта.

федеральное бюджетное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии

ДИСТАНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

По дисциплине	«Офтальмология» (наименование дисциплины)
Для специальности	«Медико-профилактическое дело», 32.05.01 (наименование и код специальности)

В целях предотвращения распространения коронавирусной инфекции Университет по рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации временно вынужден был перейти на дистанционную форму обучения.

При реализации образовательных программ с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий в организации, осуществляющей образовательную деятельность, в Университете созданы условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды, включающей в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы, совокупность информационных технологий, телекоммуникационных технологий, соответствующих технологических средств и обеспечивающей освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. (Федеральный закон от 29 декабря 2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»).

Дистанционные образовательные технологии - образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационных и телекоммуникационных технологий при опосредованном (на расстоянии) или частично опосредованном взаимодействии обучающегося и педагогического работника (ГОСТ 52653-2006).

Под дистанционным обучением понимают взаимодействие обучающегося и преподавателя между собой на расстоянии, отражающее все присущие учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные формы, средства обучения) и реализуемое специфичными средствами интернет-технологий или другими средствами, предусматривающими интерактивность. В настоящее время существуют и другие варианты этого термина: дистантное образование, дистанционное образование. При дистанционном обучении основным является принцип интерактивности во взаимодействии между обучающимися и преподавателем.

Структура дистанционного обучения представлена на рисунке 1:



Рис. 1 Структура дистанционного обучения

Преподаватель (субъект) должен выбрать средства обучения, которые соответствуют потребностям объекта, что полностью отражает структуру дистанционного взаимодействия.

Основные отличительные черты дистанционного образования от традиционного заключается в следующем:

1. Важной отличительной чертой дистанционного обучения является «дальнодействие», т.е. обучающийся и преподаватель могут находиться на любом расстоянии.
2. Экономическая эффективность, т.е. отсутствие транспортных затрат и затрат на проживание и т.п.

Введение дистанционного обучения в Университете позволило определить средства, с помощью которых оно реализуется: Zoom, Discord, Whereby, Skype, Moodle (модульная объектно-ориентированная динамическая учебная среда).

Электронная образовательная среда Moodle (ЭОС Moodle) – бесплатная система электронного обучения, с простым и понятным интерфейсом, надежная, адаптированная под различные устройства с различными операционными системами, которая дает возможность проектировать и структурировать образовательные курсы на усмотрение Университета и каждой кафедры.

В условиях, когда невозможно осуществлять образовательный процесс в традиционной форме и традиционными средствами, существуют альтернативы. Альтернативные формы, методы и средства обучения не могут заменить традиционные, и они требуют оптимизации и доработки, но в условиях форс-мажорных обстоятельств могут быть реализованы.