

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

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

«09» сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

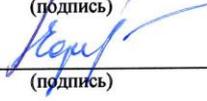
СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Офтальмология»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.59 «Офтальмология»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

<u>Заведующий кафедрой, Д.М.Н. профессор</u> (должность, ученое звание, степень)	<u></u> (подпись)	<u>В.В. Бржеский</u> (расшифровка)
<u>Доцент кафедры, к.м.н.</u> (должность, ученое звание, степень)	<u></u> (подпись)	<u>Е.Л. Ефимова</u> (расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

<u>Офтальмологии</u> название кафедры		
<u>« 11 » 09</u>	<u>2021 г.,</u>	<u>протокол заседания № 1</u>
<u>Заведующий кафедрой</u>	<u>Офтальмологии</u> название кафедры	
<u>Д.М.Н., профессор</u> (должность, ученое звание, степень)	<u></u> (подпись)	<u>В.В. Бржеский</u> (расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.59 «Офтальмология»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1Б.1.1 Клиническая анатомия и возрастная физиология органа зрения. Клиническая рефракция, аккомодация, оптическая коррекция зрения. Патология двигательного аппарата глаза.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1Б.1.2 Заболевания придаточного аппарата глаза (век, конъюнктивы, слезных органов, орбиты). Заболевания оптического аппарата глаза (роговица, хрусталик, стекловидное тело).	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б.1Б.1.3 Заболевания сетчатки и зрительного нерва	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б.1Б.1.4 Повреждения органа зрения: ранения, контузии, ожоги; неотложная врачебная офтальмологическая помощь при заболеваниях и травмах органа зрения	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б.1.Б.1 «Офтальмология»

Индекс компетенции и её содержание, этапы формирования	в результате изучения дисциплины ординатор должен		
	Знать	Уметь	Владеть
УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	получить информацию о патологии зрительного анализатора	Расспрос больного, сбора анамнестических и катамнестических сведений, наблюдения за пациентом; - анализа получаемой информации	современные методики вычисления и анализа основных медико-демографических показателей состояния здоровья населения; - основные принципы организации оказания

			первичной медико-санитарной, скорой, неотложной, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи пациентам, страдающим социально-значимыми и социально обусловленными заболеваниями
ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Теоретические основы построения диагноза, профилактических и лечебных мероприятий при болезнях человека	Осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения	навыками общения по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма	проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризации и осуществлять диспансерное наблюдение	Владеть навыками проведения медицинских осмотров, диспансеризации
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	- причины, механизмы и проявления типовых патологических процессов, закономерности их взаимосвязи, значение при различных заболеваниях; - особенности возникновения, развития и завершения типовых форм патологии органов и физиологических	- определить необходимость специальных методов исследования, организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты; - проводить	- использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в офтальмологии; диагностики и подбора адекватной терапии конкретных глазных заболеваний; распознавания и лечения неотложных состояний в офтальмологии

	систем; - этиологию и патогенез отдельных болезней и синдромов, их проявления и механизмы развития, методы их рациональной диагностики, эффективной терапии и профилактики	дифференциальный диагноз; - оценить причину и тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния	
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи	- принципы организации лечебно-диагностического процесса в медицинской организации	- определить объем и последовательность консервативных или хирургических и организационных мероприятий (стационарирование, амбулаторное лечение, консультативный прием	- Навыками ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи
ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	-природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-природном лечении	- Применять физиотерапевтические и другие методы лечения пациентов нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-природном лечении	- Навыками применения лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-природном лечении
ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	- правовые, организационные, экономические аспекты применения современных информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении;	- применять основные методические подходы к анализу, оценке, экспертизе качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений	- принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	- современные методики вычисления и анализа основных медико-демографических показателей состояния здоровья населения	осуществлять общее руководство использованием информационной системы в медицинской организации; - применять информационные технологии для решения задач в своей	- Навыками работы с медицинскими информационными ресурсами и поиска профессиональной информации в сети Интернет

		профессиональной деятельности	
--	--	----------------------------------	--

**КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ
знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в
процессе освоения дисциплины Б.1.Б.1 «Офтальмология»**

1-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1	1-16	1-20	1-45	1-7
2.	ПК-1	17-65	12-20	1-9	-
3.	ПК-2	66-100	20-30	10-13	1-7
4.	ПК-5	101-162,	31-36	14-21	1-7
5.	ПК-6	321-367	37-40	22-30	1-7
6.	ПК-8	-	41-55	11-37	-
7.	ПК-10	-	-	38-45	1-7
8.	ПК-11	-	-	15-35	1-7

2-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1	1-16	1-20	1-45	1-14
2.	ПК-1	17-65	12-20	1-9	10-14
3.	ПК-2	66-100	20-30	10-13	1-10
4.	ПК-5	101-162, 368-409	31-36	14-21	1-10
5.	ПК-6	321-367	37-40	22-30	1-10
6.	ПК-8	-	41-55	11-37	10-14
7.	ПК-10	-	56-71	38-45	1-14
8.	ПК-11	644-679	72-80	15-35	1-14

3-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-16	1-20	1-45	1-20
2.	ПК-1	17-65	12-20	1-9	10-15
3.	ПК-2	66-100	20-30	10-13	1-10
4.	ПК-5	101-162, 368-409	31-36	14-21	1-10
5.	ПК-6	321-367	37-40	22-30	1-10
6.	ПК-8	720-731	41-55	11-37	10-20
7.	ПК-10	680-719	56-71	38-45	1-20
8.	ПК-11	644-679	72-80	15-35	1-16

Вопросы для устного собеседования

1. Общая схема строения зрительного анализатора у человека.
2. Глазодвигательный аппарат глаза. Анатомия, иннервация, функции и методы исследования. Симптомы заболеваний у детей и взрослых.
3. Анатомия соединительной оболочки глаза и методы ее исследования.
4. Роговица: строение, иннервация, питание, основные свойства и функции. Симптомы заболеваний.
5. Склера: строение, иннервация, питание, основные свойства и функции. Симптомы заболеваний.
6. Анатомическое строение сетчатки (особенности, методы исследования).
7. Сосудистая система глаза (особенности, методы исследования).
8. Хрусталик: строение, функции, симптомы заболеваний.
9. Стекловидное тело: строение, функции, симптомы заболеваний.
10. Двигательная иннервация век и глазного яблока.
11. Зрительный нерв: основные отделы, строение, симптомы заболеваний.
12. Веки: их строение, функции, питание, иннервация. Основные симптомы их врожденных аномалий и заболеваний.
13. Сетчатка: строение, функции и питание. Основные симптомы заболеваний у детей и взрослых.
14. Чувствительная иннервация глаза и его вспомогательных органов.
15. Цилиарное тело и собственно сосудистая оболочка: строение, функции, питание. Основные симптомы заболеваний.
16. Внутриглазная жидкость: продукция, циркуляция и пути оттока. Основные симптомы нарушений.
17. Радужка: строение; функции, иннервация и питание. Врожденные аномалии, основные симптомы заболеваний.
18. Глазница: ее строение, содержимое, границы с другими анатомическими образованиями. Симптомы основных заболеваний.

19. Слезотводящие пути: анатомическое строение, методы оценки функционального состояния. Симптомы заболевания у детей.
20. Оптическая система глаза: составные части, метод оценки прозрачности и симптомы нарушений последней.
21. Физическая и клиническая рефракция глаза (определение понятий, виды клинической рефракции, рефрактогенез, методы определения клинической рефракции).
22. Астигматизм: определение понятия, классификация, принципы коррекции.
23. Анизометропия. Методы ее коррекции. Оптических средства коррекций зрения слабовидящих.
24. Гиперметропия. Методы выявления, коррекция гиперметропии.
25. Миопия, ее классификация, методы выявления и принципы коррекции. Ложная близорукость.
26. Принципы коррекции аметропии у детей и взрослых.
27. Аккомодация: физиологический механизм. Спазм аккомодации: причины возникновения, клинические проявления и лечение.
28. Аккомодация: физиологический механизм. Парезы и параличи аккомодации: причины, клинические проявления, принципы лечения.
29. Аккомодация: физиологический механизм, методы исследования. Пресбиопия, принципы коррекции.
30. Аккомодация: физиологический механизм. Методы исследования. Объем и ширина аккомодации. Основные виды функциональных нарушений у взрослых и детей.
31. Центральное зрение: формирование центрального зрения в первые годы жизни и у дошкольников. Методы определения центрального зрения у детей 1-го года жизни и у дошкольников.
32. Центральное зрение: определение, методы исследования, нормативные показатели у людей различного возраста, основные причины снижения.
33. Цветовосприятие: определение, методы исследования, врожденные аномалии и их классификация.
34. Периферическое зрение: определение понятия, методы исследования, нормативные показатели, основные причины нарушений и их виды.
35. Темновая адаптация: определение, методы исследования, виды ее нарушения при заболеваниях глаз.
36. Бинокулярное зрение: определение, формирование у детей, основные методы исследования, причины и виды его нарушения при заболеваниях глаз.
37. ВГД: обуславливающие факторы, нормальные показатели, методы исследования. Основные симптомы нарушений.
38. Врожденные аномалии век, птоз. Методы хирургического лечения.
39. Воспалительные заболевания век. Консервативное и хирургические методы лечения халязионов.
40. Дакриоцистит. Этиология, клиника, лечение.
41. Флегмона слезного мешка. Этиопатогенез, клиника, методы лечения.
42. Флегмона глазницы. Этиология, клиника, неотложная терапия.
43. Блефариты: этиология, клиника, осложнения, принципы лечения.
44. Бактериальные конъюнктивиты (гонобленорейный, дифтерийный, псевдодифтерийный, Кох-Уикса): клиника, диф. диагностика, терапия.
45. Эпидемический адено- и пикорнавирусный конъюнктивиты. Кератоконъюнктивиты. Клиника, диф. диагностика, терапия.
46. Общая симптоматика болезней роговой оболочки. Хирургическое лечение. Кератоэктазии.
47. Кератиты. Классификация, клиника, лечение.
48. Аномалии величины и формы роговицы у детей. Причины, клиника, методы диагностики и лечение.

49. Воспалительное заболевание склеры. Хирургическое лечение эктазии и стафилом.
50. Клиника иритов и иридоциклитов.
51. Острый иридоциклит. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь.
52. Хориоидит и хориоретинит. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.
53. Увеиты ревматоидной этиологии. Формы, клиника, лечение.
54. Паралитическое косоглазие. Нистагм. Клиника, лечение.
55. Содружественное косоглазие. Клинику, лечение.
56. Врожденная глаукома. Этиология, клиника, лечение.
57. Первичная глаукома. Классификация, клиника, лечение.
58. Закртыугольная глаукома. Клиника, принципы лечения.
59. Приобретенные катаракты. Клиника, лечение.
60. Врожденные катаракты и аномалии хрусталика. Клиника, лечение.
61. Прогрессирующая миопия. Причины клиника, современные методы лечения и диспансеризация. Основные взгляды на происхождение миопии.
62. Клиника и осложнения миопической болезни.
63. Застойный диск зрительного нерва. Этиология, клиника, лечение.
64. Воспалительные заболевания зрительного нерва. Клиника, лечение.
65. Первичная и вторичная атрофия зрительного нерва. Этиология, клиника, лечение.
66. Оптико-хиазмальный арахноидит: этиология, патогенез, клиника, принципы лечения.
67. Диабетическая ретинопатия. Клиника, лечение.
68. Изменение сетчатки при сахарном диабете.
69. Факоматозы и новообразования сетчатки. Этиология, клиника, лечение.
70. Изменения сетчатки при гипертонической болезни.
71. Острые нарушения кровообращения сетчатки по артериальному и венозному типу. Причины, клиника, неотложная терапия.
72. Ретинопатия недоношенных. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, лечение.
73. Патология СТ у детей и взрослых.
74. Поражения сетчатки воспалительного характера. Этиология, клиника, лечение.
75. Отслойка сетчатки. Этиопатогенез, классификация, клиника, общие принципы хирургического лечения.
76. Периферические абiotрофии сетчатки. Этиология, клиника, лечение.
77. Центральные абiotрофии сетчатки. Этиология, клиника, лечение.
78. Возрастные макулодистрофии. Этиология, клиника, лечение.
79. Дистрофические изменения сетчатки. Этиология, клиника, лечение.
80. Ретинобластомы у детей. Этиология, клиника, принципы лечения.
81. Глазная симптоматика при опухолях головного мозга.
82. Опухоли век, конъюнктивы и глазного яблока. Клиника и лечение.
83. Опухоли глазницы. Клиника, диагностика, принципы лечения.
84. Новообразования увеального тракта и его врожденные аномалии.
85. Общая классификация повреждений глаза.
86. Термические ожоги глаз: классификация, клиника и лечение.
87. Химические ожоги глаз: диагностика, клиника и неотложная помощь.
88. Исходы термических и химических ожогов органа зрения и их лечение.
89. Повреждения глаз при действии лучистой энергии (ультрафиолетовыми, инфракрасными, рентгеновскими лучами и др.). Клинические формы, симптоматика, неотложная помощь, профилактические мероприятия.
90. Контузии век, конъюнктивы и слезных органов.
91. Контузионные повреждения сосудистой оболочки и сетчатки. Диагностика и методы лечения.
92. Контузионные повреждения радужки и цилиарного тела. Диагностика и методы лечения.
93. Контузионные повреждения роговицы и склеры. Диагностика и методы лечения.

94. Контузионные повреждения сосудистой оболочки и сетчатки. Диагностика и методы лечения.
95. Контузионные повреждения хрусталика, стекловидного тела. Гемофтальм. Диагностика и методы лечения.
96. Травматическая отслойка сетчатки. Клиника и лечение.
97. Контузионные повреждения глазницы и ее содержимого. Диагностика и методы лечения.
98. Контузионные нарушения гидродинамики глаза.
99. Ранения век и слезных органов.
100. Ранения глазницы. Диагностика и принципы лечения повреждений основных орбитальных структур.
101. Принципы хирургической обработки прободных ран глазного яблока.
102. Абсолютные и относительные признаки проникающих ранений глазного яблока.
103. Разрушение глазного яблока и тактика офтальмохирурга при постановке этого диагноза.
104. Непрободные ранения глазного яблока.
105. Симпатическое воспаление. Патогенез, симптоматика, терапия.
106. Инородные тела внутри глаза, методы их локализации.
107. Принципы извлечения внутриглазных магнитных и немагнитных инородных тел.
108. Последствия длительного пребывания инородного тела в глазу.
109. Основные осложнения проникающих ранений глазного яблока, их профилактика, методы лечения.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знанием для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Тестовые задания

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. Эльшниг;
- г) Э. Цирм;**
- д) Г. Гельмгольц.

13. Ультразвуковую факоэмульсификацию впервые произвел:

- а) В.П. Филатов;
- б) А. Эльшниг;
- 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. Эльшниг;
- г) Е. Крвавич;**
- д) Г. Гельмгольц

15. Операцию имплантации интракапсулярной линзы впервые осуществил:

- а) Г. Ридлиж;**
- б) А. Грефе;
- в) В.П. Филатов;
- г) А. Эльшниг;
- 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. Гельмглольц.

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 железки;**
- б) слезные точки;
- в) слезные канальцы;
- 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 их 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. Хориоида состоит из слоя:
а) мелких сосудов;
б) средних сосудов;
в) крупных сосудов;
г) всего перечисленного;
д) только А и Б.
44. Хориоида 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.

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 абнотрофию сетчатки, при осложненной миопии высокой степени;
 - б) авитаминозах, циррозе печени;
 - в) хориоидитах, 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 перечисленном;
- 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, пануевитах, 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) 3x2 см;
- б) 5x4 см;
- в) 3x6 см;**
- г) 9x7 см;
- д) 10x8 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 перечисленном;
- 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.РН 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.Слезотечение активно проводится в нос из конъюнктивального мешка благодаря:

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

111.Бактерицидное действие слезы обеспечивает присутствие в ней:

- а) лидазы;
- б) химопсина;
- в) лизоцима;**
- г) фосфатазы.

112.Мелкие железы Краузе, расположенные в сводах конъюнктивальной 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 конъюнктивального 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 их конъюнктивального 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) сальный 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. Нахождение 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 эмметропической 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.Лучше 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.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.

164. 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.

165. 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.

166. Различают следующие виды клинической рефракции:

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

167. 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.

168. 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

169. 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.

170. 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.

171. 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.

172. 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.**

173. 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.

174. 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 "-".

175. 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 "-".

176. Линза - это:

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

177. По форме преломляющих поверхностей различают линзы:

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

178. Линзы обладают:

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

179. Выпуклая и вогнутая линзы падающие на них лучи:

- а) выпуклая - собирает, вогнутая - рассеивает;**
- б) гасят;
- в) отражают;

г) делают параллельными.

180. 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.**

181. 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.

182. 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.

183. 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.

184. 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.

185. 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.**

186. 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.**

187. 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.**

188. 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.**

189. 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.

190. Сферическим эквивалентом называют:

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

191. Положительная линза:

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

192. Отрицательная линза:

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

193. 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.

194. Деадаптация зрительной системы к миопии может проявляться:

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

195. 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 В;
- д) все перечисленное.**

196. К объективным методам исследования рефракции относятся:

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

197. 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.

198. Исследование рефракции глаза до применения циклоплегических 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.**

199. 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.**

200. Рефрактометр служит для:

- а) объективного определения рефракции глаза;

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

201. 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.

202. 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.**

203. 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.

204. 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.**

205. 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.

206. 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.

207. 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 анизометрии (5,0 диоптрий и более) целесообразно использовать контактную коррекцию;
- г) все перечисленное;**
- д) только А и Б.

208. 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.

209. Для чтения эмметропу в 60 лет требуются очки в:

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

210. 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.

211. Физиологический механизм аккомодации состоит в том, что:

- а) цилиарная мышца сокращается, расслабляются зональные 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.**

212. 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

213. 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.

214. 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.

215. 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.

216. 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.

217. 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.

218. 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.

219. 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.

220. 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.

221. 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.

222. 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.

223. 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.

224. 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.

225. 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.

226. Различают следующие виды астинопии:

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

227. К симптомам аккомодативной астенопии 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.

228. 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.

229. Основными причинами паралича аккомодации являются:

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

230. 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.

231. 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.

232. Амблиопия по происхождению может быть:

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

233. Основной причиной дисбинокулярной амблиопии является:

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

234. 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.

235. 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.

236. 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.

237. 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.

238. 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.

239. 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.

240. 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.

241. 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.

242. 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.**

243. У новорожденного ребенка в ответ на световое раздражение отмечаются следующие безусловные зрительные рефлексы:

- 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.**

244. Амблиопия чаще встречается при:

- а) **монолатеральном косоглазии;**
- б) альтернирующем "-";
- в) неакомодационном "-";
- г) частично аккомодационном косоглазии;
- д) аккомодационном "-".

245. 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.

246. Наиболее высокая острота зрения связана с функцией:

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

247. 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.**

248. Зрительной фиксацией называется:

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

249. 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.

250. При неправильной фиксации по признаку устойчивости различают:

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

251. Зрительная фиксация в норме должна быть:

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

252. 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.

253. 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.

254. 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.

255. 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.

256. 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.**

257. 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.**

258. 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.

259. 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.

260. 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.

261. 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.

262. Состояние зрительной фиксации можно определить на:

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

263. 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.

264. 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.

265. 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.

266. 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.

267. 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.**

268. 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.

269. 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.**

270. 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.**

271. 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.**

272. 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.

273. Локальные "слепящие" 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.

274. Суть локальных "слепящих" 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.

275. 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.

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

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

277. 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.

278. Лечение амблиопии засветами по Кюпперсу возможно у детей:

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

279. 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.

280. Обратной окклюзией называется:

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

281. Обратную окклюзию назначают при амблиопии с:

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

282. Обратную окклюзию назначают на срок:

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

283. 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.

284. 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.

285. Засветы по Ковальчуку назначают детям с:

- а) обскурационной амблиопией после экстракции катаракты;**
- б) рефракционной амблиопией;
- в) анизетропической амблиопией;
- г) дисбинокулярной амблиопией;
- д) всем перечисленным.

286.476. 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.**

287. Основным плеоптическим прибором является:

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

288. 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.

289.479. Остротой зрения, совместимой с бинокулярным зрением, считается:

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

290. 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.

291. 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° .**

292. 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.

293. 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.

294. 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.**

295. 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.**

296. 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.**

297. Наружные мышцы глаза иннервируются:

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

298. 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.

299. 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.**

300. 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.

301. 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.

302. 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.

303. 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.

304. 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.

305. К синоптофору прилагаются объекты:

- а) для слияния;
- б) для освещения;
- в) для стереоскопии;
- г) только А и Б;

д) все перечисленное.

306. 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.

307. Косоглазие считается первичным, если его причиной послужило:

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

308. Косоглазие считается вторичным, если его причиной послужило:

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

309. Косоглазие считается постоянным, если:

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

310. Для содружественного косоглазия характерны:

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

311. По направлению отклонения глаз косоглазие может быть:

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

312. 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.**

313. 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.

314. 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.**

315. 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.

316. 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) **перемещения сухожилия мышцы кпереди (на прямых мышцах) и кзади (на косых мышцах);**
- г) все перечисленное верно.

317. 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.

318. 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.

319. Диплоптика - 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.

320. 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.

321. Изменения век при воспалительном отеке включают:

а) гиперемии кожи век;

б) повышение температуры кожи;

в) болезненность при пальпации;

г) все перечисленное верно.

322. 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.

323. Клинические признаки эмфиземы век включают:

а) крепитацию;

б) отек;

в) целостность кожных покровов;

г) все перечисленное верно.

324. 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.

325. 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.

326. 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.

327. 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.

328. 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.

329. Показаниями к вскрытию абсцесса века является:

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

330. 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.**

331. Хроническое воспаление мейбомиевых желез - это:

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

332. При халазионе века необходимо:

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

333. Рожистое воспаление кожи век характеризуется:

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

334. При поражении кожи век простым герпесом наблюдается:

- а) гиперемия и отек век;
- б) появление резко гиперемированных 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) пузырьвидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд.

335. При поражении кожи век опоясывающим герпесом наблюдается:

- а) гиперемия и отек век
- б) появление резко гиперемированных 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) **пузыревидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд.**

336. 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.

337. 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.**

338. 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.**

339. При язвенном блефарите изменения век носят характер:

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

340. При лагофтальме возможно возникновение:

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

341. Эпикантус - это:

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

342. 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.

343. 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.

344. Различают следующие виды заворота век:

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

345. Спастический заворот век развивается при:

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

346. Старческий заворот развивается при:

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

347. Последствием трахомы и ожога конъюнктивы век являются:

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

348. Бульбарный заворот век развивается при :

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

349. 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.**

350. Ксантома может быть вызван:

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

351. При блефарохалаозисе наблюдается:

- а) ксероз роговицы;

б) снижение зрения из-за опущения века;

в) косметический дискомфорт;

г) все перечисленное;

д) правильно А и Б.

352. При ячмене из физиопроцедур следует рекомендовать:

а) ультрафиолетовое облучение;

б) токи ультравысокой частоты;

в) электрофорез с десказоном;

г) все перечисленное верно.

353. При трихиазе необходимо проводить:

а) эпиляцию ресниц;

б) диатермокоагуляцию ресниц;

в) пластику века;

г) все перечисленное верно.

354. При упорных блефаритах показаны:

а) массаж век;

б) сеансы УВЧ;

в) пластика век;

г) все перечисленное верно.

355. Птоз может быть:

а) врожденным;

б) нейрогенным;

в) "мышечным" при миастении и миотонии;

г) вследствие всех перечисленных причин.

356. Врожденный птоз обусловлен:

а) спазмом;

б) неполноценностью развития мышцы, поднимающей верхнее веко;

в) парезом ветвей тройничного нерва;

г) спазмом круговой мышцы век.

357. Различают следующие вывороты век:

а) спастический;

б) паралитический;

в) атонический;

г) рубцовый;

д) все перечисленные.

358. Спастический выворот век развивается при:

а) трахоме;

б) поражении тройничного нерва;

в) снижении эластичности кожи;

г) хроническом блефароконъюнктивите.

359. Рубцовый выворот век развивается вследствие:

а) травмы;

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

360. Атонический выворот возникает при:

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

361. При параличе лицевого нерва развивается:

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

362. Ожоги век могут быть причиной:

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

363. Атонический выворот век проявляется:

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

364. 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.**

365. Аллергический конъюнктивит:

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

366. Лечение весеннего катара включает:

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

367. Герпетический конъюнктивит характеризуется:

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

368. 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.

369. Средняя величина преломляющей силы роговицы взрослого человека равна:

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

370. 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.

371. 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.

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

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

373. Для измерения толщины роговицы применяется:

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

374. 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.

375. 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.

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

а) тромбоза центральной зоны сетчатки;

б) дегенерации желтого пятна;

в) катаракты;

г) диабетической ретинопатии;

д) кератита.

377. 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.

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

а) инстилляций и инъекций антибактериальных лекарственных средств;

б) инстилляций и инъекций миотиков;

в) -"- -"- мидриатиков;

г) -"- -"- кортикостероидов;

д) срочное оперативное лечение.

379. При операциях на роговице предпочтительно накладывать швы из:

а) шелка туркменского;

б) шелка виргинского;

в) нейлона;

г) кетгута;

д) любого из вышеперечисленных материалов.

380. 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.

381. 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.

382.. Для кератоконуса характерны:

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

383. 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.

384. В этиологии склеритов и эписклеритов не имеет значения:

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

385. 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.

386. При склерите характерно:

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

387. 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.**

388. 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.**

389. 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.**

390. 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.

391. 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.**

392. 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.**

393. 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.**

394. 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.

395. Отложения меди в ткани роговицы обнаруживаются при:

- а) линии Стоккера;
- б) линии Хадсон-Штали;
- в) кольца Кайзер-Флейшера;**
- г) линии (кольца) Флейшера;
- д) всем перечисленном.

396. Отложения железа в ткани роговицы могут обнаруживаться при:

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

397. Признаками нейропаралитического кератита являются:

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

398. Поверхностная васкуляризация роговицы встречается при:

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

399. Проявлением болезни Сьегрена со стороны органа зрения является:

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

400. 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.

401. Парез лицевого нерва может привести к:

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

402. При начальных проявлениях сухого кератоконъюнктивита предпочтительнее всего назначать инстилляцию:

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

403. 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.

404. 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.

405. Отложения жира в роговице могут обнаружиться при :

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

406. Жесткие контактные линзы эффективны при:

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

407. 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.**

408. 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.**

409. Противопоказаниями к назначению контактных линз являются:

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

410. Этиология увеитов связана с:

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

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

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

412. Внутриутробные вирусные увеиты у детей обычно вызываются вирусами:

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

413. Цитомегаловирус может быть обнаружен в:

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

414. Преобладающим источником стрептококковой инфекции при увеите является:

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

415. Токсоплазмозные увеиты наиболее часто встречаются:

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

416. Грибковому поражению глаз способствует:

- а) длительная антибиотикотерапия;
- б) лечение стероидами;

- в) и то, и другое;**
г) ни то, и ни другое.

417.К профилактическим мероприятиям по предупреждению увеитов относятся:

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

418.Факторами риска при возникновении увеита являются:

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

419.При приобретенном токсоплазмозе наиболее частой формой является:

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

420.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.

421.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.

422.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.

423.В супрахориоидее имеются:

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

424.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.**

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

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

426. Ведущими органами иммуногенеза являются:

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

427. 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.**

428. В организме человека интерферон вырабатывается:

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

429. Патогенетическое применение интерферона показано при:

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

430. Наиболее информативной в диагностике туберкулезного увеита является:

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

431. 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.

432. 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.

433. 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.

434. При бруцеллезном увеите обычно поражается:

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

435. Туберкулезный увеит обычно развивается в результате:

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

436. Для клинической картины туберкулеза глаз характерно:

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

437. 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.**

438. 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.**

439. 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.**

440. Болезнь Илса характеризуется:

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

441. 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.**

442. 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.**

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

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

444. 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.**

445. 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.**

446. 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.**

447. 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.**

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

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

449. Острые нарушения артериального кровообращения в зрительном нерве могут быть вызваны:

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

450. Острые нарушения венозного кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:

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

451. 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.

452. Тромбоз вен сетчатки характеризуется:

- а) снижением зрения;
- б) отеком сетчатки;
- в) кровоизлияниями;
- г) всем перечисленным .

453. 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.**

454. При тромбозе вен сетчатки в стекловидном теле отмечаются:

- а) геморрагии;**
- б) экссудативные выпоты;
- в) отслойка задней пластины;
- г) все перечисленное.

455. Феномен вишневого пятна наблюдается при:

- а) неврите;
- б) дистрофиях сетчатки;
- в) тромбозе вен сетчатки;
- г) острой артериальной непроходимости сетчатки;**
- д) всем перечисленном.

456. При тромбозе вен сетчатки геморрагии локализуются:

- а) преретинально;
- б) интравитреально;
- в) субретинально;
- г) во всех перечисленных слоях сетчатки;**
- д) только А и В.

457. 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.**

458. Лечение тромбозов вен сетчатки включает:

- а) тромболитики;
- б) антикоагулянты и антиагреганты;
- в) симптоматические средства;
- г) лазертерапию;
- д) все перечисленное.**

459. 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 перечисленном.

460. Наиболее прочный контакт сетчатки и стекловидного тела выражен в области:

- а) зубчатой линии;**
- б) макулярной зоны;

- в) диска зрительного нерва;
- г) сосудов сетчатки.

461. 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.**

462. 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.

463. 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.

464. По международной классификации в отслойке сетчатки выделяют:

- а) 2 степени;
- б) 3 степени;
- в) 4 степени;**
- г) 5 степени.

465. 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.

466. Исход хирургического лечения отслойки сетчатки зависит от выбора:

- а) способа пломбирования;
- б) способа коагуляции;
- в) материала для пломбирования;
- г) всего перечисленного.**

467. При выборе способа коагуляции при хирургическом лечении отслойки сетчатки предпочтение обычно отдается:

- а) лазеркоагуляции;
- б) криокоагуляции;**
- в) диатермокоагуляции;
- г) фотокоагуляции;
- д) по показаниям.

468. Хирургическое лечение отслойки сетчатки бесперспективно, когда:

- а) ЭРГ отрицательная;

- б) чувствительность порогов не выше 350 мка;
- в) КЧСМ ниже 14 Гц;
- г) **все перечисленное.**

469. 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.

470. 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.

471. 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) полугода -"-.

472. Хориоретинальный контакт обеспечивается:

- а) механическим компонентом;
- б) биохимическим компонентом;
- в) биологическим компонентом;
- г) гидростатическим компонентом;
- д) **всем перечисленным.**

473. К факторам, способствующим возникновению отслойки сетчатки, относятся:

- а) эмбриологический и анатомический;
- б) наследственный;
- в) механический;
- г) гемодинамический;
- д) **все перечисленные.**

474. Дефект поля зрения:

- а) **может указать на локализацию разрыва;**
- б) не может указать на локализацию разрыва;
- в) не отмечается при отслойке сетчатки.

475. При отслойке сетчатки наиболее часто сопутствующим заболеванием является:

- а) глаукома;
- б) **увейт;**
- в) тромбоз вен сетчатки;
- г) все перечисленное одинаково часто.

476. При обследовании больных с отслойкой сетчатки основное внимание уделяется состоянию:

- а) передней камеры;
- б) стекловидного тела;
- в) сетчатки;
- г) **всему перечисленному.**

477. К тотальной отслойке сетчатки наиболее часто приводят:

- а) дырчатые разрывы;
- б) ретинальные разрывы;
- в) **клапанные разрывы;**
- г) макулярные разрывы.

478. 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.**

479. 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.

480. В основе диабетических ангиопатий лежит:

- а) **нарушение обмена веществ;**
- б) инсулинотерапия;
- в) повышенное внутриглазное давление;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

481. К факторам, способствующим развитию диабетической ангиоретинопатии, относятся:

- а) **гипергликемия;**
- б) гипоглобулинемия;
- в) миопия;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно А и В.

482. Для I стадии диабетической ретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения:

- а) кровоизлияния в сетчатку и стекловидное тело;
- б) гемианопсия;
- в) неоваскуляризация радужки;
- г) задние синехии, сужение артерий и артериол;
- д) **макро- и микроаневризмы.**

483. 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.

484. К основным признакам диабетического ирита относятся:

- а) выраженная инъеция;
- б) выраженные преципитаты;
- в) гипопион;
- г) вялое расширение зрачка;**
- д) все перечисленное.

485. 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.

486. В выборе сроков хирургического лечения диабетической катаракты имеет значение:

- а) степень зрелости катаракты;
- б) возраст пациента;
- в) острота зрения;**
- г) биомикроскопический вариант катаракты.

487. Оптимальным вариантом коррекции афакии у больного сахарным диабетом являются:

- а) очки;**
- б) жесткие контактные линзы;
- в) мягкие контактные линзы;
- г) интраокулярная линза;
- д) кератомилез.

488. 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.

489. 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 -"-.

490. 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.

491. 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.

492. 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.

493. Показаниями к витреэктомии 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.

494. К типичным изменениям при диабетической ангиоретинопатии в детском и юношеском возрасте относятся:

- а) неоваскуляризация диска зрительного нерва, области желтого пятна;**
- б) трансудативные очаги в сетчатке;
- в) отслойка сетчатки;
- г) все перечисленное.

495. У больных сахарным диабетом регулируют белковый обмен:

- а) пармидин;
- б) теоникол;
- в) трентал;
- г) ретаболил;**
- д) все перечисленное.

496. Улучшают окислительно-восстановительные процессы у больных сахарным диабетом:

- а) дицинон;
- б) мисклерон;
- в) пармидин;
- г) солкосерил;**
- д) только А и В.

497. Глаукома при сахарном диабете встречается с частотой:

- а) 5%;
- б) 8%;**
- в) 12%;

- г) 20%;
- д) более 20%.

498. Лазертерапия показана при:

- а) грубом фиброзе сетчатки;
- б) рецидивирующих кровоизлияниях;
- в) высоких цифрах агрегации эритроцитов;
- г) всем перечисленным.**

499. У пациентки 55 лет, страдающей сахарным диабетом в течение 15 лет, после обширного кровоизлияния в стекловидное тело в области зрительного нерва образовалась шварт, проминирующая в стекловидное тело. В шварте отмечается появление новообразованных сосудов. Больной следует рекомендовать:

- а) проведение сосудорасширяющей терапии;
- б) проведение рассасывающей терапии;
- в) витректомию;**
- г) проведение сосудоукрепляющей терапии;
- д) лазертерапию.

500. 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) экстаксию катаракты;
- г) экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы;**
- д) лазерную терапию.

501. 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.

502. 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.**

503. У больного сахарным диабетом гониоскопически в обоих глазах обнаружены новообразованные сосуды в корневои 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.

504. 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.**

505. 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.**

506. Хрусталик человека имеет:

- а) мезодермальное происхождение;
- б) эктодермальное происхождение;**
- в) энтодермальное происхождение;
- г) возможно развитие хрусталика из различных субстратов.

507. Питание хрусталика у взрослого человека осуществляется:

- а) через а. hyaloidea;
- б) посредством цинновых связок;
- в) от внутриглазной влаги посредством диффузии;**
- г) от цилиарного тела;
- д) от передней пограничной мембраны стекловидного тела.

508. 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.**

509. 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.

510. У взрослого человека хрусталик:

- а) имеет шаровидную форму;
- б) имеет мягкую консистенцию;
- в) прозрачен;
- г) плотный с желтоватой окраской;**
- д) верно А и Г.

511. 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.**

512. 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.

513. К приобретенным заболеваниям хрусталика относятся:

- а) помутнение хрусталика (катаракта);**
- б) воспаление;
- в) опухоли;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное.

514. При любом воздействии хрусталик:

- а) набухает и мутнеет;**

- б) воспаляется;
- в) сморщивается;
- г) в его ядро врастают сосуды;
- д) все перечисленное.

515. 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) **кровообращения нет.**

516. Основным методом исследования глаза при определении клинической формы катаракты является:

- а) визометрия;
- б) **биомикроскопия;**
- в) офтальмоскопия;
- г) ультразвуковая эхоофтальмография;
- д) электрофизиологические исследования.

517. Метод проверки ретиальной 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.**

518. 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.**

519. Фигурки Пуркинье-Самсона не позволяют определить отражение от:

- а) роговицы;
- б) передней капсулы хрусталика;
- в) задней капсулы хрусталика;
- г) **стекловидного тела.**

520. К прогрессирующей катаракте можно отнести:

- а) врожденную слоистую катаракту;
- б) врожденную полную катаракту;
- в) **приобретенную катаракту;**
- г) веретенообразную катаракту;
- д) заднюю полярную катаракту.

521. 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.**

522. 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.

523. 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.

524. 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.**

525. К группе осложненных катаракт относится:

- а) увеальная катаракта;
- б) катаракта при глаукоме;
- в) миопическая катаракта;
- г) все перечисленные формы.**

526. 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.**

527. У больного в проходящем свете рефлекс с глазного дна слабо-розовый. При боковом освещении хрусталик приобретает отчетливо серый оттенок. Острота зрения 0,03-0,04, не корригирует. Больному следует поставить диагноз:

- а) начальной катаракты;
- б) незрелой катаракты;**
- в) зрелой катаракты;
- г) перезрелой катаракты;
- д) помутнения в стекловидном теле.

528. У больного рефлекс с глазного дна нет, хрусталик серый, острота зрения - правильная проекция света. У больного:

- а) начальная катаракта;
- б) незрелая катаракта;
- в) зрелая катаракта;**
- г) перезрелая катаракта;
- д) помутнения в стекловидном теле.

529. 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) перезрелая катаракта;**
- г) начальная катаракта;
- д) увеит.

530. Биомикроскопическими признаками факоморфической глаукомы являются:

- а) застойная инъекция глазного яблока;
- б) щелевидная передняя камера;
- в) широкий, неправильной формы зрачок;
- г) неравномерно мутный хрусталик;
- д) все перечисленное.**

531. Отличием факолитической глаукомы от факоморфической является:

- а) выраженная депигментация зрачковой каймы;
- б) атрофия радужки;
- в) открытый угол передней камеры;**
- г) выраженная пигментация трабекул;
- д) повышенное внутриглазное давление.

532. 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.**

533. 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.**

534. 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.

535. При факолитической глаукоме тактика врача должна включать:

- а) проведение консервативного лечения, направленного на снижение внутриглазного давления;
- б) экстакцию хрусталика;
- в) экстракцию хрусталика с антиглаукоматозным компонентом;**
- г) антиглаукоматозную операцию;
- д) амбулаторное наблюдение.

536. 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.**

537. Катахром показан при:

- а) помутнениях ядра хрусталика;
- б) помутнениях под передней капсулой хрусталика;
- в) задних чашеобразных катарактах;**
- г) во всех перечисленных случаях.

538. Витаинодурол противопоказан при:

- а) ядерных катарактах;
- б) задних чашеобразных катарактах;
- в) помутнениях под передней капсулой хрусталика;**
- г) противопоказаний к применению нет.

539. Веществом, способным соединяться с сульфгидрильными группами в капсуле хрусталика, является:

- а) цистеин;
- б) сенкателин;
- в) квинакс;**
- г) катахром;
- д) витаинодурол.

540. Наиболее эффективным методом введения препаратов для профилактики прогрессирования катаракты являются:

- а) инстилляций;**
- б) пероральное применение;
- в) внутривенные вливания;
- г) физиотерапевтические методы;
- д) внутримышечные инъекции.

541. Основным методом лечения катаракты является:

- а) консервативный метод;
- б) оперативное лечение;**
- в) лечения не требуется;
- г) лазерное лечение.

542. 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.

543. 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.

544. 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.**

545. Застойные диски зрительных нервов характеризуются:

- а) отеком ткани диска, ступенчатостью его границ;
- б) выстоянием диска;
- в) расширением вен сетчатки;
- г) кровоизлияниями;
- д) всем перечисленным.**

546. 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.**

547. 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.

548. 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.

549. Простые застойные диски характеризуются:

- а) концентрическим сужением поля зрения;**
- б) центральными и парацентральными скотомами;
- в) секторальными выпадениями;
- г) гемианопсиями;
- д) всем перечисленным.

550. Осложненные застойные диски характеризуются:

- а) асимметрией функций;
- б) асимметрией офтальмоскопической картины;
- в) нехарактерными изменениями поля зрения;
- г) всем перечисленным;**
- д) только А и Б.

551. В случаях застойных дисков ведущая роль принадлежит:

- а) офтальмологу;
- б) невропатологу;
- в) нейрохирургу;**
- г) терапевту;
- д) всем перечисленным специалистам.

552. В начальной стадии развития застойных дисков зрение:

- а) не изменяется;**
- б) снижается незначительно;
- в) снижается значительно;
- г) падает до 0.

553. По мере нарастания застойных явлений зрение:

- а) не изменяется;
- б) снижается постепенно;**
- в) снижается резко;
- г) изменяется скачкообразно.

554. 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.

555. Причиной развития невритов зрительных нервов являются:

- а) вирусы;
- б) микробная флора;
- в) токсины;
- г) аллергия;
- д) различные сочетания всех перечисленных факторов.**

556. Неврит зрительного нерва относится к заболеваниям:

- а) хроническим;
- б) острым;**

- в) подострым;
- г) латентно протекающим.

557. При невритах зрительного нерва зрение:

- а) не изменяется;
- б) снижается незначительно и медленно;
- в) снижается значительно и быстро;**
- г) любой из перечисленных вариантов.

558. При неврите зрительного нерва проминенция диска:

- а) резко выражена;
- б) незначительная, плоская;**
- в) отсутствует;
- г) имеет место экскавация диска.

559. При неврите зрительного нерва цвет диска:

- а) не меняется;
- б) гиперемирован;**
- в) бледный;
- г) восковидный;
- д) серый.

560. 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.

561. 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.

562. 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.**

563. 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.

564. 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.

565. 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.

566. Ретробульбарные невриты зрительного нерва могут быть:

- а) периферическими;
- б) аксиальными;
- в) трансверзальными;
- г) все перечисленные формы.**

567. 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.

568. 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.

569. 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.**

570. 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.

571. 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.**

572. Лечение ретробульбарных невритов включает:

- а) антибиотики;
- б) сульфпрепараты;
- в) десенсибилизирующие средства;
- г) симптоматические средства;
- д) все перечисленное.**

573. Лечение ретробульбарных невритов в острый период заболеваний включает:

- а) сосудистую терапию;
- б) противовоспалительную терапию;**
- в) хирургические мероприятия;
- г) лазертерапию;
- д) все перечисленное.

574. 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.**

575. 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.**

576. Формы первичной открытоугольной глаукомы:

- а) псевдоэксфолиативная глаукома;
- б) пигментная глаукома;
- в) глаукома с низким внутриглазным давлением;
- г) глаукома с повышенным эписклеральным давлением.**

577. Симптомы не характерные для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы:

- а) отек роговицы;
- б) мелкая передняя камера;
- в) широкий эллипсоидной формы зрачок;
- г) застойная инъекция глазного яблока;
- д) зрачок узкий, реакция зрачка на свет сохранена.**

578. 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.

579. 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.

580. Изменения поля зрения, характерные для ранней стадии глаукомы:

- а) дугообразные скотомы в области Бверрума;
- б) обнажение слепого пятна;
- в) депрессия изоптер;
- г) расширение слепого пятна;
- д) **все выше перечисленное.**

581. Стадия глаукомы оценивается по показателю:

- а) остроты зрения;
- б) **состоянию поля зрения;**
- в) отношению Э/Д;
- г) по величине легкости оттока.

582. 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.

583. 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.**

584. 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.

585. 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.

586. 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.

587. 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.**

588. Тактика врача при факоморфической глаукоме:

- а) применение общей и местной гипотензивной терапии;
- б) экстракция катаракты;**
- в) базальная иридэктомия;
- г) синусотрабекулэктомия.

589. Для первичной открытоугольной глаукомы характерны:

- а) боль в глазу;**
- б) туман перед глазом;
- в) отсутствие жалоб;
- г) радужные круги при взгляде на источник света.

590. 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.**

591. Первичная открытоугольная глаукома наиболее опасна в силу:

- а) ее частоты;
- б) внезапного начала;
- в) бессимптомного течения;**
- г) потери остроты зрения.

592. 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.**

593. 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.

594. 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.

595. 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.**

596. 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.**

597. Для факоморфической глаукомы характерна:

- а) корковая катаракта;
- б) перезревающая катаракта;
- в) набухающая катаракта;**
- г) ядерная катаракта.

598. 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.

599. 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.

600. 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.

601. 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.;

602. Нижние границы показателя коэффициента легкости оттока (С) 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.**

603. Поле зрения в начальной стадии первичной глаукомы сужено от:

- а) до 45°;
- б) до 20°;
- в) до 10°;
- г) до 5°;
- д) не сужено.**

604. Типы суточных колебаний внутриглазного давления:

- а) утренний тип;
- б) вечерний тип;
- в) дневной тип;
- г) все выше указанные типы.**

605. Больной К. поступил в кабинет неотложной офтальмологической помощи со следующей симптоматикой: отек и гематома век, сужение глазной щели, экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока книзу и к носу, птоз, подкожная эмфизема с крепитацией в области левого глаза. Наиболее вероятный диагноз:

- а) атрофия ретробульбарной клетчатки;
- б) воспаление ретробульбарного пространства;
- в) гематома орбиты;
- г) перелом стенок глазницы;**
- д) миозит прямых мышц глаза.

606. 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.**

607. 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.**

608. 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.

609. 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.**

610. 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.

611. Диагностика внутриорбитальных инородных тел осуществляется с помощью:

- а) рентгенографии;
- б) диафаноскопии;
- в) ультразвуковой эхоофтальмографии;
- г) биомикроскопии;
- д) всего перечисленного.**

612. 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.

613. 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.

614. 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.

615. При контузии глазного яблока с гипемой:

- а) фибрин и элементы крови могут закрыть угол передней камеры;
- б) может имбибиция роговицы кровью;
- в) организовавшаяся кровь должна быть удалена в течение 48 часов;
- г) мочегонные препараты могут помочь нормализовать внутриглазное давление;
- д) все перечисленное.**

616. 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.**

617. 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.**

618. 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.**

619. Факоденез определяется при:

- а) дистрофических изменениях в радужной оболочке;
- б) глаукоме;
- в) сублюксации хрусталика;**
- г) отслойке цилиарного тела;
- д) нарушении циркуляции водянистой влаги.

620. 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.

621. 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.

622. 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.**

623. Относительными признаками проникающего ранения следует считать:

- а) инъекцию глазного яблока, болевые ощущения;
- б) изменения функции глаза;
- в) геморрагический синдром;
- г) катаракту;
- д) **все перечисленное.**

624. 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.

625. Отсутствие адаптации краев раны сопровождается:

- а) гипотонией глазного яблока;
- б) истечением жидкости из раны;
- в) положительной флюоресцеиновой пробой;
- г) **во всем перечисленным.**

626. 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.**

627. 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.**

628. 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.**

629. 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.

630. 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.**

631. 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.**

632. К мероприятиям, обязательным при ожоге глазного яблока нашатырным спиртом, относятся:

- а) закапывание борной кислоты;
- б) промывание конъюнктивальной полости водой;
- в) срочная госпитализация;
- г) верно а и в;**
- д) верно а, б, в.

633. Для повреждения глаз ультрафиолетовым облучением характерными симптомами являются:

- а) светобоязнь;
- б) слезотечение;
- в) гиперемия век;**
- г) инъекция глазного яблока;
- д) верно все перечисленное.

634. 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.

635. 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.

636. 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.

637. 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.**

638. 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.

639. 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.**

640. 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.

641. 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.

642. С помощью А-метода ультразвуковой диагностики можно определить:

- а) отслойку сетчатки;
- б) толщину хрусталика;

в) внутриглазное инородное тело;

г) внутриглазное новообразование

д) все перечисленное.

643.. 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.

644. Среди аномалий развития век различают:

а) анкилоблефарон;

б) колобому и заворот век;

в) эпикантус;

г) птоз;

д) все перечисленное.

645. К врожденным изменениям век, требующим операции у новорожденных, относится все перечисленное, исключая:

а) колобому век;

б) анкилоблефарон;

в) заворот век;

г) эпикантус.

646. 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.

647. При параличе лицевого нерва имеет место:

а) лагофтальм (заячий глаз);

б) дистрофический кератит;

в) птоз;

г) все перечисленное;

д) только А и Б.

648. Воспаление слезной железы может развиваться как осложнение:

а) кори;

б) скарлатины;

в) паротита;

г) ангины и гриппа;

д) всего перечисленного

649. Признаками трихиаза являются:

а) блефароспазм;

б) слезотечение;

в) рост ресниц в сторону глаза;

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

650. Методами лечения трихиаза являются:

- а) удаление ресниц;
- б) пластическая операция;
- в) и то, и другое;
- г) **ни то, ни другое.**

651. 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.**

652. 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.**

653. 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.**

654. Симптомами птоза верхнего века являются:

- а) прикрытые верхним веком области зрачка;
- б) почти полная или полная неподвижность верхнего века;
- в) сужение глазной щели;
- г) **все перечисленное;**
- д) только А и Б.

655. 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.**

656. 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.

657. Наличие паннуса характерно для:

- а) трахомы;
- б) туберкулезно-аллергического кератоконъюнктивита;
- в) туберкулезного глубокого кератита;
- г) врожденного сифилитического кератита;
- д) правильно А и Б.**

658. 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.

659. Склерит наблюдается при следующих общих заболеваниях детей:

- а) туберкулезе;
- б) ревматизме;
- в) коллагенозах;
- г) всех перечисленных;**
- д) только при А и В.

660. 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.

661. У детей возможны следующие врожденные аномалии роговой оболочки:

- а) кератотонус;
- б) микрокорнея;
- в) кератоглобус;
- г) макрокорнея;
- д) все перечисленное.**

662. К аномалиям радужной оболочки относятся:

- а) аниридия и поликория;
- б) корэктопия;
- в) колобома радужки;
- г) остаточная зрачковая мембрана;
- д) все перечисленное.**

663. 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.

664. 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.**

665. По происхождению возможны следующие виды врожденных катаракт:

- а) наследственная;
- б) внутриутробная;
- в) вторичная;
- г) правильно А и Б;**
- д) все перечисленное.

666. Возможными осложнениями катаракт у детей могут быть:

- а) нистагм;
- б) амблиопия;
- в) косоглазие;
- г) все перечисленное;**
- д) только А и Б.

667. По клинической форме врожденные катаракты могут быть:

- а) диффузными;
- б) пленчатыми;
- в) полиморфными;
- г) слоистыми;
- д) все перечисленное.**

668. По локализации при врожденных катарактах различаются:

- а) полярные помутнения;
- б) ядерные помутнения;
- в) зонулярные "-";
- г) венечные "-";
- д) все перечисленное.**

669. Противопоказаниями для интракапсулярной экстракции катаракт у детей являются:

- а) прочная цинново связка;
- б) наличие связи между хрусталиком и стекловидным телом;
- в) наличие плотного ядра;
- г) все перечисленное;
- д) правильно А и Б.**

670. 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.**

671. 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.**

672. 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.

673. При врожденной глаукоме возможны следующие сопутствующие изменения глаза:

- а) микрокорнея;
- б) микрофтальм;
- в) аниридия;
- г) дислокация хрусталика;
- д) все перечисленное.**

674. 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.**

675. 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.**

676. 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.

677. 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.

678. 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.**

679.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.**

680.Гематоофтальмический барьер в офтальмологии:

- а) повышает проходимость лекарственных веществ;**
- б) замедляет проходимость лекарственных веществ;
- в) существенного значения в офтальмологии не имеет.

681.Ретробульбарные и парабульбарные инъекции показаны при:

- а) острых конъюнктивитах;
- б) заболеваниях радужки, стекловидного тела, сетчатки;**
- в) заболеваниях слезного мешка;
- г) заболеваниях век;
- д) обследовании.

682.Подконъюнктивальные инъекции показаны при:

- а) заболеваниях век;
- б) заболеваниях слезоотводящих путей;
- в) заболеваниях роговицы;**
- г) острых заболеваниях зрительного нерва;
- д) хронических заболеваниях зрительного нерва.

683. 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.

684.В стекловидное тело вводятся лекарственные препараты:

- а) противовоспалительного действия;**
- б) антиглаукоматозного действия;
- в) сосудорасширяющего -";
- г) миотики;
- д) мидриатики.

685.Лечебная перилимбальная новокаиновая блокада производится при:

- а) кератитах;**
- б) иритах;

- в) ретинитах;
- г) острым приступе глаукомы;
- д) флегмоне слезного мешка.

686.. Лечебная ретробульбарная (парабульбарная) блокада проводится при:

- а) конъюнктивитах;
- б) дакриоцистите;
- в) абсолютной болящей глаукоме;**
- г) иритах;
- д) невритах.

687. Введение лекарственных веществ путем электрофореза показано при:

- а) острым приступе глаукомы;
- б) незрелой катаракте;
- в) свежих кровоизлияниях в сетчатку и стекловидное тело;
- г) дистрофических заболеваний сетчатки;**
- д) всем перечисленном.

688. 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.

689. Миотики назначаются при:

- а) ирите;
- б) глаукоме;**
- в) конъюнктивите с выраженной светобоязнью;
- г) невралгии;
- д) вирусном кератите.

690. Мидриатики назначаются при:

- а) закрытоугольной глаукоме;
- б) аллергическом конъюнктивите;
- в) травматическом мидриаза;
- г) ирите;**
- д) невралгии.

691. 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.

692. 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.

693. Рассасывающие средства назначают при:

- а) онкологических заболеваниях;
- б) затажном приступе глаукомы;
- в) конъюнктивите;
- г) кровоизлиянии в сетчатку или стекловидное тело;**
- д) флегмоне слезного мешка.

694. Наиболее эффективным введением рассасывающих средств являются:

- а) внутримышечные инъекции;
- б) прием внутрь таблетированных препаратов;
- в) пара- и ретробульбарные инъекции;**
- г) в виде электрофореза.

695. Показаниями к назначению прижигающих и вяжущих средств являются:

- а) тромбозы;
- б) кератиты, конъюнктивиты;**
- в) катаракта;
- г) глаукома;
- д) невриты.

696. Показаниями к назначению гормональных препаратов щитовидной железы являются:

- а) неврит зрительного нерва
- б) отечный экзофтальм**
- в) травматический эндофтальм
- г) хронический ирит
- д) травматический экзофтальм

697. Инсулиновая мазь показана при:

- а) диабетической ретинопатии;
- б) дистрофических кератитах;
- в) конъюнктивите;
- г) флегмоне слезного мешка;**
- д) диабетическом ирите.

698. При хирургическом лечении доза инсулина в день операции :

- а) снижается;**
- б) повышается;
- в) остается без изменения;
- г) дополняется таблетированными препаратами.

699. Половые гормоны в офтальмологии:

- а) применяются широко;**
- б) применяются только с разрешения эндокринолога;
- в) не применяются;
- г) применяются в единичных случаях.

700. Наиболее эффективно введение ферментного препарата в виде:

- а) капель;
- б) пара- и ретробульбарных инъекций;**
- в) мази;
- г) электрофореза.

701. Диуритические и дегидгатационные средства показаны при:

- а) дистрофических процессах;
- б) повышении внутриглазного давления;**
- в) рецидивирующих ячменях;
- г) иритах;
- д) катаракте.

702. 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.

703. 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.

704. 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.

705. К ангиопротекторам относятся:

- а) никошпан, но-шпа, диакарб;
- б) доксиум, дицинон, витамин "С", аскорутин;**
- в) гирудотерапия;
- г) миотики;
- д) мидриатики.

706. К средствам, влияющим на свертываемость крови, относятся:

- а) мочевины;
- б) фениллин, эскузан, гепарин;**
- в) дицинон;
- г) ангинин;
- д) солкосерил.

707. 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.

708. Биогенные стимуляторы назначаются при:

- а) онкологических заболеваниях переднего отрезка глаза;
- б) онкологических заболеваниях заднего отрезка глазного яблока;
- в) хориоретинальных дистрофиях;**
- г) лечении катаракты;
- д) флегмоне слезного мешка.

709. Ультрафиолетовое облучение в офтальмологии показано при:

- а) глаукоме;
- б) катаракте;
- в) флегмоне слезного мешка;**
- г) заращении слезно-носового канала;
- д) деструкции стекловидного тела.

710. Применение лазера в офтальмологии показано при:

- а) остром приступе глаукомы;**
- б) остром конъюнктивите;
- в) остром ирите;
- г) деструкции стекловидного тела;
- д) дакриoadените.

711. 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.

712. Из перечисленных заболеваний применение терапевтического лазера показано при:

- а) остром конъюнктивите;
- б) герпетическом кератите;**
- в) рецидивирующем ячмене;
- г) деструкции стекловидного тела;
- д) симблефароне.

713. Из перечисленных заболеваний применение лазера показано при:

- а) диабетической флеботатии;**
- б) диабетическом ирите;
- в) диабетическом рубеозе;
- г) диабетическом конъюнктивите;
- д) диабетическом блефарите.

714. Из перечисленных заболеваний применение лазера показано при:

- а) плоской отслойке сетчатки;**
- б) высокой отслойке сетчатки;
- в) старой, ригидной отслойке сетчатки;

г) тотальной отслойке сетчатки.

715. 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.

716. 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.

717. 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.

718. 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.

719. Ретробульбарные и парабульбарные инъекции показаны при:

а) острых конъюнктивитах;

б) заболеваниях радужки, стекловидного тела, сетчатки;

в) заболеваниях слезного мешка;

г) заболеваниях век;

д) обследовании.

720. Мягкие лечебные контактные линзы могут быть эффективны при:

а) частичной атрофии зрительного нерва;

б) высокой миопии с патологическими изменениями на глазном дне;

в) буллезной кератопатии;

г) кератоуевите с гипопионом;

д) всем перечисленном.

721. Мягкие лечебные контактные линзы не эффективны при:

а) эпителиально-эндотелиальной дистрофии роговицы;

б) буллезной кератопатии;

в) кератоуевите с гипопионом;

г) всем перечисленном;

д) только А и В.

722. Мягкие контактные линзы могут применяться при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- а) миопии;
- б) гиперметропии;
- в) кератоконусе далеко зашедшей стадии;**
- г) афакии.

723. При эпителиально-эндотелиальной дистрофии роговицы эффективны:

- а) жесткие контактные линзы;
- б) мягкие контактные лечебные линзы;
- в) "-" - "-" - "-" длительного ношения;**
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

724. Жесткие контактные линзы изготавливаются из:

- а) полиметилметакрилата (ПММА);
- б) силиконовой резины;
- в) силикон-акрилата;
- г) всего перечисленного;**
- д) ничего из перечисленного.

725. Для изготовления мягких контактных линз используются следующие материалы:

- а) полиметилметакрилат (ПММА);
- б) силиконовая резина;
- в) силикон-акрилат;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.**

726. Жесткие контактные линзы не могут изготавливаться из:

- а) полиметилметакрилата (ПММА);
- б) полигидроксиэтилметакрилата (рНЕМА);**
- в) силикон-акрилата;
- г) силиконовой резины.

727. Мягкие контактные линзы изготавливаются из:

- а) полиметилметакрилата (ПММА);
- б) полигидроксиэтилметакрилата (рНЕМА);**
- в) силикон-акрилата;
- г) силиконовой резины.

728. Женские контактные линзы предназначаются для:

- а) многодневного ношения;
- б) однодневного ношения;**
- в) и того, и другого;
- г) ни того, ни другого.

729. Мягкие контактные линзы предназначаются для:

- а) многодневного ношения;
- б) однодневного ношения;
- в) и того, и другого;**

г) ни того, ни другого.

730. Недостатком жестких контактных линз являются:

- а) дают хорошее зрение;
- б) корригируют астигматизм;
- в) являются гидрофобными;**
- г) легко хранятся.

731. К недостатку жестких контактных линз из олиметилметакрилата (ПММА) относятся:

- а) возможность подгонки линзы с флуоресцеином;
- б) возможность изготовления линз с малой толщиной;
- в) непроницаемость для газов;**
- г) способность коррекции астигматизма.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
б	д	а	д	г	г	в	в	г	а	б	г	г	г	а	в

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	
в	г	в	в	в	а	г	в	а	а	в	а	в	г	а	а	
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	
б	в	б	б	а	в	г	в	а	б	г	а	г	г	в	б	
49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
г	г	в	а	г	б	а	в	б	г	г	г	в	г	а	г	б

66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82
г	в	в	г	а	д	в	в	д	д	д	г	д	а	д	д	д
83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
д	г	д	д	в	в	в	б	г	б	в	г	в	в	б	б	б
100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116
в	г	б	г	в	в	г	г	б	г	д	в	в	г	д	б	г
117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133
в	б	в	б	в	г	в	д	в	д	д	д	г	г	б	в	б
134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
б	г	д	б	а	д	г	г	в	в	в	в	г	в	д	б	б
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162					
г	б	г	в	в	б	д	б	г	в	в	б					

163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179
б	в	а	д	б	а	б	г	в	д	в	г	в	а	г	г	а
180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196
д	б	в	б	а	д	д	д	д	а	д	д	д	г	г	д	д
197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213
г	д	д	д	в	д	г	д	г	г	г	в	в	г	д	г	а
214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	
г	в	б	г	в	г	б	а	а	а	г	г	г	г	б	д	

230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

б	а	г	а	а	б	в	г	а	б	в	г	д	д	а	г	г
247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	262	263	264
д	д	г	г	а	а	б	в	б	д	б	в	г	г	г	а	в
265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281
в	а	г	а	д	д	д	а	г	а	а	а	б	в	г	б	г
282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298
б	а	г	а	д	а	а	г	б	д	б	а	д	д	г	г	г
299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315
д	а	б	а	а	б	д	а	в	а	а	а	д	д	б	д	а
316	317	318	319	320												
в	б	в	в	д												

321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337
г	д	г	в	д	д	а	в	а	г	б	б	б	в	г	а	д
338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354
д	а	б	б	г	а	д	а	а	б	б	г	в	в	б	г	а
355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367				
г	б	д	г	д	б	б	б	д	д	д	г	д				

368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384
в	в	б	г	а	б	б	а	д	в	д	в	д	в	в	в	г
385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401
в	д	д	д	г	г	д	д	д	г	в	б	в	а	в	в	б
402	403	404	405	406	407	408	409									
д	б	б	в	в	д	д	д									

410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425
г	д	д	д	б	а	в	г	г	в	д	г	а	в	д	а
426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436					
д	д	г	г	а	д	г	в	г	б	в					

437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453
д	д	д	д	д	д	д	д	д	д	д	г	г	в	г	г	д
454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470
а	г	г	г	д	г	а	г	а	б	в	в	г	б	г	г	в
471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487
в	д	д	а	б	г	в	г	а	а	а	д	а	г	а	в	а
488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504
а	б	а	б	б	б	а	г	г	б	г	в	г	а	д	в	д
505																
д																

506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522
б	в	д	в	г	г	в	а	а	д	б	г	д	г	в	д	в
523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539
в	д	г	д	б	в	в	д	в	д	д	а	в	д	в	в	в
540	541	542	543	544												
а	б	а	б	д												

545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561
д	д	г	г	а	г	в	а	б	г	д	б	в	б	б	а	в
562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573					
д	в	в	в	г	б	а	д	в	д	д	б					

574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590
д	г	г	д	а	а	д	б	б	в	б	д	б	г	б	а	д
591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604			
в	д	в	б	д	г	д	б	г	в	б	в	д	г			

605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621
г	д	д	в	д	б	д	б	б	а	д	д	г	д	в	г	б
622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638
д	д	в	г	г	д	г	г	д	д	г	в	в	в	в	д	б
639	640	641	642	643												
д	б	в	в	г												

644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660
д	г	г	д	д	в	г	д	г	д	г	д	д	д	г	д	б
661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677
г	д	б	д	г	г	д	д	д	д	д	г	д	д	д	г	г
678	679															
д	д															

680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696
а	б	в	в	а	а	в	г	а	б	г	а	в	г	в	б	б
697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713
г	а	а	б	б	в	а	в	б	б	б	а	в	а	а	б	а
714	715	716	717	718	719											
а	б	б	а	в	а											

720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731
в	в	в	в	г	д	б	б	б	в	в	в

Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

Задачи

Задача № 1

В поликлинику к врачу-офтальмологу обратился больной 28 лет с жалобами на покраснение обоих глаз и незначительные выделения из глаз. Известно, что данные жалобы появились около 2х недель назад, лечился самостоятельно глазными каплями (название не помнит), после данного лечения лучше не стало. Объективно: умеренно выраженная конъюнктивальная инъекция обоих глаз, незначительное слизистое отделяемое из конъюнктивального мешка, фолликулы средних размеров «рядами» на конъюнктиве нижнего века, роговица прозрачная, гладкая. Увеличенные подчелюстные лимфатические узлы, при пальпации безболезненные. Из анамнеза удалось выяснить, что пациент недавно лечился у уролога по поводу простатита.

- Поставьте предварительный диагноз
Выбрать правильный ответ – аденовирусная инфекция
 - хламидийная инфекция (правильный ответ)
 - герпетическая инфекция
 - гонококковая инфекция
- Какие дополнительные исследования необходимо провести
 - лабораторная диагностика (соскобы с конъюнктивы)
 - клинический анализ крови
 - определение времени разрыва слезной пленки по Нору
- Назначьте лечение соответственно поставленному диагнозу
 - офтальмоферон глазные капли
 - дексаметазон 0,1% глазные капли
 - фторхинолоновые антибиотики в виде глазных капель

Задача № 2

В клинику к врачу-офтальмологу обратилась балерина из Мариинского театра с жалобами на чувство инородного тела в обоих глазах, покраснение глаз, светобоязнь и ухудшение зрения, особенно при ярком освещении. Также пациентка отмечает общую слабость и повышение температуры тела до 37 гр по вечерам. Данное состояние наблюдается в течение последних 5 дней, заболела, находясь на гастролях в США. Такие же симптомы отмечали и несколько других балерин труппы с разницей в день. При проверке остроты зрения 0,6 обоих глаз не корректируется (со слов пациентки – зрение всегда было отличным, очки не носила). Объективно: умеренно выраженная смешанная инъекция глазных яблок, отделяемое слизисто-гнойное в умеренном количестве в конъюнктивальном мешке и белесые пленки на конъюнктиве переходной складки и на верхнем веке при его вывороте. Роговица - субэпителиальные точечные и округлые помутнения в оптической зоне в большом количестве, единичные такие помутнения в параоптической зоне. Роговичный синдром умеренно выражен. Роговица сохраняет высокую чувствительность во всех точках. Глубже лежащие отделы глазного яблока без патологии. Увеличенные предушные лимфатические узлы, болезненны при пальпации.

- Поставьте предварительный диагноз
 - хламидийный конъюнктивит
 - эпидемический аденовирусный кератоконъюнктивит**
 - бактериальный кератит
- Нужны ли дополнительные исследования, если нужны – то какие
 - не нужны
 - лабораторная диагностика (соскобы с конъюнктивы)**
 - окрасить роговицу флюоресцином
- Назначьте лечение соответственно поставленному диагнозу
 - офтальмоферон**
 - лубриканты**
 - антибиотики широкого спектра действия в виде глазных капель
 - антисептики**
 - мидриатики

Задача № 3

К врачу-офтальмологу обратился больной 68 лет с жалобами на чувство инородного тела в правом глазу, покраснение этого же глаза, особенно по утрам, после пробуждения. Данные жалобы возникли около месяца назад, за это время больной отметил незначительное снижение зрения, тогда же и обратился к врачу, был поставлен диагноз конъюнктивита и назначен антибиотик в каплях. Лечение было неэффективным. После уточнения анамнеза было выяснено, что жена пациента заметила, что во время сна у ее мужа приоткрыт правый глаз.

При осмотре: острота зрения правого глаза 0,7 (не корректируется), легкая смешанная инъекция глазного яблока, патологического отделяемого из конъюнктивального мешка нет, конъюнктивы с единичными фолликулами в нижней переходной складке, LIPCOF 2 степени, проба Норна 7 секунд; роговица – в нижней половине и в области открытой глазной щели шероховатость эпителия, мелкие точечные помутнения по типу *pubesula* (прокрашиваются флюоресцеином). Лагофтальма нет, но при просьбе зажмурить глаза – верхнее веко правого глаза самостоятельно выворачивается.

- Предположительный диагноз
 - бактериальный конъюнктивит
 - синдром сухого глаза
 - кератит
 - флоппи-синдром (синдром вялых век)**
- Нужны ли дополнительные исследования
 - лабораторная диагностика (соскобы с конъюнктивы)
 - нет необходимости**
- Назначьте лечение
 - антибиотик широкого спектра действия в каплях
 - хирургическое лечение

- антисептик в каплях
- лубриканты
- антибиотик в виде глазной мази
- глазная мазь с витамином А
- закрывать веко с помощью мазевой повязки на ночь

- Какие перспективы у данного больного
 - полная реконвалесценция
 - заболевание не излечивается
 - при правильном лечении можно избежать осложнений со стороны роговицы

Задача № 4

В клинику обратилась пациентка 25 лет с жалобами на зуд, покраснение обоих век, незначительное слизистое отделяемое, которое склеивает ресницы. Также беспокоит насморк. Температура тела нормальная. При осмотре – гиперемия век, на ресницах засохшие корочки слизистого отделяемого, выраженная конъюнктивальная инъекция, фолликулы крупные полигональной формы на переходной складке, на конъюнктиве верхнего века. Роговица прозрачная, глубжележащие отделы без патологии.

- Что из анамнеза необходимо уточнить для уточнения диагноза
 - впервые ли такое состояние
 - нет ли аллергических реакций в анамнезе
 - есть ли какие-либо изменения на коже
- Назначьте лечение
 - при возможности исключить контакт с аллергеном
 - антибиотики в виде глазных капель
 - противоаллергические препараты внутрь и в виде глазных капель
- Возможна ли профилактика данного состояния
 - да
 - нет

Задача № 5

К врачу-офтальмологу на амбулаторный прием обратился пациент 32 лет, который длительное время лечится в различных медицинских учреждениях города по поводу конъюнктивита. Одновременно капает 4-5 лекарственных препаратов. Препараты каждые 7-10 дней меняют, так как больной ходит к разным врачам. В настоящее время беспокоит чувство инородного тела в обоих глазах, сухость глаз, ухудшение зрения, светобоязнь и слезотечение, периодически появляется зуд век. При осмотре: веки гиперемированы, утолщены особенно по краям, выраженное слизистое отделяемое на веках и ресницах, конъюнктивита отечна, единичные хаотически разбросанные по конъюнктиве фолликулы средних размеров, поверхность роговицы шероховата, тусклая, много десквамированного эпителия, скрученного в виде нитей, которые одной стороной плотно прикреплены к

поверхности роговицы. Вся роговица прокрашивается флюоресцеином в виде мелких точечных дефектов. Глубже лежащие отделы без патологии.

- Поставьте диагноз
 - хламидийный конъюнктивит
 - аденовирусный кератоконъюнктивит
 - аллергический конъюнктивит
 - лекарственный конъюнктивит**
 - синдром сухого глаза тяжелой степени (нитчатый кератит)**
- Ваши рекомендации
 - поменять антибиотики
 - лабораторная диагностика (соскобы с конъюнктивы)
 - отменить все антибиотики**
 - лубриканты в виде гелей**
 - глазная мазь с витамином А**

Задача № 6

К врачу-офтальмологу обратился пациент 22 лет, который пришел вместе с мамой, с целью коррекции зрения с помощью эксимерного лазера. Молодой человек очень разговорчив, долго рассказывает анамнез, подробно описывает свои жалобы. Его мама активно участвует в разговоре. Пациент отмечает, что всегда зрение было 1,0, а около 2-х лет назад стало постепенно ухудшаться, плохо стал видеть особенно вечерами вдаль. Вблизи видно лучше, чем вдаль. Недавно обратился в оптику, где хотел подобрать очки, но данная процедура не удалась. В оптике посоветовали обратиться в врачу-офтальмологу с целью диагностики и возможной лазерной коррекции зрения. При осмотре – показатели авторефрактометра нестабильные, измерения показывают разные цифры, в результате на правом глазу определяется shp – 2,0 Д cyl – 6,0Д ax 46, на левом shp – 6,0 Д cyl – 9,0Д ax 115. Без коррекции острота зрения правого глаза 0,1, с коррекцией 0,5. На левом глазу острота зрения 0,05, зрения до 0,1 улучшает только диафрагма.

- Как Вы думаете о каком диагнозе идет речь
 - астигматизме
 - катаракте
 - кератоконусе**
- Какие изменения роговицы при таком состоянии можно увидеть
 - истончение роговицы в центре или чуть ниже оптического центра**
 - стрии Фогта**
 - кольцо Фляйшера**
 - симптом Мансона**
 - поверхностные рубцы роговицы**
 - разрывы боуменовой мембраны**
- Ваши рекомендации
 - подбор жестких контактных линз**
 - коллагеновый кросслинкинг после дообследования**

-возможно кератопластика на левом глазу

- Можно ли посоветовать в этом случае лазерную коррекцию зрения
-нет

Задача № 7

В клинику обратился мужчина 35 лет с жалобами на резкие боли в левом глазу, выраженную светобоязнь и слезотечение. Отмечает, что жалобы появились сегодня утром, сразу после того как открыл глаза. Такое состояние впервые. Соматически здоров, занимается спортом, очки и контактные линзы не носит, зрение всегда было 1,0. При осмотре - выраженный роговичный синдром левого глаза, для того, чтобы осмотреть пациента пришлось капнуть в левый глаз 0,4% инокаин. Легкая перикорнеальная инъекция, отделяемого нет, конъюнктивы прозрачная, гладкая. Роговица - в параоптической зоне на 2х часах имеется округлый дефект эпителия диаметром около 2 мм с неровными краями, в остальных отделах роговица прозрачная гладкая.

- Ваш диагноз
 - острый кератит вирусной этиологии
 - острый кератоконус
 - эрозия роговицы**
- Нужны ли дополнительные обследования
 - окрасить роговицу флюоресцином**
 - конфосканирование роговицы для уточнения состояния всех слоев**
- Какие наиболее вероятные причины данного состояния
 - неясной этиологии**
 - герпетическая инфекция**
 - дистрофия роговицы**
- Лечение
 - препараты, вызывающие эпителизацию роговицы
 - антибиотики в каплях
 - лечебная мягкая контактная линза**
 - антисептики**
 - лубриканты без консервантов**

Задача № 8

К врачу-офтальмологу обратилась женщина 55 лет с жалобами на постепенное снижение остроты зрения на обоих глазах, в течение длительного времени она наблюдалась у офтальмолога по поводу возрастной катаракты на правом глазу. Пациентка отмечает, что в настоящее время плохо видят оба глаза, причем и вдаль, и вблизи. Очки не улучшают зрение. Выяснилось, что зрение особенно плохое утром, затем через 2-3 часа после пробуждения зрение улучшается так, что она может прочитать газету. Капает какие то капли (название не помнит), но без эффекта. При осмотре - авторефрактометрию сделать не удалось; острота зрения составляет на оба глаза 0,2, не коррегируется. Объективно: веки не изменены, конъюнктивы без патологии, роговица сферичная, гладкая, обычной толщины, прозрачность

снижена за счет отека эндотелия на всем протяжении. Хрусталик прозрачный, имеется плотное ядро. На глазном дне без патологии.

- Предположительный диагноз
 - эндотелиальная дистрофия роговицы
 - возрастная катаракта
 - хронический увеит
- Дополнительное обследование
 - конфосканирование роговицы
 - пахиметрия
- Ваши рекомендации
 - наблюдение у офтальмолога
 - кератопластика
 - лечебная мягкая контактная линза
 - препараты, улучшающие трофику роговицы
 - осмопрепараты утром (40% глюкоза фракционно в оба глаза)
 - обдувание роговицы феном по утрам
- Прогноз
 - возможно постепенное прогрессирование дистрофии роговицы
 - может потребоваться хирургическое лечение (задняя кератопластика)

Задача № 9

В клинику обратился пациент 29 лет с жалобами на боли в правом глазу, снижение зрения за последние сутки. Носит контактные линзы на обоих глазах в течение 5 лет. До этого момента у офтальмолога никогда не лечился. Отмечает, что два дня назад забыл на ночь снять контактные линзы, но в течение последующего дня никаких жалоб не было. На консультацию пришел в очках. При осмотре – левый глаз без патологии, острота зрения с миопической коррекцией 1,0. Правый глаз – острота зрения 0,01 не корригируется. Выраженный роговичный синдром, умеренно выраженная смешанная инъекция глазного яблока, отделяемое скудное слизисто-гнойное. Веки без патологии. В центре роговицы формируется округлый глубокий (до средних слоев стромы) кольцевидный инфильтрат серого цвета, в центре инфильтрата роговица источена, опалесценция влаги ПК ++, на эндотелии значительное количество преципитатов.

- Ваша тактика
 - лабораторная диагностика (смывы с роговицы, смыва с КЛ с целью определения акантамобы; соскобы на ВПГ)
 - конфосканирование роговицы с целью выявления цист акантамобы
- Предположительный диагноз
 - герпетический кератит
 - акантамобный кератит
 - язва роговицы
- Дополнительное обследование
 - конфосканирование роговицы с целью выявления цист акантамобы
- Лечение

- антисептики (хлоргексидин, окомистин, витабакт)
- аминогликозиды (неомицин)
- имидазолы (кетоконазол внутрь)

Задача № 10

В клинику обратилась пациентка 42 лет с жалобами на низкое зрение правого глаза. Сама пациентка по профессии врач-педиатр, поэтому очень хорошо рассказывает анамнез. Впервые заболела в 4 года, был поставлен диагноз герпетического кератита. С тех пор были периодические рецидивы только на данном (правом) глазу, но потом с 17-18 летнего возраста рецидивы прекратились и острота зрения была около 0,5. Но несколько лет назад на правом глазу опять диагностировали герпетический кератит, который лечили несколько месяцев, в том числе в стационаре. С этого времени зрение заметно ухудшилось. При осмотре - правый глаз: легкая перикорнеальная инъекция, отделяемого нет, точечная эпителиопатия, в параоптической зоне на 3 часах имеется рубцовое помутнение по типу macula размером 2 на 4 мм с врастающими с лимба сосудами (идут в средних слоях стромы). В оптической зоне сформирован овальный дефект эпителия 3 на 4 мм с неровными краями, диффузным отеком краев, в центре этого дефекта ткань роговицы истончена. Чувствительность роговицы отсутствует во всех точках. Глублежащие отделы без патологии, их осмотр затруднен из-за состояния роговицы. Цилиарной болезненности нет. ВГД пальпаторно в пределах нормы. Рефлекс глазного дна ослаблен, но розовый.

- Ваш диагноз
 - дистрофия роговицы (вторичная)
 - рецидив герпетического кератит
 - эрозия роговицы
 - синдром сухого глаза тяжелой степени
 - нейропаралитический кератит**
- Прогноз
 - для улучшения зрения сомнителен
 - при правильном лечении удастся избежать тяжелых осложнений со стороны роговицы**
- Лечение
 - препараты, улучшающие трофику роговицы**
 - лубриканты**
 - глазная мазь с витамином А**
 - лечебная мягкая контактная линза**
 - антисептик местно**

Задача № 11

Женщина привела 2-х годовалого сына из отдаленного сельского района для осмотра к офтальмологу. В 3-х месячном возрасте он не следил за игрушками, а область зрачков у него

была не черной, как обычно, а белого цвета. Ребенок родился недоношенным с весом 1800 граммов. После года физически развивался нормально.

- Ваш предварительный диагноз?
 1. Гидрофтальм
 2. **Ретинопатия недоношенных**
 3. Катаракта
 4. Ретинобластома

Задача № 12

30-летний мужчина, внезапно, неделю тому назад обнаружил резкое ухудшение зрения левого глаза, последовавшее за падением с лыж. До этого, был физически здоров, хотя и носил очки. С детства больной каждым глазом плохо видит отдельные предметы без очков (на близком расстоянии всегда видел хорошо без очков).

Какая рефракция вероятнее всего была у Вашего пациента к моменту заболевания?

1. Эмметропическая
2. **Миопическая**
3. Гиперметропическая

Задача № 13

Родителям 3-х месячной белокурой девочки обратились к врачу в связи с тем, что у ребенка склера обоих глаз имеет серо-голубой цвет.

Можно ли голубоватый цвет склер считать нормой для грудного ребенка?

1. **Можно**
2. Нельзя

Если к 1-му году цвет склер по-прежнему останется синим, о каком заболевании надо подумать?

1. Склерит.
2. **Несовершенный остеогенез.**
3. Ретинопатия недоношенных.

Задача № 14

Школьница 10-ти лет начала отставать в учебе, плохо готовится к урокам. Работники школы выяснили, что девочка связывает свое отставание с плохим самочувствием, частыми головными болями, особенно в вечернее время. Особых жалоб на зрение не предъявляет, но иногда беспокоит чувство ломоты в глазах и зуд в области век. При осмотре в день обращения в детскую поликлинику Вы смогли отметить легкую гиперемии краев век. Острота зрения обоих глаз равна 1,0.

Какую дополнительную информацию из анамнеза Вы посчитали бы полезным получить для уточнения диагноза?

1. **Усиливается ли головная боль после чтения?**
2. Появляется ли головная боль после массивных приемов внутрь жидкости?
3. Проходит ли она после приема анальгетиков?

Задача № 15

Вы приняли на лечение двухмесячную девочку, которая до последнего времени росла и развивалась нормально. Несколько дней тому назад она стала плохо брать грудь, движения вялые, повысилась температура до 38 градусов. Родители заметили припухлость в области верхнего века правого глаза. Веко плохо поднимается, кожа его напряжена, гиперемирована, с синюшным оттенком. Ваш осмотр показал, кроме этого, что со стороны глазного яблока внешних отклонений от нормы нет. Как будто бы нет и особой разницы в зрительной способности обоих глаз.

Ваш предварительный диагноз?

1. Ячмень
2. Аллергический отек века
3. **Абсцесс века**

Задача № 16

Вы – врач медицинской комиссии военкомата. При осмотре юноши Вы обнаружили у него понижение остроты зрения. Правым глазом он показывает остроту зрения 0,4; левым – 0,06

Попытка коррекции сферическими стеклами не привела к повышению остроты зрения.

Как Вы считаете, годен ли он к военной службе в мирное время?

1. **Решение затруднительно**
2. Негоден
3. Годен

Задача № 17

Девочка, 6 лет, месяц назад стала без видимых причин жаловаться на выпячивание правого глазного яблока. Вы видите, что правая глазная щель увеличена в размерах, глазное яблоко выстоит вперед. Кожа век бледная, слегка отечна. рефлекс глазного дна обычный. движения правого глаза ограничены. острота зрения этого глаза равна 0.8. девочка очень бледная, но температура тела у нее нормальная.

О каком заболевании следует думать?

1. Гидрофтальм
2. Ретинобластома
3. **Новообразование орбиты**
4. Патология сосудов орбиты.

Задача № 18

30-летний мужчина внезапно неделю тому назад обнаружил резкое ухудшение зрения левого глаза, последовавшее за падением с лыж. До этого был физически здоров, хотя и носил очки. С детства больной каждым глазом плохо видит отдельные предметы без очков (на близком расстоянии всегда видел хорошо без очков).

Каков Ваш предварительный диагноз?

Выбрать правильный вариант ответа:

1. Острый приступ глаукомы
2. **Отслойка сетчатки**
3. Иридоциклит
4. Ретинобластома

Задача № 19

Ребенку 1 год, 6 месяцев назад у него впервые обнаружено возвышение над внутренней спайкой век правого глаза. Раньше никогда патологии глаз не отмечалось. Образование имеет размеры с горошину, пальпация его безболезненна. Оно ограничено подвижно, эластичное на ощупь. Кожа над ним не изменена, с ним явно не спаяна. В общем состоянии ребенка изменений не обнаружено.

О каком заболевании следует думать?

1. Халязион
2. Ангиома
3. Ячмень
4. **Дермоидная киста**

Задача № 20

Ребенку 1 год, 6 месяцев назад у него впервые обнаружено возвышение над внутренней спайкой век правого глаза. Раньше никогда патологии глаз не отмечалось. Образование имеет размеры с горошину, пальпация его безболезненна. Оно ограничено подвижно, эластичное на ощупь. Кожа над ним не изменена, с ним явно не спаяна. В общем состоянии ребенка изменений не обнаружено.

С помощью какого исследования можно уточнить диагноз?

1. Люмбальная пункция
2. **Рентгенография орбиты**
3. Пальцевое надавливание на опухоль

Задача № 21

Вы приняли на лечение двухмесячную девочку, которая до последнего времени росла и развивалась нормально. Несколько дней тому назад она стала плохо брать грудь, движения вялые, повысилась температура до 38 градусов. Родители заметили припухлость в области верхнего века правого глаза. Веко плохо поднимается, кожа его напряжена, гиперемирована, с синюшным оттенком. Ваш осмотр показал, кроме этого, что со стороны глазного яблока внешних отклонений от нормы нет. Как будто бы нет и особой разницы в зрительной способности обоих глаз.

Пока зона флюктуации не прощупывается, на какой из лечебных схем Вы бы остановились в данном случае?

1. Частое закапывание раствора сульфацила натрия и сухое тепло на веко
2. *Внутримышечные инъекции пенициллина в полной возрастной дозе*
3. Широкий разрез тканей века с наложением дренажа

Задача № 22

Девочка, 6 лет, месяц назад стала без видимых причин жаловаться на выпячивания правого глазного яблока. Вы видите, что правая глазная щель увеличена в размерах, глазное яблоко выстоит вперед. Кожа век бледная, слегка отечна. рефлекс глазного дна обычный. движения правого глаза ограничены. острота зрения этого глаза равна 0.8. девочка очень бледная, но температура тела у нее нормальная.

- Какое, по Вашему мнению, исследование надо произвести прежде всего, чтобы разобраться в этом процессе?
 1. *Рентгенография орбиты*
 2. Рентгенограмма области турецкого седла
 3. Исследование основного обмена.

Критерии оценки:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. Визометрия

2. Оптическая когерентная томография, интерпретация полученных данных исследования
3. Закапывание капель, закладывание мази за веки
4. Рефрактометрия и авторефрактометрия
5. Субконъюнктивальные инъекции
6. Нагрузочные и разгрузочные пробы при диагностике глаукомы, интерпретация полученных данных исследования
7. Тонометрия, тонография
8. Периметрия: статическая и кинетическая
9. Гейдельбергская ретинальная томография, интерпретация полученных данных исследования
10. Гониоскопия
11. Флюоресцентная ангиография, аутофлюоресценция глазного дна, интерпретация полученных данных исследования
12. Исследование цветоощущения
13. Наложение повязок
14. Осмотр при боковом освещении (в т.ч. выворот верхнего века)
15. Автоматизированная периметрия, микропериметрия
16. Осмотр в проходящем свете, офтальмоскопия
17. Кинетическая периметрия
18. Рентгенографическая диагностика внутриглазных инородных тел
19. Определение межзрачкового расстояния
20. Обратная и прямая офтальмоскопия
21. Исследование зрачковых реакций
22. Биомикроскопия на щелевой лампе
23. Автоматизированная периметрия
24. Офтальмобиомикроскопия с асферическими линзами
25. Проверка бинокулярного зрения, диагностика косоглазия
26. Скиаскопия
27. УЗИ глаза
28. Визоконтрастометрия, экзофтальмометрия, проверка энтоптических феноменов, диафаноскопия
29. Рентгенодиагностика в офтальмологии, методика локализации внутриглазных инородных тел
30. Ретробульбарные, парабульбарные инъекции
31. Промывание глаз, удаление инородных тел с поверхности конъюнктивы и роговицы
32. Методы исследования слезоотводящих путей
33. Визоконтрастометрия
34. Проверка энтоптических феноменов
35. Диафаноскопия
36. Экзофтальмометрия
37. Измерение угла отклонения глазного яблока при косоглазии
38. Проверка бинокулярного зрения
39. Осмотр при боковом освещении и в проходящем свете
40. Выворот верхнего века
41. Биомикроскопия глаза
42. Офтальмореография
43. Электротонография
44. Промывание слезных путей
45. Осмотр глазного дна при помощи контактных диагностических линз

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ И ДОКЛАДОВ

1. Особенности анатомического строения костной глазницы и ее содержимого в детском возрасте.
2. Особенности анатомического строения вспомогательных органов глаза в детском возрасте.
3. Особенности анатомического строения фиброзной оболочки
4. Особенности анатомического строения сосудистой оболочки
5. Особенности анатомического строения сетчатки.
6. Особенности венозной системы органа зрения
7. Особенности строения хрусталика

8. Особенности строения угла передней камеры глаза.
9. Методы исследования остроты зрения у людей разного возраста.
10. Определение цветоощущения разными способами и виды нарушений.
11. Современные методы исследования поля зрения
12. Особенности формирования и исследования бинокулярного зрения
13. Современные методы диагностики центральных абнотрофий сетчатки
14. Особенности клинического течения центральных абнотрофий сетчатки в детском возрасте.
15. Современные методы лечения центральных и периферических абнотрофий.
16. Особенности электрогенеза сетчатки при различных видах абнотрофии.
17. Зрительные вызванные потенциалы в диагностике амблиопии различного генеза.
18. Изменения нейроглиальных взаимодействий по результатам ЭРГ при диабетической ретинопатии, отслойке сетчатки, ретинопатии недоношенных.
19. Методы коррекции аметропии и астигматизма.
20. Особенности коррекции аметропии в детском возрасте.
21. Современные методы хирургического лечения аметропий.
22. Теории аккомодации.
23. Привычно- избыточное напряжение аккомодации.
24. Современные методы диагностики патологии аккомодационного аппарата.
25. Содружественное косоглазие: принципы лечения.
26. Несодружественные виды косоглазия..
27. Врожденный птоз верхнего века: этиология, патогенез, принципы хирургического лечения.