

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ/ПРАКТИКЕ
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Научная специальность: 3.1.5 Офтальмология

Кафедра: глазных болезней

Форма обучения: _____ очная _____

Нижний Новгород
2022

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Офтальмология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Офтальмология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	<i>Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося</i>	Фонд тестовых заданий
2	Тест №2	<i>Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося</i>	Фонд тестовых заданий
2	Собеседование	<i>Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.</i>	<i>Вопросы по темам/разделам дисциплины</i>
3	Ситуационные задачи №1	<i>Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.</i>	<i>Перечень задач</i>
4	Ситуационные задачи №2	<i>Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.</i>	<i>Перечень задач</i>
4	Реферат	<i>Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.</i>	<i>Перечень тем рефератов</i>

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
<i>код и наименование формируемой компетенции</i>			

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестовых заданий, собеседования, ситуационных задач.

4.1 Оценочные средства для текущего контроля.

4.1.1 Оценочное средство 1. Тест №1. Тестовые задания.

1. ТРУДОСПОСОБНОСТЬЮ НАЗЫВАЮТ СОВОКУПНОСТЬ

1) **физических и духовных возможностей человека, позволяющих ему заниматься трудовой деятельностью**

- 2) физических и моральных аспектов жизни человека
- 3) жизненно важных функций человеческого организм
- 4) возможностей и потребностей человека
- 5) физических возможностей человека

2. МЕДИЦИНСКИМ КРИТЕРИЕМ ТРУДОСПОСОБНОСТИ НАЗЫВАЮТ

1) **трудовой прогноз при наличии заболевания при конкретной должности и условиях труда**

- 2) наличие заболевания, его осложнений, клинический прогноз
- 3) временную нетрудоспособность человека
- 4) условие для инвалидности
- 5) заключительный диагноз пациента

3. СОСТАВ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) заведующим отделением
- 2) муниципалитетом
- 3) Министерством здравоохранения
- 4) **руководителем медицинского учреждения**
- 5) врачом-эпидемиологом

4. К ФУНКЦИЯМ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1) **юридическую, статистическую, финансовую**
- 2) юридическую и финансовую
- 3) простую и сложную
- 4) правовую и статистическую
- 5) статистическую и динамическую

5. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (ТРАВМАХ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ

- 1) в любой день
- 2) в день обращения к врачу
- 3) **в день установления нетрудоспособности, включая праздничные и выходные дни**
- 4) только в рабочие дни
- 5) в день неявки на работу

6. ДОКУМЕНТОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ И УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ И ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лист нетрудоспособности
- 2) больничный лист
- 3) **справка установленной формы**
- 4) справка произвольной формы
- 5) акт нетрудоспособности

7. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НАПРАВЛЯЮТСЯ

- 1) любые граждане по их заявлению
- 2) только работающие граждане
- 3) только лица пенсионного возраста

4) **граждане, имеющие признаки стойкого ограничения трудоспособности**

5) граждане, имеющие признаки временного ограничения трудоспособности

8. АГГРАВАЦИЕЙ НАЗЫВАЮТ

1) **преувеличение больным симптомов действительно имеющегося заболевания**

2) имитацию человеком симптомов болезни, которой у него нет

3) экспертизу трудоспособности

4) временную нетрудоспособность

5) одну из задач врачебной экспертизы

9. ОТКАЗ ОТ ОПЕРАЦИИ ИЛИ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

1) считается нарушением режима

2) считается нарушением режима на усмотрение лечащего врача

3) **не может считаться нарушением режима**

4) считается нарушением режима на усмотрение ВК

5) считается нарушением режима на усмотрение МСЭ

10. ИНВАЛИДОМ НАЗЫВАЮТ

1) тяжело травмированного пациента

2) нетрудоспособного гражданина

3) **лицо, навсегда или на длительное время потерявшее трудоспособность**

4) нетрудоспособного гражданина

5) любого пациента, находящегося на листке нетрудоспособности

11. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (ТРАВМАХ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ

1) в любой день

2) в день обращения к врачу

3) **в день установления нетрудоспособности, включая праздничные и выходные дни**

4) только в рабочие дни

5) в день неявки на работу

12. САМОЙ ТОНКОЙ СТЕНКОЙ ОРБИТЫ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СТЕНКА

1) наружная

2) верхняя

3) **внутренняя**

4) нижняя

5) верхняя и внутренняя

13. КАНАЛ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА СЛУЖИТ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ

1) **зрительного нерва**

2) отводящего нерва

3) глазодвигательного нерва

4) центральной вены сетчатки

5) лобной артерии

14. СЛЕЗНЫЙ МЕШОК РАСПОЛОЖЕН

1) внутри глазницы

2) **вне глазницы**

3) частично внутри и частично вне глазницы

4) в гайморовой полости

5) в средней черепной ямке

15. ПРИ РАНАХ ВЕК РЕГЕНЕРАЦИЯ ТКАНЕЙ

1) **высокая**

2) низкая

3) существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица

4) ниже, чем других областей лица

5) выше, чем других областей лица

16. К СЛЕЗОПРОДУЦИРУЮЩИМ ОРГАНАМ ОТНОСЯТСЯ

1) **слезная железа и добавочные слезные железы**

2) слезные точки

3) слезные канальцы

4) носослезный канал

5) Шлеммов канал

17. НОСОСЛЕЗНЫЙ КАНАЛ ОТКРЫВАЕТСЯ В

- 1) в гайморову пазуху
- 2) средний носовой ход
- 3) верхний носовой ход
- 4) **нижний слезный ход**
- 5) в основную пазуху

18. НАИБОЛЬШУЮ ТОЛЩИНУ СКЛЕРА ИМЕЕТ В ЗОНЕ

- 1) лимба
- 2) экватора
- 3) диска зрительного нерва
- 4) **под сухожилием прямых мышц**
- 5) под сухожилием косых мышц

19. РОГОВАЯ ОБОЛОЧКА СОСТОИТ ИЗ ____ СЛОЕВ

- 1) двух
- 2) трех
- 3) четырех
- 4) **пяти**
- 5) шести

20. СЛОИ РОГОВИЦЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- 1) **параллельно поверхности роговицы**
- 2) хаотично
- 3) концентрично
- 4) в косом направлении
- 5) перпендикулярно друг другу

21. ПИТАНИЕ РОГОВИЦЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ

- 1) надблоковой артерии
- 2) центральной артерии сетчатки
- 3) слезной артерии

4) передних цилиарных артерий

5) **краевой петливой сосудистой сети**

22. ВПЕРВЫЕ ТАБЛИЦУ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ СОСТАВИЛ

1) Головин

2) **Сивцев**

3) Снеллен

4) Ландольт

5) Орлова

23. В СОВРЕМЕННЫХ ТАБЛИЦАХ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ (ТАБЛИЦА ГОЛОВИНА-СИВЦЕВА) МЕЛКИЕ ДЕТАЛИ ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ ОБЪЕКТОВ ВИДНЫ ПОД УГЛОМ ЗРЕНИЯ

1) меньше 1 минуты

2) **в 1 минуту**

3) в 2 минуты

4) в 3 минуты

5) более 3 минут

24. К СУБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕФРАКЦИИ ГЛАЗА ОТНОСИТСЯ

1) скиаскопия

2) рефрактометрия

3) авторефрактометрия

4) **определение остроты зрения коррекцией сменными оптическими линзами**

5) офтальмометрия

25. РЕФРАКЦИЕЙ ОПТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ НАЗЫВАЮТ

1) состояние, тесно связанное с конвергенцией

2) **преломляющую силу оптической системы, выраженную в диоптриях**

3) способность оптической системы нейтрализовывать проходящий через нее свет

4) отражение оптической системой падающих на нее лучей

5) систему линз, расположенных на определенном расстоянии друг от друга

26. СИЛА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ ГЛАЗА ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ ____ДПТР

- 1) 10 - 20
- 2) 21 -51
- 3) **52 - 71**
- 4) 72 - 91
- 5) **91-100**

27. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТОЧКА ЯСНОГО ВИДЕНИЯ ЭММЕТРОПИЧЕСКОГО ГЛАЗА НАХОДИТСЯ В

- 1) 5 м от глаза
- 2) 4 м от глаза
- 3) 3 м от глаза
- 4) **относительной бесконечности**
- 5) позади глаза (в отрицательном пространстве)

28. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТОЧКА ЯСНОГО ВИДЕНИЯ МИОПИЧЕСКОГО ГЛАЗА НАХОДИТСЯ

- 1) в бесконечности
- 2) на сетчатке
- 3) **перед глазом (на конечном расстоянии)**
- 4) на роговице
- 5) позади глаза (в отрицательном пространстве).

29. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ ГЛАЗА:

- 1) постоянную и непостоянную
- 2) дисбинокулярную и анизометропическую
- 3) роговичную и хрусталиковую
- 4) **статическую и динамическую**
- 5) врожденную и приобретенную

30. СТАТИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ РЕФРАКЦИЯ ГЛАЗА ОТРАЖАЕТ

- 1) преломляющую силу роговицы

2) **истинную клиническую рефракцию глаза в состоянии покоя аккомодации**

3) преломляющую силу хрусталика

4) преломляющую силу оптической системы глаза по отношению к сетчатке при действующей аккомодации

5) врожденную преломляющую силу роговицы

31. ПОД ДИНАМИЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИЕЙ ГЛАЗА ПОНИМАЮТ

1) **преломляющую силу оптической системы глаза по отношению к сетчатке при действующей аккомодации**

2) преломляющую силу роговицы

3) преломляющую силу хрусталика

4) преломляющую силу роговицы и хрусталика

5) изменение рефракции в течение жизни

32. В НОРМЕ ПОЛЕ ЗРЕНИЯ ИМЕЕТ НАИМЕНЬШИЕ РАЗМЕРЫ НА _____ ЦВЕТ

1) белый

2) красный

3) **зеленый**

4) желтый

5) синий

33. АВТОРОМ ПЕРВОЙ ТАБЛИЦЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) Головин

2) Сивцев

3) **Снеллен**

4) Ландольт

5) Орлова

34. ПОКАЗАТЕЛЬ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ, СОВМЕСТИМЫЙ С БИНОКУЛЯРНЫМ ЗРЕНИЕМ, СОСТАВЛЯЕТ

1) 0,04 и ниже

2) 0,05-0,1

3) 0,2

4) 0,3

5) **0,4 и выше**

35. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СКОТОМА, ОПРЕДЕЛЯЕМАЯ ПРИ ПЕРИМЕТРИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЧЕЛОВЕКА, В НОРМЕ НАХОДИТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ТОЧКЕ ФИКСАЦИИ В

1) 15 градусах с носовой стороны

2) 20 градусах с носовой стороны

3) **15 градусах с височной стороны**

4) 25 градусах с височной стороны

5) 30 градусах с височной стороны

36. У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА С НОРМАЛЬНО РАЗВИТЫМ ЗРИТЕЛЬНЫМ АНАЛИЗАТОРОМ НАРУЖНАЯ (ТЕМПОРАЛЬНАЯ) ГРАНИЦА ПОЛЯ ЗРЕНИЯ НА БЕЛЫЙ ЦВЕТ НАХОДИТСЯ В _____ГРАДУСАХ ОТ ТОЧКИ ФИКСАЦИИ

1) 60

2) 70

3) **90**

4) 100

5) 120

37. В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК РАЗЛИЧАЕТ С РАССТОЯНИЯ 1 МЕТР ТОЛЬКО ПЕРВУЮ СТРОКУ ТАБЛИЦЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ, ТО ОСТРОТА ЗРЕНИЯ У НЕГО РАВНА

1) 0,1

2) 0,05

3) **0,02**

4) 0,01

5) 0,005

38. СВЕТООЩУЩЕНИЕ ОТСУТСТВУЕТ У БОЛЬНОГО С

1) интенсивным тотальным помутнением роговицы

2) тотальной катарактой

3) центральной дегенерацией сетчатки

4) **полной атрофией зрительного нерва**

5) разрывом сетчатки в макулярной зоне

39. ТЕМНОВУЮ АДАПТАЦИЮ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ У БОЛЬНЫХ С

1) **абиотрофией сетчатки**

2) миопией слабой и средней степени

3) гиперметропией с астигматизмом

4) косоглазием

5) рефракционной амблиопией

40. ПРИ ОСТРОТЕ ЗРЕНИЯ ВЫШЕ 1,0 ВЕЛИЧИНА УГЛА ЗРЕНИЯ РАВНА

1) **величине меньшей, чем 1 минута**

2) 1 минуте

3) 1,5 минутам

4) 2 минутам

5) 2,5 минутам

41. У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА С НОРМАЛЬНО РАЗВИТЫМ ЗРИТЕЛЬНЫМ АНАЛИЗАТОРОМ НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ПОЛЯ ЗРЕНИЯ НА БЕЛЫЙ ЦВЕТ НАХОДИТСЯ ОТ ТОЧКИ ФИКСАЦИИ В _____ ГРАДУСАХ

1) 45

2) 50

3) **55**

4) 65-70

5) 90

42. ИЗМЕНЕНИЯ ВЕК ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ОТЕКЕ ВКЛЮЧАЮТ

1) **гиперемию кожи век, повышение температуры, болезненность при пальпации**

2) повышение местной температуры

3) болезненность при пальпации

4) крепитацию

5) гематому век

43. ЧЕШУЙЧАТЫЙ БЛЕФАРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) мучительным зудом в области век
- 2) **мучительным зудом, сухими чешуйками**
- 3) сухими чешуйками на корнях ресниц
- 4) мейбومیитом
- 5) отеком век

44. ПРИ ЛАГОФТАЛЬМЕ ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ

- 1) эрозии роговицы из-за трихиаза
- 2) увеита
- 3) экзофтальма
- 4) **ксероза роговицы**
- 5) неврита

45. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭМФИЗЕМЫ ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **крепитация**
- 2) отек
- 3) гематома
- 4) инфильтрация
- 5) гиперемия

46. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) герпетические высыпания
- 2) сосудистые "звездочки"
- 3) **зуд, отек, гиперемия**
- 4) петехиальные кровоизлияния
- 5) шелушение, зуд

47. ПОКАЗАНИЕМ К ВСКРЫТИЮ АБСЦЕССА ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **появление флюктуации**
- 2) выраженная гиперемия век

- 3) уплотнение ткани века
- 4) болезненность при пальпации
- 5) температурная реакция

48. ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ МЕЙБОМИЕВЫХ ЖЕЛЕЗ НАЗЫВАЮТ

- 1) ячменем
- 2) **халазионом**
- 3) абсцессом века
- 4) внутренним ячменем
- 5) папилломой

49. ЭПИКАНТУСОМ НАЗЫВАЮТ

- 1) опущение верхнего века
- 2) **кожную складку, соединяющую верхнее и нижнее веко**
- 3) узкую глазную щель
- 4) плотное образование на верхнем веке
- 5) симблефарон

50. ПРИ ТРИХИАЗЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1) биопокрывание роговицы
- 2) физиотерапию
- 3) **пластику века**
- 4) инстилляцию антибиотиков
- 5) закладывание актовегина

51. ПОЛНЫЙ ПТОЗ ОПАСЕН РАЗВИТИЕМ

- 1) катаракты
- 2) **амблиопии**
- 3) кератита
- 4) конъюнктивита
- 5) атрофии зрительного нерва

52. ТОКСОПЛАЗМЕННЫЕ УВЕИТЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) после лечения цитостатиками
- 2) после применения антибиотиков
- 3) после лечения стероидами
- 4) **при внутриутробной передаче инфекции**
- 5) при подавлении клеточного иммунитета

53. ПОВЕРХНОСТНАЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ РОГОВИЦЫ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) **фликтенулезном кератите**
- 2) аденовирусном конъюнктивите
- 3) склерите
- 4) эписклерите
- 5) кератоконусе

54. К ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО ИРИДОЦИКЛИТА ОТНОСЯТ

- 1) инфильтрацию роговицы
- 2) мидриаз
- 3) **миоз**
- 4) десцеметоцеле
- 5) неврит

55. УВЕИТЫ НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ В _____% СЛУЧАЕВ

- 1) 40
- 2) 10
- 3) 90
- 4) **50**
- 5) 89

56. ПРИ ВРОЖДЕННОМ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ УВЕИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) передний увеит
- 2) эписклерит

- 3) неврит
- 4) **нейрохориоретинит**
- 5) кератоконъюнктивит

57. К СИМПТОМАМ ЗАДНЕГО УВЕИТА ОТНОСЯТ

- 1) боль в глазном яблоке
- 2) **метаморфопсии**
- 3) слезотечение
- 4) светобоязнь
- 5) покраснение глаза

58. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕДНЕГО УВЕИТА ОТНОСЯТ

- 1) оптический неврит
- 2) **вторичную глаукому**
- 3) регматогенную отслойку сетчатки
- 4) экссудативную отслойку сетчатки
- 5) гемофтальм

59. ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЯЗВЕ РОГОВИЦЫ С УГРОЗОЙ ЕЕ ПРОБОДЕНИЯ ПОКАЗАНО

- 1) хирургическое лечение в плановом порядке
- 2) консервативное лечение
- 3) **срочное хирургическое лечение**
- 4) динамическое наблюдение
- 5) назначение инстилляций и инъекций кортикостероидов

60. В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ФОРМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) **интерферонов и интерферогенов**
- 2) кортикостероидов
- 3) антибиотиков
- 4) антиоксидантов
- 5) витаминов

61. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАДНИХ СИНЕХИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ

- 1) миотиков
- 2) кортикостероидов
- 3) **мидриатиков**
- 4) интерферона
- 5) фибринолитиков

62. ИЗОБРЕТЕНИЕ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАТОРА ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1) Гарольду Ридли
- 2) Светославу Федорову
- 3) **Чарльзу Келману**
- 4) Эрнсту Мулдашеву
- 5) Хосе Барракеру

63. ИНТРАКАПСУЛЯРНАЯ ЭКСТРАКЦИЯ КАТАРАКТЫ ПРОВОДИТСЯ

- 1) во всех случаях
- 2) **только при выраженном подвывихе хрусталика**
- 3) при незрелой стадии катаракты
- 4) при осложненной катаракте
- 5) при врожденной катаракте

64. СИНДРОМ ИРВИНА-ГАССА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) дистрофию роговицы
- 2) **кистозный макулярный отек**
- 3) буллезную кератопатию
- 4) факогенный увеит
- 5) офтальмогипертензию

65. АБСОЛЮТНЫМ МЕДИЦИНСКИМ УСЛОВИЕМ И ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ КАТАРАКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) зрелая катаракта

- 2) начальная катаракта
- 3) невозможность выполнения больным своей обычной работы
- 4) передняя катаракта без гипертензии
- 5) **сублюксация мутного хрусталика**

66. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА РИГИДНОЙ (АТОНИЧНОЙ) РАДУЖКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **выпадение радужки в рану**
- 2) мидриаз
- 3) смещение радужки кзади
- 4) гиперемия радужки
- 5) отек радужки

67. ЗАТРУДНЕННАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ ЯДРА В ХОДЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ МОЖЕ УКАЗЫВАТЬ НА НАЛИЧИЕ

- 1) подвывиха хрусталика
- 2) незрелой катаракты
- 3) лентиконуса
- 4) **кортикокапсулярной адгезии**
- 5) осложненной катаракты

68. ПРИ ДВУСТОРОННЕЙ КАТАРАКТЕ ОПЕРАЦИИ ПОДЛЕЖИТ

- 1) лучше видящий глаз
- 2) **хуже видящий глаз**
- 3) правый глаз
- 4) левый глаз
- 5) лучше оперировать оба глаза одновременно

69. ЛАЗЕРНАЯ ДИСЦИЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ _____ КАТАРАКТЫ

- 1) ядерной
- 2) **вторичной**
- 3) корковой

- 4) врожденной
- 5) осложненной

70. ГИДРОДИССЕКЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) вскрытие передней капсулы хрусталика
- 2) разделение эпинуклеуса от эндонуклеуса
- 3) **отделение капсулы от эпинуклеуса**
- 4) вскрытие задней капсулы хрусталика
- 5) аспирацию хрусталиковых масс

71. ШЛИФОВАНИЕ ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ХРУСТАЛИКА ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1) после имплантации интраокулярной линзы
- 2) **перед имплантацией искусственного хрусталика**
- 3) на этапе капсулорексиса
- 4) на этапе эмульсификации ядра
- 5) после гидроделинеации

72. СКРИННИНГОВЫМ МЕТОДОМ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тонометрия по Маклакову
- 2) тонометрия по Гольдману
- 3) **пневмотонометрия**
- 4) тонометрия по Боумену
- 5) тонография

73. БИОМИКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) **диффузную атрофию зрачкового пояса в сочетании с деструкцией пигментной каймы, открытым углом передней камеры**
- 2) "чешуйки" по краю зрачка и на трабекулах в УПК, осложненную катаракту
- 3) мидриаз, "фигуру подсолнечника"
- 4) закрытый УПК, дисперсию пигмента по передней поверхности радужки
- 5) колобому радужки, диффузное помутнение хрусталика

74. К ИЗМЕНЕНИЯМ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАННЕЙ СТАДИИ ГЛАУКОМЫ, ОТНОСЯТ

- 1) дугообразные скотомы в области Бьеррума
- 2) концентрическое сужение поля зрения до 15 градусов
- 3) квадрантную гемианопсию
- 4) **парацентральные скотомы, расширение слепого пятна**
- 5) пятно Мариотта

75. ПРИ ГЛАУКОМЕ С УМЕРЕННО ПОВЫШЕННЫМ ВНУТРИГЛАЗНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ЗНАЧЕНИЯ ВГД СОСТАВЛЯЮТ _____ ММ РТ.СТ.

- 1) 25-27
- 2) 16-12
- 3) 27-30
- 4) **26-32**
- 5) 33-40

76. У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ИСТИННОЕ ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ РТ.СТ.

- 1) **9-22**
- 2) 12-15
- 3) 15-20
- 4) 20-23
- 5) 16-26

77. СУБТОТАЛЬНАЯ КРАЕВАЯ ЭКСКАВАЦИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ _____ СТАДИИ ГЛАУКОМЫ

- 1) терминальной
- 2) развитой
- 3) **далеко зашедшей**
- 4) начальной
- 5) абсолютной

78. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ИСТИННОГО ВГД СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ РТ.СТ.

- 1) 19 мм рт.ст.
- 2) **22 мм рт.ст.**
- 3) 25 мм рт.ст.
- 4) 17 мм рт.ст.
- 5) 15 мм рт.ст.

79. ПРИ ГОНИОСКОПИИ УЗКОГО УГЛА ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ

- 1) видны все зоны
- 2) **цилиарное тело и склеральная шпора не видны**
- 3) корень радужки на уровне средних и передних частей цилиарного тела
- 4) корень радужки прилегает к кольцу Швальбе
- 5) корень радужки проецируется на уровне передней части трабекулы

80. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЛАУКОМАТОЗНОЙ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСКАВАЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1) величины экскавации
- 2) цвета экскавации
- 3) глубины экскавации
- 4) **краевого характера экскавации**
- 5) величины В-зоны

81. ПРИЗНАКОМ 2 СТЕПЕНИ ПИГМЕНТАЦИИ ТРАБЕКУЛЫ, ВЫЯВЛЯЕМОЙ ПРИ ГОНИОСКОПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) интенсивная пигментация всех структур передней стенки угла передней камеры
- 2) отсутствие пигмента в трабекуле
- 3) слабая пигментация в задней части трабекулы
- 4) **интенсивная пигментация в задней части трабекулы**
- 5) интенсивная пигментация всей трабекулярной зоны

82. ОБЗОРНЫЕ СНИМКИ ГЛАЗНИЦЫ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРОВОДЯТСЯ

- 1) **во всех случаях**
- 2) только при наличии в анамнезе данных о внедрении инородного тела

- 3) только в случаях, где имеются симптомы перелома стенок орбиты
- 4) при локализации осколка за глазом
- 5) только в случаях, когда невозможно использовать протез Комберга-Балтина

83. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА С ВЫПАДЕНИЕМ ОБОЛОЧЕК ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) вправлении выпавших оболочек
- 2) в обильном промывании раны и инъекции антибиотиков
- 3) иссечении выпавших оболочек и герметизации раны
- 4) **наложении асептической бинокулярной повязки и срочной транспортировки в офтальмологическое отделение**
- 5) удалении внутриглазного инородного тела

84. ПРИ ПХО КОРНЕОСКЛЕРАЛЬНОГО РАНЕНИЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНО ШВЫ НАКЛАДЫВАЮТ НА

- 1) рану склеры
- 2) **область лимба**
- 3) рану роговицы
- 4) склеру и роговицу одновременно
- 5) тенонову капсулу

85. НАИБОЛЬШУЮ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ГИДРОДИНАМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ _____ ЛОКАЛИЗАЦИИ

- 1) роговичной
- 2) склеральной
- 3) конъюнктивальной
- 4) **корнеосклеральной**
- 5) заднеполярной

86. ДИАГНОЗ СКВОЗНОГО РАНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА БЕССПОРНО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) наличию внутриорбитального инородного тела
- 2) гемофтальме

3) **наличии входного и выходного отверстия**

4) наличии двух отверстий в радужке

5) травматической катаракте

87. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ЭНУКЛЕАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) повторный острый приступ глаукомы

2) рецидивирующий гемофтальм на глазу с диабетической ангиоретинопатией

3) **риск развития симпатической офтальмии**

4) сквозное осколочное ранение глазного яблока

5) атрофия глазного яблока

88. ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА АНТИБИОТИКИ НАЗНАЧАЮТСЯ

1) в случаях клинически определяемого инфекционного поражения

2) **во всех случаях**

3) только при внедрении внутриглазных осколков

4) при поражении хрусталика

5) при признаках увеита

89. СМЕЩЕНИЕ ХРУСТАЛИКА В ПЕРЕДНЮЮ КАМЕРУ ТРЕБУЕТ

1) гипотензивной терапии

2) **хирургического лечения**

3) динамического наблюдения

4) лазерной иридэктомии

5) постельного режима

90. АБСОЛЮТНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) гифема

2) **наличие раны фиброзной капсулы и ущемление в ней оболочек**

3) травматическая колобома радужки

4) тотальный гемофтальм

5) пониженное внутриглазное давление

91. ОКАЛИНУ, ОКРУЖАЮЩУЮ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО РОГОВИЦЫ, ЛУЧШЕ ВСЕГО

- 1) **удалить острым инструментом**
- 2) оставить на 2 суток и проводить наблюдение
- 3) удалить лазерным методом
- 4) лечить консервативно
- 5) закрыть мягкой контактной линзой

92. БИНОКУЛЯРНОЕ ЗРЕНИЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- 1) **наличием фузии и содружественных движений обоих глаз**
- 2) нормальной конвергенцией и отсутствием фузии
- 3) полноценной аккомодацией и наличием фузии
- 4) нормальной дивергенцией и наличием фузии
- 5) эметропической рефракцией

93. АМБЛИОПИЕЙ НАЗЫВАЮТ

- 1) **функциональное снижение зрения вследствие бездействия глаза**
- 2) спонтанные колебательные движения глазных яблок
- 3) неправильную зрительную фиксацию
- 4) органические изменения в корковом отделе зрительного пути
- 5) монокулярное зрение

94. ОТСУТСТВИЕ ДВОЕНИЯ ПРИ СОДРУЖЕСТВЕННОМ КОСОГЛАЗИИ
ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ

- 1) обскурационной амблиопии косящего глаза
- 2) **аномальной корреспонденции сетчаток и скотомы торможения**
- 3) нормальной корреспонденции сетчаток и амблиопии
- 4) рефракционной амблиопии косящего глаза
- 5) кривошеи

95. ВЫНУЖДЕННЫЙ ПОВОРОТ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) горизонтального и вертикального нистагма
- 2) мнимого косоглазия

3) скрытого содружественного косоглазия

4) **паралитического косоглазия**

5) кривошеи

96. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УГЛА КОСОГЛАЗИЯ КЛАССИЧЕСКИ ПРОВОДИТСЯ МЕТОДОМ

1) Дондерса

2) **Гиршберга**

3) Гельмгольца

4) Шахара

5) Комберга

97. ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КОСОГЛАЗИИ, ПРИВОДЯЩИЕ К УСИЛЕНИЮ ДЕЙСТВИЯ МЫШЦЫ, ВКЛЮЧАЮТ

1) рецессию, тенораффию

2) рецессию, тенотомию

3) **резекцию, тенораффию**

4) частичную миотомию

5) рецессию, полную миотомию

98. ДИПЛОПТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕСЛЕДУЕТ СВОЕЙ ЦЕЛЬЮ

1) **устранение скотомы подавления и восстановление фузии**

2) восстановление правильного положения глазных яблок без операции

3) консервативное лечение дисбинокулярной амблиопии

4) коррекцию аномалий рефракции при косоглазии

5) устранение двоения

99. ЭКЗОТРОПИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ _____ КОСОГЛАЗИЕ

1) явное сходящееся

2) мнимое

3) скрытое расходящееся

4) **явное расходящееся**

5) вертикальное

100. ЗРЕНИЕ, ДАЮЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ВЫСОТЕ, ШИРИНЕ И ФОРМЕ ПРЕДМЕТА, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) **монокулярным**
- 2) бинокулярным
- 3) одновременным
- 4) нормальным
- 5) трихроматическим

101. ЗРЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ В КОРКОВЫХ ЗРИТЕЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ НЕ ПРОИСХОДИТ СЛИЯНИЯ ИМПУЛЬСОВ ОТ ОБОИХ ГЛАЗ В ОДИН ЗРИТЕЛЬНЫЙ ОБРАЗ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) монокулярным
- 2) бинокулярным
- 3) **одновременным**
- 4) нормальным
- 5) трихроматическим

102. К ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ВИТРЕОХОРИОРЕТИНАЛЬНЫМ ДИСТРОФИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) **след улитки**
- 2) врожденный ретиношизис
- 3) жемчужную
- 4) параоральные кисты
- 5) врожденную гипертрофию пигментного эпителия

103. К ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ХОРИОРЕТИНАЛЬНЫМ ДИСТРОФИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) инееподобную
- 2) решетчатую
- 3) «след улитки»
- 4) **друзы**
- 5) меридиональные складки

104. ВПЕРВЫЕ ТЕРМИН «ОТСЛОЙКА СЕТЧАТКИ» БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН

- 1) Гельмгольцем

2) Гулььстрандом

3) Келвином

4) **Сент-Ивом**

5) Ридли

105. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОТСЛОЕНИЯ СЕТЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) **дистрофия сетчатки**

2) травма

3) глаукома

4) хориоретинит

5) катаракта

106. ТИПИЧНЫМИ СИМПТОМАМИ ОТСЛОЕНИЯ СЕТЧАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) **ощущение занавески, вспышки света, молнии**

2) боль в глазу, снижение зрения

3) слезотечение, светобоязнь, боли в глазу

4) искажение предметов, снижение зрения

5) появление темного пятна перед глазом, снижение зрения

107. КОЛЬЦО ВЕЙСА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

1) отслоения сетчатой оболочки

2) кровоизлияния в сетчатку

3) **отслойки задней гиалоидной мембраны от ДЗН**

4) гемофтальма

5) разрыва сетчатки

108. ТЕРМИН «РЕГМАТОГЕННАЯ» ПРЕДПОЛАГАЕТ НАЛИЧИЕ

1) витреоретинальных тракций

2) **разрыва сетчатки**

3) опухоли хориоидеи

4) ретиношизиса

5) системной аутоиммунной патологии

109. К ПРИЧИНАМ ВТОРИЧНОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ НЕ ОТНОСЯТ

- 1) синдром Фогта-Коянаги
- 2) болезнь Коатса
- 3) центральную серозную хориоретинопатию
- 4) синдром увеальной эффузии
- 5) **дистрофию сетчатки**

110. К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЕК СЕТЧАТКИ ОТНОСЯТ

- 1) **пневморетинопексию**
- 2) брахитерапию
- 3) реваскуляризацию
- 4) ириденклейзис
- 5) склеротомию

111. ОТЛОЖЕНИЯ ПИГМЕНТА В СЕТЧАТКЕ ПО ТИПУ «КОСТНЫХ ТЕЛЕЦ» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) **пигментного ретинита**
- 2) дистрофии Бера
- 3) дистрофии Беста
- 4) дистрофии Штаргардта
- 5) решетчатой дистрофии

112. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ ОПУХОЛЕЙ РЕСНИЧНОГО ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лучевая терапия
- 2) склероувеозектомия
- 3) **энуклеация**
- 4) лазерная деструкция
- 5) криотерапия

113. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ХОРИОИДЕИ ОТНОСЯТ

- 1) фиброму
- 2) **остеому**

3) ретинобластому

4) папиллому

5) меланому

114. МЕЛАНОМА ХОРИОИДЕИ ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В

1) головной мозг

2) парный глаз

3) трубчатые кости

4) кишечник

5) **печень, легкие**

115. К ОРГАНосоХРАННЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМ СОСУДИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ОТНОСЯТ

1) гипотермию

2) экзентерацию

3) энуклеацию

4) **лазеркоагуляцию**

5) химеотерапию

116. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ СЕТЧАТКИ ОТНОСЯТ

1) ретинобластому

2) **астроцитарную гамартому**

3) остеому

4) фиброму

5) невус

117. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ВЕК НЕ ОТНОСЯТ

1) папиллому

2) сенильную бородавку

3) гемангиому

4) невус

5) **базалиому**

118. ЭПИТЕЛИОМА БОУЭНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) **доброкачественную опухоль конъюнктивы**
- 2) злокачественную опухоль сетчатки
- 3) доброкачественную опухоль роговицы
- 4) доброкачественную опухоль радужки
- 5) злокачественную опухоль ресничного тела

119. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ РАДУЖКИ ОТНОСЯТ

- 1) рабдомиосаркому
- 2) **лейомиому**
- 3) папиллому
- 4) гемангиому
- 5) фиброму

120. РЕТИНОЦИТОМОЙ НАЗЫВАЮТ

- 1) **редкий вариант ретинобластомы**
- 2) доброкачественную опухоль сетчатки
- 3) метод лечения ретинобластомы
- 4) злокачественную опухоль хориоидеи
- 5) воспаление сетчатки

121. РЕТИНОБЛАСТОМА ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В

- 1) почки
- 2) печень
- 3) **головной мозг**
- 4) сердце
- 5) парный глаз

122. ГЕМИАНОПСИЯ НА ОДНОМ ГЛАЗУ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПАТОЛОГИИ

- 1) хиазмы
- 2) **интракраниальной части зрительного нерва**
- 3) интрабульбарной части зрительного нерва

- 4) зрительного тракта
- 5) коркового центра

123. БИНАЗАЛЬНАЯ ГЕТЕРОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ УКАЗЫВАЕТ НА ПАТОЛОГИЮ

- 1) всей хиазмы
- 2) зрительного нерва
- 3) **латеральных отделов хиазмы**
- 4) медиальных отделов хиазмы
- 5) латеральных коленчатых тел

124. БИТЕМПОРАЛЬНАЯ ГЕТЕРОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ УКАЗЫВАЕТ НА ПАТОЛОГИЮ

- 1) всей хиазмы
- 2) зрительного нерва
- 3) латеральных отделов хиазмы
- 4) **медиальных отделов хиазмы**
- 5) латеральных коленчатых тел.

125. К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ СКОТОМАМ ОТНОСЯТ

- 1) скотому Бьеррума
- 2) **ангиоскотомы**
- 3) парацентральные скотомы
- 4) периферические скотомы
- 5) положительные скотомы

126. К ПРИЗНАКАМ ЗАСТОЙНОГО ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ОТНОСЯТ

- 1) **отек ткани диска с проминенцией и геморрагиями**
- 2) гиперемия диска без проминенции
- 3) сужение ретинальных сосудов
- 4) симптом «вишневой косточки»
- 5) колобома диска

127. ОТРАВЛЕНИЕ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ ПРИВОДИТ К

- 1) развитию дистрофии роговицы
- 2) развитию катаракты
- 3) **атрофии зрительного нерва**
- 4) помутнению стекловидного тела
- 5) рецидивирующему увеиту

128. В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ЗАСТОЙНЫХ ДИСКОВ ЗРЕНИЕ

- 1) снижается незначительно
- 2) снижается значительно
- 3) падает до 0
- 4) **не изменяется**
- 5) имеет волнообразный характер течения

129. ПРИ ОПТИЧЕСКИХ НЕВРИТАХ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) отсутствие снижения зрения
- 2) **гиперемия диска зрительного нерва без выраженной проминенции**
- 3) ишемический отек диска зрительного нерва
- 4) отек макулы

130. ЛЕЧЕНИЕ РЕТРОБУЛЬБАРНЫХ НЕВРИТОВ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) сосудистую терапию
- 2) **противовоспалительную терапию**
- 3) хирургические мероприятия
- 4) лазеротерапию
- 5) лазерстимуляцию

4.1.2 Оценочное средство 2. Собеседование. Вопросы для собеседования:

1. История развития офтальмологии.
2. Эпидемиология глазных заболеваний.
3. Организация офтальмологической помощи населению.
4. Вопросы права в работе врача-офтальмолога

5. Санитарная статистика при патологии органа зрения.
6. Медико-социальная экспертиза заболеваний органа зрения.
7. Санитарное просвещение.
8. Медицинская этика и деонтология.
9. Планирование и организация последипломного обучения врачей-офтальмологов в РФ.
10. Страхование, медицина, медицинское страхование, платная медицина.
11. Эмбриогенез органа зрения
12. Физиология органа зрения
13. Клинические аспекты анатомии орбиты
14. Клинические аспекты анатомии вспомогательного аппарата глаза
15. Клинические аспекты анатомии глазного яблока
16. Клинические показатели деятельности аккомодации глаза и клинические формы ее нарушения.
17. Методы исследования рефракции глаза.
18. Современные методы коррекции аметропий. Оптическая коррекция.
19. Современные методы коррекции аметропий. Контактная коррекция.
20. Оптическая система глаза. Понятие о физической и клинической рефракции. глаза. Виды клинической рефракции глаза.
21. Клинические показатели деятельности аккомодации глаза и клинические формы ее нарушения.
22. Методы исследования рефракции глаза.
23. Лазерная коррекция аномалий рефракции
24. Хирургическая коррекция аномалий рефракции
25. Зрительный анализатор – основной орган познания внешнего мира; анатомо-физиологические особенности зрительного пути.
26. Периферическое зрения и методы его исследования (периметрия, исследование зрительной адаптации).
27. Методики исследования бинокулярного зрения.
28. Электрофизиологические методы исследования в офтальмологии.
29. Клинические методы исследования органа зрения.
30. Ангиографическое исследование глаза.
31. Ультразвуковые методы исследования глаза и глазницы.
32. Лучевые методы исследования в офтальмологии и интерпретация их результатов.
33. Воспалительные заболевания орбиты.
34. Сосудистые заболевания орбиты.
35. Аномалии развития орбиты.
36. Патология слезного аппарата глаза.
37. Воспалительные заболевания век.
38. Аллергические заболевания век.
39. Патология нервно-мышечного аппарата век.
40. Воспалительные заболевания конъюнктивы.
41. Дистрофические заболевания конъюнктивы.

42. Медико-социальная экспертиза и реабилитация при заболеваниях орбиты и придаточного аппарата глаза.
43. Воспалительные заболевания роговицы и склеры.
44. Дистрофические заболевания роговицы.
45. Хирургическое лечение заболеваний роговицы (кератопластика, кератопротезирование).
46. Воспалительная патология увеального тракта (увеиты).
47. Дистрофические заболевания сосудистой оболочки глаза (увеопатии).
48. Медико-социальная экспертиза при заболеваниях фиброзной капсулы глаза и увеального тракта.
49. Аномалии развития хрусталика.
50. Врожденная и приобретенная катаракта: классификация, диагностика.
51. Современные технологии хирургического лечения катаракты
52. Ошибки и осложнения катарактальной хирургии, их профилактика и лечение.
53. Афакия. Интраокулярные методы коррекции.
54. Анатомия дренажной системы глаза. Гидродинамика и гидростатика.
55. Глаукоматозная оптиконеуропатия: патогенез.
56. Классификация глаукомы.
57. Врожденная глаукома.
58. Первичная закрытоугольная и открытоугольная глаукома: этиопатогенез, клиника. Диагностика глаукомы.
59. Методы консервативного лечения глаукомы.
60. Методы хирургического лечения глаукомы.
61. Вторичная глаукома.
62. Офтальмогипертензия.
63. Ранняя диагностика и диспансеризация больных глаукомой. Вопросы медико-социальной экспертизы.
64. Современная классификация травм органа зрения.
65. Повреждения глазницы.
66. Механические повреждения придаточного аппарата глаза.
67. Закрытая механическая травма глазного яблока.
68. Открытая травма глазного яблока.
69. Внутриглазные инородные тела: осложнения, методы диагностики, способы удаления.

70. Ожоги органа зрения. Фототравма.
71. Диспансеризация и медико-социальная экспертиза при повреждении органа зрения.
72. Глазное протезирование.
73. Физиология и патология бинокулярного зрения.
74. Реабилитация больных диплопией и нистагмом.
75. Медико-социальная экспертиза и реабилитация при косоглазии и других нарушениях бинокулярного зрения.
76. Амблиопия и методы ее лечения.
77. Содружественное косоглазие: этиопатогенез, классификация, клиника, лечение.
78. Паралитическое косоглазие.
79. Воспалительные заболевания сетчатки.
80. Дистрофические заболевания сетчатки.
81. Сосудистые заболевания сетчатки.
82. Отслойка сетчатки: этиопатогенез, классификация, клиника, методы диагностики и хирургического лечения.
83. Патология стекловидного тела.
84. Диабетическая ангиоретинопатия: этиопатогенез, клиника, классификация, современные методы консервативного и хирургического лечения.
85. Медико-социальная экспертиза при витреоретинальной патологии.
86. Опухоли орбиты.
87. Опухоли придаточного аппарата глаза.
88. Опухоли фиброзной капсулы глаза.
89. Опухоли сосудистого тракта.
90. Опухоли сетчатки и зрительного нерва.
91. Современные принципы лечения опухолей органа зрения.
92. Анатомия и физиология зрительного пути.
93. Топическая диагностика симптомов поражения зрительного пути.
94. Застойный диск: этиопатогенез, классификация, клиника.
95. Воспалительные заболевания зрительного нерва.
96. Сосудистая патология зрительного нерва
97. Дистрофические и атрофические заболевания зрительного нерва.

4.1.3 Оценочное средство 3. Ситуационные задачи №1:

Задача 1.

В офтальмологическую клинику обратилась мама с ребенком 5 лет, который плохо видит вдаль, неусидчив, быстро утомляется на занятиях, капризничает, не может долго читать и рисовать.

Проведено исследование рефракции в условиях циклоплегии, при котором обнаружены следующие данные:

Правый глаз: +1,25 Д +3,5 Д 87□

Левый глаз: +1,75 Д +2,25 Д 177□

При исследовании бинокулярного зрения, биомикроскопического исследования и офтальмоскопии патологии не обнаружено.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Определите тактику ведения пациента.

Задача 2.

У ребенка 10 лет после детского праздника внезапно появился зуд и отек век правого глаза, быстро распространившийся на область щеки и угол рта, слабость, повышение температуры до 37,2 °С. При осмотре: кожа век отечная, бледная с синеватым оттенком, мягкая на ощупь, болезненность при пальпации и спонтанные боли отсутствуют, глазное яблоко спокойное, оптические среды прозрачные, внутриглазное давление в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 3.

К Вам обратилась женщина 47 лет, у которой после перенесенного ячменя на нижнем веке правого глаза появилось образование, создающее косметическое неудобство и ощущение тяжести в веке. При осмотре обнаружено: в толще нижние века в средней трети пальпируется безболезненный узелок размером с горошину плотно-эластичной консистенции, не спаян с кожей. Конъюнктив в зоне узелка гиперемирована и гиперплазирована.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 4.

К Вам, дежурному врачу офтальмологического стационара, обратилась пациентка 35 лет с жалобами на нарастающие боли в правой орбите, резкое снижение зрения правого глаза, головную боль, слабость, повышение температуры тела до 38,3 °С. Вышеуказанные жалобы появились на фоне обострения хронического правостороннего синусита, развившегося после сильного переохлаждения 2 дня назад. При осмотре - выраженный плотный отек и гиперемия век справа, экзофтальм 3 мм, отсутствие подвижности глазного яблока, хемоз конъюнктивы с ущемлением ее между краями век, раскрыть глазную щель справа не представляется возможным. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 5.

Тридцатидвухлетний мужчина обратился с жалобами на двоение, слезотечение, резкий отек и гиперемию верхнего века левого глаза. Отмечает также повышение температуры тела, слабость. Со слов больного, неделю назад переболел гриппом. При осмотре верхнее веко левого глаза резко отечно, гиперемировано, болезненно при пальпации, край века S-образно искривлен. Глазное яблоко ограничено в подвижности. Зрение не снижено. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 6.

У ребенка 10 лет после детского праздника внезапно появился зуд и отек век правого глаза, быстро распространившийся на область щеки и угол рта, слабость, повышение температуры до 37,2 °С. При осмотре: кожа век отечная, бледная с синеватым оттенком, мягкая на ощупь, болезненность при пальпации и спонтанные боли отсутствуют, глазное яблоко спокойное, оптические среды прозрачные, внутриглазное давление в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 7.

На прием к офтальмологу обратился подросток 15 лет, у которого 2 дня назад заболел правый глаз, что сопровождалось покраснением, слезотечением, чувством «инородного тела» в правом глазу. Аналогичные жалобы появились сегодня утром на левом глазу. При осмотре обоих глаз выявлен небольшой отек век, блефароспазм, выраженная конъюнктивальная инъекция с отеком переходной складки, слизистая век покрыта тонкими белесоватыми пленками, которые легко удаляются ватным тампоном, оставляя под собой рыхлую, кровоточащую конъюнктиву. На роговице у лимба – точечные эпителиальные инфильтраты, преципитатов нет, зрачок средней ширины, розовый рефлекс с глазного дна, ВГД в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 8.

К Вам, дежурному врачу глазного отделения, обратилась пациентка, готовящаяся к оперативному вмешательству по поводу катаракты и получающая предоперационную противовоспалительную терапию (антибиотики, НПВС местно). Заметила, что после измерения внутриглазного давления по методу Маклакова, появилось слезотечение, зуд, светобоязнь, покраснение обоих глаз (больше правого). Связывает с неправильной методикой тонометрии, примененной медицинской сестрой. При объективном осмотре выявлен стекловидный хемоз конъюнктивы с единичными эрозиями, обильное слизистое отделяемое из полости конъюнктивы, роговица прозрачная, эпителий интактен, хрусталик мутный, глазное дно не просматривается, ВГД в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 9.

В родильном доме у двухдневного новорожденного мальчика резко возник двусторонний отек век, с выраженной их гиперемией и уплотнением. Открыть глазную щель полностью не представлялось возможным, из полости конъюнктивы вытекала кровянистая жидкости цвета мясных помоев. Гнойное отделяемое отсутствовало. Роды были срочные, через естественные родовые пути. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 10.

К Вам, врачу поликлинического отделения ЦРБ, обратился пациент 32 лет с жалобами на снижение зрения правого глаза, слезотечение, светобоязнь, боли в правом глазу, усиливающиеся ночью, снижение зрения. Свое состояние связывает с сильным переохлаждением накануне. При осмотре выявлена гиперемия правого глазного яблока, более выраженная вокруг лимба и убывающая к конъюнктивальным сводам, на задней поверхности нижних отделов роговицы – мелкие точечные объекты белого цвета, зрачок сужен. Пальпация глазного яблока резко болезненна. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 11.

В районную поликлинику обратилась сельская жительница, 64 лет, с жалобами на боль в левом глазу, снижение зрения. Со слов пациентки, накануне работала в огороде и травмировала веткой левый глаз. При осмотре отмечают: светобоязнь, слезотечение, блефароспазм обоих глаз. Гиперемия выражена на левом глазу, окружая лимб, по направлению к сводам ослабевает. Роговица диффузно мутная, в ее оптическом центре выявляется круглый оптически плотный инфильтрат желтоватого цвета с четкими границами. Чувствительность роговицы сохранена. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 12.

К Вам обратился молодой человек, 18 лет, по поводу светобоязни, слезотечения и блефароспазма, более выраженного слева. Эти симптомы появились вскоре после перенесенного им острого респираторного заболевания. При осмотре глазное яблоко гиперемировано, в роговице определяется инфильтрат серого цвета, дисковидной формы, располагающийся в ее оптической зоне. На поверхности инфильтрата эпителий истыкан, строма отечна, утолщена. При окрашивании 1% раствором флюоресцеина роговица не прокрашивается. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 13.

К дежурному хирургу ЦРБ обратился пациент Г., сантехник. Во время замены труб произошла неисправность и работнику что-то попало в левый глаз. За медицинской помощью больной не обратился, т.к. зрение не снижалось, беспокоило только чувство инородного тела за веками. Однако спустя несколько дней пострадавшего стали беспокоить боли в области левого глаза, слезотечение, светобоязнь, снизилось зрение. При осмотре левого глаза пациента обнаружено: выраженная смешанная инъекция глазного яблока. Роговица мутная, на 4-7 часах – инфильтрат серо-желтого цвета с изъязвлением в центре, на дне передней камеры гнойный экссудат. Зрачок сужен, на свет не реагирует. Пальпаторно тонус глазного яблока не изменен, но пальпация резко болезненна. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 14.

Больной 48 лет поступил в офтальмологическую клинику с жалобами на снижение остроты зрения левого глаза, небольшое слезотечение, периодические боли в глазу. Болеет около 2-х недель. Из сопутствующей патологии отмечает урогенитальный хламидиоз (диагностирован 1 месяц назад), также периодически отмечает боли в мелких суставах нижних конечностей.

Острота зрения правого глаза: 1,0, левого – 0,3 не корригирует. OS: смешанная инъекция глазного яблока средней степени, роговичные преципитаты, клеточная реакция влаги передней камеры 1+, в стекловидном теле – выпот до 2+, глазное дно за флером, на средней периферии на 6-8 часах определяется проминирующий фокус с нечеткими границами белесоватого цвета, ВГД в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 15.

Девочка 14 лет обратилась на прием к детскому офтальмологу с жалобами на покраснение глаз, постепенное снижение зрения обоих глаз. В анамнезе- 2 года назад увеит обоих глаз невыясненной этиологии. Осмотрена отоларингологом: хронический тонзиллит. Консультирована ревматологом, клинических данных за активное ревматоидное поражение суставов не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости выявлена гепатоспленомегалия и лимфаденопатия. В общем анализе крови – повышение СОЭ, лейкоцитоз. При осмотре: острота правого глаза 0,3 не корр., левого – счет пальцев у лица. OУТ: краевые помутнения роговицы на 3 и 9 часах, старые и свежие роговичные преципитаты, задние синехии (круговая на левом глазу), в стекловидном теле экссудат, детали глазного дна не видны, ВГД в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 16.

В поликлинику по месту жительства обратилась пациентка 35 лет с жалобами на обесцвечивание радужной оболочки на правом глазу, снижение остроты зрения правого глаза. Вышеуказанные жалобы появились около 7 месяцев назад, пациентка к врачу не обращалась. Хронические системные заболевания отрицает. Считает себя полностью здоровым человеком. При осмотре: острота правого глаза 0,4 не корр., левого глаза- 1,0. ОД: зрачковая зона радужки бледная, строма разволокнена, просвечивают сосуды радужки, деструкция пигментной каймы зрачка, зрачок 4 мм, на эндотелии роговицы – мелкие преципитаты с пушистыми краями, чувствительность роговицы снижена, гониоскопически – угол передней камеры открыт, широкий, гипопигментация трабекулы и полосы цилиарного тела по сравнению с парным глазом, хрусталик – заднеполярная катаракта, в стекловидном теле – выраженная нитчатая и зернистая деструкция, ВГД по Маклакову 20 мм рт.ст. OS: радужка серо-голубая, нормальной толщины и рисунка, роговица прозрачная, зрачок 3 мм, хрусталик прозрачный, легкая деструкция стекловидного тела, ВГД по Маклакову 19 мм. рт.ст. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 17.

Пациентка 64 лет, страдающая гипертонической болезнью около 10 лет, сахарным диабетом 2 типа в течение 3 лет, стала жаловаться на снижение зрения правого глаза, появление мушек перед правым глазом. Объективно: острота зрения правого глаза 0,5 не корр; глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок средней ширины, реакция на свет сохранена, в хрусталике – вакуолизация и частичные помутнения в экваториальных отделах коры хрусталика, рефлекс с глазного дна розовый, на глазном дне – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии несколько сужены, вены расширены, извиты, а:в=1:2, ВГД в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 18.

Больная К., 47 лет, обратилась к Вам, дежурному терапевту районной поликлиники с жалобами на интенсивные ломящие боли в обоих глазах, иррадиирующие в лобную область, затылок, однократно была рвота, не принеся облегчения. Со слов больной имеет низкое зрение с детских лет, пользуется «плюсовыми» очками для дали и для чтения. В дни, предшествующие ухудшению состояния, отмечала снижение остроты зрения даже при использовании очков, а также появление радужных кругов при взгляде на источник света. При осмотре: умеренная застойная инъекция обоих глазных яблок, роговицы непрозрачные, передняя камера обоих глаз мелкая, зрачки расширены, на свет не реагируют. При пальпации глазные яблоки «каменной» плотности. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 19.

Пациентка 58 лет обратилась к офтальмологу районной поликлиники с жалобами на снижение зрения обоих глаз в течение последнего года. Стала замечать, что трудно читать в пресбиопических очках. Болевых ощущений в глазных яблоках не отмечает. Страдает артериальной гипертензией II стадии. При осмотре обнаружено: острота зрения правого глаза 0,3 не корригирует, левого глаза – 0,2 не корригирует. Биомикроскопически: глазные яблоки спокойные, небольшое расширение эписклеральных вен у входа в эмиссарий (симптом «кобры»), роговица прозрачная, зрачок средней ширины с деструкцией пигментной каймы, реакция на свет сохранена, факосклероз, на глазном дне – ДЗН деколорирован (больше слева), физиологическая экскавация расширена и с нижнем секторе доходит до края диска, а:в=1:2. При кинетической периметрии обнаружено сужение полей зрения обоих глаз с носовой стороны до 15 градусов. При измерении внутриглазного давления по Маклакову обнаружено: ВГД OD=26 мм рт.ст., ВГД OS=28 мм рт.ст.. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 20.

К вам, врачу медицинского пункта на предприятии, обратился рабочий, которому при работе со шлифовальной насадкой угловой шлифовальной машины в левый глаз что-то попало. При осмотре – зрение снижено незначительно, гиперемия глазного яблока, форма его сохранена, блефароспазм, слезотечение, на периферии роговицы левого глаза видна ранка с выпавшими темными массами. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 21.

В приемный покой больницы обратился молодой человек с жалобами на резкую светобоязнь, слезотечение, снижение зрения обоих глаз. Со слов пациента несколько минут назад проходившие мимо двое подростков что-то брызнули ему в лицо. При осмотре обнаружена гиперемия слизистой оболочки глаз, поверхностное нежное помутнение роговицы правого глаза, в оптической части роговицы левого глаза небольшая эрозия. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 22.

В приемный покой районной больницы доставили ребенка десяти лет со свежими ожогами кожи лица и глаз пламенем вспыхнувшего бензина. Ресницы и брови обгорели, кожа лица гиперемирована, с отдельными пузырями и некротическими участками на щеках и веках. При осмотре глазных яблок выявлены : отек конъюнктивы , поверхностные пленки на

конъюнктиве, помутнение роговицы с нарушением целостности эпителия. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 23.

В пункт амбулаторной помощи обратился пациент Н., 34 лет, который, занимаясь ремонтом на собственной даче, ударился о край металлической лестницы областью правой орбиты. При осмотре выявлено отсутствие зрения правого глаза, гематома век, разрыв зрачкового края радужки, гифема 2 мм, гемофтальм. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 24.

К Вам, дежурному терапевту ЦРБ, обратилась пациентка В., 78 лет, с жалобами на резко развившуюся слепоту левого глаза, ощущение тумана и плавающих теней и мушек перед правым глазом. Больная страдает сахарным диабетом II типа на протяжении 25 лет, находится на заместительной инсулинотерапии последние 15 лет. Из сопутствующей патологии – гипертоническая болезнь 3ст, риск 4. При осмотре: глазные яблоки спокойны, роговица – гладкая, блестящая, рефлекс с глазного дна правого глаза ослаблен, рефлекс с глазного дна левого глаза отсутствует. Пациентка 2 недели назад проходила осмотр офтальмодиабетолога, которым был выставлен диагноз: Диабетическая пролиферативная ретинопатия обоих глаз. Осложненная незрелая катаракта обоих глаз. В плане лечения была рекомендована лазеркоагуляция сетчатки. Определите тактику ведения пациентки.

Задача 25.

Больная Ю., 28 лет, находится в отделении патологии беременных, полторы недели назад были естественные срочные роды. В анамнезе миопия обоих глаз, носила очки с десяти лет. При плановом обследовании на поздних сроках беременности офтальмологом был выставлен диагноз: Миопия средней степени обоих глаз, периферическая хориоретинальная дистрофия по типу «бульжной мостовой». К вам, дежурному врачу обратилась с жалобами на внезапное снижение зрения и ощущение колышущейся пелены с назальной стороны правого глаза. Предположите диагноз. Определите тактику ведения больной.

Задача 26.

В поликлинику по месту жительства обратилась женщина 76 лет с жалобами на внезапную безболезненную потерю остроты зрения правого глаза. Страдает атеросклерозом и гипертонической болезнью II стадии около 20 лет, принимает гипотензивные препараты. Острота зрения правого глаза равна 0,001 н/к. OD: глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, начальное помутнение коры хрусталика С1-С2, на глазном дне при исследовании с широким зрачком определяется ишемический отек сетчатки, фовеальная зона ярко-красная, легкая ступенчатость границ ДЗН, артерии резко сужены, кровоток сегментарный, ВГД в норме. Предположите диагноз. Определите тактику ведения больной.

Задача 27.

К дежурному офтальмологу приемного покоя обратилась женщина 73 лет, у которой на фоне резкого повышения артериального давления до 200/110 мм рт. ослеп правый глаз. Артериальное давление было снижено медикаментозно до 150/90 мм рт.ст., однако зрение не восстановилось. Гипертонической болезнью страдает около 30 лет, лекарства принимает, рабочее артериальное давление 150/80 мм рт.ст. Сахарным диабетом не страдает. Объективно

при осмотре обнаружено: острота зрения правого глаза счет пальцев у лица, левого глаза 0,8 н/к. ОД: глазное яблоко спокойное, начальное помутнение ядра хрусталика, на глазном дне – ДЗН отечен, гиперемирован, сливается с окружающей сетчаткой, вены темные, расширены, извиты, артерии сужены, а:в=1:3, масса интратретинальных кровоизлияний, покрывающих все глазное дно, очаги экссудации, макулярный отек, ВГД в норме. OS: глазное яблоко спокойное, начальные помутнения ядра хрусталика, на глазном дне – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, а:в=1:3, Salus I-II, ВГД в норме. . Предположите диагноз. Определите тактику ведения больной.

Задача 28.

К Вам на прием привели 18-летнюю девушку, которая жалуется на внезапное снижение остроты зрения правого глаза. Со слов пациентки, 2 недели назад перенесла правосторонний гнойный гайморит. При осмотре выявлено снижение зрения правого глаза до 0.05 н/к, сужение периферических границ поля зрения, зрение левого глаза в норме. Офтальмоскопическая картина правого глаза: диск зрительного нерва гиперемирован, границы сливаются с окружающей сетчаткой, вены несколько расширены, экссудативные очаги и мелкие кровоизлияния в перипапиллярной зоне сетчатки. Глазное дно левого глаза без патологических изменений. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 29

Пациент 65 лет утром после сна почувствовал резкую потерю зрения левого глаза. Накануне вечером посещал сауну. Пациент страдает гипертонической болезнью около 20 лет, принимает гипотензивные препараты.

Объективно: острота зрения левого глаза 0,05 н/к, глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, зрачок средней ширины, факосклероз, на глазном дне – ДЗН отечен, бледный, границы его размыты, на поверхности диска – полосчатые кровоизлияния, единичные ватные очаги ишемии нервных волокон, в макулярной области – отложения твердого экссудата в виде «фигуры звезды». В поле зрения – секторальные половине зрения. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 30.

У пациента 65 лет утром после сна кратковременно на несколько секунд исчезло предметное зрение на правом глазу, после чего исчезло совсем. В момент приступа – артериальное давление 100/65 мм рт.ст. (рабочее давление – 145/80 мм рт.ст.). Страдает гипертонической болезнью более 15 лет, препараты принимает нерегулярно. При осмотре: VIS OD=0,01 н/к, VIS OS=0,8 не корр. ОД: глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, начальные помутнения хрусталика, на глазном дне – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии сужены, а:в=1,3, Salus II, MZ- без патологии. Периметрия ОД: секторальное выпадение в нижне-носовом отделе. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде дифференцированного зачета.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы к дифференцированному зачету, тестовые задания (Тест №2), ситуационные задачи №2, реферат.

5.1.1. Вопросы к дифференцированному зачету по дисциплине Офтальмология:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1 История развития офтальмологии.	-
2 Эпидемиология глазных заболеваний.	-
3 Организация офтальмологической помощи населению.	-
4 Вопросы права в работе врача-офтальмолога	-
5 Санитарная статистика при патологии органа зрения.	-
6 Медико-социальная экспертиза заболеваний органа зрения.	-
7 Санитарное просвещение	-
8 Медицинская этика и деонтология.	-
9 Планирование и организация последипломного обучения врачей-офтальмологов в РФ.	-
10 Страхование, медицина, медицинское страхование, платная медицина.	-
11 Эмбриогенез органа зрения	-
12 Физиология органа зрения	-
13 Клинические аспекты анатомии орбиты	-
14 Клинические аспекты анатомии вспомогательного аппарата глаза	-
15 Клинические аспекты анатомии глазного яблока	-
16 Клинические показатели деятельности аккомодации глаза и клинические формы ее нарушения.	-
17 Методы исследования рефракции глаза.	-
18 Современные методы коррекции аметропий. Оптическая коррекция.	-
19 Современные методы коррекции аметропий. Контактная коррекция.	-
20 Оптическая система глаза. Понятие о физической и клинической рефракции. глаза. Виды клинической рефракции глаза.	-
21 Клинические показатели деятельности аккомодации глаза и клинические формы ее нарушения.	-
22 Методы исследования рефракции глаза.	-
23 Лазерная коррекция аномалий рефракции	-
24 Хирургическая коррекция аномалий рефракции	-
25 Зрительный анализатор – основной орган познания внешнего мира; анатомо-физиологические особенности зрительного пути.	-
26 Периферическое зрения и методы его исследования (периметрия, исследование зрительной адаптации).	-
27 Методики исследования бинокулярного зрения.	-
28 Электрофизиологические методы исследования в офтальмологии.	-
29 Клинические методы исследования органа зрения.	-
30 Ангиографическое исследование глаза.	-
31 Ультразвуковые методы исследования глаза и глазницы.	-
32 Лучевые методы исследования в офтальмологии и интерпретация их результатов.	-

33 Воспалительные заболевания орбиты.	-
34 Сосудистые заболевания орбиты.	-
35 Аномалии развития орбиты.	-
36 Патология слезного аппарата глаза.	-
37 Воспалительные заболевания век.	-
38 Аллергические заболевания век.	-
39 Патология нервно-мышечного аппарата век.	-
40 Воспалительные заболевания конъюнктивы.	-
41 Дистрофические заболевания конъюнктивы.	-
42 Медико-социальная экспертиза и реабилитация при заболеваниях орбиты и придаточного аппарата глаза.	-
43 Воспалительные заболевания роговицы и склеры.	-
44 Дистрофические заболевания роговицы.	-
45 Хирургическое лечение заболеваний роговицы (кератопластика, кератопротезирование).	-
46 Воспалительная патология увеального тракта (uveиты).	-
47 Дистрофические заболевания сосудистой оболочки глаза (uveопатии).	-
48 Медико-социальная экспертиза при заболеваниях фиброзной капсулы глаза и увеального тракта.	-
49 Аномалии развития хрусталика.	-
50 Врожденная и приобретенная катаракта: классификация, диагностика.	-
51 Современные технологии хирургического лечения катаракты	-
52 Ошибки и осложнения катарактальной хирургии, их профилактика и лечение.	-
53 Афакия. Интраокулярные методы коррекции.	-
54 Анатомия дренажной системы глаза. Гидродинамика и гидростатика.	-
55 Глаукоматозная оптиконейропатия: патогенез.	-
56 Классификация глаукомы.	-
57 Врожденная глаукома.	-
58 Первичная закрытоугольная и открытоугольная глаукома: этиопатогенез, клиника. Диагностика глаукомы.	-
59 Методы консервативного лечения глаукомы.	-
60 Методы хирургического лечения глаукомы.	-
61 Вторичная глаукома.	-
62 Офтальмогипертензия.	-
63 Ранняя диагностика и диспансеризация больных глаукомой. Вопросы медико-социальной экспертизы.	-
64 Современная классификация травм органа зрения.	-
65 Повреждения глазницы.	-
66 Механические повреждения придаточного аппарата глаза.	-
67 Закрытая механическая травма глазного яблока.	-
68 Открытая травма глазного яблока.	-
69 Внутриглазные инородные тела: осложнения, методы диагностики, способы удаления.	-
70 Ожоги органа зрения. Фототравма.	-
71 Диспансеризация и медико-социальная экспертиза при повреждении органа зрения.	-
72 Глазное протезирование.	-
73 Физиология и патология бинокулярного зрения.	-
74 Реабилитация больных диплопией и нистагмом.	-

75 Медико-социальная экспертиза и реабилитация при косоглазии и других нарушениях бинокулярного зрения.	-
76 Амблиопия и методы ее лечения.	-
77 Содружественное косоглазие: этиопатогенез, классификация, клиника, лечение.	-
78 Паралитическое косоглазие.	-
79 Воспалительные заболевания сетчатки.	-
80 Дистрофические заболевания сетчатки.	-
81 Сосудистые заболевания сетчатки.	-
82 Отслойка сетчатки: этиопатогенез, классификация, клиника, методы диагностики и хирургического лечения.	-
83 Патология стекловидного тела.	-
84 Диабетическая ангиоретинопатия: этиопатогенез, клиника, классификация, современные методы консервативного и хирургического лечения.	-
85 Медико-социальная экспертиза при витреоретинальной патологии.	-
86 Опухоли орбиты.	-
87 Опухоли придаточного аппарата глаза.	-
88 Опухоли фиброзной капсулы глаза.	-
89 Опухоли сосудистого тракта.	-
90 Опухоли сетчатки и зрительного нерва.	-
91 Современные принципы лечения опухолей органа зрения.	-
92 Анатомия и физиология зрительного пути.	-
93 Топическая диагностика симптомов поражения зрительного пути.	-
94 Застойный диск: этиопатогенез, классификация, клиника.	-
95 Воспалительные заболевания зрительного нерва.	-
96 Сосудистая патология зрительного нерва	-
97 Дистрофические и атрофические заболевания зрительного нерва.	-

5.1.2. Ситуационные задачи № 2.

Задача 1.

В офтальмологическую клинику обратилась мама с ребенком 5 лет, который плохо видит вдаль, неусидчив, быстро утомляется на занятиях, капризничает, не может долго читать и рисовать.

Проведено исследование рефракции в условиях циклоплегии, при котором обнаружены следующие данные:

Правый глаз: +1,25 Д +3,5 Д 87□

Левый глаз: +1,75 Д +2,25 Д 177□

При исследовании бинокулярного зрения, биомикроскопического исследования и офтальмоскопии патологии не обнаружено.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Определите тактику ведения пациента.

Задача 2.

У ребенка 10 лет после детского праздника внезапно появился зуд и отек век правого глаза, быстро распространившийся на область щеки и угол рта, слабость, повышение температуры до 37,2 °С. При осмотре: кожа век отечная, бледная с синеватым оттенком, мягкая на ощупь, болезненность при пальпации и спонтанные боли отсутствуют, глазное яблоко спокойное, оптические среды прозрачные, внутриглазное давление в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 3.

К детскому офтальмологу частной офтальмологической клиники обратился мальчик 12 лет, у которого после посещения спортивной школы появились узелки на верхнем веке левого глаза. Через несколько дней покраснел левый глаз, стало беспокоить слезотечение. При осмотре обнаружено: на коже верхнего века левого глаза визуализируются 3 узелка размером с горошину, при пальпации плотные, безболезненные, кожа в области узелков не изменена, имеет характерный блеск, напоминающий блеск жемчужины, в центре узелка имеется углубление с микроскопическими отверстиями. При сдавливании узелков через отверстия выделяются массы белого цвета. Конъюнктивит гиперемирован, в нижнем своде – единичные мелкие фолликулы, отделяемое скудное серозное, роговица прозрачная, зрачок нормальной формы, реакция на свет сохранена, розовый рефлекс с глазного дна, глазное дно без патологии, внутриглазное давление в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 4.

К Вам обратилась женщина 47 лет, у которой после перенесенного ячменя на нижнем веке правого глаза появилось образование, создающее косметическое неудобство и ощущение тяжести в веке. При осмотре обнаружено: в толще нижнего века в средней трети пальпируется безболезненный узелок размером с горошину плотно-эластичной консистенции, не спаян с кожей. Конъюнктивит в зоне узелка гиперемирован и гиперплазирован.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 5.

На прием к офтальмологу привели 6 летнего мальчика с жалобами на слезотечение, чувство инородного тела за веками, покраснение правого глаза. Симптомы появились на фоне острого респираторного заболевания. При осмотре веки правого глаза отечны, выраженная гиперемия пальпебральной конъюнктивы, конъюнктивальная инъекция, в нижней переходной складке множество мелких фолликулов и точеных кровоизлияний. Небольшое количество отделяемого слизистого характера. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 6.

К Вам, дежурному врачу офтальмологического стационара, обратилась пациентка 35 лет с жалобами на нарастающие боли в правой орбите, резкое снижение зрения правого глаза, головную боль, слабость, повышение температуры тела до 38,3 °С. Вышеуказанные жалобы появились на фоне обострения хронического правостороннего синусита, развившегося после

сильного переохлаждения 2 дня назад. При осмотре - выраженный плотный отек и гиперемия век справа, экзофтальм 3 мм, отсутствие подвижности глазного яблока, хемоз конъюнктивы с ущемлением ее между краями век, раскрыть глазную щель справа не представляется возможным. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 7.

К вам, участковому терапевту обратился молодой человек с жалобами на резкую болезненность, гиперемию и припухлость участка верхнего века правого глаза. Зрение не снизилось. При осмотре с латеральной стороны верхнего века определяется локальный отек и гиперемия кожи, дотрагивание вызывает резкую болезненность. У ресничного края инфильтрат из нескольких гнойных головок. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 8.

Тридцатидвухлетний мужчина обратился с жалобами на двоение, слезотечение, резкий отек и гиперемию верхнего века левого глаза. Отмечает также повышение температуры тела, слабость. Со слов больного, неделю назад переболел гриппом. При осмотре верхнее веко левого глаза резко отечно, гиперемировано, болезненно при пальпации, край века S-образно искривлен. Глазное яблоко ограничено в подвижности. Зрение не снижено. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 9.

К детскому офтальмологу поликлиники привели ребенка 7 лет с жалобами на появление у него на коже век обоих глаз гнойничков, которые появляются, затем через 7 дней исчезают без следа. Процесс начался с верхнего века правого глаза, затем распространился на нижнее веко правого глаза, а затем и на веки левого глаза. При осмотре обнаружено: на коже век обоих глаз визуализируются множественные гнойнички величиной с просыное зерно с гиперемированным основанием и волоском в центре каждого гнойничка, кожа между гнойничками не изменена, безболезненна, зуд отсутствует. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 10.

У ребенка 10 лет после детского праздника внезапно появился зуд и отек век правого глаза, быстро распространившийся на область щеки и угол рта, слабость, повышение температуры до 37,2 °С. При осмотре: кожа век отечная, бледная с синеватым оттенком, мягкая на ощупь, болезненность при пальпации и спонтанные боли отсутствуют, глазное яблоко спокойное, оптические среды прозрачные, внутриглазное давление в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 11.

В приемный покой районной больницы обратилась девушка 24 лет с жалобами на слезотечение, светобоязнь, покраснение, чувство «песка» в правом глазу. При биомикроскопии выявлена конъюнктивальная инъеция, обильное слизисто-гнойное

отделяемое из полости конъюнктивы, отек переходной складки, роговица и другие оптические среды прозрачные. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 12.

На прием к офтальмологу обратился подросток 15 лет, у которого 2 дня назад заболел правый глаз, что сопровождалось покраснением, слезотечением, чувством «инородного тела» в правом глазу. Аналогичные жалобы появились сегодня утром на левом глазу. При осмотре обоих глаз выявлен небольшой отек век, блефароспазм, выраженная конъюнктивальная инъекция с отеком переходной складки, слизистая век покрыта тонкими белесоватыми пленками, которые легко удаляются ватным тампоном, оставляя под собой рыхлую, кровоточащую конъюнктиву. На роговице у лимба – точечные эпителиальные инфильтраты, преципитатов нет, зрачок средней ширины, розовый рефлекс с глазного дна, ВГД в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 13.

К Вам, дежурному врачу приемного покоя, обратился мальчик 10 лет с жалобами на слезотечение, светобоязнь, зуд в глазах, покраснение. Находился на отдыхе в деревне с 1-го по 7-го мая, после чего резко появились указанные жалобы, а также частое чихание, отек носа. Обратился сначала к ЛОР врачу, который поставил диагноз острого аллергического ринита и назначил противоаллергические капли. Со слов мамы мальчика, похожие симптомы наблюдались прошлой весной во время цветения деревьев и трав. При объективном осмотре конъюнктив верхнего века утолщена, матовая, молочного цвета с сосочковыми разрастаниями по типу «булыжной мостовой», покрыта нитеобразным вязким отделяемым. Вокруг роговицы определяется желатинозного вида валик розоватого цвета, роговица прозрачная. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 14.

К Вам, дежурному врачу глазного отделения, обратилась пациентка, готовящаяся к оперативному вмешательству по поводу катаракты и получающая предоперационную противовоспалительную терапию (антибиотики, НПВС местно). Заметила, что после измерения внутриглазного давления по методу Маклакова, появилось слезотечение, зуд, светобоязнь, покраснение обоих глаз (больше правого). Связывает с неправильной методикой тонометрии, примененной медицинской сестрой. При объективном осмотре выявлен стекловидный хемоз конъюнктивы с единичными эрозиями, обильное слизистое отделяемое из полости конъюнктивы, роговица прозрачная, эпителий интактен, хрусталик мутный, глазное дно не просматривается, ВГД в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 15.

В родильном доме у двухдневного новорожденного мальчика резко возник двусторонний отек век, с выраженной их гиперемией и уплотнением. Открыть глазную щель полностью не представлялось возможным, из полости конъюнктивы вытекала кровянистая жидкости цвета мясных помоев. Гнойное отделяемое отсутствовало. Роды были срочные, через естественные родовые пути. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 16.

К офтальмологу районной поликлиники обратилась мама двух детей 6 и 10 лет, у которых по очереди (с интервалом в 2 дня) возникли симптомы гнойного конъюнктивита обоих глаз, сопровождавшегося слабостью, недомоганием, температура тела в течение 1 дня оставалась субфебрильной. Женщина отмечает, что в доме, где они жили, было очень много мух. Объективно у ребенка, заболевшего последним, выявлено: выраженный отек и гиперемия конъюнктивы глазного яблока и нижней переходной складки с петехиальными кровоизлияниями, бульбарная конъюнктива имеет вид двух треугольников, обращенных основанием к лимбу, отделяемое обильное гнойное, роговица прозрачная. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 17.

У женщины 34 лет через 10 дней после посещения бассейна появились жалобы на слезотечение, светобоязнь, покраснение правого глаза, гнойное отделяемое. 2 недели лечилась самостоятельно альбуцидом без улучшения. При осмотре офтальмологом правого глаза выявлено: выраженный отек и гиперемия конъюнктивы переходных складок, на нижней переходной складке – сливные крупные фолликулы, гипертрофия сосочков конъюнктивы, обильное слизисто-гнойное отделяемое, региональные лимфузлы увеличены, безболезненны при пальпации, на роговице в зоне верхнего лимба – субэпителиальные точечные инфильтраты, микропаннус, чувствительность роговицы сохранена. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 18.

К Вам, врачу поликлинического отделения ЦРБ, обратится пациент 32 лет с жалобами на снижение зрения правого глаза, слезотечение, светобоязнь, боли в правом глазу, усиливающиеся ночью, снижение зрения. Свое состояние связывает с сильным переохлаждением накануне. При осмотре выявлена гиперемия правого глазного яблока, более выраженная вокруг лимба и убывающая к конъюнктивальным сводам, на задней поверхности нижних отделов роговицы – мелкие точечные объекты белого цвета, зрачок сужен. Пальпация глазного яблока резко болезненна. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 19.

В районную поликлинику обратилась сельская жительница, 64 лет, с жалобами на боль в левом глазу, снижение зрения. Со слов пациентки, накануне работала в огороде и травмировала веткой левый глаз. При осмотре отмечают: светобоязнь, слезотечение, блефароспазм обоих глаз. Гиперемия выражена на левом глазу, окружая лимб, по направлению к сводам ослабевает. Роговица диффузно мутная, в ее оптическом центре выявляется круглый оптически плотный инфильтрат желтоватого цвета с четкими границами. Чувствительность роговицы сохранена. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 20.

К Вам обратился молодой человек, 18 лет, по поводу светобоязни, слезотечения и блефароспазма, более выраженного слева. Эти симптомы появились вскоре после перенесенного им острого респираторного заболевания. При осмотре глазное яблоко гиперемировано, в роговице определяется инфильтрат серого цвета, дисковидной формы,

располагающийся в ее оптической зоне. На поверхности инфильтрата эпителий истыкан, строма отечна, утолщена. При окрашивании 1% раствором флюоресцеина роговица не прокрашивается. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 21.

В поликлинику обратилась пациентка с жалобами на слезотечение, сильные боли в области правого глазного яблока, правой орбиты и правой височной области, снижение зрения правого глаза. Со слов больной, неделю назад отмечалось лихорадочное состояние с ознобом и выраженной слабостью. Одновременно на коже лица с правой стороны появились мелкие сгруппированные пузырьки с прозрачным содержимым. На момент осмотра: гиперемия, желтовато-коричневые корочки на коже волосистой части головы, лба, век справа. Гиперемия глазного яблока, более выраженная вокруг зоны лимба, на роговице визуализируется инфильтрат сероватого цвета в виде «веточки дерева». При окраске флюоресцеином 1% – участков деэпителизации роговицы не выявлено. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 22.

К дежурному хирургу ЦРБ обратился пациент Г., сантехник. Во время замены труб произошла неисправность и работнику что-то попало в левый глаз. За медицинской помощью больной не обратился, т.к. зрение не снижалось, беспокоило только чувство инородного тела за веками. Однако спустя несколько дней пострадавшего стали беспокоить боли в области левого глаза, слезотечение, светобоязнь, снизилось зрение. При осмотре левого глаза пациента обнаружено: выраженная смешанная инъекция глазного яблока. Роговица мутная, на 4-7 часах – инфильтрат серо-желтого цвета с изъязвлением в центре, на дне передней камеры гнойный экссудат. Зрачок сужен, на свет не реагирует. Пальпаторно тонус глазного яблока не изменен, но пальпация резко болезненна. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 23.

Женщина в возрасте 28 лет обратилась к офтальмологу поликлиники с жалобами на слезотечение, светобоязнь, боли в правом глазу, снижение зрения. Страдает миопией средней степени обоих глаз, в связи с чем пользуется для коррекции мягкими контактными линзами плановой замены уже около 10 лет. На проверку к офтальмологу ходит редко. Иногда нарушает рекомендованный врачом режим ношения контактных линз. При осмотре выявлено: острота зрения правого глаза 0,06 не корригирует, смешанная инъекция глазного яблока, хемоз конъюнктивы, в центре роговицы – изъязвление до глубоких слоев стромы, вокруг язвы – инфильтрат в виде кольца без изъязвления, в передней камере – гной 1 мм, мелкие преципитаты на нижней половине роговицы, зрачок узкий, внутренние среды не просматриваются, ВГД в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 24.

Пациентка 32 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на локальное покраснение левого глазного яблока, сопровождающееся небольшим слезотечением, светобоязнью, болевыми ощущениями. 2 недели назад переболела ОРЗ. При объективном исследовании обнаружено: острота зрения правого глаза 1,0, левого глаза – 1,0. Биомикроскопия OS: вблизи лимба на 3

часах визуализируется ограниченная припухлость наружных слоев склеры 6 мм с синюшным оттенком. Конъюнктив над этим узелком гиперемирована, подвижна. Пальпация пораженного участка резко болезненна, оптические среды прозрачные, глазное дно и внутриглазное давление в норме. Биомикроскопия OD не выявила видимой патологии. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 25.

Больной 48 лет поступил в офтальмологическую клинику с жалобами на снижение остроты зрения левого глаза, небольшое слезотечение, периодические боли в глазу. Болеет около 2-х недель. Из сопутствующей патологии отмечает урогенитальный хламидиоз (диагностирован 1 месяц назад), также периодически отмечает боли в мелких суставах нижних конечностей. Острота зрения правого глаза: 1,0, левого – 0,3 не корригирует. OS: смешанная инъеция глазного яблока средней степени, роговичные преципитаты, клеточная реакция влаги передней камеры 1+, в стекловидном теле – выпот до 2+, глазное дно за флером, на средней периферии на 6-8 часах определяется проминирующий фокус с нечеткими границами белесоватого цвета, ВГД в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 26.

Больной 45 лет, азербайджанец, поступил в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на резкое снижение зрения обоих глаз, наличие болей в глазах. Из анамнеза: заболевание началось 2 недели назад с резких головных болей, рвоты, снижения слуха. В течение 10 дней находился в инфекционной больнице с диагнозом менингоэнцефалит.

При осмотре: VIS OD=0,05 не корр, VIS OS=0,1 не корр. OUT: роговичные преципитаты, во влаге передней камеры клетки 2+, в стекловидном теле клеточная реакция 3+ справа, 2+ слева. Глазное дно: справа не офтальмоскопируется, слева – в нижней половине определяется экссудативная отслойка сетчатки. При осмотре у пациента выявлено поседение волос и ресниц, снижение слуха. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 27.

Девочка 14 лет обратилась на прием к детскому офтальмологу с жалобами на покраснение глаз, постепенное снижение зрения обоих глаз. В анамнезе- 2 года назад увеит обоих глаз невыясненной этиологии. Осмотрена отоларингологом: хронический тонзиллит. Консультирована ревматологом, клинических данных за активное ревматоидное поражение суставов не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости выявлена гепатоспленомегалия и лимфаденопатия. В общем анализе крови – повышение СОЭ, лейкоцитоз. При осмотре: острота правого глаза 0,3 не корр., левого – счет пальцев у лица. OUT: краевые помутнения роговицы на 3 и 9 часах, старые и свежие роговичные преципитаты, задние синехии (круговая на левом глазу), в стекловидном теле экссудат, детали глазного дна не видны, ВГД в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 28.

В поликлинику по месту жительства обратилась пациентка 35 лет с жалобами на обесцвечивание радужной оболочки на правом глазу, снижение остроты зрения правого глаза. Вышеуказанные жалобы появились около 7 месяцев назад, пациентка к врачу не обращалась.

Хронические системные заболевания отрицает. Считает себя полностью здоровым человеком. При осмотре: острота правого глаза 0,4 не корр., левого глаза- 1,0. ОД: зрачковая зона радужки бледная, строма разволокнена, просвечивают сосуды радужки, деструкция пигментной каймы зрачка, зрачок 4 мм, на эндотелии роговицы – мелкие преципитаты с пушистыми краями, чувствительность роговицы снижена, гониоскопически – угол передней камеры открыт, широкий, гипопигментация трабекулы и полосы цилиарного тела по сравнению с парным глазом, хрусталик – заднеполярная катаракта, в стекловидном теле – выраженная нитчатая и зернистая деструкция, ВГД по Маклакову 20 мм рт.ст. OS: радужка серо-голубая, нормальной толщины и рисунка, роговица прозрачная, зрачок 3 мм, хрусталик прозрачный, легкая деструкция стекловидного тела, ВГД по Маклакову 19 мм. рт.ст. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 29.

Из районной поликлиники к Вам, дежурному врачу офтальмологического стационара, направили мужчину 26 лет с жалобами на резко возникшую утром тяжесть в глазу, туман, радужные круги при взгляде на источник света, снижение зрения левого глаза. Диагноз направившего учреждения – острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза. При осмотре: острота зрения правого глаза 1,0, левого – 0,3 не корр. OS: сосуды конъюнктивы глазного яблока расширены, поверхностный отек роговицы, буллез отсутствует, на эндотелии – беловатые круглые преципитаты в центре, зрачок круглый 3 мм, реакция на свет сохранена, передняя камера средней глубины, глазное дно за флером – без патологии, ВГД по Маклакову 35 мм рт.ст. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 30.

В офтальмологическую клинику обратилась пациентка 38 лет с жалобами на изменение формы зрачка, которое заметила 5 лет назад после кесарева сечения. По поводу данного явления неоднократно обращалась к окулисту по месту жительства, но безрезультатно. Из сопутствующих заболеваний – миопия высокой степени, диффузный токсический зоб II степени. При объективном исследовании установлено: Острота зрения правого глаза 0,03 с -11,0 Д=0,4, левого глаза – 0,04 с -11,0 Д=0,5. Поля зрения в норме. Внутриглазное давление по Гольдману : ОД=15 мм рт.ст., OS=19 мм рт.ст. Гониоскопия: ОД: угол передней камеры II-III открытия, на 12 часах (куда подтянут зрачок) обнаружен локальный белесоватого цвета фиброз. Оба глаза спокойные, роговица прозрачная, передняя камера ОД- чуть меньше средней глубины, слева – средней глубины, радужка темно-коричневого цвета. ОД: зрачок подтянут к 12 ч и вытянут в горизонтальном направлении, в нижней части зрачка отмечается выворот пигментного листка кпереди. Реакция на свет неполная. На 14 ч – единичная передняя синехия. Хрусталик прозрачный, в стекловидном теле – нежная деструкция. OS: зрачок центрирован, реакция на свет живая, хрусталик и стекловидное тело прозрачные. На глазном дне – ДЗН бледно-розовый, миопический конус, умеренное сужение артерий, макула – без особенностей, на периферии – инееподобная дистрофия. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 31.

Пациентка 64 лет, страдающая гипертонической болезнью около 10 лет, сахарным диабетом 2 типа в течение 3 лет, стала жаловаться на снижение зрения правого глаза, появление мушек

перед правым глазом. Объективно: острота зрения правого глаза 0,5 не корр; глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок средней ширины, реакция на свет сохранена, в хрусталике – вакуолизация и частичные помутнения в экваториальных отделах коры хрусталика, рефлекс с глазного дна розовый, на глазном дне – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии несколько сужены, вены расширены, извиты, а:в=1:2, ВГД в норме. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 32.

Во время вашего ночного дежурства у медсестры приемного отделения, 55 лет, внезапно развилась резкая боль в левом глазу, иррадиирующая в левую половину головы, зубы, ухо. Имела место рвота, пульс замедлен, АД 180/100 мм ртутного столба. Со слов больной, в последнее время отмечались периодические приступы затуманивания зрения, радужные круги при взгляде на источник света, чувство тяжести и явления слезотечения обоих глаз. При внешнем осмотре выявилось умеренное сужение левой глазной щели, покраснение левого глазного яблока, мутная роговица и расширенный зрачок слева, который почти не реагирует на свет. Больная различает этим глазом лишь предметы у лица. Пальпаторно левый глаз более плотный по сравнению с правым глазом. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 33.

Больная К., 47 лет, обратилась к Вам, дежурному терапевту районной поликлиники с жалобами на интенсивные ломящие боли в обоих глазах, иррадиирующие в лобную область, затылок, однократно была рвота, не принеся облегчения. Со слов больной имеет низкое зрение с детских лет, пользуется «плюсовыми» очками для дали и для чтения. В дни, предшествующие ухудшению состояния, отмечала снижение остроты зрения даже при использовании очков, а также появление радужных кругов при взгляде на источник света. При осмотре: умеренная застойная инъекция обоих глазных яблок, роговицы непрозрачные, передняя камера обоих глаз мелкая, зрачки расширены, на свет не реагируют. При пальпации глазные яблоки «каменной» плотности. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 34.

Пациентка 58 лет обратилась к офтальмологу районной поликлиники с жалобами на снижение зрения обоих глаз в течение последнего года. Стала замечать, что трудно читать в пресбиопических очках. Болевых ощущений в глазных яблоках не отмечает. Страдает артериальной гипертензией II стадии. При осмотре обнаружено: острота зрения правого глаза 0,3 не корригирует, левого глаза – 0,2 не корригирует. Биомикроскопически: глазные яблоки спокойные, небольшое расширение эписклеральных вен у входа в эмиссарий (симптом «кобры»), роговица прозрачная, зрачок средней ширины с деструкцией пигментной каймы, реакция на свет сохранена, факосклероз, на глазном дне – ДЗН деколорирован (больше слева), физиологическая экскавация расширена и с нижнем секторе доходит до края диска, а:в=1:2. При кинетической периметрии обнаружено сужение полей зрения обоих глаз с носовой стороны до 15 градусов. При измерении внутриглазного давления по Маклакову обнаружено: ВГД OD=26 мм рт.ст., ВГД OS=28 мм рт.ст.. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 35.

Пациент 70 лет обратился в офтальмологическую клинику с жалобами на слепоту правого глаза, боли в правом глазу. По данным амбулаторной карты, 10 лет назад был установлен диагноз первичной открытоугольной II «В» глаукомы правого глаза, I «А» глаукомы левого глаза. Пациенту были назначены гипотензивные препараты (тимолол, ксалатан), которые он капал нерегулярно. 2 года назад правый глаз ослеп. При осмотре правого глаза обнаружена застойная инъекция глазного яблока, роговица отечная, буллезно изменена в центре, хрусталик мутный частично С2, рефлекс с глазного дна ослаблен, детали глазного дна не видны, ВГД правого глаза=36 мм рт.ст., острота зрения ОД=0. При осмотре левого глаза: острота зрения=0,3 н/к, глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, помутнение хрусталика С1, розовый рефлекс с глазного дна, на глазном дне – ДЗН сероватый, локальная краевая экскавация, ВГД=20 мм рт.ст., при периметрии – скотома Бьеррума, сужение периферических границ на 12 градусов с носовой стороны. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 36.

К вам, врачу медицинского пункта на предприятии, обратился рабочий, которому при работе со шлифовальной насадкой угловой шлифовальной машины в левый глаз что-то попало. При осмотре – зрение снижено незначительно, гиперемия глазного яблока, форма его сохранена, блефароспазм, слезотечение, на периферии роговицы левого глаза видна ранка с выпавшими темными массами. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 37.

В приемный покой больницы обратился молодой человек с жалобами на резкую светобоязнь, слезотечение, снижение зрения обоих глаз. Со слов пациента несколько минут назад проходившие мимо двое подростков что-то брызнули ему в лицо. При осмотре обнаружена гиперемия слизистой оболочки глаз, поверхностное нежное помутнение роговицы правого глаза, в оптической части роговицы левого глаза небольшая эрозия. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 38.

В приемный покой районной больницы доставили ребенка десяти лет со свежими ожогами кожи лица и глаз пламенем вспыхнувшего бензина. Ресницы и брови обгорели, кожа лица гиперемирована, с отдельными пузырями и некротическими участками на щеках и веках. При осмотре глазных яблок выявлены : отек конъюнктивы , поверхностные пленки на конъюнктиве, помутнение роговицы с нарушением целостности эпителия. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 39.

Рабочий машиностроительного завода 2 недели назад перенес проникающее ранение левого глаза. Период стационарного лечения протекал неблагоприятно: в травмированном глазу наблюдалась стойкая гипотония. На данный момент больной предъявляет жалобы на выраженное снижение зрения правого глаза, слезотечение, светобоязнь последнего. Объективно: умеренная смешанная инъекция правого глазного яблока, влага передней камеры опалесцирует, на роговичном эндотелии — преципитаты в нижних отделах, зрачок сужен. Глазное дно правого глаза: ДЗН гиперемирован, границы его нечеткие, имеется перипапиллярный отек. Пальпаторно определяется гипотония глазного яблока. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 40.

В пункт амбулаторной помощи обратился пациент Н., 34 лет, который, занимаясь ремонтом на собственной даче, ударился о край металлической лестницы областью правой орбиты. При осмотре выявлено отсутствие зрения правого глаза, гематома век, разрыв зрачкового края радужки, гифема 2 мм, гемофтальм. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 41.

К дежурному офтальмологу многопрофильной больницы обратилась санитарка оперблока, которая проводила генеральную уборку помещений и около 30 минут находилась в помещении с включенной кварцевой бактерицидной лампой без защитных очков. На момент осмотра предъявляет жалобы на слезотечение, светобоязнь, чувство «инородного тела» в обоих глазах. Объективно: острота зрения правого глаза 0,6 не корр, левого глаза 05, не корр. ОУТ: отек век, гиперемия, блефароспазм, слезотечение, гиперемия и отек конъюнктивы, на роговице – поверхностные вакуоли, единичные эрозии в центре, зрачки средней ширины, ВГД в норме. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 42.

К Вам, дежурному терапевту ЦРБ, обратилась пациентка В., 78 лет, с жалобами на резко развившуюся слепоту левого глаза, ощущение тумана и плавающих теней и мушек перед правым глазом. Больная страдает сахарным диабетом II типа на протяжении 25 лет, находится на заместительной инсулинотерапии последние 15 лет. Из сопутствующей патологии – гипертоническая болезнь 3ст, риск 4. При осмотре: глазные яблоки спокойны, роговица - гладкая, блестящая, рефлекс с глазного дна правого глаза ослаблен, рефлекс с глазного дна левого глаза отсутствует. Пациентка 2 недели назад проходила осмотр офтальмодиабетолога, которым был выставлен диагноз: Диабетическая пролиферативная ретинопатия обоих глаз. Осложненная незрелая катаракта обоих глаз. В плане лечения была рекомендована лазеркоагуляция сетчатки. Определите тактику ведения пациентки.

Задача 43.

Больная Ю., 28 лет, находится в отделении патологии беременных, полторы недели назад были естественные срочные роды. В анамнезе миопия обоих глаз, носила очки с десяти лет. При плановом обследовании на поздних сроках беременности офтальмологом был выставлен диагноз: Миопия средней степени обоих глаз, периферическая хориоретинальная дистрофия по типу «бульжной мостовой». К вам, дежурному врачу обратилась с жалобами на внезапное снижение зрения и ощущение колышущейся пелены с назальной стороны правого глаза. Предположите диагноз. Определите тактику ведения больной.

Задача 44.

В поликлинику по месту жительства обратилась женщина 76 лет с жалобами на внезапную безболезненную потерю остроты зрения правого глаза. Страдает атеросклерозом и гипертонической болезнью II стадии около 20 лет, принимает гипотензивные препараты. Острота зрения правого глаза равна 0,001 н/к. OD: глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, начальное помутнение коры хрусталика С1-С2, на глазном дне при исследовании с широким зрачком определяется ишемический отек сетчатки, фовеальная зона ярко-красная, легкая ступешанность границ ДЗН, артерии резко сужены, кровоток сегментарный, ВГД в норме. Предположите диагноз. Определите тактику ведения больной.

Задача 45.

В поликлинику по месту жительства обратилась женщина 76 лет с жалобами на внезапную безболезненную потерю остроты зрения правого глаза. Страдает атеросклерозом и гипертонической болезнью II стадии около 20 лет, принимает гипотензивные препараты. Острота зрения правого глаза равна 0,001 н/к. OD: глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, начальное помутнение коры хрусталика С1-С2, на глазном дне при исследовании с широким зрачком определяется ишемический отек сетчатки, фовеальная зона ярко-красная, легкая ступенчатость границ ДЗН, артерии резко сужены, кровоток сегментарный, ВГД в норме. Предположите диагноз. Определите тактику ведения больной.

Задача 46.

К дежурному офтальмологу приемного покоя обратилась женщина 73 лет, у которой на фоне резкого повышения артериального давления до 200/110 мм рт. ослеп правый глаз. Артериальное давление было снижено медикаментозно до 150/90 мм рт.ст., однако зрение не восстановилось. Гипертонической болезнью страдает около 30 лет, лекарства принимает, рабочее артериальное давление 150/80 мм рт.ст. Сахарным диабетом не страдает. Объективно при осмотре обнаружено: острота зрения правого глаза счет пальцев у лица, левого глаза 0,8 н/к. OD: глазное яблоко спокойное, начальное помутнение ядра хрусталика, на глазном дне – ДЗН отечен, гиперемирован, сливается с окружающей сетчаткой, вены темные, расширены, извиты, артерии сужены, а:в=1:3, масса интравитреальных кровоизлияний, покрывающих все глазное дно, очаги экссудации, макулярный отек, ВГД в норме. OS: глазное яблоко спокойное, начальные помутнения ядра хрусталика, на глазном дне – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, а:в=1:3, Salus I-II, ВГД в норме. . Предположите диагноз. Определите тактику ведения больной.

Задача 47.

Пациентка 60 лет, страдающая гипертонической болезнью II стадии около 34 лет, обратилась к офтальмологу по месту жительства с жалобами на появление черных плавающих помутнений перед правым глазом, которые появились остро после гипертонического криза. Сахарный диабет, травмы органа зрения отрицает.

Объективно: острота зрения правого глаза 0,1 не корр; глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок средней ширины, реакция на свет сохранена, в хрусталике – вакуолизация коры, в стекловидном теле – плавающие сгустки крови, глазное дно под флером, детали просматреть не удается, ВГД в норме. Предположите диагноз. Определите тактику ведения больной.

Задача 47.

К Вам на прием привели 18-летнюю девушку, которая жалуется на внезапное снижение остроты зрения правого глаза. Со слов пациентки, 2 недели назад перенесла правосторонний гнойный гайморит. При осмотре выявлено снижение зрения правого глаза до 0.05 н/к, сужение периферических границ поля зрения, зрение левого глаза в норме. Офтальмоскопическая картина правого глаза: диск зрительного нерва гиперемирован, границы сливаются с окружающей сетчаткой, вены несколько расширены, экссудативные очаги и мелкие кровоизлияния в перипапиллярной зоне сетчатки. Глазное дно левого глаза без патологических изменений. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 48.

Молодой мужчина 35 лет обратился к Вам, участковому терапевту, с жалобами на головную боль, шаткость походки, повторную рвоту. Подобные состояния отмечал и ранее, связывал их с употреблением крепкого алкоголя. Со слов больного последний раз выпивал в компании друзей 2 дня назад. В настоящее время симптомы сопровождаются снижением зрения. При осмотре больной считает пальцы только с расстояния 2 метра. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 49

Пациент 65 лет утром после сна почувствовал резкую потерю зрения левого глаза. Накануне вечером посещал сауну. Пациент страдает гипертонической болезнью около 20 лет, принимает гипотензивные препараты.

Объективно: острота зрения левого глаза 0,05 н/к, глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, зрачок средней ширины, факосклероз, на глазном дне – ДЗН отечен, бледный, границы его размыты, на поверхности диска – полосчатые кровоизлияния, единичные ватные очаги ишемии нервных волокон, в макулярной области – отложения твердого экссудата в виде «фигуры звезды». В поле зрения – секторальные половинные зрения. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

Задача 50.

У пациента 65 лет утром после сна кратковременно на несколько секунд исчезало предметное зрение на правом глазу, после чего исчезло совсем. В момент приступа – артериальное давление 100/65 мм рт.ст. (рабочее давление – 145/80 мм рт.ст.). Страдает гипертонической болезнью более 15 лет, препараты принимает нерегулярно. При осмотре: VIS OD=0,01 н/к, VIS OS=0,8 не корр. ОД: глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, начальные помутнения хрусталика, на глазном дне – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии сужены, а:в=1,3, Salus II, MZ- без патологии. Периметрия ОД: секторальное выпадение в нижне-носовом отделе. Предположите диагноз. Определите тактику ведения.

5.1.3. Тестовые задания. Тест №2:

1. ТРУДОСПОСОБНОСТЬЮ НАЗЫВАЮТ СОВОКУПНОСТЬ

1) физических и духовных возможностей человека, позволяющих ему заниматься трудовой деятельностью

2) физических и моральных аспектов жизни человека

3) жизненно важных функций человеческого организм

4) возможностей и потребностей человека

5) физических возможностей человека

2. МЕДИЦИНСКИМ КРИТЕРИЕМ ТРУДОСПОСОБНОСТИ НАЗЫВАЮТ

1) трудовой прогноз при наличии заболевания при конкретной должности и условиях труда

- 2) наличие заболевания, его осложнений, клинический прогноз
- 3) временную нетрудоспособность человека
- 4) условие для инвалидности
- 5) заключительный диагноз пациента

3. СОСТАВ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) заведующим отделением
- 2) муниципалитетом
- 3) Министерством здравоохранения
- 4) **руководителем медицинского учреждения**
- 5) врачом-эпидемиологом

4. К ФУНКЦИЯМ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1) **юридическую, статистическую, финансовую**
- 2) юридическую и финансовую
- 3) простую и сложную
- 4) правовую и статистическую
- 5) статистическую и динамическую

5. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (ТРАВМАХ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ

- 1) в любой день
- 2) в день обращения к врачу
- 3) **в день установления нетрудоспособности, включая праздничные и выходные дни**
- 4) только в рабочие дни
- 5) в день неявки на работу

6. ДОКУМЕНТОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ И УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ И ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лист нетрудоспособности
- 2) больничный лист
- 3) **справка установленной формы**
- 4) справка произвольной формы

5) акт нетрудоспособности

7. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НАПРАВЛЯЮТСЯ

- 1) любые граждане по их заявлению
- 2) только работающие граждане
- 3) только лица пенсионного возраста
- 4) **граждане, имеющие признаки стойкого ограничения трудоспособности**
- 5) граждане, имеющие признаки временного ограничения трудоспособности

8. АГГРАВАЦИЕЙ НАЗЫВАЮТ

- 1) **преувеличение больным симптомов действительно имеющегося заболевания**
- 2) имитацию человеком симптомов болезни, которой у него нет
- 3) экспертизу трудоспособности
- 4) временную нетрудоспособность
- 5) одну из задач врачебной экспертизы

9. ОТКАЗ ОТ ОПЕРАЦИИ ИЛИ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- 1) считается нарушением режима
- 2) считается нарушением режима на усмотрение лечащего врача
- 3) **не может считаться нарушением режима**
- 4) считается нарушением режима на усмотрение ВК
- 5) считается нарушением режима на усмотрение МСЭ

10. ИНВАЛИДОМ НАЗЫВАЮТ

- 1) тяжело травмированного пациента
- 2) нетрудоспособного гражданина
- 3) **лицо, навсегда или на длительное время, потерявшее трудоспособность**
- 4) нетрудоспособного гражданина
- 5) любого пациента, находящегося на листке нетрудоспособности

11. САМОЙ ТОНКОЙ СТЕНКОЙ ОРБИТЫ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СТЕНКА

- 1) наружная

2) верхняя

3) **внутренняя**

4) нижняя

5) верхняя и внутренняя

12. КАНАЛ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА СЛУЖИТ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ

1) **зрительного нерва**

2) отводящего нерва

3) глазодвигательного нерва

4) центральной вены сетчатки

5) лобной артерии

13. СЛЕЗНЫЙ МЕШОК РАСПОЛОЖЕН

1) внутри глазницы

2) **вне глазницы**

3) частично внутри и частично вне глазницы

4) в гайморовой полости

5) в средней черепной ямке

14. ПРИ РАНАХ ВЕК РЕГЕНЕРАЦИЯ ТКАНЕЙ

1) **высокая**

2) низкая

3) существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица

4) ниже, чем других областей лица

5) выше, чем других областей лица

15. К СЛЕЗОПРОДУЦИРУЮЩИМ ОРГАНАМ ОТНОСЯТСЯ

1) **слезная железа и добавочные слезные железы**

2) слезные точки

3) слезные каналы

4) носослезный канал

16. НОСОСЛЕЗНЫЙ КАНАЛ ОТКРЫВАЕТСЯ В

- 1) в гайморову пазуху
- 2) средний носовой ход
- 3) верхний носовой ход
- 4) **нижний слезный ход**
- 5) в основную пазуху

17. НАИБОЛЬШУЮ ТОЛЩИНУ СКЛЕРА ИМЕЕТ В ЗОНЕ

- 1) лимба
- 2) экватора
- 3) диска зрительного нерва
- 4) **под сухожилием прямых мышц**
- 5) под сухожилием косых мышц

18. РОГОВАЯ ОБОЛОЧКА СОСТОИТ ИЗ ____ СЛОЕВ

- 1) двух
- 2) трех
- 3) четырех
- 4) **пяти**
- 5) шести

19. СЛОИ РОГОВИЦЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- 1) **параллельно поверхности роговицы**
- 2) хаотично
- 3) концентрично
- 4) в косом направлении
- 5) перпендикулярно друг другу

20. ПИТАНИЕ РОГОВИЦЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ

- 1) надблоковой артерии
- 2) центральной артерии сетчатки
- 3) слезной артерии
- 4) передних цилиарных артерий

5) **краевой петливой сосудистой сети**

21. СОСУДИСТЫЙ ТРАКТ ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИЮ

- 1) **трофическую**
- 2) преломления света
- 3) восприятия света
- 4) защитную
- 5) опорную

22. ЗРИТЕЛЬНЫЙ НЕРВ ИМЕЕТ _____ ОБОЛОЧКИ

- 1) **мягкую, паутинную, твердую**
- 2) паутинную
- 3) внутреннюю эластичную
- 4) твердую

23. СЕТЧАТКА ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИЮ

- 1) преломления света
- 2) трофическую
- 3) **восприятия света**
- 4) защитную
- 5) опорную

24. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) зоне проекции лимба
- 2) **месту прикрепления сухожилий прямых мышц**
- 3) зоне проекции трабекулы
- 4) зоне проекции цилиарного тела
- 5) переходу радужки в ресничное тело

25. ИСТОЧНИКОМ ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖИДКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) радужка
- 2) хориоидея
- 3) хрусталик

4) **цилиарное тело**

5) роговица

26. КОРОТКИЕ ЗАДНИЕ ЦИЛИАРНЫЕ АРТЕРИИ ПИТАЮТ

1) роговицу

2) радужку

3) склеру

4) **наружные слои сетчатки**

5) внутренние слои сетчатки

27. ТЕНОНОВА КАПСУЛА ОТДЕЛЯЕТ

1) сосудистую оболочку от склеры

2) сетчатку от стекловидного тела

3) **склеру от бульбарной конъюнктивы**

4) роговицу от склеры

5) склеру от роговицы

28. КРОВОСНАБЖЕНИЕ ЦИЛИАРНОГО ТЕЛА И РАДУЖКИ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ _____ АРТЕРИЯМИ

1) длинными задними цилиарными

2) **длинными задними и передними цилиарными**

3) передними цилиарными

4) решетчатыми

5) пальпебральными медиальными

29. БОУМЕНОВА МЕМБРАНА НАХОДИТСЯ МЕЖДУ

1) **эпителием роговицы и стромой**

2) стромой и десцеметовой оболочкой

3) десцеметовой оболочкой и эндотелием

4) слоями сетчатки

5) эндотелием и стромой

30. ДВИГАТЕЛЬНУЮ ИННЕРВАЦИЮ ЭКСТРАОКУЛЯРНЫХ МЫШЦ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ _____ НЕРВ

- 1) **глазодвигательный, отводящий, блоковый**
- 2) отводящий
- 3) блоковый
- 4) тройничный
- 5) лицевой

31. ХОРИОИДЕЯ ПИТАЕТ

- 1) **наружные слои сетчатки**
- 2) внутренние слои сетчатки
- 3) всю сетчатку
- 4) зрительный нерв
- 5) склеру

32. ПРИВЕДЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ _____ МЫШЦЫ

- 1) нижняя косая и верхняя прямая
- 2) все прямые
- 3) все косые
- 4) **медialная, верхняя и нижняя прямые**
- 5) нижняя прямая и косая

33. ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ ГЛАЗА СОСТОИТ ИЗ _____ ЭКСТРАОКУЛЯРНЫХ МЫШЦ

- 1) четырех
- 2) пяти
- 3) **шести**
- 4) восьми
- 5) десяти

34. ОТВЕДЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ _____ МЫШЦЫ

- 1) нижняя косая и верхняя прямая
- 2) все прямые

- 3) все косые
 - 4) латеральная прямая и медиальная прямая
 - 5) **латеральная прямая и косые**
35. ДИСК ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА РАСПОЛАГАЕТСЯ _____ ГЛАЗНОГО ДНА
- 1) в центре
 - 2) **в носовой половине**
 - 3) в височной половине
 - 4) в верхней половине
 - 5) за пределами
36. "МЫШЕЧНАЯ ВОРОНКА" БЕРЕТ СВОЕ НАЧАЛО ОТ
- 1) круглого отверстия
 - 2) **зрительного отверстия**
 - 3) верхней глазничной щели
 - 4) нижней глазничной щели
 - 5) внутренней стенки глазницы
37. ДВИЖЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА КВЕРХУ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ _____ МЫШЦЫ
- 1) **нижняя косая и верхняя прямая**
 - 2) все прямые
 - 3) все косые
 - 4) латеральная прямая и медиальная прямая
 - 5) латеральная прямая и косые
38. ЗРИТЕЛЬНЫЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ИЗ ОРБИТЫ ЧЕРЕЗ
- 1) верхнюю глазничную щель
 - 2) **foramen opticum**
 - 3) нижнюю глазничную щель
 - 4) круглое отверстие
 - 5) верхнечелюстную пазуху

39. ЦЕНТРАЛЬНАЯ АРТЕРИЯ СЕТЧАТКИ ПИТАЕТ

- 1) хориоидею
- 2) **внутренние слои сетчатки**
- 3) наружные слои сетчатки
- 4) стекловидное тело
- 5) склеру

40. МЕЙБОМИЕВЫ ЖЕЛЕЗЫ ВЕК ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ В ОБРАЗОВАНИИ _____ СЛОЯ СЛЕЗНОЙ ПЛЕНКИ

- 1) муцинового
- 2) **липидного**
- 3) водянистого
- 4) сосудистого
- 5) смешанного

41. ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ЦЕНТРОМ СЕТЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) диск зрительного нерва
- 2) **центральная ямка**
- 3) зона зубчатой линии
- 4) сосудистый пучок
- 5) юстапапиллярная зона

42. АРТЕРИАЛЬНЫЙ КРУГ ГАЛЛЕРА ОБРАЗОВАН _____ АРТЕРИЯМИ

- 1) длинными задними цилиарными
- 2) **короткими задними цилиарными**
- 3) решетчатými
- 4) мышечными
- 5) передними ресничными

43. ДВИЖЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА КНИЗУ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ _____ МЫШЦЫ

- 1) нижняя косая и верхняя прямая
- 2) все прямые

- 3) все косые
- 4) латеральная прямая и медиальная прямая

5) верхняя косая и нижняя прямая

44. ВПЕРВЫЕ ТАБЛИЦУ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ СОСТАВИЛ

- 1) Головин
- 2) **Сивцев**
- 3) Снеллен
- 4) Ландольт
- 5) Орлова

45. В СОВРЕМЕННЫХ ТАБЛИЦАХ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ (ТАБЛИЦА ГОЛОВИНА-СИВЦЕВА) МЕЛКИЕ ДЕТАЛИ ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ ОБЪЕКТОВ ВИДНЫ ПОД УГЛОМ ЗРЕНИЯ

- 1) меньше 1 минуты
- 2) **в 1 минуту**
- 3) в 2 минуты
- 4) в 3 минуты
- 5) более 3 минут

46. К СУБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕФРАКЦИИ ГЛАЗА ОТНОСИТСЯ

- 1) скиаскопия
- 2) рефрактометрия
- 3) авторефрактометрия
- 4) **определение остроты зрения коррекцией сменными оптическими линзами**
- 5) офтальмометрия

47. РЕФРАКЦИЕЙ ОПТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ НАЗЫВАЮТ

- 1) состояние, тесно связанное с конвергенцией
- 2) **преломляющую силу оптической системы, выраженную в диоптриях**
- 3) способность оптической системы нейтрализовывать проходящий через нее свет
- 4) отражение оптической системой падающих на нее лучей

5) систему линз, расположенных на определенном расстоянии друг от друга

48. СИЛА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ ГЛАЗА ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ ____ ДПТР

1) 10 - 20

2) 21 -51

3) **52 - 71**

4) 72 - 91

5) 91-100

49. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТОЧКА ЯСНОГО ВИДЕНИЯ ЭММЕТРОПИЧЕСКОГО ГЛАЗА НАХОДИТСЯ В

1) 5 м от глаза

2) 4 м от глаза

3) 3 м от глаза

4) **относительной бесконечности**

5) позади глаза (в отрицательном пространстве)

50. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТОЧКА ЯСНОГО ВИДЕНИЯ МИОПИЧЕСКОГО ГЛАЗА НАХОДИТСЯ

1) в бесконечности

2) на сетчатке

3) **перед глазом (на конечном расстоянии)**

4) на роговице

5) позади глаза (в отрицательном пространстве).

51. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ ГЛАЗА

1) постоянную и непостоянную

2) дисбинокулярную и анизометропическую

3) роговичную и хрусталиковую

4) **статическую и динамическую**

5) прямую и обратную

52. ЗА 1 ДИОПТРИЮ ПРИНИМАЮТ ПРЕЛОМЛЯЮЩУЮ СИЛУ ОПТИЧЕСКОЙ ЛИНЗЫ С ФОКУСНЫМ РАССТОЯНИЕМ

- 1) 100м
- 2) 10м
- 3) **1м**
- 4) 10см
- 5) 1см

53. АБСОЛЮТНОЙ НАЗЫВАЮТ АККОМОДАЦИЮ, ИЗМЕРЕННУЮ ПРИ

- 1) **выключенной конвергенции (окклюзии одного из глаз)**
- 2) двух открытых глазах
- 3) действующей конвергенции
- 4) частично выключенной конвергенции
- 5) мидриазе

54. СТАТИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ РЕФРАКЦИЯ ГЛАЗА ОТРАЖАЕТ

- 1) преломляющую силу роговицы
- 2) **истинную клиническую рефракцию глаза в состоянии покоя аккомодации**
- 3) преломляющую силу хрусталика
- 4) преломляющую силу оптической системы глаза по отношению к сетчатке при действующей аккомодации
- 5) общую преломляющую силу глаза

55. ПРЕЛОМЛЯЮЩАЯ СИЛА ОПТИЧЕСКОЙ ЛИНЗЫ С ФОКУСНЫМ РАССТОЯНИЕМ 0,5 М РАВНА ___ДПТР

- 1) 4,0
- 2) **2,0**
- 3) 1,0
- 4) 0,5
- 5) 1,5

56. У ШКОЛЬНИКА С ГИПЕРМЕТРОПИЕЙ В 3,5-4,0 ДПТР, РЕДКО ПОЛЬЗУЮЩЕГОСЯ ОЧКАМИ, ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ_____ АСТЕНОПИЯ

- 1) **аккомодативная**
- 2) мышечная

- 3) дисбинокулярная
- 4) неврогенная
- 5) симптоматическая

57. ПОД ДИНАМИЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИЕЙ ГЛАЗА ПОНИМАЮТ ПРЕЛОМЛЯЮЩУЮ СИЛУ

1) **оптической системы глаза по отношению к сетчатке при действующей аккомодации**

- 2) роговицы
- 3) хрусталика
- 4) роговицы и хрусталика
- 5) общую преломляющую силу глаза

58. ПРЕЛОМЛЯЮЩАЯ СИЛА ОПТИЧЕСКОЙ ЛИНЗЫ С ФОКУСНЫМ РАССТОЯНИЕМ 25 СМ СОСТАВЛЯЕТ _____ДПТР

- 1) **4,0**
- 2) 2,0
- 3) 1,0
- 4) 0,5
- 5) 0,1

59. ПРИ ПАРАЛИЧЕ АККОМОДАЦИИ У ПАЦИЕНТА ОБЯЗАТЕЛЬНО ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) заметное улучшение зрения вблизи
- 2) **резкое ухудшение зрения вблизи**
- 3) повышение зрения вдаль
- 4) сходящееся косоглазие
- 5) расходящееся косоглазие

60. ПРЕЛОМЛЯЮЩАЯ СИЛА ОПТИЧЕСКОЙ ЛИНЗЫ С ФОКУСНЫМ РАССТОЯНИЕМ 2,0 М СОСТАВЛЯЕТ ____ДПТР

- 1) 4,0
- 2) 2,0
- 3) 1,0

4) **0,5**

5) 0,1

61. К ОСЛОЖНЕНИЯМ МИОПИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

1) закрытоугольную глаукому

2) содружественное косоглазие

3) **хориоретинальные дистрофии**

4) аккомодативную астенопию

5) катаракту

62. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТОЧКА ЯСНОГО ВИДЕНИЯ ГИПЕРМЕТРОПИЧЕСКОГО ГЛАЗА НАХОДИТСЯ

1) в бесконечности

2) перед глазом (на конечном расстоянии)

3) в области роговицы

4) на сетчатке

5) **позади глаза (в отрицательном пространстве)**

63. У ПАЦИЕНТА С ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТОЧКОЙ ЯСНОГО ВИДЕНИЯ В 25 СМ ОТ ГЛАЗА ИМЕЕТ МЕСТО СТАТИЧЕСКАЯ МИОПИЧЕСКАЯ РЕФРАКЦИЯ В ___ ДПТР

1) 1,0

2) 2,0

3) **4,0**

4) 5,0

5) 10,0

64. ОСЛОЖНЕНИЕМ НЕКОРРИГИРОВАННОЙ ГИПЕРМЕТРОПИИ МОЖЕТ БЫТЬ

1) отслойка сетчатки

2) **содружественное косоглазие**

3) деструкция стекловидного тела

4) внутриглазные геморрагии

5) увеит

65. У ПАЦИЕНТА С ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТОЧКОЙ ЯСНОГО ВИДЕНИЯ В 0,5 М ОТ ГЛАЗА ИМЕЕТСЯ СТАТИЧЕСКАЯ МИОПИЧЕСКАЯ РЕФРАКЦИЯ В ___ДПТР

- 1) 1,0
- 2) **2,0**
- 3) 4,0
- 4) 5,0
- 5) 10,0

66. ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ АМЕТРОПИЙ ОСНОВАНА НА ИЗМЕНЕНИИ

- 1) преломляющей силы хрусталика
- 2) длины глаза
- 3) аккомодационной способности глаза
- 4) **преломляющей силы роговицы**
- 5) конвергенции

67. АМЕТРОПИИ СЛАБОЙ СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЯ РЕФРАКЦИИ, ВЫРАЖЕННЫЕ В ДИОПРИЯХ

- 1) **от 0,5 до 3,0**
- 2) от 0,5 до 4,0
- 3) от 0,5 до 5,0
- 4) от 0,5 до 5,5

68. У ПАЦИЕНТА С ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТОЧКОЙ ЯСНОГО ВИДЕНИЯ В 10 СМ ОТ ГЛАЗА ИМЕЕТСЯ СТАТИЧЕСКАЯ МИОПИЧЕСКАЯ РЕФРАКЦИЯ В ___ДПТР

- 1) 1,0
- 2) 20
- 3) 4,0
- 4) 5,0
- 5) **10,0**

69. СКРЫТАЯ ГИПЕРМЕТРОПИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНА С ПОМОЩЬЮ

- 1) собирающих линз

- 2) рассеивающих линз
- 3) **паралича аккомодации**
- 4) авторефрактометра
- 5) скиаскопии

70. АМЕТРОПИЯ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЯ РЕФРАКЦИИ, ВЫРАЖЕННЫЕ В ДИОПТРИЯХ:

- 1) от 2,0 до 3,0
- 2) от 2,5 до 5,0
- 3) от 2,75 до 5,5
- 4) **от 3,25 до 6,0**
- 5) от 5,5 до 7,5

71. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ КОРРЕКЦИИ ПРЕСБИОПИИ ОСТАЕТСЯ _____ КОРРЕКЦИЯ

- 1) контактная
- 2) лазерная
- 3) хирургическая
- 4) **очковая**
- 5) призматическая

72. АМЕТРОПИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЯ РЕФРАКЦИИ, ВЫРАЖЕННЫЕ В ДИОПТРИЯХ

- 1) 1,5-5,5
- 2) 2,0-6,0
- 3) **>6,25**
- 4) 3,0-6,0
- 5) 5,75

73. ДЛЯ КОМФОРТНОЙ РАБОТЫ НА БЛИЗКОМ РАССТОЯНИИ ПАЦИЕНТУ 50 ЛЕТ С ГИПЕРМЕТРОПИЕЙ В 1,0 ДПТР ОБЫЧНО ТРЕБУЮТСЯ СОБИРАТЕЛЬНЫЕ ЛИНЗЫ СИЛОЙ В _____ ДПТР

- 1) 1,0-1,5

2) **2,5-3,0**

3) 3,5-4,0

4) 4,0-5,0

5) 5,0 и выше

74. СЛОЖНЫМ АСТИГМАТИЗМОМ НАЗЫВАЮТ СОЧЕТАНИЕ _____ В ОДНОМ ГЛАЗУ

1) миопии и эметропии

2) гиперметропии и миопии

3) **разных степеней одного и того же вида аметропии**

4) эметропии и гиперметропии

5) астигматизма и пресбиопии

75. ПРИ АСТИГМАТИЗМЕ ПРЯМОГО ТИПА МЕРИДИАН С НАИБОЛЕЕ СИЛЬНЫМ ПРЕЛОМЛЕНИЕМ РАСПОЛОЖЕН

1) **вертикально**

2) горизонтально

3) под углом 45°

4) под углом 120°

5) под углом 180°

76. В НОРМЕ ПОЛЕ ЗРЕНИЯ ИМЕЕТ НАИМЕНЬШИЕ РАЗМЕРЫ НА _____ ЦВЕТ

1) белый

2) красный

3) **зеленый**

4) желтый

5) синий

77. АВТОРОМ ПЕРВОЙ ТАБЛИЦЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) Головин

2) Сивцев

3) **Снеллен**

4) Ландольт

5) Орлова

78. ПОКАЗАТЕЛЬ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ, СОВМЕСТИМЫЙ С БИНОКУЛЯРНЫМ ЗРЕНИЕМ, СОСТАВЛЯЕТ

1) 0,04 и ниже

2) 0,05-0,1

3) 0,2

4) 0,3

5) **0,4 и выше**

79. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СКОТОМА, ОПРЕДЕЛЯЕМАЯ ПРИ ПЕРИМЕТРИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЧЕЛОВЕКА, В НОРМЕ НАХОДИТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ТОЧКЕ ФИКСАЦИИ В

1) 15 градусах с носовой стороны

2) 20 градусах с носовой стороны

3) **15 градусах с височной стороны**

4) 25 градусах с височной стороны

5) 30 градусах с височной стороны

80. У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА С НОРМАЛЬНО РАЗВИТЫМ ЗРИТЕЛЬНЫМ АНАЛИЗАТОРОМ НАРУЖНАЯ (ТЕМПОРАЛЬНАЯ) ГРАНИЦА ПОЛЯ ЗРЕНИЯ НА БЕЛЫЙ ЦВЕТ НАХОДИТСЯ В _____ ГРАДУСАХ ОТ ТОЧКИ ФИКСАЦИИ

1) 60

2) 70

3) **90**

4) 100

5) 120

81. В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК РАЗЛИЧАЕТ С РАССТОЯНИЯ 1 МЕТР ТОЛЬКО ПЕРВУЮ СТРОКУ ТАБЛИЦЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ, ТО ОСТРОТА ЗРЕНИЯ У НЕГО РАВНА

1) 0,1

2) 0,05

3) **0,02**

4) 0,01

5) 0,005

82. СВЕТООЩУЩЕНИЕ ОТСУТСТВУЕТ У БОЛЬНОГО С

1) интенсивным тотальным помутнением роговицы

2) тотальной катарактой

3) центральной дегенерацией сетчатки

4) **полной атрофией зрительного нерва**

5) разрывом сетчатки в макулярной зоне

83. ТЕМНОВУЮ АДАПТАЦИЮ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ У БОЛЬНЫХ С

1) **абиотрофией сетчатки**

2) миопией слабой и средней степени

3) гиперметропией с астигматизмом

4) косоглазием

5) рефракционной амблиопией

84. ПРИ ОСТРОТЕ ЗРЕНИЯ ВЫШЕ 1,0 ВЕЛИЧИНА УГЛА ЗРЕНИЯ РАВНА

1) **величине меньшей, чем 1 минута**

2) 1 минуте

3) 1,5 минутам

4) 2 минутам

5) 2,5 минутам

85. У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА С НОРМАЛЬНО РАЗВИТЫМ ЗРИТЕЛЬНЫМ АНАЛИЗАТОРОМ НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ПОЛЯ ЗРЕНИЯ НА БЕЛЫЙ ЦВЕТ НАХОДИТСЯ ОТ ТОЧКИ ФИКСАЦИИ В _____ ГРАДУСАХ

1) 45

2) 50

3) **55**

4) 65-70

5) 19-33

86. ПРИ АМБЛИОПИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПОКАЗАТЕЛИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ

1) 0,04 и ниже

2) **0,05-0,1**

3) 0,2-0,3

4) 0,4-0,5

5) 0,6-0,7

87. В НОРМЕ НАИБОЛЕЕ ШИРОКИЕ ГРАНИЦЫ ПОЛЕ ЗРЕНИЕ ИМЕЕТ НА ____ ЦВЕТ

1) красный

2) желтый

3) зеленый

4) **синий**

5) белый

88. ПРИ АМБЛИОПИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ПОКАЗАТЕЛИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ

1) 0,04 и ниже

2) 0,05-0,1

3) **0,2-0,3**

4) 0,4-0,5

5) 0,6-0,8

89. В СОВРЕМЕННЫХ ТАБЛИЦАХ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ (ТАБЛИЦА ГОЛОВИНА-СИВЦЕВА) МЕЛКИЕ ДЕТАЛИ ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ ОБЪЕКТОВ ВИДНЫ ПОД УГЛОМ ЗРЕНИЯ

1) меньше 1 минуты

2) **в 1 минуту**

3) в 2 минуты

4) в 3 минуты

5) более 3 минут

90. ПРИ АМБЛИОПИИ СЛАБОЙ СТЕПЕНИ ПОКАЗАТЕЛИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 0,04 и ниже
- 2) 0,05-0,1
- 3) 0,2-0,3
- 4) **0,4-0,8**
- 5) 0,9

91. У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ИСТИННОЕ ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ В НОРМЕ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ _____ ММ РТ.СТ.

- 1) 10-12.
- 2) 12-15.
- 3) 15-18.
- 4) **21**
- 5) 30

92. В НОРМЕ ЗРИТЕЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ

- 1) **центральной устойчивой**
- 2) парацентральной неустойчивой
- 3) парацентральной неустойчивой
- 4) устойчивой периферической
- 5) перемежающейся

93. ТЕМНОВУЮ АДАПТАЦИЮ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ У БОЛЬНЫХ С

- 1) **абиотрофией сетчатки**
- 2) миопией слабой и средней степени
- 3) гиперметропией с астигматизмом
- 4) косоглазием
- 5) рефракционной амблиопией

94. ПЕРВАЯ ЧАСТЬ ПРОБЫ ВЕСТА СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ КРАСЯЩЕЕ ВЕЩЕСТВО (КОЛЛАРГОЛ ИЛИ ФЛЮОРЕСЦЕИН) ПОЛНОСТЬЮ УХОДИТ ИЗ КОНЪЮНКТИВАЛЬНОГО МЕШКА В СЛЕЗООТВОДЯЩИЕ ПУТИ ЗА ___ МИН

- 1) 1-2
- 2) **2-3**
- 3) 3-4
- 4) 4-5
- 5) 6-7

95. ПРЯМОЙ ОККЛЮЗИЕЙ НАЗЫВАЮТ

- 1) выключение лучше видящего глаза
- 2) **выключение хуже видящего глаза**
- 3) попеременное выключение глаз (то правого, то левого)
- 4) окклюзию только наружных половин обоих глаз
- 5) окклюзию только внутренних половин обоих глаз

96. ВТОРАЯ ЧАСТЬ ПРОБЫ ВЕСТА СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ КРАСЯЩЕЕ ВЕЩЕСТВО ИЗ КОНЪЮНКТИВАЛЬНОГО МЕШКА ПРОЙДЕТ В НОС ЗА

- 1) 1 минуту
- 2) 2 минуты
- 3) 3 минуты
- 4) **5-10 минут**
- 5) более чем за 10 минут

97. МЕТОД ПЕНАЛИЗАЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АМБЛИОПИИ У ДЕТЕЙ, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) локальном воздействии света на сетчатку
- 2) использовании отрицательных последовательных образов
- 3) упражнениях в локализации (на локализаторе-корректоре и др.)
- 4) **разобшении глаз, при котором один из них становится фиксирующим для дали, а другой для близи**
- 5) окклюзии лучше видящего глаза

98. ЭРИТРОПСИЯ - ЭТО ВИДЕНИЕ ВСЕХ ОКРУЖАЮЩИХ ПРЕДМЕТОВ
В _____ ЦВЕТЕ

- 1) синем
- 2) желтом
- 3) **красном**
- 4) зеленом
- 5) белом.

99. ДЛЯ КОНТРАСТНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ СЛЕЗНЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) колларгол
- 2) флюоресцеин
- 3) **иодлипол**
- 4) водный раствор бриллиантовой зелени
- 5) водный раствор синьки

100. ОСНОВНЫМ ОРТОПТИЧЕСКИМ ПРИБОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рефрактометр
- 2) **синоптофор**
- 3) щелевая лампа
- 4) прямой безрефлексный офтальмоскоп
- 5) электрический офтальмоскоп

101. КСАНТОПСИЕЙ НАЗЫВАЮТ ВИДЕНИЕ ОКРУЖАЮЩИХ ПРЕДМЕТОВ
В _____ ЦВЕТЕ

- 1) синем
- 2) **желтом**
- 3) зеленом
- 4) красном
- 5) белом

102. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ РОГОВИЦЫ НАРУШАЕТСЯ ПРИ
ПОРАЖЕНИИ _____ НЕРВА

- 1) лицевого

2) глазодвигательного

3) **тройничного**

4) блокового

5) отводящего

103. В ТОМ СЛУЧАЕ, КОГДА СВЕТОВОЙ РЕФЛЕКС ОТ ОФТАЛЬМОСКОПА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА РОГОВИЦЕ КОСЯЩЕГО ГЛАЗА ПО ЕЕ НАРУЖНОМУ КРАЮ, ЭТО СООТВЕТСТВУЕТ

1) сходящемуся косоглазию с углом в 15

2) сходящемуся косоглазию с углом 30

3) расходящемуся косоглазию с углом в 30

4) **сходящемуся косоглазию с углом в 45**

5) расходящемуся косоглазию с углом в 45

104. ЦИАНОПСИЯ - ЭТО ВИДЕНИЕ ОКРУЖАЮЩИХ ПРЕДМЕТОВ В _____ ЦВЕТЕ

1) желтом

2) **синем**

3) красном

4) зеленом

5) фиолетовом

105. ОСТРОТА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ 3 ЛЕТ ЖИЗНИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

1) 0,1-0,2

2) 0,2-0,3

3) **0,3-0,5**

4) >0,6

5) >0,8

106. В ТОМ СЛУЧАЕ, КОГДА СВЕТОВОЙ РЕФЛЕКС ОТ ОФТАЛЬМОСКОПА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА РОГОВИЦЕ КОСЯЩЕГО ГЛАЗА ПО ЕЕ ВНУТРЕННЕМУ КРАЮ, ЭТО СООТВЕТСТВУЕТ _____ С УГЛОМ ____ ГРАДУСОВ

1) сходящемуся косоглазию, 15

2) сходящемуся косоглазию, 30

3) расходящемуся косоглазию, 30

4) сходящемуся косоглазию, 45

5) **расходящемуся косоглазию, 45**

107. ИЗМЕНЕНИЯ ВЕК ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ОТЕКЕ ВКЛЮЧАЮТ

1) **гиперемию кожи век, повышение температуры, болезненность при пальпации**

2) повышение местной температуры

3) болезненность при пальпации

4) крепитацию

5) гематому век

108. ЧЕШУЙЧАТЫЙ БЛЕФАРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) мучительным зудом в области век

2) **мучительным зудом, сухими чешуйками**

3) сухими чешуйками на корнях ресниц

4) мейбومیитом

5) отеком век

109. ПРИ ЛАГОФТАЛЬМЕ ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ

1) эрозии роговицы из-за трихиаза

2) увеита

3) экзофтальма

4) **ксероза роговицы**

5) неврита

110. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭМФИЗЕМЫ ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1) **крепитация**

2) отек

3) гематома

4) инфильтрация

5) гиперемия

111. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) герпетические высыпания
- 2) сосудистые "звездочки"
- 3) **зуд, отек, гиперемия**
- 4) петехиальные кровоизлияния
- 5) шелушение, зуд

112. ПОКАЗАНИЕМ К ВСКРЫТИЮ АБСЦЕССА ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **появление флюктуации**
- 2) выраженная гиперемия век
- 3) уплотнение ткани века
- 4) болезненность при пальпации
- 5) температурная реакция

113. ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ МЕЙБОМИЕВЫХ ЖЕЛЕЗ НАЗЫВАЮТ

- 1) ячменем
- 2) **халазионом**
- 3) абсцессом века
- 4) внутренним ячменем
- 5) папилломой

114. ЭПИКАНТУСОМ НАЗЫВАЮТ

- 1) опущение верхнего века
- 2) **кожную складку, соединяющую верхнее и нижнее веко**
- 3) узкую глазную щель
- 4) плотное образование на верхнем веке
- 5) симблефарон

115. ПРИ ТРИХИАЗЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1) биопокрывание роговицы

- 2) физиотерапию
- 3) **пластику века**
- 4) инстилляции антибиотиков
- 5) закладывание актовегина

116. ПОЛНЫЙ ПТОЗ ОПАСЕН РАЗВИТИЕМ

- а) катаракты
- б) амблиопии**
- в) кератита
- г) конъюнктивита
- д) атрофии зрительного нерва

117. ТОКСОПЛАЗМЕННЫЕ УВЕИТЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) после лечения цитостатиками
- 2) после применения антибиотиков
- 3) после лечения стероидами
- 4) **при внутриутробной передаче инфекции**
- 5) при подавлении клеточного иммунитета

118. ПОВЕРХНОСТНАЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ РОГОВИЦЫ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) **фликтенулезном кератите**
- 2) аденовирусном конъюнктивите
- 3) склерите
- 4) эписклерите
- 5) кератоконусе

119. К ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО ИРИДОЦИКЛИТА ОТНОСЯТ

- 1) инфильтрацию роговицы
- 2) мидриаз
- 3) **миоз**
- 4) десцеметоцеле

5) неврит

120. УВЕИТЫ НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ В _____% СЛУЧАЕВ

1) 40

2) 10

3) 90

4) **50**

5) 89

121. ПРИ ВРОЖДЕННОМ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ УВЕИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) передний увеит

2) эписклерит

3) неврит

4) **нейрохориоретинит**

5) кератоконъюнктивит

122. К СИМПТОМАМ ЗАДНЕГО УВЕИТА ОТНОСЯТ

1) боль в глазном яблоке

2) **метаморфопсии**

3) слезотечение

4) светобоязнь

5) покраснение глаза

123. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕДНЕГО УВЕИТА ОТНОСЯТ

1) оптический неврит

2) **вторичную глаукому**

3) регматогенную отслойку сетчатки

4) экссудативную отслойку сетчатки

5) гемофтальм

124. ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЯЗВЕ РОГОВИЦЫ С УГРОЗОЙ ЕЕ ПРОБОДЕНИЯ ПОКАЗАНО

1) хирургическое лечение в плановом порядке

- 2) консервативное лечение
- 3) **срочное хирургическое лечение**
- 4) динамическое наблюдение
- 5) назначение инстилляций и инъекций кортикостероидов

125. В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ФОРМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) **интерферонов и интерферогенов**
- 2) кортикостероидов
- 3) антибиотиков
- 4) антиоксидантов
- 5) витаминов

126. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАДНИХ СИНЕХИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ

- 1) миотиков
- 2) кортикостероидов
- 3) **мидриатиков**
- 4) интерферона

127. СНИЖЕНИЕ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ, НЕВОЗМОЖНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ ОЧКОВЫМИ СТЕКЛАМИ, УМЕНЬШЕНИЕ РАДИУСА КРИВИЗНЫ РОГОВИЦЫ, НАЛИЧИЕ НЕПРАВИЛЬНОГО РОГОВИЧНОГО АСТИГМАТИЗМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) кератита
- 2) катаракты
- 3) **кератоконуса**
- 4) склерита
- 5) пингвекулы

128. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ И ДВУСТОРОННИЕ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ

- 1) гельминтозах
- 2) стрептококковых инфекциях
- 3) стафилококковых инфекциях

4) **системных и синдромных заболеваний**

5) аденовирусной инфекции

129. К ГЛАЗНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БОЛЕЗНИ СЪЕГРЕНА ОТНОСЯТ

1) склерит

2) повышенное внутриглазное давление

3) **сухой кератоконъюнктивит**

4) отслойку сетчатки

5) кератоконус

130. ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ УВЕИТ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

1) воздушно-капельного заражения

2) **вторичной инфекции по системе кровообращения**

3) лимфогенного заражения

4) вертикального пути передачи

5) хронического конъюнктивита

131. ПРИ ПРОБЕ ШИРМЕРА НОРМАЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ, НЕ ВЫЗЫВАЮЩИМ ПОДОЗРЕНИЯ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) смачивание полоски фильтрованной бумаги на 5 мм и меньше

2) смачивание полоски фильтрованной бумаги на 5-10 мм

3) **смачивание полоски фильтрованной бумаги на 10 мм и более**

4) полное отсутствие смачивания фильтрованной бумаги

5) смачивание полоски фильтрованной бумаги на 3 мм

132. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ ЯВЛЯЕТСЯ

1) **нарушение эпителия роговицы**

2) гипертоническая болезнь

3) глазные операции в анамнезе

4) тромбоз центральной вены сетчатки в анамнезе

5) катаракта

133. ЗАДНИЕ СИНЕХИИ МОГУТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ

- 1) **вторичной глаукомы**
- 2) гипотонии
- 3) атрофии зрительного нерва
- 4) сращенному бельму
- 5) атрофии радужки

134. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1) **полуданом**
- 2) тропикамидом
- 3) противогерпетической поливакциной
- 4) ацикловиром
- 5) дексаметазоном

135. ГИФЕМОЙ НАЗЫВАЮТ

- 1) резкое повышение внутриглазного давления
- 2) гной в передней камере
- 3) кровь в задней камере
- 4) гной в задней камере
- 5) **кровь в передней камере**

136. ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1) древоидном кератите
- 2) ландкартообразном кератите
- 3) рецидивирующей эрозии роговицы
- 4) **дисковидном кератите**
- 5) везикулезном кератите

137. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ГЕРПЕСА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) химиотерапевтические средства
- 2) **неспецифические противовирусные препараты**
- 3) иммунокорректирующие средства

4) хирургические методы лечения

5) миотики

138. ЛЕНТОВИДНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ РОГОВИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

1) саркоидоза

2) **ювенильного ревматоидного артрита**

3) псориаза

4) системной красной волчанки

5) склеродермии

139. ИЗОБРЕТЕНИЕ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАТОРА ПРИНАДЛЕЖИТ

1) Гарольду Ридли

2) Светославу Федорову

3) **Чарльзу Келману**

4) Эрнсту Мулдашеву

5) Хосе Барракеру

140. ИНТРАКАПСУЛЯРНАЯ ЭКСТРАКЦИЯ КАТАРАКТЫ ПРОВОДИТСЯ

1) во всех случаях

2) **только при выраженном подвывихе хрусталика**

3) при незрелой стадии катаракты

4) при осложненной катаракте

5) при врожденной катаракте

141. СИНДРОМ ИРВИНА-ГАССА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ ПРЕДСТАЛЯЕТ СОБОЙ

1) дистрофию роговицы

2) **кистозный макулярный отек**

3) буллезную кератопатию

4) увеит

5) вторичную катаракту

142. АБСОЛЮТНЫМ МЕДИЦИНСКИМ УСЛОВИЕМ И ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ КАТАРАКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) зрелая катаракта
- 2) начальная катаракта
- 3) невозможность выполнения больным своей обычной работы
- 4) передняя катаракта без гипертензии
- 5) **сублюксация мутного хрусталика**

143. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА РИГИДНОЙ (АТОНИЧНОЙ) РАДУЖКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **выпадение радужки в рану**
- 2) мидриаз
- 3) смещение радужки кзади
- 4) гиперемия радужки
- 5) отек радужки

144. ЗАТРУДНЕННАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ ЯДРА В ХОДЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ МОЖЕ УКАЗЫВАТЬ НА НАЛИЧИЕ

- 1) подвывиха хрусталика
- 2) незрелой катаракты
- 3) лентиконуса
- 4) **кортикокапсулярной адгезии**
- 5) осложненной катаракты

145. ПРИ ДВУСТОРОННЕЙ КАТАРАКТЕ ОПЕРАЦИИ ПОДЛЕЖИТ

- 1) лучше видящий глаз
- 2) **хуже видящий глаз**
- 3) правый глаз
- 4) левый глаз
- 5) лучше оперировать оба глаза одновременно

146. ЛАЗЕРНАЯ ДИСЦИЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ _____ КАТАРАКТЫ

- 1) ядерной
- 2) вторичной**
- 3) корковой
- 4) врожденной
- 5) осложненной

147. ГИДРОДИССЕКЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) вскрытие передней капсулы хрусталика
- 2) разделение эпинуклеуса от эндонуклеуса
- 3) отделение капсулы от эпинуклеуса**
- 4) удаление хрусталиковых масс
- 5) вскрытие задней капсулы хрусталика

148. ШЛИФОВАНИЕ ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ХРУСТАЛИКА ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1) после имплантации интраокулярной линзы
- 2) перед имплантацией искусственного хрусталика**
- 3) на этапе капсулорексиса
- 4) на этапе эмульсификации ядра
- 5) после гидроделинеации

149. СКРИННИНГОВЫМ МЕТОДОМ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тонометрия по Маклакову
- 2) тонометрия по Гольдману
- 3) пневмотонометрия**
- 4) тонометрия по Боумену
- 5) тонография

150. БИОМИКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) диффузную атрофию зрачкового пояса в сочетании с деструкцией пигментной каймы, открытым углом передней камеры**
- 2) "чешуйки" по краю зрачка и на трабекулах в УПК, осложненную катаракту

- 3) мидриаз, "фигуру подсолнечника"
- 4) закрытый УПК, дисперсию пигмента по передней поверхности радужки
- 5) колобому радужки, диффузное помутнение хрусталика

151. К ИЗМЕНЕНИЯМ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАННЕЙ СТАДИИ ГЛАУКОМЫ, ОТНОСЯТ

- 1) дугообразные скотомы в области Бьеррума
- 2) концентрическое сужение поля зрения до 15 градусов
- 3) квадрантную гемианопсию
- 4) **парацентральные скотомы, расширение слепого пятна**
- 5) пятно Мариотта

152. ПРИ ГЛАУКОМЕ С УМЕРЕННО ПОВЫШЕННЫМ ВНУТРИГЛАЗНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ЗНАЧЕНИЯ ВГД СОСТАВЛЯЮТ _____ ММ РТ.СТ.

- 1) 25-27
- 2) 16-12
- 3) 27-30
- 4) **26-32**
- 5) 33-40

153. У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ИСТИННОЕ ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ РТ.СТ.

- 1) **9-22**
- 2) 12-15
- 3) 15-20
- 4) 20-23
- 5) 16-26

154. СУБТОТАЛЬНАЯ КРАЕВАЯ ЭКСКАВАЦИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ _____ СТАДИИ ГЛАУКОМЫ

- 1) терминальной
- 2) развитой
- 3) **далеко зашедшей**

- 4) начальной
- 5) абсолютной

155. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ИСТИННОГО ВГД СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ РТ.СТ.

- 1) 19 мм рт.ст.
- 2) **22 мм рт.ст.**
- 3) 25 мм рт.ст.
- 4) 17 мм рт.ст.
- 5) 15 мм рт.ст.

156. ПРИ ГОНИОСКОПИИ УЗКОГО УГЛА ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ

- 1) видны все зоны
- 2) **цилиарное тело и склеральная шпора не видны**
- 3) корень радужки на уровне средних и передних частей цилиарного тела
- 4) корень радужки прилегает к кольцу Швальбе
- 5) корень радужки проецируется на уровне передней части трабекулы

157. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЛАУКОМАТОЗНОЙ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСКАВАЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1) величины экскавации
- 2) цвета экскавации
- 3) глубины экскавации
- 4) **краевого характера экскавации**
- 5) величины В-зоны

158. ПРИЗНАКОМ 2 СТЕПЕНИ ПИГМЕНТАЦИИ ТРАБЕКУЛЫ, ВЫЯВЛЯЕМОЙ ПРИ ГОНИОСКОПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) интенсивная пигментация всех структур передней стенки угла передней камеры
- 2) отсутствие пигмента в трабекуле
- 3) слабая пигментация в задней части трабекулы
- 4) **интенсивная пигментация в задней части трабекулы**
- 5) интенсивная пигментация всей рабекулярной зоны

159. ОБЗОРНЫЕ СНИМКИ ГЛАЗНИЦЫ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРОВОДЯТСЯ

- 1) **во всех случаях**
- 2) только при наличии в анамнезе данных о внедрении инородного тела
- 3) только в случаях, где имеются симптомы перелома стенок орбиты
- 4) при локализации осколка за глазом
- 5) только в случаях, когда невозможно использовать протез Комберга-Балтина

160. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА С ВЫПАДЕНИЕМ ОБОЛОЧЕК ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) вправлении выпавших оболочек
- 2) в обильном промывании раны и инъекции антибиотиков
- 3) иссечении выпавших оболочек и герметизации раны
- 4) **наложении асептической бинокулярной повязки и срочной транспортировки в офтальмологическое отделение**
- 5) удалении внутриглазного инородного тела

161. ПРИ ПХО КОРНЕОСКЛЕРАЛЬНОГО РАНЕНИЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНО ШВЫ НАКЛАДЫВАЮТ НА

- 1) рану склеры
- 2) **область лимба**
- 3) рану роговицы
- 4) склеру и роговицу одновременно

162. НАИБОЛЬШУЮ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ГИДРОДИНАМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ _____ ЛОКАЛИЗАЦИИ

- 1) роговичной
- 2) склеральной
- 3) конъюнктивальной
- 4) **корнеосклеральной**
- 5) заднеполюсной

163. ДИАГНОЗ СКВОЗНОГО РАНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА БЕССПОРНО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) наличии внутриорбитального инородного тела
- 2) гемофтальме
- 3) **наличии входного и выходного отверстия**
- 4) наличии двух отверстий в радужке
- 5) травматической катаракте

164. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ЭНУКЛЕАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повторный острый приступ глаукомы
- 2) рецидивирующий гемофтальм на глазу с диабетической ангиоретинопатией
- 3) **риск развития симпатической офтальмии**
- 4) сквозное осколочное ранение глазного яблока

165. ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА АНТИБИОТИКИ НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) в случаях клинически определяемого инфекционного поражения
- 2) **во всех случаях**
- 3) только при внедрении внутриглазных осколков
- 4) при поражении хрусталика
- 5) при признаках увеита

166. СМЕЩЕНИЕ ХРУСТАЛИКА В ПЕРЕДНЮЮ КАМЕРУ ТРЕБУЕТ

- 1) гипотензивной терапии
- 2) **хирургического лечения**
- 3) динамического наблюдения
- 4) лазерной иридэктомии

167. АБСОЛЮТНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гифема
- 2) **наличие раны фиброзной капсулы и ущемление в ней оболочек**
- 3) травматическая колобома радужки

- 4) тотальный гемофтальм
- 5) пониженное внутриглазное давление

168. ОКАЛИНУ, ОКРУЖАЮЩУЮ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО РОГОВИЦЫ, ЛУЧШЕ ВСЕГО

- 1) **удалить острым инструментом**
- 2) оставить на 2 суток и проводить наблюдение
- 3) удалить лазерным методом
- 4) лечить консервативно
- 5) закрыть мягкой контактной линзой

169. ПРОТЕЗ КОМБЕРГА-БАЛТИНА СЛУЖИТ ДЛЯ

- 1) исключения внутриглазных инородных тел на рентгеновских снимках
- 2) **рентгенлокализации инородного тела**
- 3) подшивания к конъюнктиве с целью профилактики выпадения стекловидного тела в ходе операции
- 4) проведения магнитных проб
- 5) протезирования глазного яблока после энуклеации

170. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ МЕТАЛЛОЗА ГЛАЗА МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1) **внедрившимся в глазное яблоко инородным телом**
- 2) пищевым отравлением солями тяжелых металлов
- 3) работой на вредном производстве
- 4) последствиями гемолиза при гемофтальме
- 5) инородным телом орбиты

171. ОТРАВЛЕНИЕ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ ПРИВОДИТ К

- 1) развитию дистрофии роговицы
- 2) развитию катаракты
- 3) **атрофии зрительного нерва**
- 4) помутнению стекловидного тела
- 5) рецидивирующему увеиту

172. ФИГУРА "ПОДСОЛНЕЧНИКА" В ХРУСТАЛИКЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) хориоретинита
- 2) сидероза глазного яблока
- 3) **халькоза**
- 4) дистрофических заболеваний роговицы
- 5) диабетической катаракты

173. СВЧ-ПОЛЕ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К

- 1) хемозу конъюнктивы
- 2) асептическому увеиту
- 3) образованию хориоретинальных очагов
- 4) сморщиванию стекловидного тела
- 5) **развитию катаракты**

174. ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) **конъюнктив и роговица**
- 2) радужка
- 3) хрусталик
- 4) стекловидное тело
- 5) сетчатка

175. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ГЛАЗ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) **обильное промывание водой**
- 2) местное применение антибиотиков
- 3) поверхностную анестезию
- 4) местное назначение стероидов
- 5) физиотерапевтическое лечение

176. ТАКТИКА ОФТАЛЬМОХИРУРГА ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЕ:

- 1) наблюдение с использованием антибактериальной терапии
- 2) удаление, если это ферромагнитный осколок

- 3) удаление, если это металлическое инородное тело
- 4) стеклянный осколок не требует срочного удаления
- 5) **инородное тело подлежит удалению**

177. БЕРЛИНОВСКОЕ ПОМУТНЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) эпителиально-эндотелиальной дистрофией роговицы
- 2) локальным помутнением хрусталика
- 3) развитием плавающих и фиксированных помутнений в стекловидном теле
- 4) **ограниченным помутнением сетчатки**
- 5) заднекапсулярной катарактой

178. БИНОКУЛЯРНОЕ ЗРЕНИЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- 1) **наличием фузии и содружественных движений обоих глаз**
- 2) нормальной конвергенцией и отсутствием фузии
- 3) полноценной аккомодацией и наличием фузии
- 4) нормальной дивергенцией и наличием фузии
- 5) эмметропической рефракцией

179. АМБЛИОПИЕЙ НАЗЫВАЮТ

- 1) **функциональное снижение зрения вследствие бездействия глаза**
- 2) спонтанные колебательные движения глазных яблок
- 3) неправильную зрительную фиксацию
- 4) органические изменения в корковом отделе зрительного пути
- 5) амавроз

180. ОТСУТСТВИЕ ДВОЕНИЯ ПРИ СОДРУЖЕСТВЕННОМ КОСОГЛАЗИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ

- 1) обскурационной амблиопии косящего глаза
- 2) **аномальной корреспонденции сетчаток и скотомы торможения**
- 3) нормальной корреспонденции сетчаток и амблиопии
- 4) рефракционной амблиопии косящего глаза
- 5) дивергенции

181. ВЫНУЖДЕННЫЙ ПОВОРОТ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) горизонтального и вертикального нистагма
- 2) мнимого косоглазия
- 3) скрытого содружественного косоглазия
- 4) **паралитического косоглазия**
- 5) кривошеи

182. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УГЛА КОСОГЛАЗИЯ КЛАССИЧЕСКИ ПРОВОДИТСЯ МЕТОДОМ

- 1) Дондеса
- 2) **Гиршберга**
- 3) Гельмгольца
- 4) Шахара
- 5) Комберга

183. ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КОСОГЛАЗИИ, ПРИВОДЯЩИЕ К УСИЛЕНИЮ ДЕЙСТВИЯ МЫШЦЫ, ВКЛЮЧАЮТ

- 1) рецессию, тенораффию
- 2) рецессию, тенотомию
- 3) **резекцию, тенораффию**
- 4) частичную миотомию
- 5) рецессию, полную миотомию

184. ДИПЛОПТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕСЛЕДУЕТ СВОЕЙ ЦЕЛЬЮ

- 1) **устранение скотомы подавления и восстановление фузии**
- 2) восстановление правильного положения глазных яблок без операции
- 3) консервативное лечение дисбинокулярной амблиопии
- 4) коррекцию аномалий рефракции при косоглазии
- 5) устранение двоения

185. ЭКЗОТРОПИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ _____ КОСОГЛАЗИЕ

- 1) явное сходящееся
- 2) мнимое

3) скрытое расходящееся

4) **явное расходящееся**

5) вертикальное

186. ЗРЕНИЕ, ДАЮЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ВЫСОТЕ, ШИРИНЕ И ФОРМЕ ПРЕДМЕТА, НАЗЫВАЕТСЯ

1) **монокулярным**

2) бинокулярным

3) одновременным

4) нормальным

5) трихроматическим

187. ЗРЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ В КОРКОВЫХ ЗРИТЕЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ НЕ ПРОИСХОДИТ СЛИЯНИЯ ИМПУЛЬСОВ ОТ ОБОИХ ГЛАЗ В ОДИН ЗРИТЕЛЬНЫЙ ОБРАЗ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) монокулярным

2) бинокулярным

3) **одновременным**

4) нормальным

5) трихроматическим

188. К ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ВИТРЕОХОРИОРЕТИНАЛЬНЫМ ДИСТРОФИЯМ ОТНОСЯТ

1) **след улитки**

2) врожденный ретиношизис

3) жемчужную

4) параоральные кисты

5) врожденную гипертрофию пигментного эпителия

189. К ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ХОРИОРЕТИНАЛЬНЫМ ДИСТРОФИЯМ ОТНОСЯТ

1) инееподобную

2) решетчатую

3) «след улитки»

4) **друзы**

5) меридиональные складки

190. ВПЕРВЫЕ ТЕРМИН «ОТСЛОЙКА СЕТЧАТКИ» БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН

- 1) Гельмгольцем
- 2) Гулььстрандом
- 3) Келвином
- 4) **Сент-Ивом**
- 5) Ридли

191. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОТСЛОЕНИЯ СЕТЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **дистрофия сетчатки**
- 2) травма
- 3) глаукома
- 4) хориоретинит
- 5) катаракта

192. ТИПИЧНЫМИ СИМПТОМАМИ ОТСЛОЕНИЯ СЕТЧАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **ощущение занавески, вспышки света, молнии**
- 2) боль в глазу, снижение зрения
- 3) слезотечение, светобоязнь, боли в глазу
- 4) искажение предметов, снижение зрения
- 5) появление темного пятна перед глазом, снижение зрения

193. КОЛЬЦО ВЕЙСА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1) отслоения сетчатой оболочки
- 2) кровоизлияния в сетчатку
- 3) **отслойки задней гиалоидной мембраны от ДЗН**
- 4) гемофтальма
- 5) разрыва сетчатки

194. ТЕРМИН «РЕГМАТОГЕННАЯ» ПРЕДПОЛАГАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1) витреоретинальных тракций
- 2) **разрыва сетчатки**

- 3) опухоли хориоидеи
- 4) ретиношизиса
- 5) системной аутоиммунной патологии

195. К ПРИЧИНАМ ВТОРИЧНОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ НЕ ОТНОСЯТ

- 1) синдром Фогта-Коянаги
- 2) болезнь Коатса
- 3) центральную серозную хориоретинопатию
- 4) синдром увеальной эффузии
- 5) **дистрофию сетчатки**

196. К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЕК СЕТЧАТКИ ОТНОСЯТ

- 1) **пневморетинопексию**
- 2) брахитерапию
- 3) реваскуляризацию
- 4) ириденклеизис
- 5) склеротомию

197. ОТЛОЖЕНИЯ ПИГМЕНТА В СЕТЧАТКЕ ПО ТИПУ «КОСТНЫХ ТЕЛЕЦ» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) **пигментного ретинита**
- 2) дистрофии Бера
- 3) дистрофии Беста
- 4) дистрофии Штаргардта
- 5) решетчатой дистрофии

198. ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В СЕТЧАТКЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) резким снижением зрения и болевым синдромом
- 2) сужением сосудов сетчатки
- 3) ишемическим отеком сетчатки
- 4) **ишемическим отеком сетчатки на фоне острой безболезненной потери зрения**
- 5) иррадиирующей болью в орбите

199. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РЕЦИДИВАМ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОРЕТИНОПАТИИ, ОТНОСЯТ

- 1) **абсолютную или относительную гипогликемию, окклюзию капилляров**
- 2) глюкозурию
- 3) гипергликемию
- 4) альбуминурию
- 5) гипохолестеринемию

200. ТРОМБОЗ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) **снижением зрения, интравитреальными геморрагиями**
- 2) ишемическим отеком сетчатки
- 3) побледнением диска зрительного нерва
- 4) друзами макулярной зоны
- 5) выраженной светобоязнью

201. ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОРЕТИНОПАТИИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ _____ ТЕРАПИЮ

- 1) сосудукрепляющую
- 2) сахароснижающую
- 3) сосудорасширяющую
- 4) **циклоплегическую**
- 5) гиполипидемическую

202. ФЕНОМЕН ВИШНЕВОГО ПЯТНА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) оптическом неврите
- 2) дистрофиях сетчатки
- 3) тромбозе вен сетчатки
- 4) **острой артериальной непроходимости сетчатки**
- 5) макулярном разрыве

203. ИЗМЕНЕНИЯ В СТЕКЛОВИДНОМ ТЕЛЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ

- 1) переднюю отслойку стекловидного тела

2) **неоваскуляризацию и швартообразование**

3) помутнение

4) воспалительные изменения

5) отложения холестерина

204. ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗОВ ВЕН СЕТЧАТКИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ

1) тромболитики

2) антикоагулянты и антиагреганты

3) ангиопротекторы

4) мочегонные средства

5) **нестероидные противовоспалительные средства**

205. К ПОКАЗАНИЯМ К ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОРЕТИНОПАТИИ ОТНОСЯТ

1) микроаневризмы и микрогеморрагии менее, чем в 2-х квадрантах

2) отек диска зрительного нерва

3) непролиферативную ретинопатию

4) **неоваскуляризацию сетчатки**

5) твердые экссудаты

206. РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ ПОВЫШЕН

1) **после контузии глазного яблока, после интракапсулярной экстракции катаракты, у миопов**

2) после экстракапсулярной экстракции катаракты

3) у гиперметропов

4) после перенесенного приступа глаукомы

5) при кератоконусе

207. ИЗМЕНЕНИЯ В УГЛУ ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВКЛЮЧАЮТ

1) **новообразованные сосуды**

2) гониосинехии

3) экссудат

- 4) перерождение и дегенерацию трабекул
- 5) диспигментацию

208. ПРИ ОТСЛОЙКЕ СЕТЧАТКИ БОЛЬНЫЕ ОБРАЩАЮТСЯ С ЖАЛОБАМИ НА

- 1) слезотечение и светобоязнь
- 2) появление "вспышек" в глазу
- 3) появление боли в глазу
- 4) **появление "завесы" перед глазом**
- 5) боль при движении глаза

209. ОФТАЛЬМОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ 2 СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ, ВКЛЮЧАЮТ

- 1) **твердые и мягкие экссудаты, геморрагии**
- 2) микроаневризмы
- 3) кровоизлияния в стекловидное тело
- 4) новообразованные сосуды
- 5) фиброз стекловидного тела

210. ПРИ ОТСЛОЙКЕ СЕТЧАТКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОПУТСТВУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) глаукома
- 2) **хориоретинальная дистрофия**
- 3) тромбоз вен сетчатки
- 4) иридоциклит
- 5) неврит зрительного нерва

211. ИЗМЕНЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ 1 СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) кровоизлияния в сетчатку и стекловидное тело
- 2) мягкие экссудаты
- 3) **твердые экссудаты**
- 4) задние синехии, сужение артерий и артериол
- 5) эпиретинальный фиброз

212. К ОФТАЛЬМОСКОПИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ 3 СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОРЕТИНОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1) **кровоизлияния в стекловидное тело с началом пролиферации**
- 2) отслойку стекловидного тела
- 3) макулодистрофию
- 4) полный или неполный тромбоз центральной вены сетчатки или ее ветви
- 5) нарушение кровообращения в системе, питающей зрительный нерв

213. ДЛЯ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОСНОВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ РАДУЖКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **неоваскуляризация, вялое расширение зрачка**
- 2) живая реакция на свет
- 3) поликория
- 4) аниридия
- 5) колобома радужки

214. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ АНГИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1) **гипергликемию**
- 2) гиперметропию
- 3) миопию
- 4) кератопатию
- 5) кератоконъюнктивит

215. К ТИПИЧНЫМ РОГОВИЧНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ

- 1) васкуляризацию
- 2) истончение роговицы и кератоконус
- 3) кератоконъюнктивит
- 4) **снижение чувствительности, эпителиальную дистрофию**
- 5) изъязвление роговицы

216. ПРИЧИНОЙ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **гипоксия тканей**
- 2) воспалительные процессы
- 3) сочетание сахарного диабета с гипертонической болезнью
- 4) сочетание сахарного диабета с атеросклерозом
- 5) сочетание сахарного диабета с нефропатией

217. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ГЛАЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **ячмень**
- 2) блефарит
- 3) экзема кожи век
- 4) ксантомы век
- 5) папилломы век

218. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ ОПУХОЛЕЙ РЕСНИЧНОГО ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лучевая терапия
- 2) склероувеэктомия
- 3) **энуклеация**
- 4) лазерная деструкция
- 5) криотерапия

219. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ХОРИОИДЕИ ОТНОСЯТ

- 1) фиброму
- 2) **остеому**
- 3) ретинобластому
- 4) папиллому
- 5) меланому

220. МЕЛАНОМА ХОРИОИДЕИ ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В

- 1) головной мозг
- 2) парный глаз
- 3) **трубчатые кости**

4) кишечник

5) **печень, легкие**

221. К ОРГАНСОХРАННЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОТНОСЯТ

1) гипотермию

2) экзентерацию

3) энуклеацию

4) **лазеркоагуляцию**

5) химеотерапию

222. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ СЕТЧАТКИ ОТНОСЯТ

1) ретинобластому

2) **астроцитарную гамартому**

3) остеому

4) фиброму

5) невус

223. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ВЕК НЕ ОТНОСЯТ

1) папиллому

2) сенильную бородавку

3) гемангиому

4) невус

5) **базалиому**

224. ЭПИТЕЛИОМА БОУЭНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1) **доброкачественную опухоль конъюнктивы**

2) злокачественную опухоль сетчатки

3) доброкачественную опухоль роговицы

4) доброкачественную опухоль радужки

5) злокачественную опухоль ресничного тела

225. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ РАДУЖКИ ОТНОСЯТ

- 1) рабдомиосаркому
- 2) **лейомиому**
- 3) папиллому
- 4) гемангиому
- 5) **ФИБРОМУ**

226. РЕТИНОЦИТОМОЙ НАЗЫВАЮТ

- 1) **редкий вариант ретинобластомы**
- 2) доброкачественную опухоль сетчатки
- 3) метод лечения ретинобластомы
- 4) злокачественную опухоль хориоидеи
- 5) воспаление сетчатки

227. РЕТИНОБЛАСТОМА ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В

- 1) почки
- 2) печень
- 3) **головной мозг**
- 4) сердце
- 5) парный глаз

228. ГЕМИАНОПСИЯ НА ОДНОМ ГЛАЗУ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПАТОЛОГИИ

- 1) хиазмы
- 2) **интракраниальной части зрительного нерва**
- 3) интрабульбарной части зрительного нерва
- 4) зрительного тракта
- 5) коркового центра

229. БИНАЗАЛЬНАЯ ГЕТЕРОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ УКАЗЫВАЕТ НА ПАТОЛОГИЮ

- 1) всей хиазмы
- 2) зрительного нерва
- 3) **латеральных отделов хиазмы**
- 4) медиальных отделов хиазмы

5) латеральных коленчатых тел

230. БИТЕМПОРАЛЬНАЯ ГЕТЕРОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ УКАЗЫВАЕТ НА ПАТОЛОГИЮ

- 1) всей хиазмы
- 2) зрительного нерва
- 3) латеральных отделов хиазмы
- 4) **медиальных отделов хиазмы**
- 5) латеральных коленчатых тел.

231. К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ СКОТОМАМ ОТНОСЯТ

- 1) скотому Бьеррума
- 2) **ангиоскотомы**
- 3) парацентральные скотомы
- 4) периферические скотомы
- 5) положительные скотомы

232. К ПРИЗНАКАМ ЗАСТОЙНОГО ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ОТНОСЯТ

- 1) **отек ткани диска с проминенцией и геморрагиями**
- 2) гиперемия диска без проминенции
- 3) сужение ретинальных сосудов
- 4) симптом «вишневой косточки»
- 5) колобому диска

233. В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ЗАСТОЙНЫХ ДИСКОВ ЗРЕНИЕ

- 1) снижается незначительно
- 2) снижается значительно
- 3) падает до 0
- 4) **не изменяется**
- 5) имеет волнообразный характер течения

234. ПРИ ОПТИЧЕСКИХ НЕВРИТАХ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) отсутствие снижения зрения
- 2) **гиперемия диска зрительного нерва без выраженной проминенции**
- 3) ишемический отек диска зрительного нерва
- 4) отек макулы

235. ЛЕЧЕНИЕ РЕТРОБУЛЬБАРНЫХ НЕВРИТОВ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) сосудистую терапию
- 2) **противовоспалительную терапию**
- 3) хирургические мероприятия
- 4) лазеротерапию
- 5) лазерстимуляцию

236. ПРИ НЕВРИТЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ДИСК

- 1) не меняется
- 2) **гиперемирован**
- 3) бледный
- 4) восковидный
- 5) серый

5.1.4. Темы рефератов:

1. История офтальмологической науки.
2. Медицинская этика и деонтология.
3. Топографическая анатомия органа зрения.
4. Кровоснабжение органа зрения.
5. Чувствительная и двигательная иннервация органа зрения.
6. Эмбриогенез органа зрения.
7. Астигматизм.
8. Очковая коррекция аномалий рефракции.
9. Контактная коррекция аномалий рефракцию.
10. Лазерная коррекция аномалий рефракции.
11. Хирургическая коррекция аномалий рефракции.
12. Оптическая когерентная томография в диагностике патологии органа зрения.
13. Методы исследования рефракции глаза.
14. Электрофизиологические методы исследования в офтальмологии.

15. Ультразвуковой метод исследования в офтальмологии.
16. Методы ранней диагностики глаукомы.
17. Дифференциальная диагностика острой воспалительной патологии орбиты.
18. Офтальмохламидиоз.
19. Патология нервно-мышечного аппарата век.
20. Офтальмогерпес.
21. Увеопатии.
22. Синдром сухого глаза.
23. Хирургическое лечение патологии роговицы.
24. Паренхиматозные кератиты.
25. Афакия. Современные методы коррекции.
26. Врожденная катаракта.
27. Современные технологии хирургического лечения катаракты.
28. Аномалии развития хрусталика.
29. Осложнения хирургического лечения катаракты и их профилактика.
30. Методы ранней диагностики глаукомы.
31. Консервативное лечение глаукомы.
32. Лазерное лечение глаукомы.
33. Хирургическое лечение глаукомы.
34. Редкие формы глаукомы.
35. Симпатическая офтальмия.
36. Закрытая травма глаза.
37. Внутриглазные инородные тела: методы диагностики и удаления.
38. Фототравмы.
39. Ожоги органа зрения.
40. Содружественное косоглазие.
41. Паралитическое косоглазие.
42. Амблиопия.
43. Нистагм.
44. Диабетическая ангиоретинопатия.
45. Отслойка сетчатки.
46. Врожденные дистрофические заболевания сетчатки.
47. Гемофтальм.
48. Изменения глазного дна при гипертонической болезни.
49. Опухоли орбиты.
50. Опухоли придаточного аппарата глаза.
51. Внутриглазные опухоли.
52. Органосохранное лечение опухолей органа зрения.
53. Дистрофические заболевания зрительного нерва.
54. Атрофия зрительного нерва.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для дифференцированного зачета

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными и недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристики сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется	Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
		дополнительная практика по большинству практических задач	мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций*	-	-	-	-

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - баллов (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Сметанкин Игорь Глебович, заведующий кафедрой глазных болезней, доктор медицинских наук, доцент

Белюсова Наталья Юрьевна, доцент кафедры глазных болезней, кандидат медицинских наук.

Дата «18» ноября 2022г.