

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет имени
первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной деятельности

Врио проректора
Баймухамедов

« *02* » *12*

Номер внутриуниверситетской регистрации



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.59 (РФ); 089 (КР)

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА

на заседании кафедры Офтальмологии
зав. кафедрой Гогаева Л.Б.

Логовский
« *2* » *сентября* 20 *25* г.

Бишкек 2025

Программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.59 Офтальмология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 2 февраля 2022 г. N 98

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена

Программу составили:

**Гогаева Лайла Борисовна, к.м.н., зав. кафедрой офтальмологии,
Дикамбаева Марта Казыевна, к.м.н., доцент**

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
1.1. Цель государственной итоговой аттестации	5
1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации	6
1.2. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	7
2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	12
2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию	12
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	14
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	18
3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	159

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

(УК-1) - способность критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте;

(УК-2) – способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им;

(УК-3) – способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению;

(УК-4) - способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности;

(УК-5) – способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.

Общепрофессиональные компетенции

(ОПК-1) - способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности;

(ОПК-2) - способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

(ОПК-3) – способен осуществлять педагогическую деятельность;

(ОПК-4) - способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;

(ОПК-5) – способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность;

(ОПК-6) – способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов;

ОПК-7) – способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;

(ОПК-8) – способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;

(ОПК-9) – способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.

Профессиональные

(ПК-1) - способен к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов, нозологических форм заболеваний глаза, его придаточного аппарата и орбиты в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

(ПК-2) - способен назначать лекарственные препараты, немедикаментозную терапию, выполнять отдельные этапы хирургических вмешательств, профилактику и лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, оказать медицинскую помощь при неотложных состояниях у пациентов, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, с заболеваниями и (или) состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты;

(ПК-3) - способен назначить немедикаментозную терапию (физиотерапевтические методы лечения, рефлексотерапию, ЛФК, гирудотерапию, санаторно-курортное лечение и другие методы медицинской реабилитации) пациентам с заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов;

(ПК-4) - способен проводить экспертизу временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты;

(ПК-5) - способен мотивировать и направлять всех членов общества на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; пропагандировать здоровый образа жизни, проводить профилактику заболеваний и (или) состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты;

(ПК-6) - способен принять участие в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических методов, вести медицинскую документацию по профилю «Офтальмология», в том числе в электронном.

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

1.1. Цель государственного экзамена

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.59 офтальмология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.59 Офтальмология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 2 февраля 2022 г. N 98.

1.2. Порядок проведения государственного экзамена

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланчного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее двух часов.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме клинического разбора больного в Национальном Госпитале при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики, в отделениях микрохирургии глаза №1 и №2.

Клинический разбор больного проводится по плану обследования офтальмологического больного по следующей схеме:

1. Сбор жалоб и анамнестических данных.
2. Офтальмологическое исследование каждого глаза в отдельности: осмотр глазницы и окружающих глаз частей лица, глазная щель, веки, слезные органы.

3. Исследование конъюнктивы и переднего отрезка глазного яблока методом биомикроскопии.

4. Исследование внутренних прозрачных структур глазного яблока в проходящем свете

5. Офтальмоскопия (прямая и непрямая): оценка состояния центральной и периферической зон сетчатки, ее сосудов, состояния зрительного нерва.

6. Измерение внутриглазного давления методом Маклакова.

7. Проведение гониоскопии: оценка ширины и структур угла передней камеры.

Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.59 Офтальмология.

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.59. Офтальмология проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача - офтальмолога в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильно ответ – 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное офтальмологическое обследование больного. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови, биохимическое исследование крови, результаты ультразвукового исследования глаз, оптической когерентной томографии глаз и других методов исследования).

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

Отлично - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Отметкой **отлично** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения проблемы;
- Отлично выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Организует необходимую и адекватную офтальмологическую помощь;
- Быстро и профессионально оказывает неотложную офтальмологическую помощь.
- Глубоко и профессионально оценивает состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Отлично владеет методикой комплексного обследования офтальмологических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных офтальмологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе офтальмологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Хорошо - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Умеет ставить постановку проблемы и оценивать ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную офтальмологическую помощь;
- Не вполне профессионально оказывает неотложную офтальмологическую помощь.
- Достаточно хорошо оценивает состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Хорошо владеет методикой комплексного обследования офтальмологических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных офтальмологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе офтальмологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Удовлетворительно - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Отметкой **удовлетворительно** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Не ставит постановку проблемы и не оценивает ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную офтальмологическую помощь;
- Медленно и не вполне профессионально оказывает неотложную офтальмологическую помощь.
- Не достаточно хорошо оценивает состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методикой комплексного обследования офтальмологических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов

высокотехнологичных офтальмологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе офтальмологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Неудовлетворительно - обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием. Ординатор демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить поставленную задачу.

При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания по основным разделам офтальмологии, уделяется внимание основным неотложным состояниям (купирование гипертонического криза, остановка кровотечения из различных источников, неотложная помощь при анафилактическом шоке, комах различной этиологии, стенозах и т.д.)

При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:

1. Правильность постановки диагноза
2. Правильность выбора алгоритма действий
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики
4. Правильность назначения тактики лечения

Отметкой **отлично** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение органа зрения для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию органа зрения и его придатков;

- Методики исследования состояния и функций органа зрения и его придатков;
- Симптоматологию заболеваний органа зрения и его придатков;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение органа зрения для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию органа зрения и его придатков;
- Методики исследования состояния и функций органа зрения и его придатков;
- Симптоматологию заболеваний органа зрения и его придатков;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускаются одна - две неточности в ответе.

Отметкой **удовлетворительно** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение органа зрения для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию органа зрения и его придатков;
- Методики исследования состояния и функций органа зрения и его придатков;
- Симптоматологию заболеваний органа зрения и его придатков;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **неудовлетворительно** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности “Офтальмология”.

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение “Присвоить звание (квалификацию) специалиста “врач-офтальмолог” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач-офтальмолог”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию

1. Врожденная патология век.
2. Особенности анатомо-гистологического строения радужной, кровоснабжение.
3. Объем аккомодации, пресбиопия.
4. Дакриоцистит, формы, клиника, лечение.
5. Цилиарное тело, функции.
6. Этиопатогенез, классификация миопии по Аветисову-Мацу.
7. Зрительный анализатор, его функции.
8. Поле зрения, методы его исследования.
9. Аденовирусный конъюнктивит, лечение.
10. Кровоснабжение глазного яблока.
11. Цветовосприятие, методы его исследования.
12. Ползучая язва роговицы, ее лечение.
13. Гиперметропия, виды, коррекция, осложнения.
14. Ожоги органа зрения, классификация клиника, осложнения.
15. Методы выявления остроты зрения у детей до 1 года.
16. Коррекция астигматизма для дали и близи при пресбиопии.
17. Огнестрельные повреждения глазницы, их дробью.
18. Классификация расстройств цветовосприятия.
19. Злокачественный экзофтальм, патогенез, клиника, лечение.
20. Происхождение, отток внутриглазной жидкости.
21. Методы выявления симуляции и агравации.
22. Птоз, лагофтальм их лечение.
23. Строение зрительного нерва, отделы, кровоснабжение.
24. Застойный сосок, его происхождение, клиника, тактика офтальмолога.
25. Глаукомоциклитический криз.
26. Классификация катаракты
27. Ретробульбарный неврит, диагностика, лечение.
28. Изменения глазного дна при гипертонической болезни
29. Новообразование зрительного нерва.
30. Особенности клинического течения различных форм глаукомы.
31. Содружественное косоглазие, его происхождение, виды.

- 32.Металлоз глаза, клиника, лечение.
- 33.Гонобленоррея, клиника, лечение.
- 34.Симпатическая офтальмия, этиология, клиника, лечение.
- 35.Диагностика порезов и параличей мышц глазодвигательного аппарата.
- 36.Ишемическая оптикопатия, этиопатогенез, клиника, лечение.
- 37.Острый эпидемический конъюнктивит, патогенез, клиника, лечение, профилактика
- 38.Глаукома первичная, современная классификация.
- 39.Синдром Бехчета, этиопатогенез, клиника, лечение.
- 40.Отверстия орбиты.
- 41.Расстройства аккомодации.
- 42.Дакриоцистит новорожденных, классификация, этиопатогенез, клиника, лечение.
- 43.Паноптальмит, клиника, лечение.
- 44.Методы лечения амблиопии.
- 45.Травматический эндофтальмит, его лечение и профилактика.
- 46.Флектенулезные заболевания глаз.
- 47.Слезотечение, его причины, методы исследования слезных путей.
- 48.Герпетические кератиты, его формы, клиника, лечение.
- 49.Прободные ранения глазного яблока, виды, их диагностика.
- 50.Паралитическое косоглазие.
- 51.Рентгеноисследование по методу Фунштейна-Сорокина.
- 52.Классификация помутнений роговицы, клиника, лечение.
- 53.Оказание первой помощи при химических ожогах глаза и поэтапное лечение.
- 54.Синдром верхней глазничной щели.
- 55.Методы удаления внутриглазных инородных тел.
- 56.Спазмы аккомодации, патогенез, клиника, лечение.
- 57.Диагностика гетерофий.
- 58.Аллергические конъюнктивиты.
- 59.Заболевание орбиты, классификация, клиника, лечение.
- 60.Рентгеноисследование по методу Комберга-Балтина.
- 61.Злокачественные опухоли роговицы
- 62.Флегмона орбиты, этиопатогенез, клиника, лечение.
- 63.Туберкулезные хориоидиты, клинические формы, лечение.
- 64.Контузии глазного яблока, клиника, лечение.
- 65.Гониоскопия, зоны УПК, виды углов.
- 66.Злокачественные новообразования орбиты.
- 67.Факогенный. иридоциклит, его лечение.
- 68.Тонография ее виды и значения.
- 69.Синдром Стилла, этиопатогенез, клиника, лечение.
- 70.Врожденная глаукома, классификация, лечение, этиопатогенез, клиника.

71. Принципы хирургического лечение глаукомы, основные показания к операции.
72. Изменения глаз при травме черепа и головного мозга.
73. Отслойка сетчатки, классификация, этиопатогенез, клиника, лечение.
74. Неврит зрительного нерва, клиника, лечение, этиопатогенез, клинические формы.
75. Врожденные макулодистрофии.
76. Принципы хирургического лечение глаукомы, основные показания к операции.
77. Синдром Рейтера, этиопатогенез, клиника, лечение.
78. Отслойка сосудистой оболочки, этиология, патогенез, клиника, лечение.
79. Старческая дегенерация сетчатки, классификация, клиника, лечение
80. Аллергические конъюнктивиты.
81. Острые нарушения кровообращения в сосудах сетчатки.
82. Классификация помутнений стекловидного тела
83. Острые нарушения кровообращения в сосудах сетчатки.
84. Изменения глазного дна при заболеваниях крови.
85. Классификация помутнений роговицы, клиника, лечение.
86. Изменение глаз при сахарном диабете.
87. Увеопатии, дифференциальная диагностика с увеитами.

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию

ЗАДАЧА №1

Больной 45 л. Поступил в отделение с диагнозом – увеит обоих глаз. При осмотре обнаружено поседение волос и ресниц, положительные менингеальные симптомы (головная боль, рвота), незначительное понижение слуха. Объективно: изменения переднего отрезка глаза- преципитаты, синехии в области зрачка. Помутнение в стекловидном теле. На глазном дне-картина экссудативного хориоидита и отек сетчатки.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 2

Больной 45 л. болен в течение 10 лет. За этот период было несколько приступов повышения внутриглазного давления (ВГД). При осмотре: острота зрения обоих глаз 1,0. Поле зрения в пределах нормы. ВГД правого глаза -38 мм рт.ст., левого-22 мм рт.ст. На правом глазу-единичные сероватые преципитаты. Радужная оболочка светлее, чем слева; зрачок средней ширины, правильной формы; пигментная кайма сохранена, задних синехий нет. В стекловидном теле – единичные помутнения. Глазное дно без патологии.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 3

В клинику поступил мужчина среднего возраста с сильными болями в правом глазу. Объективно: ОД-выраженная смешанная инъекция глазного яблока, в передней камере – гипопион, задние синехии. В анамнезе 2 обострения за год. На слизистой оболочке рта и на половых органах язвочки. Периодические боли в суставах.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 4

Ребенок 12 л. Жалуется на зуд, незначительное покраснение глаз. Обострение наступает в весеннее время. Объективно: незначительная пигментация конъюнктивы глазного яблока. При осмотре на конъюнктиве верхнего века множественные сосочковые разрастания, напоминающие «булыжную мостовую».

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 5

Жалобы на резкое понижение зрения в левом глазу после удаления зуба. При движениях глазного яблока отмечается болезненность. Объективно: острота зрения левого глаза-0,07 не корр., в поле зрения - центральная скотома, цвета не различает. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розового цвета, границы контурируются. Сосуды не изменены. Консультация невропатолога: здорова.

О каком заболевании зрительного нерва можно думать? Тактика лечения

ЗАДАЧА № 6

Жалобы на головные боли, головокружение, небольшое мелькание перед глазами. На R-грамме усиление пальцевидных вдавлений. Консультация невропатолога-подозрение на опухоль задней черепной ямки. Объективно: острота зрения: ОД=0,7 не корр., OS=0,8 не корр.; слепое пятно резко расширено 15X20 см, поле зрения концентрически сужено на 20-25°. Глазное дно: выраженный отек дисков зрительных нервов обоих глаз с проминенцией, отек сетчатки вокруг дисков зрительных нервов, вены резко расширены, штопорообразно извиты. Изменения глазного дна в одинаковой степени на обоих глазах.

О каком заболевании зрительных нервов можно думать? Тактика лечения.

ЗАДАЧА № 7

Жалобы на резкое понижение зрения правого глаза в течение недели после перенесенного гриппа. Объективно: острота зрения на правом глазу 0,05 не корр., в поле зрения центральная скотома, на красный и зеленый цвета сужение до 10 градусов от точки фиксации. Глазное дно-диск зрительного нерва гиперемирован, отечный, границы не просматриваются, вены расширены, умеренно извиты. Консультация невропатолога: здорова.

Диагноз, лечение.

ЗАДАЧА № 8

Больной страдает гипертонической болезнью и нефросклерозом. На глазном дне - диски зрительных нервов бледные, артерии сужены, множество плазморрагий, в области желтого пятна- фигура «звезды»

Диагноз, лечение.

ЗАДАЧА № 9

Больному 75 лет. Острота зрения обоих глаз=0,03 не корр. На глазном дне диски зрительных нервов бледные, вокруг- склеротические ободки, выраженный хориоваскулосклероз вокруг дисков и в области желтого пятна. Сетчатка истончена, просвечивает клубок облитерированных сосудов хориоидеи в макулярной области.

Какой процесс имеет место быть? Тактика ведения.

ЗАДАЧА № 10

Жалобы на внезапное понижение зрения на правом глазу. При исследовании: острота зрения =0,3. Больной страдает вегето-сосудистой дистонией. Глазное дно: диск зрительного нерва бледный, отечный; перипапиллярный отек, артерии резко сужены, вены умеренно расширены, единичные кровоизлияния на диске. В поле зрения – очаговое выпадение.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 11

Больному 17 лет. Жалобы на понижение зрения на обоих глазах. Объективно: глаза спокойны. Глазное дно: диски зрительных нервов монотонные, вены расширены, вдоль сосудов- муфты, пролиферирующие тяжи. Сетчатка ишемична, с явлениями рубеоза и эпителиальных мембран, ограниченные участки тракционной отслойки сетчатки. В анамнезе неоднократные рецидивирующие кровоизлияния в стекловидное тело.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 12

Утром внезапно больной потерял зрение на один глаз до светоощущения. В анамнезе: повышение артериального давления. Объективно: на глазном дне диск зрительного нерва бледный, границы нечеткие, артерии резко сужены. Центральная зона сетчатки молочного цвета. В области желтого пятна – интенсивный красный очаг.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 13

Больной 20 л. Отмечает понижение зрения, особенно плохо видит в темноте. Глазное дно: диски зрительного нерва монотонные, границы контурируются. Артерии резко сужены, множество пигментных очагов в виде «костных телец»

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 14

Больной страдает заболеванием крови. Глазное дно: бледный фон сетчатки и ДЗН, артерии и вены расширены, по ходу сосудов кровоизлияния, плазморрагии и беловатые полосы.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 15

Жалобы на понижение зрения на правом глазу в течение года. Неделю назад заметила затуманивание левого глаза. Беспокоят головные боли, головокружения, тошнота. На КТ мозга - менингиома малого крыла основной кости. Глазное дно: ОД:ДЗН бледно-серого цвета, границы четкие, сосудистый пучок в центре, артерии сужены, вены среднего калибра; OS-ДЗН гиперемирован, проминирует, перипапиллярный отек, диск увеличен в размере, вены резко расширены, артерии в норме, вокруг диска кровоизлияния.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 16

Больному 75 лет. Острота зрения правого глаза =0,02 не корр. На глазном дне - ДЗН бледный, вокруг склеротическое кольцо, артерии сужены, В макулярной зоне проминирующий очаг в 4 PD светло-серого цвета, границы четкие, на поверхности его клубочки вновь образованных сосудов.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 17

Больному 68 лет. В последнее время зрение ухудшилось до сотых. Глазное дно: В макулярной области выраженный отек, плазморрагии и кровоизлияния, артерии сетчатки сужены.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 18

У беременной женщины (7 мес.) резко повысилось артериальное давление, сопровождающееся понижением зрения. На глазном дне ишемический отек ДЗН, артерии узкие вены расширены, множество плазморрагий. В области желтого пятна плазморрагии, напоминающие фигуру звезды, единичные кровоизлияния вокруг ДЗН.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 19

Больной 60 л. Страдает атеросклерозом. Глазное дно: ДЗН бледные с атрофическим ободком, симптом Гунна-Салюса 2-3, симптом медной и серебряной проволоки

Имеются очаги светло-желтого цвета и единичные геморрагии.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 20

Больной страдает некомпенсированным сахарным диабетом 15 лет. Отмечает понижение зрения. Глазное дно: ДЗН прикрыт швартой, пронизанной вновь образованными сосудами; по ходу сосудистых аркад-пролиферирующие тяжи и тракционная отслойка сетчатки.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 21

Больной страдает сахарным диабетом в течение 10 лет. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, вены расширены, артерии нормального калибра. В парамакулярной зоне микроаневризмы, макулярная зона отечная, очаговых изменений в сетчатке нет.

Диагноз, лечение

ЗАДАЧА № 22

Больной 45 л. Жалуется на понижение зрения на обоих глазах. Острота зрения на обоих глазах=0,1 не корр. В поле зрения - битемпоральная гемианопсия. На КТ головного мозга - аденома гипофиза. Глазное дно: ДЗН бледно-серого цвета, границы четкие, сосудистый пучок в центре, артерии сужены, вены умерено расширены.

Диагноз, лечение

2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию

Методы диагностики расстройств цветового зрения:

Кампиметрия
по пигментным таблицам
по таблице Сивцева
адаптометрия
аномалоскопия

Центральные дефекты поля зрения определяются:

кампиметрией
периметрией
адаптометрией
сеткой Амслера
анамалоскопией

Для определения остроты зрения применяют:

кампиметр
таблицу Сивцева
периметр
адаптометр
проекторы опто типов

Скотомой называется:

выпадение половины поля зрения
ограниченный дефект поля зрения, не граничащий с его периферическими границами
концентрическое сужение поля зрения
центральные или парацентральные локальные дефекты поля зрения
локальное сужение поля зрения

Гемианопсия - это:

концентрическое сужение поля зрения
ограниченный дефект поля зрения
выпадение половины поля зрения
слепое пятно
двустороннее одноименное или разноименное

Слепое пятно представляет собой:

физиологическую абсолютную скотому овальной формы
локальное сужение поля зрения
выпадение половины поля зрения
проекцию в пространстве диска зрительного нерва
квадратное выпадение поля зрения

Гемианопсии характерны для:

заболеваний сетчатки
заболеваний хориоидеи
опухолей головного мозга
заболеваний стекловидного тела
воспалительных заболеваниях головного мозга

Для гомонимной гемианопсии характерно:

локальное сужение поля зрения

выпадение височной половины поля зрения в одном глазу и носовой в другом
выпадение носовых половин поля зрения
двустороннее одноименное выпадение половины поля зрения
концентрическое сужение поля зрения

Для биназальной гемианопсии характерно:
локальное сужение поля зрения
выпадение носовых половин поля зрения
выпадение височной половины поля зрения на одном глазу и носовой на другом
двустороннее разноименное выпадение половин полей зрения
концентрической сужение поля зрения

Для битемпоральной гемианопсии характерно:
локальное сужение поля зрения
выпадение височных половин поля зрения;
выпадение височной половины поля зрения на одном глазу и носовой на другом
двустороннее разноименное выпадение половин полей зрения
концентрическое сужение поля зрения.

Биназальная гемианопсия развивается при:
поражении сетчатки
поражении перекрещенных волокон зрительных нервов в области хиазмы
поражении неперекрещенных волокон зрительных нервов в области хиазмы
ретрохиазмальном поражении зрительных путей
при двусторонних аневризмах внутренней сонной артерии

Битемпоральная гемианопсия развивается при:
поражении сетчатки
поражении перекрещенных волокон зрительных путей в области хиазмы
поражении неперекрещенных волокон зрительных нервов в области хиазмы
при ретрохиазмальном поражении зрительных путей
при аденоме гипофиза.

Положительной скотомой называется очаговый дефект поля зрения:
который не отмечается больным
который отмечают сами больные
через который не сохраняется восприятие объекта
который виден в виде тени или пятна
в месте проекции зрительного нерва

Дакриоаденит является осложнением:
общих инфекций (грипп, ангина и т.д.)
острого конъюнктивита
блефарита
эпидемического паротита
ячменя верхнего века

Причинами стриктур слезных точек и слезных канальцев является:
хронические конъюнктивиты
блефариты
лагофтальм
выворот нижнего века
каналикулит

Для хронического дакриоцистита характерно:

отек век
выворот нижнего века
гнойное отделение из нижней слезной точки при надавливании на область слезного мешка
сужение глазной щели
непрохождение промывной жидкости в нос

Хронический дакриоцистит развивается вследствие:
хронического конъюнктивита
перенесенного острого или хронического ринита
стеноза носослезного протока
стриктуры слезных точек
увеита

Через верхнюю глазничную щель проходят:
лицевой нерв
глазодвигательный нерв
тройничный нерв
отводящий нерв
блоковый нерв

Через нижнюю глазничную щель проходят:
глазодвигательный нерв
скуловой нерв
подглазничный нерв
тройничный нерв
нижнеглазничная вена.

Через зрительный канал проходят:
глазодвигательный нерв
зрительный нерв
тройничный нерв
отводящий нерв
глазничная артерия.

Нижняя стенка орбиты граничит с:
височной ямкой
крылонебной ямкой
решетчатыми ходами
гайморовой пазухой
лобной пазухой.

Внутренняя стенка орбиты граничит с:
фронтальной пазухой
гайморовой пазухой
височной ямкой
решетчатой пазухой
основной пазухой

Верхняя стенка орбиты граничит с:
крылонебной ямкой;
гайморовой пазухой;
лобной пазухой;
решетчатой пазухой;
основной пазухой.

Наружная прямая мышца иннервируется:
лицевым нервом;
глазодвигательным нервом;
блоковым нервом;
тройничным нервом;
отводящим нервом.

Радужка кровоснабжается:
передними цилиарными артериями;
цилиоретинальной артерией;
задними короткими ресничными артериями;
задними длинными ресничными артериями;
передними решетчатыми артериями.

Дифтерийный конъюнктивит вызывается:
диплококком Нейсера;
палочкой Коха-Уикса;
бациллой Леффлера;
аденовирусом 7-8 типа;
коринобактерия дифтерии.

Дифтерийный конъюнктивит развивается в сочетании с первичной локализацией очага
в зеве;
в легких;
в сердце;
в гортани;
в суставах.

Состояние век в начальном периоде дифтерийного конъюнктивита:
отечны, синюшного цвета с выраженным рисунком подкожных вен
отечны, болезненны, гиперемированы, уплотнены
отечны, без изменения цвета, трудно открываются
открываются с трудом, вывернуть веки невозможно
отечны, гиперемированы в наружной половине век

Состояние тарзальной и бульбарной конъюнктивы при дифтерийном конъюнктивите:
гиперемия с образованием серых поверхностных пленок;
гиперемия без образования пленок;
гиперемия с образованием серых, плотно спаянных с подлежащей тканью пленок;
гиперемия с петехральными кровоизлияниями;
на местах насильственно отторгнутых пленок слизистая оболочка кровоточит.

Начальный период дифтерийного конъюнктивита характеризуется выделением из глазной щели:
сукровицы;
слизисто-гнойного отделяемого;
мутной с хлопьями жидкости;
гнойного пенистого отделяемого;
гнойного сливкообразного отделяемого.

При дифтерийном конъюнктивите, в период отторжения пленок, характерно отделяемое:
сукровичное
мутное, хлопьевидное
кровянистое
гнойное

пенистое

Дифтерийный конъюнктивит осложняется:
язвой роговицы с перфорацией;
ксерозом;
трихиазом;
заворотом века;
синблефароном.

Состоянием, вызывающим диплопию, является:
корэктопия;
травматический мидриаз;
иридодиализ;
разрыв сфинктера зрачка;
поликория.

Самым сильным видом рефракции является:
миопия;
эмметропия;
гиперметропия;
астигматизм;
пресбиопия.

Самым слабым видом рефракции является:
миопия;
эмметропия;
гиперметропия;
астигматизм;
пресбиопия.

Глазное яблоко увеличено при:
миопии;
гиперметропии;
астигматизме;
врожденной глаукоме;
пресбиопии.

Малые размеры глаза характерны для:
миопии;
гиперметропии;
спазма аккомодации;
пресбиопии;
микрофтальма.

Клиническая рефракция глаза характеризуется:
ближайшей точкой ясного зрения;
дальнейшей точкой ясного зрения;
аккомодацией;
преломлением оптических сред;
длинной аккомодации.

Астигматизм бывает:
сферический, асферический;
правильный, неправильный;
с правильной и неправильной фиксацией;

устойчивый, неустойчивый;
прямой, обратный.

Астигматизм, имеющий одинаковую преломляющую силу на протяжении всего меридиана,
простой
неправильный
сложный;
правильный;
смешанный

Простой астигматизм является сочетанием:
эмметропии и пресбиопии;
эмметропии и миопии;
миопии и гиперметропии;
эмметропии и гиперметропии;
миопии различных степеней.

Сложный астигматизм является сочетанием:
эмметропии и пресбиопии;
миопии и гиперметропии;
миопии различных степеней;
эмметропии и аметропии;
гиперметропии различных степеней.

Смешанный астигматизм является сочетанием:
эмметропии и пресбиопии;
миопии и гиперметропии;
эмметропии и аметропии;
миопии различных степеней;
гиперметропии различных степеней.

При прямом астигматизме сильнее преломляет:
косой меридиан;
горизонтальный меридиан;
лимб;
центр роговицы;
вертикальный меридиан.

При физиологическом астигматизме разница преломления в разных меридианах составляет
одну диоптрию;
0,5 диоптрий;
0,25 диоптрий;
0,75 диоптрий;
более одной диоптрии.

Физическая рефракция с ростом организма:
усиливается;
ослабляется;
остаётся неизменной;
преобразуется в клиническую;
формируется из клинической.

Клиническая рефракция с ростом организма:
преобразуется в физическую;
формируется из физической;

ослабляется;
усиливается;
остаётся неизменной.

Фликтена роговицы может иметь место:
при первичном сифилисе;
при дистрофии роговицы;
при лагофтальме;
при нейропаралитическом кератите;
при туберкулезном кератите.

Клиническая картина кератитов:
мидриаз, несмыкание глазной щели;
слезотечение, светобоязнь, блефароспазм;
миоз, сальные преципитаты, отек век;
чувство инородного тела в глазу;
перикорнеальная или смешанная инъекция

Абсолютные размеры роговицы уменьшены при:
дистрофическом поражении;
микрофтальме;
стафиломе;
гидрофтальме;
микрокорнеа.

Для туберкулезно-аллергического кератита характерны:
наличие возбудителя в ткани роговой оболочки
отсутствие возбудителя в ткани роговицы
наличие узелков на лимбе роговицы
выраженная светобоязнь, блефароспазм,
обильное слезотечение, отек век.

Для герпетических кератитов характерно:
снижение чувствительности роговицы;
гиперчувствительность роговицы;
абсцедирование роговицы;
слабая тенденция к васкуляризации;
усиленная тенденция к васкуляризации

Офтальмоскопические признаки, свидетельствующие об отсутствии патологии глазного дна:
пигментация паркетного типа;
миелиновые волокна;
бледный диск зрительного нерва;
наличие овального макулярного рефлекса;
сосудистая воронка в центре ДЗН в 0,3 PD

Больные с патологией сетчатки жалуются на:
появление радужных кругов при взгляде на источник света;
фотопсии, метаморфопсии;
боли в глазах по утрам;
нарушение адаптации;
снижение дневного и сумеречного зрения.

Орбитальная эмфизема возникает при повреждении:
верхней стенки орбиты;

наружной стенки орбиты;
внутренней стенки орбиты;
нижней стенки орбиты;
решетчатой кости

Хрусталик получает питание от:
центральной артерии сетчатки;
передних цилиарных артерий;
внутриглазной жидкости;
задних коротких цилиарных артерий;
слезной жидкости.

Объем стекловидного тела взрослого человека составляет
6 мл;
7 грамм;
4 мл;
2 мл;
3 мл.

Пневмококковый конъюнктивит характеризуется:
массивными кровоизлияниями бульбарной конъюнктивы;
эрозивной кровотокающей конъюнктивой;
точечными геморрагиями;
отеком век и конъюнктивы;
легко удаляемыми белесовато-серыми пленками.

Относительная скотома - это дефект поля зрения:
который не отмечается больным
который отмечается больным
через который сохраняется нечеткое восприятие объекта
в месте проекции желтого пятна
на периферии желтого пятна

Отрицательная скотома - это дефект поля зрения:
который не отмечается больным
который отмечают сами больные
в месте проекции диска зрительного нерва
через который виден объект
на периферии поля зрения

Абсолютная центральная скотома - это дефект поля зрения:
который не отмечается больным
через который не виден объект
который отмечают сами больные
через который виден объект недостаточно четко
в месте проекции зрительного нерва

Положительная скотома - это дефект поля зрения:
который отмечают сами больные
который выявляется только инструментально
может находиться в центре поля зрения
который периодически исчезает
в месте проекции диска зрительного нерва

Слепое пятно - это:

положительная абсолютная скотома
отрицательная абсолютная скотома
центральная скотома
физиологическая отрицательная скотома
отрицательная относительная скотома

Опухоль гипофиза дает следующие изменения поля зрения:

правостороннюю гемианопсию
левостороннюю гемианопсию
битемпоральную гемианопсию
биназальную гемианопсию
гетеронимную гемианопсию

Концентрическое сужение поля зрения наблюдается при заболеваниях:

пигментная дистрофия сетчатки
центральный хориоидит
атрофия зрительного нерва
панувеит
лаукома

Световая чувствительность глаза определяется:

рефрактометром
анамалоскопом
пробой Кравкова-Пуркинье
адаптометром
фундус-камерой

Адаптация к яркому свету длится:

от 2 до 5 сек
от 30 до 60 сек
до 3-5 мин
от 20 до 30 мин
от 40 до 60 мин

Адаптация к темноте длится:

от 5 до 30 сек
от 30 до 60 сек
от 40 до 50 мин
от 1 мин до 8 мин
от 50 мин до 60 мин

Гемералопия симптоматическая характерна для:

гиповитаминоза "В"
пигментной дистрофии сетчатки
гиповитаминоза "А"
первичной глаукомы
аниридии

Гемералопия функциональная встречается при:

пигментной дистрофии сетчатки
гиповитаминозе "А"
атрофии зрительного нерва
заболеваниях желудочно-кишечного тракта
заболеваниях головного мозга

При гемералопии нарушается:

- цветовое зрение
- сумеречное зрение
- бинокулярное зрение
- темновая адаптация
- центральное зрение

Нормальные границы поля зрения с носовой стороны составляют:

- 30 град
- 60 град
- 90 град
- 56 град
- 20 град

Нормальные границы поля зрения с височной стороны составляют:

- 180 град
- 60 град
- 90 град
- 45 град
- 88 град

Причиной флегмоны слезного мешка могут быть:

- хронический дакриоцистит
- хронический дакриоаденит
- дакриоцистит новорожденных
- стриктура слезных канальцев
- сужение слезной точки

Методами лечения дакриоцистита новорожденных являются:

- промывание слезных путей
- УВЧ-терапия
- зондирование слезных путей
- экстирпация слезного мешка
- закапывание сульфацила натрия

Осложнением хронического дакриоцистита может быть:

- язва роговицы
- наружный ячмень
- флегмона слезного мешка
- эндофтальмит, панофтальмит
- острый иридоциклит

Функции сосудистого тракта

- защитная
- выработка внутриглазной жидкости
- проведение нервных импульсов
- энергетическая
- оптическая диафрагма глаза

Кровоснабжение и иннервация хориоидеи:

- задние длинные ресничные артерии
- задние короткие ресничные артерии
- надглазничная артерия
- симпатические нервы
- длинные ресничные нервы

Кровоснабжение и иннервация ресничного тела:

задние короткие ресничные артерии
задние длинные ресничные артерии
решетчатые артерии
глазодвигательный нерв
тройничный нерв

Радужку иннервируют:

глазодвигательный нерв
носо-слезный нерв
симпатический нерв
тройничный нерв
подглазничный нерв

Глазодвигательный нерв иннервирует:

верхнюю прямую мышцу
наружную прямую мышцу
верхнюю косую мышцу
круговую мышцу век
нижнюю косую мышцу

Симпатические нервы иннервируют:

дilatатор зрачка
наружные мышцы глаза
роговицу
сосудистую оболочку
сфинктер зрачка

Глазное яблоко поворачивают кнутри:

внутренняя прямая мышца
верхняя прямая мышца
нижняя косая мышца
нижняя прямая мышца
верхняя косая мышца

Глазное яблоко поворачивают кнаружи:

верхняя косая мышца
нижняя прямая мышца
наружная прямая мышца
нижняя косая мышца
верхняя прямая мышца

Глазное яблоко поворачивают вниз:

нижняя прямая мышца
нижняя косая мышца
верхняя косая мышца
внутренняя прямая мышца
наружная прямая мышца

Отверстия орбиты:

отверстие зрительного нерва
остистое отверстие
решетчатое отверстие
шило-сосцевидное отверстие

нижне-челюстное отверстие

Для адено-фарингоконъюнктивальной лихорадки характерны

повышение температуры тела

гнойный конъюнктивит

фарингит

фолликулярный конъюнктивит

ринит, острый отит

Для эпидемического кератоконъюнктивита характерно:

острое начало

постепенное развитие заболевания

легко удаляемые пленки

обильное гнойное отделяемое

точечные инфильтраты роговицы

Лечение вирусных конъюнктивитов:

теброфеновая мазь

полудан

бонафтон

тимолол

дексаметазон

Для трахомы характерно:

поражается домашний скот

болеют только люди

поражение конъюнктивы и роговицы

атрофия радужки

осложненная катаракта

Трахома вызывается:

гальпровиями

риккетсиями

хламидиями

вирусами

бактериями Коха-Уикса

В норме истинное внутриглазное давление составляет:

23-27 мм рт. ст.

28-32 мм рт. ст.

9-15 мм рт. ст.

33 мм рт. ст. и выше

16-22 мм рт. ст.

Физическая рефракция у новорожденных колеблется в пределах:

77-79 диоптрий

40 диоптрий

58-60 диоптрий

79-81 диоптрий

20-22 диоптрий

Клинические проявления пресбиопии начинаются в возрасте:

40-42 года

30\33 года

50-52 года

43-45 лет

55-60 лет

Для чтения текста на расстоянии 30 см эмметропу необходима аккомодация:

3 диоптрии

5 диоптрии

2 диоптрии

аккомодация не нужна

5 диоптрий

Миопия корректируется следующими линзами:

цилиндрическими

рассеивающими

плюсовыми

минусовыми

собирающими

Гиперметропия подразделяется на:

явную

прогрессирующую

скрытую

стационарную

мнимую

Гиперметропия корректируется следующими линзами:

цилиндрическими

собирающими

рассеивающими

плюсовыми

минусовыми

Различают астигматизм:

правильный

главный

неправильный

приобретенный

редуцированный

По типу выделяют астигматизм:

прямой

относительный

обратный

абсолютный

сочетанный

Астигматизм может быть:

роговичным

конъюнктивальным

склеральным

хрусталиковым

лимбальным

Длину (область) аккомодации характеризуют точки:

дальнейшая

центральная

ближайшая
главная
узловая

Вид клинической рефракции определяют методом:

скиаскопии
офтальмоскопии
рефрактометрии
адаптометрии
по шкале ТАВО

Во время аккомодации происходит:

ослабление рефракции
отдаление дальнейшей точки
усиление рефракции
приближение ближайшей точки
смещение узловой точки

При аккомодации происходит:

углубление передней камеры
сужение зрачка
расширение зрачка
увеличение кривизны хрусталика
уменьшение глубины передней камеры

Глубокие герпетические кератиты - это:

древовидный
ландкартообразный
дисковидный
метагерпетический
паренхиматозный

Язва роговицы может приводить:

к перфорации роговицы
эрозии роговицы
развитию сращенного бельма
кератоконусу
кератоглобусу

Перфорация роговицы может привести к развитию:

передних синехий
вторичной глаукомы
гониосинехий
задних синехий
отслойки сосудистой

Гемералопия может быть симптомом:

диабетической ангиопатии
центрального хориоретинита
тапето-ретиальной дистрофии сетчатки
патологии зрительного нерва
юношеской глаукомы

Гемианопсии наблюдаются при:

поражении диска зрительного нерва

поражении зрительного тракта
поражении интраканаликулярного отдела
зрительного нерва
поражении хиазмы

Битемпоральная гетеронимная гемианопсия свидетельствует о поражении:
неперекрещенных волокон зрительного пути
зрительного тракта
перекрещенных волокон зрительного пути
ретробурального отдела зрительного нерва
мозжечка

Клинические проявления пресбиопии:
отдаление ближайшей точки ясного зрения
приближение дальнейшей точки ясного зрения
уменьшение резерва аккомодации
ослабление рефракции
появление астенопии

Хирургические методы лечения и коррекции миопии:
радиальная кератотомия
сквозная кератопластика
склеропластика
склеротомия
кератомелёз

Коррекция афакии:
собирающие очковые линзы
кератофакия
рассеивающие очковые линзы
эпикератопластика
имплантация ИОЛ

Фотопическое зрение осуществляется следующими элементами:
биполярными клетками
пигментным эпителием
палочками
ганглионарными клетками
колбочками

Мезопическое зрение осуществляется следующими элементами:
биполярными клетками
пигментным эпителием
палочками
ганглионарными клетками
колбочками

Ночное зрение осуществляется следующими элементами:
пигментным эпителием
ганглионарными клетками
колбочками
биполярными клетками
палочками

Фотохимический процесс восстановления зрительного пурпура происходит с веществами

вит. "РР"
йодопсином
вит. В-12
вит. А
родопсином

Центральное предметное зрение воспринимается:
биполяльными клетками
ганглионарными клетками
палочками
пигментным эпителием
колбочками

Цветовое зрение воспринимается следующими элементами:
палочками
пигментным эпителием
ганглионарными клетками
колбочками
биполяльными клетками

Периферическое зрение воспринимается следующими элементами:
биполяльными клетками
пигментным эпителием
палочками
колбочками
ганглионарными клетками

Для определения периферических границ полей зрения применяют:
кампиметр
адаптометр
периметр Ферстера
аномалоскоп
сферопериметр Гольдмана

Для определения центральных скотом применяют:
кампиметр
адаптометр
офтальмометр
сферопериметр Гольдмана
проекционный периметр

Для определения периферических скотом применяют:
кампиметр
сферопериметр Гольдмана
аномалоскоп
периметр Ферстера
проекционный периметр

Для определения гемианопсий применяют:
контрольный метод
кампиметр
периметр Ферстера
адаптометр
сферопериметр Гольдмана

Для определения световой чувствительности глаза применяют:

аутоофтальмоскопию
периметр Ферстера
адаптометр
энтлоптические феномены
пробу Кравкова-Пуркинье

К симптомам заболеваний слезных органов относятся:

упорное слезотечение
выворот нижнего века
периодический блефароспазм
гнойное отделяемое из слезных точек при надавливании на область слезного мешка
светобоязнь

Активную функциональную проходимость слезн. путей проверяют с помощью р-ров:

2 4
30%-ного р-ра йодолиполя
3%-ного р-ра колларгола
1%-ного р-ра бриллиантовой зелени
1%-ного р-ра флюоресциина
р-ра фурациллина 1:5000

При нормальной проходимости слезоотводящих путей промывная жидкость вытекает:

через нижнюю слезную точку
через верхнюю слезную точку
из носа
через внутренний угол глазной щели
попадает в носоглотку

Какие из р-ров не применяют при рентгенографии слезоотводящих путей:

1 2 4 5
1% р-р флюоресциина
1% р-р бриллиантового зеленого
30% р-р йодолиполя
2% р-р нитрата серебра
30% р-р сульфацила натрия

К прозрачным средам глаза относятся:

радужка
тенонова капсула
хрусталик
роговица
влага передней камеры

Внутриглазная жидкость циркулирует в:

оболочках зрительного нерва
передней камере глаза
хориоидее
задней камере глаза
сетчатке и самом зрительном нерве

В роговой оболочке имеются слои:

мезодермальный, эктодермальный
Боуменова мембрана, Десцеметова оболочка
нейроэктодермальный, ретикулярный

многослойный плоский ороговевающий эпителий
многослойный плоский неороговевающий эпителий

К функциям роговицы относятся:
секреторная
преломление световых лучей
проведение зрительного импульса
защитная
светочувствительная

Тройничный нерв иннервирует:
хрусталик
роговицу
хориоидею
сетчатку
цилиарное тело

Внутриглазная жидкость питает:
роговицу
цилиарное тело
хрусталик
хориоидею
сетчатку

Стекловидное тело взрослого человека весит:
10,0 г
8,0 г
6,0 г
4,0 г
2,0 г

Стекловидное тело фиксировано:
в экваториальной зоне сетчатки
у диска зрительного нерва
в области цинновых связок
у заднего полюса хрусталика
в экваториальной зоне хрусталика

Для пневмококкового конъюнктивита характерно:
эрозивные кровотечения конъюнктивы
точечные геморрагии на конъюнктиве склеры
обильное сливкообразное гнойное отделяемое
белесовато-серые пленки на конъюнктиве
поверхностные перилимбальные инфильтраты на роговице

У новорожденных диплококк Нейсера может вызвать следующие заболевания глаз:
бленорейный конъюнктивит
дакриoadенит
гнойную язву роговицы
центральный хориоретинит
острый неврит

У ребенка 4 лет появились отек век и точечные геморрагии на конъюнктиве, обильное гнойное отделяемое на правом глазу. Через короткий промежуток времени такие же симптомы

появились и на левом глазу. Со слов матери в детсаду у многих детей жалобы те же. Это характерно для:

гонобленореи
аденовирусного конъюнктивита
острого эпидемического конъюнктивита Коха-Уикса
пневмококкового конъюнктивита
дифтерийного конъюнктивита

При гонококковом конъюнктивите инфекция развивается после:
различных инъекций (в\в, в\м, и т.д.)
прохождения плодом родовых путей матери
попадая инфекции воздушно-капельным путем
в результате внутриутробного заражения
попадая трансплацентарно

В начальном периоде гонококкового конъюнктивита со стороны век отмечается:
плотный отек
гиперемия
синюшно-багровое окрашивание
нормальный кожный покров
выраженный сосудистый рисунок

В начальном периоде гонококкового конъюнктивита отделяемое:
в виде мясных помоев
слизистое
гнойное
мутное, с хлопьями
сливкообразное

На 5-й день после рождения у ребенка с бленорейным конъюнктивитом отделяемое:
3 5
в виде мясных помоев
слизистое, скудное
гнойное, пенистое
мутное, с хлопьями
сливкообразное

Различают следующие разновидности гонобленореи:
выраженную, стертую
новорожденных, детей, взрослых
осложненную, неосложненную
симптоматическую, органическую
с выраженными органическими изменениями

В клинику обратился больной с жалобами на покраснение, умеренную болезненность левого глаза. Объективно: над неизменной склерой слегка возвышающийся гиперемированный очаг, без четких границ, болезненный при пальпации. Острота зрения обоих глаз в норме. Светобоязнь не усиливается при исследовании фокальным освещением. Больной находится на диспансерном учете по поводу туберкулеза. Ваш диагноз?

опухоль склеры
склеромаляция
склероиридоциклит
эписклерит
эктазия склеры

В клинику обратился больной с жалобами на покраснение, выраженную светобоязнь и слезотечение на левом глазу. Объективно: в склере несколько очагов красно-фиолетового цвета, возвышающиеся над склерой, болезненные при пальпации. В процесс вовлечена роговица. Больной страдает ревматизмом и отмечает, что подобное состояние бывает часто на протяжении последних лет. Ваш диагноз?

кератоиридоциклит
кератосклерит
эктазия склеры
эписклерит
злокачественная опухоль

Склериты и эписклериты представляют собой:
острый воспалительный процесс
дегенеративный процесс с формированием кисты
гранулематозное воспаление
агранулематозное воспаление
хронический пролиферативный процесс

Функции цилиарного тела:
оптическая диафрагма
продукция внутриглазной жидкости
энергетическая
аккомодативная
трофическая

Зрачок суживается благодаря:
цилиарной мышце
симпатической иннервации
парасимпатической иннервации
сфинктера зрачка
дилататора зрачка

К методам исследования хрусталика относятся:
наружный осмотр
метод исследования в проходящем свете
метод бокового освещения
биомикроскопия
гониоскопия

Для выявления эрозии роговицы используют:
1% содовый р-р флюоресцеина
2% или 5% спиртовой р-р иода
1% р-р бриллиантовой зелени
3% р-р колларгола
2% р-р метилевого синего

Монокулярное двоение может быть при:
люксации хрусталика в стекловидное тело
врожденной катаракте
сублюксации хрусталика
вывихе хрусталика в переднюю камеру
врожденной аномалии радужной оболочки

Рефракцией называется:
изменение направления света из-за различной оптической плотности прозрачных сред

врожденная патология прозрачности сред
преломление лучей в оптической системе
нарушение прозрачности сред
аномалия развития оптических сред глаза

Диоптрия это:
единица измерения угла косоглазия
единица измерения преломления системы
единица измерения остроты зрения
единица измерения оптической силы сред
единица измерения внутриглазного тонуса

За одну диоптрию принято считать преломляющую способность линзы:
с фокусным расстоянием 2 метра
с фокусным расстоянием 0,5 метра
с фокусным расстоянием 1 метр
с фокусным расстоянием 5 метров
с фокусным расстоянием 10 метров

Физическая рефракция это:
1 3 5
преломление стекловидного тела
преломление стекловидного тела и сетчатки
преломление роговицы и хрусталика
преломление сетчатки
преломление прозрачных сред глаза

Преломляющая сила схематического глаза взрослого человека в норме равна:
50 диоптр.
60 диоптр.
85 диоптр.
100 диоптр.
120 диоптр.

Клиническая рефракция зависит от:
преломляющей силы оптической системы
положением главного фокуса относительно сетчатки
соотношением между задним фокусным расстоянием и длиной передне-заднего отдела глаза
положением главной плоскости в оптической системе глаза
размеров глазного яблока

К видам клинической рефракции относятся:
миопия и астигматизм
гиперметропия, эмметропия
анизометропия
астигматизм, миопия, гиперметропия
миопия

При эмметропии главный фокус параллельных лучей располагается:
перед сетчаткой в стекловидном теле
в узловой точке глаза
на сетчатке
в хрусталике
за сетчаткой

При миопии главный фокус параллельных лучей располагается:
в узловой точке глаза
в хрусталике
на сетчатке
за сетчаткой
перед сетчаткой

При гиперметропии главный фокус параллельных лучей располагается:
на сетчатке
в хрусталике
в узловой точке глаза
за сетчаткой
перед сетчаткой

Астигматизм это:
сочетание в одном глазу различных видов рефракции
сочетание в двух глазах различных видов рефракции
сочетание в одном глазу различных степеней одного вида рефракции
снижение зрения на близком расстоянии
сочетание в двух глазах различных степеней одного вида рефракции

Анизометропия это:
сочетание в одном глазу различных видов рефракции
сочетание в двух глазах различных степеней одного вида рефракции
сочетание в одном глазу различных степеней одного вида рефракции
снижение зрения на близком расстоянии
сочетание в двух глазах различных видов рефракций

Монокулярное двоение может быть при:
люксации хрусталика в стекловидное тело
врожденной катаракте
сублюксации хрусталика
вывихе хрусталика в переднюю камеру
врожденной аномалии радужной оболочки

К амметропии относятся:
астигматизм
миопия
анизометропия
гиперметропия
амблиопия

Близорукость это:
астигматизм
эмметропия
гиперметропия
миопия
анизометропия

Дальнозоркость это:
миопия
астигматизм
эмметропия
анизометропия
гиперметропия

Высыхание роговицы называется:

кератоиридоциклит
кератомалация
ксероз
кератит
кератоконус

Расплавление роговицы называется:

кератомалация
ксероз
кератит
кератопатия
кератоконус

Причины развития кератомалации:

острый воспалительный процесс в роговице
хроническая вялотекущая пролиферация роговицы
дистрофический процесс в роговице
Авитаминоз "А"
Авитаминоз "В"

Лечение кератоконуса:

рассасывающее лечение
ношение жестких контактных линз
ношение мягких контактных линз
кератопластика
кортикостероиды

Перикорнеальная инъекция наблюдается при:

кератоконусе
кератите
ксерозе роговицы
кератоиридоциклите
кератопатии

Пересадкой роговицы являются:

кератотомия
кератопластика
кератомалация
кератомилез
кератопротезирование

К методам осмотра сетчатки относятся:

прямая офтальмоскопия
непрямая офтальмоскопия
диафаноскопия
осмотр с помощью фундус-камеры
офтальмохромоскопия

Визуально при офтальмоскопии можно осмотреть следующий участок зрительного пути:

интраорбитальный
интраокулярный
интракраниальный
интраканаликулярный

диск зрительного нерва

Увеличение размеров слепого пятна можно обнаружить при:

офтальмометрии
рефрактометрии
периметрии
тонометрии
кампиметрии

Ориентировочно угол девиации определяется методом:

Ферстера
Гиршберга
Юнга
Рабкина
Снеллена

Скотомы торможения это:

абсолютная скотома
относительная скотома
положительная скотома
отрицательная скотома
функциональная скотома

Стереоскопическое зрение - это видение предметов:

в одной плоскости
в двух измерениях
в трех измерениях
в глубину
в бесконечном множестве плоскостей

Монокулярное зрение - это видение предметов

в одной плоскости
в двух плоскостях
в одном измерении
в двух измерениях
в трех измерениях

Высшей формой зрительного восприятия являются:

монокулярное зрение
одновременное зрение
бинокулярное плоскостное зрение
бинокулярное стереоскопическое зрение
центральное зрение

У ребенка в первые дни жизни характер зрения:

монокулярный
монокулярный альтернирующий
одновременный
бинокулярный плоскостной
бинокулярный стереоскопический

У ребенка в первые недели жизни характер зрения:

монокулярный
монокулярный альтернирующий
одновременный

бинокулярный плоскостной
бинокулярный стереоскопический

У ребенка в 2-х месячном возрасте характер зрения:

монокулярный
монокулярный альтернирующий
одновременный
бинокулярный плоскостной
бинокулярный стереоскопический

Рефлекс фиксации взгляда у ребенка появляется:

на I неделе жизни
на 2 - 3 неделе жизни
на I месяце жизни
на 2 месяце жизни
на 6 месяце жизни
#

Аккомодация у ребенка появляется:

на 2-ом месяце жизни
на 3-4-ом месяце жизни
на 6-7-ом месяце жизни
на 9-12-ом месяце жизни

К 3 - 4 месяцу жизни у ребенка следующее зрение

монокулярное
одновременное
бинокулярное плоскостное
бинокулярное стереоскопическое
центральное

Формирование нормального бинокулярного зрения возможно при наличии в совокупности:

изейконии
ортофории
гетерофории
анизометропии
анизейконии

Формирование бинокулярного зрения возможно при остроте зрения:

1,0 и выше
0,7 - 0,8
0,4 - 0,6
0,3 - 0,4
0,1 - 0,2

Восприятие единого зрительного образа происходит:

на сетчатке в области желтого пятна
на диске зрительного нерва
в области хиазмы и зрительных трактов
в подкорковых центрах
в области коры головного мозга

Для формирования бинокулярного зрения при ортофории необходимо наличие:

эмметропии
анизометропии и анизейконии
фузионного рефлекса

изометропии и изейконии
физиологической диплопии

Необходимым условием формирования бинокулярного зрения при гетерофории является
эмметропия
наличие фузионного рефлекса
физиологическое двоения
очковой коррекции
анизометропии и анизейконии

Бинокулярное зрение при гетерофории:
может формироваться в порядке исключения
формируется, как правило
достигается специальными тренировками
существует, практически, всегда
никогда не формируется

Характер зрения определяется:
на сферопериметре
на синоптофоре
на диплоскопе
четырёхточечным цветотестом
на кампиметре

Автором рецепторной теории бинокулярного зрения является:
Ломоносов
Гельмгольц
Павлов
Юнг
Гольдман

Наличие бинокулярного зрения можно определить:
периметром Ферстера
на разделителе полей зрения
аномалоскопом
поляроидным диплоскопом Белостоцкого
стереоскопом

У ребенка содружественное косоглазие, острота зрения лучшего глаза с коррекцией $(+0)D=0,9$; на худшем глазу с максимальной коррекцией $(+0)D=0$, Ваш диагноз?
истерическая амблиопия
обскуроциенная амблиопия
дисбинокулярная амблиопия
анизометропическая амблиопия
рефракционная амблиопия

У ребенка 5 лет после экстракции врожденной катаракты на обоих глазах острота зрения с коррекцией $+10.0D=0.08$. Ваш диагноз?
афакия, истерическая амблиопия
афакия, обскурационная амблиопия
афакия, дисбинокулярная амблиопия
афакия, анизометропическая амблиопия
афакия, рефракционная амблиопия

У ребенка 6 лет монокулярное сходящееся косоглазие. При обследовании выявлено: $V0D=0,1+0D=0$; $V0S=0.1+0D=0.2$ Ваш диагноз?

- истерическая амблиопия
- обскурационная амблиопия
- дисбинокулярная амблиопия
- анизометропическая амблиопия
- рефракционная амблиопия

У ребенка 3 лет монокулярное сходящееся косоглазие. При обследовании выявлено: $V0D=0$; $V0S=0.06+6.0D=0.1$ Ваш диагноз?

- истерическая амблиопия
- обскурационная амблиопия
- дисбинокулярная амблиопия
- анизометропическая амблиопия
- рефракционная амблиопия

Больному 20-ти лет произведена кератопластика на правом глазу. В детстве перенес ожог глаза известью. После операции: $V0D=0.02-0D=0.06$. Ваш диагноз?

- истерическая амблиопия
- обскурационная амблиопия
- дисбинокулярная амблиопия
- анизометропическая амблиопия
- рефракционная амблиопия

Для лечения амблиопии с правильной фиксацией на 1 этапе лечения применяют следующие методы лечения:

- очковую коррекцию
- прямую окклюзию
- обратную окклюзию
- упражнения на синоптофоре
- хирургическое лечение

Для лечения амблиопии на 2 этапе применяют следующие методы:

- очковую коррекцию
- прямую окклюзию
- обратную окклюзию
- упражнения на синоптофоре
- хирургическое лечение

Для лечения амблиопии с правильной фиксацией применяют на 3 этапе следующие методы:

- очковую коррекцию
- прямую окклюзию
- обратную окклюзию
- упражнения на синоптофоре
- хирургическое исправление косоглазия

Для лечения амблиопии с правильной фиксацией на 4 этапе лечения применяют следующий метод:

- очковую коррекцию
- прямую окклюзию
- обратную окклюзию
- упражнения на синоптофоре
- хирургическое лечение

Для лечения амблиопии с неправильной фиксацией применяют в первую очередь:

очковую коррекцию
прямую окклюзию
обратную окклюзию
упражнения на синоптофоре
засветы по Кюпперсу

Состояние фиксации при амблиопии проверяют на:
периметре Ферстера
кампиметре
четырёхточечном цветотесте
синоптофоре
безрефлексном электроофтальмоскопе

Для паралитического косоглазия характерно:
наличие двоения
отсутствие двоения
равенство первичного и вторичного углов отклонения
сохранение конвергенции
наличие ортофории

Для паралитического косоглазия нехарактерны:
наличие двоения
нарушение конвергенции
равенство первичного и вторичного углов отклонения
неравенство первичного и вторичного углов
ограничение подвижности одного глаза

Для содружественного косоглазия характерно:
наличие двоения
отсутствие двоения
неравенство первичного и вторичного углов
ограничение подвижности глазного яблока
наличие ортофории

Для содружественного косоглазия нехарактерны:
наличие двоения
отсутствие двоения
равенство первичного и вторичного углов
сохранение подвижности глазного яблока
ограничение подвижности глазного яблока

Для содружественного косоглазия нехарактерно:
отсутствие двоения
равенство первичного и вторичного углов отклонения
неравенство первичного и вторичного углов отклонения
нарушение аккомодации
ограничение подвижности глазных яблок

Для паралитического косоглазия нехарактерны:
наличие двоения
отсутствие двоения
неравенство первичного и вторичного углов отклонения
парез глазодвигательных мышц
нарушение конвергенции

Причиной паралитического косоглазия является:

- заболевания сетчатки
- заболевание зрительного нерва
- нарушение аккомодации
- нарушение конвергенции
- повреждения глазодвигательных мышц

Врожденный нистагм отличается от приобретенного:

- высоким центральным зрением.
- нечеткостью зрительных восприятий
- тошнотой
- головокружением
- отсутствием головокружения

Причиной нистагма может быть:

- спазм аккомодации
- паралич аккомодации
- паралич глазодвигательных нервов
- поражение продолговатого мозга
- повреждение глазодвигательных мышц

Причиной лабиринтного нистагма может быть:

- повреждение мозжечка
- повреждение гипофиза
- поражение продолговатого мозга
- поражение зрительного анализатора
- поражение слухового анализатора

Причиной оптического нистагма может быть:

- повреждение мозжечка
- повреждение гипофиза
- поражение продолговатого мозга
- поражение зрительного анализатора
- поражение слухового анализатора

К физиологическому нистагму относятся:

- кортикальный нистагм
- вестибулярный нистагм
- лабиринтный нистагм
- диэнцефальный нистагм
- ротаторный нистагм

К физиологическому нистагму относятся:

- истерический нистагм
- диэнцефальный
- оптокинетический
- вестибулярный
- диагональный нистагм

При гетерофории с нарушением бинокулярного зрения необходима:

- коррекция аметропии
- коррекция призматическими линзами
- прямая окклюзия
- обратная окклюзия
- в коррекции не нуждается

При гетерофории с нарушением бинокулярного зрения возможно лечение:
коррекцией аметропии
оперативным способом
прямой окклюзией
обратной окклюзией
лечение не эффективно

Причиной аккомодационного косоглазия могут быть:
эмметропия
гиперметрия
пресбиопия
парез наружной прямой мышцы или отводящего нерва
миопия

При воздействии средних волн возникает ощущение следующего цвета:
серого
зеленого
красного
желтого
синего

При воздействии длинных волн возникает ощущение следующего цвета:
черного
оранжевого
красного
зеленого
синего

Ахроматическими считаются цвета:
белый
синий, голубой
серый, черный
желтый, зеленый
фиолетовый

Трехкомпонентная теория цветоощущения своим существованием обязана:
Дальтону
Юнгу
Снеллену
Ломоносову
Гельмгольцу

Врожденные аномалии цветоощущения встречаются у женщин с частотой:
0,2%
0,5%
1,0%
8,0%
10-12%

Врожденные аномалии цветовосприятия встречаются у мужчин с частотой:
0,2%
0,5%
1,0%
8,0%

10%-12%

Короткие волны, это волны цвета:

фиолетового
зеленого
оранжевого
голубого
синего

Эритропсия - это, когда пациент видит все в цвете:

желтом
зеленом
синем
фиолетовом
красном

Ксантопсия - это, когда пациент видит все в цвете:

красном
желтом
зеленом
голубом
фиолетовом

Хлоропсия - это, когда пациент видит все в цвете:

красном
желтом
зеленом
синем
фиолетовом

Цианопсия - это, когда пациент видит все в цвете:

красном цвете
синем
желтом
зеленом
фиолетовом

Методами лечения врожденного дакриоцистита являются:

инстилляции 20%-ного р-ра сульфацила натрия
массаж в области слезного мешка
назначение антибиотиков местно и в/мышечно
дакриоцисториностомия, лакриоцисториностомия
промывание и зондирование слезных путей

Сосуды, кровоснабжающие сетчатку

цилиоретинальная артерия
центральная артерия сетчатки
лицевая артерия
задняя длинная цилиарная артерия
задняя короткая цилиарная артерия

Сосуды, кровоснабжающие зрительный нерв:

сеть анастомозов между ветвями ЦАС и задними короткими цилиарными артериями
передние цилиарные артерии
задние длинные цилиарные артерии

решетчатая артерия
артериальный круг Цинна-Галлера

Диск зрительного нерва - это:
место наилучшего видения
начало зрительного нерва
место скопления колбочек
место схождения осевых цилиндров
ганглионарных клеток

Макулярная зона сетчатки состоит из:
биполярных клеток
мультиполярных клеток
фоторецепторов
колбочек
палочек

Начало глазодвигательных мышц, кроме нижней косой:
от сухожильного кольца
от верхней стенки орбиты
у вершины орбиты
от наружной стенки орбиты
от внутренней стенки орбиты

Двигательная иннервация круговой мышцы глаза:
лицевой нерв
глазодвигательный нерв
тройничный нерв
супраорбитальный нерв
лобный нерв

Мышцы, участвующие в движении века:
верхняя прямая мышца
верхняя косая мышца
круговая мышца
нижняя косая мышца
леватор верхнего века

Противовирусные препараты:
тобрекс, макситрол
ДНК-аза
зовиракс
интерферона
оксолиновая мазь

Возбудитель трахомы:
тельца Гальберштедтера
хламидии
гальпровии Провачека
риккетсии
аденовирус 8 типа

Инфицирование при трахоме происходит:
через бытовые предметы
воздушно-капельным путем

через переносчиков насекомых
через укус насекомого
контактным путем

Трахома - 1 стадия:

гиперемия, инфильтрация конъюнктивы, появление незрелых фолликулов на н/- и в/веках одновременно

гиперемия конъюнктивы с появлением крупных фолликулов изолировано на нижнем веке

гиперемия конъюнктивы с появлением крупных фолликулов изолировано на верхнем веке

гиперемия конъюнктивы с появлением фолликулов без инфильтрации конъюнктивы глаза

инфильтрация и васкуляризация верхнего сегмента роговицы

Трахома - 2 стадия:

незрелые фолликулы на конъюнктиве век с выраженной инфильтрацией конъюнктивы

наличие серых студенистых фолликулов на кон-ве век, с усилением паннуса в роговице

наличие плотных сосочков молочного цвета на кон-ве век в виде "бульжной мостовой"

преобладание на конъюнктиве множественных грубых звездчатых рубцов, деформирующих хрящи век

начинающийся распад фолликулов и замещение их грубой рубцовой соединительной тканью

Трахома - 3 стадия:

инфильтрация умеренная, фолликулов почти нет, множественные грубые рубцы, деформирующие хрящи век

уменьшение инъекции конъюнктивы, преобладание рубцовых изменений над числом фолликулов

умеренная инфильтрация конъюнктивы век, разрастания сосочков конъюнктивы, типа "бульжной мостовой"

инфильтрация умеренная, множество петехиальных кровоизлияний на конъюнктиве глаза и век

инфильтрация, гиперемия конъюнктивы с образованием множественных, трудно удалимых серых пленок

Трахома - 4 стадия:

инфильтрация конъюнктивы с наличием серых студенистых фолликулов конъюнктивы сводов и век

инфильтрация конъюнктивы молочного цвета с разрастанием фолликулов в виде "бульжной мостовой"

конъюнктивa имеет белесоватый цвет с множественными, "звездчатыми" рубцами слизистой оболочки

инфильтрации конъюнктивы нет, множественные фолликулы на конъюнктиве нижнего свода и век

наличие грубых рубцов, заворот век, трихиаз

Трахома дает следующие осложнения:

вторичная глаукома

трихиаз век

экзофтальм

ксероз роговицы

косоглазие

В процессе аккомодации хрусталик:

усиливает оптическую силу

смещает радужку кпереди

уменьшает переднюю кривизну

увеличивает заднюю кривизну

увеличивает переднюю кривизну

Изменение передней камеры при аккомодации:

не изменяется

исчезает

уменьшается

становится неравномерной

углубляется

При переводе взгляда с дальнего расстояния на близкое, в молодом возрасте, хрусталик:

усиливает свою рефракцию

становится шарообразным

смещается вверх

смещается внутрь

смещается вниз

Во время аккомодации:

зрачок суживается

зрачок расширяется

зрачок остается неподвижным

наступает миоз

наступает мидриаз

Определение рефракции субъективным методом:

подбор пробных очковых линз:

рефрактометрия

скиаскопия

офтальмометрия

циклоплегия

Определение рефракции объективными методами:

скиаскопия

офтальмоскопия

циклоплегия

рефрактометрия

офтальмометрия

Признаки скрытой гиперметропии:

улучшение зрения слабым положительным стеклом

отсутствие ухудшения зрения слабым положительным стеклом

отсутствие ухудшения зрения слабым отрицательным стеклом

острота зрения равна 1,5 без коррекции

ухудшение зрения слабым положительным стеклом

Визус, равный 0:

исключает наличие любой аметропии

свидетельствует об аметропии

не исключает наличие гиперметропии

не исключает скрытой гиперметропии

исключает миопию

При исследовании аномалий рефракции вначале исключают:

гиперметропию, приставляя слабую собирающую линзу

миопию, приставляя слабую рассеивающую линзу

наличие гиперметропического астигматизма собирающим цилиндром

наличие миопического астигматизма рассеивающим цилиндром
смешанный астигматизм сфероцилиндрическими линзами

Степень гиперметропии определяют:
данные авторефрактометрии
данные скиаскопии
самая сильная рассеивающая линза
самая сильная собирающая линза
средняя по силе собирающая линза

Степень миопии определяют:
самая слабая рассеивающая линза
самая сильная собирающая линза
данные рефрактометрии
данные скиаскопии
средняя по силе рассеивающая линза

Об эметропии свидетельствуют:
данные рефрактометрии
данные скиаскопии
улучшение зрения сильной рассеивающей линзой
улучшение зрения сильной собирающей линзой
ухудшение зрения слабой собирающей и слабой рассеивающей линзами

Подбор астигматических линз осуществляют при отсутствии эффекта от:
собирающих сферических линз
рассеивающих сферических линз
рассеивающих сфероцилиндрических линз
сферопризматических линз
торических линз

Дальнейшая точка ясного зрения это:
наиболее приближенная точка к глазу, отчетливо различимая при покое аккомодации
наиболее отдаленная от глаза точка, отчетливо различимая при напряжении аккомодации
показатель который не изменяется с возрастом
наиболее отдаленная от глаза точка, отчетливо различимая при покое аккомодации
любая точка пространства, четко различимая без учета аккомодации

Ближайшая точка ясного зрения это:
наиболее близкая к глазу точка, четко видимая при покое аккомодации
самая отдаленная от глаза точка, четко видимая при покое аккомодации
самая близкая к глазу точка, четко видимая при максимальном напряжении аккомодации
показатель аккомодации, который изменяется после 40 лет
любая точка пространства, отчетливо различимая без учета аккомодации

Длина аккомодации это:
величина, которая уменьшается с возрастом
расстояние от дальнейшей до ближайшей точки ясного зрения
расстояние от ближайшей точки ясного зрения до глаза
расстояние от дальнейшей точки ясного зрения до сетчатки
расстояние от ближайшей точки ясного зрения до сетчатки

Патогенетические факторы нейропаралитического кератита:
рост опухоли в области Гассерова узла
сифилитическое поражение

поражение тройничного нерва
увеиты
паралич первой ветви тройничного нерва

Помутнение роговицы является следствием:
паренхиматозного кератита
ожога роговицы 3 степени
метагерпетического кератита
ожога роговицы 1 степени
эрозии роговицы

Патология роговицы диагностируется исследованием:
в проходящем свете
фокальным освещением
биомикроскопией
боковым освещением
офтальмохромоскопией

Патогенетическое лечение герпетического кератита:
антибиотики широкого спектра действия
интерфероногены (полиакриламид, пирогенал)
кортикостероиды
интерферон, оксолиновая мазь, бонафтон, виролекс
средства, ускоряющие эпителизацию роговицы

Соматические проявления аденовирусного кератита:
поражение опорно-двигательного аппарата
потеря слуха
яркая гиперемия зева
высокая температура тела
эозинофилия

Какая зона вовлечена в патологический процесс при битемпоральной гемианопсии?
наружные коленчатые тела
турецкое седло
хиазма
правый зрительный тракт
левый зрительный тракт

Зона вероятной локализации патологического процесса при гомонимной гемианопсии:
зрительный тракт
хиазма
пучок Грациоле
наружное коленчатое тело
зрительный нерв

Для определения пассивной анатомической проходимости слезоотводящих путей у взрослых проводят:
канальцевую пробу
слезно-носовую пробу
рентгенографию слезоотводящих путей
диагностическое зондирование
промывание слезоотводящих путей

Причиной дакриоцистита новорожденных является:

хронический конъюнктивит
хронический блефарит
заворот и выворот нижнего века
врожденная атрезия нижнего конца носослезного канала
воспалительные заболевания слизистой носа

Показания к операции дакриоцисториностомии:
стриктура слезных канальцев, атрезия слезн. точек
дакриоцистит новорожденных
многократно рецидивирующий каналикулит
рецидивирующая флегмона слезного мешка
хронический дакриоцистит взрослых

Присасывающую способность слезных канальцев проверяют окрашиванием слезы
30%-ным раствором йодолипола
2%-ным раствором флюоресцина
2%-ным раствором нитрата серебра
3%-ным раствором колларгола
раствором перманганата калия 1:500

Причинами хронического дакриоцистита являются:
хронический конъюнктивит
заворот нижнего века
сужение носослезного канала
хронический ринит
острый конъюнктивит

Радикальным методом лечения дакриоцистита является:
зондирование слезных путей
промывание слезных путей
дакриоцисториностомия
экстирпация слезного мешка
инстилляцией 20% р-ра сульфацила натрия

Лечением флегмоны слезного мешка является:
промывание слезных путей
зондирование слезных путей
вскрытие слезного мешка
дакриоцисториностомия после стихания
воспалительных явлений

Самым тяжелым осложнением хронического дакриоцистита является:
лагофтальм
заворот нижнего века
выворот нижнего века
гнойная язва роговицы
симпатическая офтальмия

Дакриоцистит новорожденных необходимо дифференцировать с:
врожденным птозом
острым гнойным конъюнктивитом
гайморитом
хроническим блефаритом
эпикантусом

В клинику обратился больной с жалобами на слезотечение, гнойное отделяемое, отек век, правой половины лица, головную боль, общее недомогание, повышение температуры. Объективно: резкий отек век, глазная щель закрыта, отек распространяется на правую половину щеки, у внутреннего угла глаза пальпируется плотный инфильтрат. Ваш диагноз?

острый эпидемический конъюнктивит
абсцедирующий ячмень нижнего века
дакриoadенит
флегмона слезного мешка
аденофарингоконъюнктивальная лихорадка

Мужчина 45 лет обратился с жалобами на упорное слезотечение правого глаза. Два года назад попал в автокатастрофу. Объективно: справа рубцовый выворот нижнего века, искривление носовой перегородки, при промывании слезных путей жидкость выходит через верхнюю слезную точку. Причина этого?

выворот слезной точки
хронический дакриоцистит
выворот нижнего века
флегмона слезного мешка
стриктура слезных канальцев

У ребенка в первые дни жизни появилось слезотечение, слизисто-гнойное отделяемое из обоих глаз. При надавливании на область слезного мешка из нижней слезной точки выдавливается гной. Ваш диагноз?

конъюнктивит новорожденных
гонобленорея новорожденных
канакаликкулит
врожденный дакриоцистит
атрезия слезных канальцев

В клинику обратился больной с жалобами на слезотечение, гнойное отделяемое из глаза в течение 2 лет. Объективно: конъюктива нижнего века гиперемирована. При надавливании на область слезного мешка из нижней слезной точки выдавливается гной. Ваш диагноз?

хронический конъюнктивит
лагофтальм
хронический дакриоцистит
атрезия слезных точек
сужение слезных канальцев

У ребенка 6-ти месячного возраста после гриппа появился резкий отек и гиперемия век одного глаза. В верхне-наружном квадранте орбиты пальпируется инфильтрат. Глазное яблоко смещено книзу, ограничено в подвижности. Предушные регионарные лимфоузлы увеличены, лихорадочное состояние. Ваш диагноз?

абсцедирующий ячмень верхнего века
абсцесс верхнего века
отек Квинке
фарингоконъюнктивальная лихорадка
дакриoadенит

Для рентгенографии слезоотводящих путей, их заполняют следующим контрастным веществом:

колларголом
флюоресцеином
йодонатом
йодолиполом

нитратом серебра

Причиной дакриoadенита может стать следующее заболевание:

ячмень верхнего века
острый конъюнктивит
брюшной тиф
общие вирусные инфекции (ОРВИ, грипп)
эпидемический паротит

Стриктуры слезных точек и слезных канальцев развиваются вследствие:

хронических конъюнктивитов
блефароконъюнктивитов
лагофтальма
нарушений положения век
хронического дакриоцистита, дакриoadенита

К врожденным изменениям сосудистого тракта относятся:

аниридия
колобома радужки
поликория
корэктопия
иридодиализ

У больных с колобомой радужки основной жалобой является:

светобоязнь
слезотечение
изменение поля зрения
понижение зрения
диплопия

При поликории наблюдаются:

светобоязнь
гемералопия
диплопия
снижение остроты зрения
сужение границ поля зрения

Основным методом лечения больных с поликорией является:

назначение мидриатиков
назначение миотиков
пластика радужки
пересадка хрусталика
пересадка радужки

Аниридия это:

колобома радужки
дрожание радужки
отсутствие радужки
смещение зрачка
обесцвечивание радужки

Наиболее простыми способами лечения аниридии является:

назначение миотиков
косметические контактные линзы
пластика радужки

назначение темных очков
пересадка искусственной радужки

Основной метод лечения колобомы хориоидеи это:

назначение темных очков
косметические контактные линзы
ушивание дефекта
лечение не эффективно
лазеркоагуляция хориоидеи

Корэктопия это:

колобома радужки
несколько зрачков
смещение зрачка
отсутствие радужки
смещение хрусталика

Развитию вторичной глаукомы при иридоциклите препятствуют:

антиметаболиты
миотики
мидриатики
ферменты
витамины в больших дозах

Для хориодитов характерны жалобы на:

микropsии
макрopsisии
метаморфopsisии
фотopsisии
гемералопию

Осложнениями увеитов являются:

облачковидное помутнение роговицы
лентовидная дегенерация роговицы
катаракта
вторичная глаукома
отслойка сетчатки

Заболевания, являющиеся причинами гранулематозных увеитов:

туберкулез
бруцеллез
токсоплазмоз
коллагенозы
сифилис

Заболевания, являющиеся причинами негранулематозных увеитов:

туберкулез
сифилис
токсоплазмоз
грипп
болезнь Стилла

Для болезни Стилла характерна классическая триада:

дистрофия роговицы
увеит

катаракта
ретинит
неврит

Ведущими глазными симптомами болезни Рейтера являются:

фолликулярный конъюнктивит
увеит
нейроретинит
кератит
катаракта

К доброкачественным новообразованиям сосудистого тракта относятся:

меланома радужки
лейомиома радужки
нейрофиброма радужки
невринома радужки
меланома цилиарного тела

К злокачественным образованиям сосудистой оболочки относятся:

меланома радужки
меланома цилиарного тела
кисты увеального тракта
невринома радужки
лейомиома радужки

Для лечения иридоциклитов применяются:

мидриатики
миотики
антибиотики
гемостатики
кортикостероиды

Причиной синдрома Стилла является:

бруцеллез
токсоплазмоз
сифилис
ревматизм
заболевания крови

Причинами хориоретинита Йенсена являются:

бруцеллез
токсоплазмоз
ревматизм
туберкулез
сифилис

Причиной болезни Бехтерева может быть:

сифилис
гонорея
ревматизм
туберкулез
бруцеллез

Синдром Рейтера включает следующие изменения:

увеит

синовиит
анкилозирующий спондилоартрит
уретрит
миокардит

Синдром Бехчета включает следующие изменения:

иридоциклит
генитальный синдром
анкилозирующий спондилоартрит
афтозный стоматит
полиартрит

Болезнь Бехтерева включает следующие изменения:

увейт
анкилозирующий спондилоартрит
афтозный стоматит
полиартрит
уретро-генитальный синдром

Болезнь Стилла включает следующие изменения:

ревматоидный артрит
афтозный стоматит
поражение сердечно-сосудистой системы
урогенитальный синдром
увейт

К аномалиям развития хрусталика относятся:

микрокорнеа
микрофакия
макрофакия
лентиконус
колобома хрусталика

Для лечения аномальных развитий хрусталика применяют следующие методы:

очковая коррекция при остроте зрения выше 0,2
очковая коррекция при остроте зрения ниже 0,2
коррекция контактными линзами
экстракция прозрачного хрусталика
факоэмульсификация

Осложнениями при врожденной катаракте являются:

дисбинокулярная амблиопия
обскурационная амблиопия
косоглазие
вторичная глаукома
нистагм

Показаниями к ранней экстракции врожденной катаракты являются:

двустороннее помутнение хрусталиков
диффузная катаракта
задняя полярная катаракта
зонулярная катаракта
пленчатая катаракта

Экстракция врожденной катаракты показана при максимальной остроте зрения с коррекцией, равной:
0,3
0,2
0,1
0,08
0,05

При врожденных катарактах применяют следующие виды операций:
факоэмульсификация
интракапсулярная экстракция катаракты
экстракапсулярная экстракция катаракты
лазерная дисцизия пленчатой катаракты
лазерная дисцизия задней капсулы

Врожденную катаракту с низкой остротой зрения следует оперировать:
до 3-х месяцев
от 4 до 6 месяцев
от 6 до 12 месяцев
до 3-х лет
до 5-7 лет

Морганиева катаракта это:
врожденная катаракта
диабетическая катаракта
старческая зрелая катаракта
старческая перезрелая катаракта
вторичная катаракта

Коррекция афакии возможна следующими методами:
кератотомия
кератофакия
очковая коррекция
контактная коррекция
имплантация ИОЛ

Вторичную катаракту устраняют следующими методами:
факоэмульсификацией
удалением петель
операционной дисцизией
лазерной дисцизией
электрофорезом с ферментами

Кольцо Фоссиуса встречается при:
диабетической катаракте
Морганиевой катаракте
халькозе
сидерозе
контузии

Шары Адамюка-Эльшнига встречаются при:
диабетической катаракте
титанической катаракте
лучевой катаракте
после экстракапсулярной экстракции катаракты

нафталиновой катаракте

Для болезни Марфана характерны следующие изменения:

укорочение конечностей
удлинение конечностей
пороки сердца
увейт
подвывихи хрусталиков

Показаниями к имплантации ИОЛ являются:

диабетическая катаракта+ретинопатия
травматическая катаракта+отслойка сетчатки
отсутствие функций на другом глазу
высокая острота зрения на другом глазу
наличие артефакции на другом глазу

Противопоказаниями к имплантации ИОЛ являются:

диабетическая катаракта у больных с декомпенсацией сахарного диабета
рецидивирующий увеит
отсутствие функций на другом глазу
наличие афакии на другом глазу
далекозашедшая некомпенсированная глаукома

Зрачковый блок сопровождается следующими симптомами

повышением ВГД
тошнотой, рвотой
обтурацией зрачка воздухом
глубокой передней камерой
мелкой передней камерой

Для снятия зрачкового блока применяют следующие препараты:

кортикостероиды
миотики
мидриатики
антибиотики
мочегонные

Катаракта может развиваться при действии следующих химических факторов:

свинец
мышьяк
тринитротолуол
нафталин
нитрокрасители

Факоморфическая глаукома может развиваться при:

подвывихе хрусталика
вывихе хрусталика в переднюю камеру
незрелой катаракте
перезрелой катаракте
травме глаза

Факолитическая глаукома развивается при:

подвывихе хрусталика
вывихе хрусталика в переднюю камеру
незрелой катаракте

перезрелой катаракте
травме глаза

В основе построения полихроматических таблиц Рабкина лежит следующий принцип:

уравнение яркости и тона
уравнение яркости и насыщенности
уравнение тона и насыщенности
уравнение хроматических и ахроматичных тонов
разделение яркости и светлости

Острота зрения равна 1,0 если угол зрения равен:

30 сек
1 мин
30 мин
1 градус
1 сек

При угле зрения в 1 мин диаметр колбочек равен:

0,001 мм
0,002 мм
0,003 мм
0,004 мм
0,005 мм

При угле зрения в 30 сек диаметр колбочек равен:

0,001 мм
0,002 мм
0,003 мм
0,004 мм
0,005 мм

Физиологически центральное зрение зависит:

от величины рассматриваемого объекта
от расстояния до рассматриваемого объекта
от диаметра колбочек
от анатомической оси глаза
под каким углом зрения рассматривается предмет

Таблицы для определения остроты зрения рассчитаны для исследования с расстояния:

1 м
3 м
5 м
10 м
50 м

В таблицах для определения остроты зрения оптоотипы каждого ряда должны быть видны с определенного расстояния под углом зрения:

1 мин
1 градус
5 градусов
3 градуса
5 мин

В таблицах для определения зрения детали оптоотипов должны быть видны под углом в:

1 мин
1 градус
3 мин
1 секунду
5 мин

При остроте зрения 1,0 человек должен видеть 1-ый ряд таблиц с расстояния:

1 м
5 м
16 м
25 м
50 м

При остроте зрения равной 1,0 человек должен видеть 10-ый ряд таблицы с расстояния:

1 м
5 м
16 м
25 м
50 м

Минимальная острота зрения, равная свето ощущению обозначается:

0,005
счет пальцев у лица
1/бесконечн.р.л.certa
1/бесконечн.р.л.incerta
0 (ноль)

Абсолютная слепота обозначается:

движение пальцев у лица
счет пальцев у лица
1/бесконечн.р.л.certa
1/бесконечн.р.л.incerta
0 (ноль)

Функциями желтого пятна являются:

периферическое зрение
центральное зрение
светоощущение
цветоощущение
дневное зрение

Функциями палочкового аппарата являются:

сумеречное зрение
адаптация
периферическое зрение
цветоощущение
светоощущение

Если больной с 1 м читает оптотип 1 ряда, то острота зрения равна:

0,01
0,02
0,05
0,08
0,1

Водянка слезного мешка является следствием (осложнением):

- флегмонозного дакриоцистита
- врожденного дакриоцистита
- хронического дакриоцистита
- флегмоны слезного мешка
- дакриоаденита

Фистула слезного мешка является осложнением:

- воспаления слезного канальца
- хронического дакриоцистита
- флегмоны слезного мешка
- врожденного дакриоцистита
- стриктуры слезных канальцев

Выводные протоки слезной железы открываются:

- в нижнем своде
- в слезный мешок
- в верхнем своде
- в носовую полость
- в слезные канальцы

Мезодермальная часть ресничного тела состоит из:

- 5 слоев
- 2 слоев
- 4 слоев
- 6 слоев
- 3 слоев

Зрительный нерв, в краниальном отделе покрыт

- 1 оболочкой
- 2 оболочками
- 3 оболочками
- 4 оболочками
- 5 оболочками

Зрительный нерв, покидая орбиту, входит в:

- височную ямку
- крылонебную ямку
- заднюю черепную ямку
- переднюю черепную ямку
- среднюю черепную ямку

Зрительный нерв имеет:

- 2 оболочки
- 1 оболочку
- 3 оболочки
- 5 оболочек
- 4 оболочки

Зрительный нерв имеет следующие оболочки:

- мягкую
- паутинную
- сосудистую
- твердую
- сетчатую

Зрительный нерв состоит из:

- 2 частей
- 3 частей
- 5 частей
- 4 частей
- 6 частей

Хориоидея - это:

- венозный коллектор глаза
- поставщик веществ восстановления зрительного пурпура
- оболочка, кровоснабжающая сетчатку
- воспринимающая и проводящая среда
- энергетическая база сетчатки

Для весеннего катара характерно:

- выраженная инфильтрация конъюнктивы
- точечные геморрагии или массивные геморрагии
- молочного оттенка фолликулы конъюнктивы в виде "булыжной мостовой"
- инфильтрации конъюнктивы нет
- множественные розовые фолликулы в нижнем своде

Для птеригиума характерно:

- конъюнктивит склеры нарастает на роговицу с внутренней стороны
- инфильтрация роговицы в верхнем квадранте с вращением сосудов
- сращение конъюнктивы век с роговицей
- инфильтрация с разрастанием фолликул в/века в виде булыжной мостовой
- инфильтрация нижнего свода с разрастанием фолликул

К врожденной патологии век относится:

- мадароз, трихиаз
- анкилоблефарон
- блефарофимоз
- синблефарон
- колобома верхнего века

Для халязиона характерно:

- образование в толще хряща уплотнения
- выворот века
- укорочение век
- заворот века
- анкилоблефарон

Для ячменя характерно:

- наличие инфильтрата в толще века
- гиперемия всего века
- гиперемия слезного мясца
- гиперемия в области слезного мешка
- гиперемия века, в проекции слезной железы

Мейбомииит это:

- воспаление волосяного фолликула
- воспаление трубчатых желез конъюнктивы
- воспаление сальных желез хряща
- воспаление слезного мясца

воспаление слезной железы

Блефарит язвенный - это:

край века утолщен, с множественными сероватыми чешуйками между ресницами

край века утолщен, гиперемирован, с образованием кровоточащих язвочек между ресницами

край века утолщен, с инфильтративным опухолевидным образованием у основания волосяного фолликула

край века утолщен, гиперемирован, неравномерный

край века утолщен, с образованием нежных пленок в интермаргинальном пространстве

Воспалительные заболевания края век это:

блефарохлазис

лагофтальм

блефарит

эпикантус

птоз

К наиболее распространенным и тяжелым осложнениям патологии стекловидного тела относятся:

катаракта

нейроретинит

отслойка сетчатки

дегенерация сетчатки

хориоретинит

К паразитарным заболеваниям стекловидного тела относятся:

лямблиоз

зернистая деструкция стекловидного тела

нитчатая деструкция стекловидного тела

цистицерк

филяриоз

При остром приступе глаукомы показана операция:

криопексии цилиарного тела

иридэктомии

экстракции катаракты

кератотомии

витрэктомии

Оказание неотложной помощи при остром приступе глаукомы:

промывание конъюнктивальной полости

антигистаминные препараты внутрь

ингибиторы карбинангидразы

сосудорасширяющие средства

обезболивающие средства

Повышение вгд при врожденной глаукоме происходит вследствие:

гиперпродукции внутриглазной жидкости

нерассосавшихся мезодермальных тканей в углу передней камеры

дисгенеза шлемова канала

задних синехий

ангиоматоза радужной оболочки

Причинами вторичной глаукомы могут стать:

лентовидная дистрофия роговицы

наличие мезодермальной ткани в углу передней
камеры
рубеоз радужной
задние синехии

Больной был расстроен, ночью не спал. Утром появились сильные боли в правой половине головы и глаза, туман перед глазами, радужные круги. Объективно: застойная инъекция, роговица отечная, передняя камера мелкая, зрачок расширен. Пальпаторно вгд повышено. Ваш диагноз?

острый иридоциклит
острый кератит
острый приступ глаукомы
набухающая катаракта
хронический конъюнктивит

Для хориоидита характерны следующие симптомы:

боли в глазу
покраснение глаза
снижение зрения
очаговые изменения на глазном дне
отсутствие рефлекса с глазного дна

Лечение инфекционных хориоидитов:

консервативное, противовоспалительное
хирургическое, радикальное
десенсибилизирующее
с применением сосудорасширяющих средств
с применением ангиопротекторов

Диагноз хориоидита ставится на основании обнаружения на глазном дне:

стафиломы
желтовато-серых очагов с нечеткими границами
атрофии зрительного нерва
преретинальных кровоизлияний
микроаневризм

Диагноз хориоидита ставится с помощью:

офтальмоскопии
флюоресцентной ангиографии
эхобиометрии
методом транссклерального просвечивания
гониоскопии

Вторичная катаракта развивается вследствие:

ранения глаза
иридоциклита
экстракции катаракты
помутнения стекловидного тела
разрыва передней капсулы хрусталика

Позднее лечение врожденной катаракты приводит к развитию:

афакии
амблиопии
атрофии глазного яблока
астенопии

стробизма

Самым оптимальным и эффективным современным методом коррекции афакии является:

криокератопластика

артифакия

очковая коррекция

радиальная кератотомия

кератомилез

Больной 60 лет жалуется на понижение зрения в течение полугода. При осмотре: глаза спокойные, небольшое слезотечение. ВГД пальпаторно нормальное, роговица не изменена, передняя камера средней глубины. Реакция зрачка на свет живая, просвет зрачка "серого цвета". Рефлекса с глазного дна нет. Острота зрения - счет пальцев у лица. При промывании слезных путей - жидкость проходит в нос с трудом. Наиболее вероятный диагноз:

хронический дакриоцистит

хронический блефарит

старческая катаракта, дакриостеноз

первичная открытоугольная глаукома

хронический конъюнктивит, помутнение роговицы

У ребенка в возрасте 3 лет появились жалобы на отклонение правого глаза кнутри. Объективно: глаза спокойные, правый глаз отклонен кнутри. ВГД пальпаторно нормальное. Размер глазного яблока соответствует возрасту, цвет зрачка серый. Рефлекса с глазного дна нет. Диагноз:

врожденная катаракта

врожденная глаукома

ретинобластома

бельмо

амблиопия

Одной из причин появления кольца Кайзера-Фляйшнера является:

металлоз

гепатолиенальный синдром

проникающее ранение роговицы

контузия глаза

химический ожог глаз

При абсолютной слепоте острота зрения равна:

светощущению с неправильной проекцией

светощущению с правильной проекцией

0,005

нулю

движение руки у лица

1 группа инвалидности устанавливается у лиц с остротой зрения лучшего глаза, равной:

0,02 без коррекции

0,03 и меньше с коррекцией

0,05 без коррекции

0,08 - 0,1 с коррекцией

0,06 - 0,2 без коррекции

При слабовидении острота зрения равна:

светощущению

0,02 - 0,04

0,3 - 0,4

0,04 - 0,2

0 - 0,02

Точечную азбуку для слепых предложил:

Г. Снеллен

С. Головин

Б. Поляк

Л. Брайль

Р. Ландольт

В школах для слепых должны обучаться дети с остротой зрения:

0,04 и ниже

0,08 - 0,2

0,3 - 0,4

0,1 - 0,2

0,06- 0,1

В школах для слабовидящих должны обучаться дети с остротой зрения:

0,2 - 0,3 без коррекции

0,4 - 0,5 с коррекцией

0,02 - 0,1 без коррекции

0,04 - 0,2 с коррекцией

0,02 - 0,08 без коррекции

Основными симптомами воспалительной патологии глазницы являются:

изменение величины глазной щели

косоглазие

ограничение подвижности глазного яблока

лагофтальм

экзофтальм

Одним из проявлений воспалительного поражения глазницы является:

буфтальм

гидрофтальм

лагофтальм

экзофтальм

микрофтальм

К ионизирующей радиации наиболее чувствительна в глазу ткань:

конъюнктивы

кожи век

сетчатки

хрусталика

зрительного нерва

Наиболее характерными признаками синдрома верхней глазничной щели являются:

миоз

мидриаз

экзофтальм

полная офтальмоплегия

наружная офтальмоплегия

При отсутствии или слепоте одного глаза противопоказаны работы:

около движущихся объектов

в условиях теплового излучения

на транспорте
с большим мышечным напряжением
на высоте

Симуляция полной слепоты выявляется:
прямой офтальмоскопией
диафаноскопией
зрачковой реакцией на свет
исследованием ретиальной остроты зрения
ультразвуковым исследованием

Прирост преломляющей способности глаза при переводе взгляда из дальнейшей в ближайшую точку ясного зрения называется:

объемом аккомодации
длиной аккомодации
аккомодативной астенопией
абсолютной аккомодацией
относительной аккомодацией

Аккомодация каждого глаза отдельно называется:

относительной аккомодацией
положительной аккомодацией
отрицательной аккомодацией
абсолютной аккомодацией
клинической рефракцией

Относительной аккомодацией называется:

аккомодация каждого глаза в отдельности
использованная часть аккомодации
резервная часть аккомодации
аккомодация обоих глаз, независимо от конвергенции
аккомодация обоих глаз с учетом их конвергенции

Отрицательная часть относительного объема аккомодации это:

резервная часть аккомодации
использованная часть аккомодации
прирост преломления хрусталика при переводе взгляда из дальнейшей в ближайшую точку ясного зрения
прирост преломления хрусталика при переводе взгляда из ближайшей в дальнейшую точку ясного зрения
преломление хрусталика при покое аккомодации

Положительная часть относительного объема аккомодации это:

резервная часть аккомодации
использованная часть аккомодации
прирост преломления хрусталика при переводе взгляда из дальнейшей в ближайшую точку ясного зрения
прирост преломления хрусталика при переводе взгляда из ближайшей в дальнейшую точку ясного зрения
преломление хрусталика при покое аккомодации

Пресбиопия это возрастное:

приближение ближайшей точки ясного зрения
приближение дальнейшей точки ясного зрения
отдаление дальнейшей точки ясного зрения

отдаление ближайшей точки ясного зрения
исчезновение ближайшей точки ясного зрения

Пресбиопия развивается из-за:
инволютивного рассасывания ядра хрусталика
инволютивного размягчения ядра хрусталика
оводнения волокон хрусталика
отложения солей в волокнах хрусталика
уплотнения волокон, формирования ядра хрусталика

При аккомодации активно:
напрягаются связки хрусталика
расслабляется аккомодационная мышца
сокращается аккомодационная мышца
уменьшается преломление хрусталика
усиливается преломление хрусталика

При аккомодации пассивно:
расслабляются цинновые связки и увеличивается преломление хрусталика
расслабляется аккомодационная мышца и натягивается циннова связка
возрастает натяжение цинновой связки
уменьшается преломление хрусталика
уменьшается напряжение аккомодационной мышцы

При пресбиопии в 40 лет эметроп нуждается в дополнительной коррекции:
+ 1,0 диоптрия для дали
- 1,0 диоптрия для работы
+ 1,0 диоптрия для работы
+ 2,0 диоптрии для работы
в дополнительной коррекции не нуждается

Гиперметроп в 1,0 диоптрию в 40 лет нуждается в коррекции для работы:
4
+ 1,0 диоптрия
- 1,0 диоптрия
- 2,0 диоптрии
+ 2,0 диоптрии
в дополнительной коррекции не нуждается

Миоп в 3,0 диоптрии в 50 лет нуждается в коррекции:
для дали - 3,0 дптр, для работы - 1,0 дптр
для дали очки не нужны, для работы + 2,0 дптр
для дали - 1,0 дптр, для работы + 1,0 дптр
для дали очки не нужны, для работы - 1,0 дптр
для дали - 1,0 дптр, для работы очки не нужны

Миоп в 2,0 диоптрии в 50 лет нуждается в коррекции:
для дали - 2,0 дптр, для работы очки не нужны
для дали очки не нужны, для работы + 2,0 дптр
для дали очки не нужны, для работы + 1,0 дптр
для дали - 2,0 дптр, для работы - 1,0 дптр
для дали и для работы нужны очки - 2,0 дптр

Лечение аккомодативной астенопии заключается прежде всего в назначении:
прямой окклюзии

обратной окклюзии
оптимальной коррекции аметропии
диплоптического лечения
циклоплегии

Для диагностики спазма аккомодации прежде всего необходимо произвести:
микрозатуманивание
циклоплегию
определение девиации и установочного движения
ультразвуковое исследование
ортоклиностатическую пробу

Характерной жалобой больного с пигментной дегенерацией сетчатки является:
режущая боль в глазах
кратковременное затуманивание зрения
гемералопия
появление положительной центральной скотомы
появление кратковременной потери зрения

В основе пигментной дегенерации сетчатки лежит первичное поражение:
нейроэпителия
биполярных клеток
ганглионарных клеток
внутреннего ретикулярного слоя
наружного ретикулярного слоя

Для развитой стадии пигментной дистрофии сетчатки характерны следующие изменения поля зрения:
биназальная гемианопсия
секторообразное выпадение
кольцевидная скотома
парацентральная скотома
концентрическое сужение

Ретинобластома (глиома сетчатки) встречается у:
пожилых людей
подростков
новорожденных
детей 1-3 лет
женщин 20-35 лет

Методы исследования функционального состояния различных отделов сетчатки:
периметрия
офтальмометрия
кампиметрия
визометрия
метод флюоресцентной рентгенографии

У больного резко снизилось зрение, появилась "завеса" перед глазом, в анамнезе прогрессирующая миопия. Диагноз заболевания:
эмболия центральной артерии сетчатки
отслойка сетчатки
тромбоз центральной вены сетчатки
дистрофия сетчатки
метастатический ретинит

В дифференциальной диагностике неврита зрительного нерва и застойного соска диагностическими методами в совокупности являются:

ультразвуковое исследование
визометрия
офтальмоскопия
кампиметрия
скиаскопия

Скиаскопически у эмметропа в области диска зрительного нерва выявляется:

миопия 3,0 Д
гиперметропия 3,0 Д
эмметропия
астигматизм
аметропия 1,0 - 2,0 Д

В основе патогенеза застойного соска зрительного нерва лежит:

понижение внутриглазного давления
повышение внутричерепного давления
спазм аккомодации
нарушение оттока внутриглазной жидкости по эпинеуральным пространствам
венозный застой в системе верхней глазничной вены

Изменения глазного дна при общей гипотонии:

склеротические изменения сосудов
расширение и извитивость артерий
пигментные очаги
плазморрагические очаги
очаговые геморрагии

Изменения глазного дна при токсикозе беременности

экскавация зрительного нерва
гиперемия глазного дна
пролиферативные изменения на глазном дне
кровоизлияния в стекловидное тело
сужение артерий ДЗН, ватообразные очаги

Кардинальным симптомом хронического дакрио цистита является:

обильное гнойное отделяемое
упорное слезотечение
эктопия нижнего века
гнойное отделяемое из слезной точки при надавливании на область слезного мешка
неэффективность антибактериальной терапии

Механизмами повышения вгд при первичной открытоугольной глаукоме служат:

зрачковый блок
вымывание пигмента из зрачковой каймы
блок шлемова канала
блок угла передней камеры
склеротические изменения трабекулы

При закрытоугольной глаукоме повышается вгд вследствие:

наличия мезодермальной ткани в углу передней камеры
функционального блока шлемова канала
гиперсекреции внутриглазной жидкости

расширения зрачка

К аномалиям развития сетчатки относятся:

тапеторетинальная абиотрофия
ретинопатия
друзы сетчатки
колобома желтого пятна
обляция сетчатки

При расстройстве циркуляции крови в сетчатке вовлекаются в патологический процесс следующие сосуды:

передние цилиарные артерии
центральная артерия сетчатки
центральная вена сетчатки
мышечные артерии
задние короткие цилиарные артерии

Нормальная картина глазного дна предполагает:

центральное расположение сосудистого пучка
нечеткость границ ДЗН
бледно-розовое окрашивание ДЗН
интенсивно розовый цвет ДЗН
четкость границ зрительного нерва

Об отсутствии патологии картины глазного дна свидетельствуют следующие признаки:

зскавация сосудов
сосудистая воронка 0,5 PD
соотношение калибра сосудов А:V=1:2
соотношение калибра сосудов А:V=1:3
соотношение калибра сосудов А:V=2:3

Источниками питания хрусталика являются:

влага передней камеры
передние цилиарные артерии
влага задней камеры
внутриглазная жидкость
цилиарные артерии

Какие из функций зрительного анализатора являются наиболее древними?

предметное, форменное зрение
цветовое зрение
периферическое зрение
светощущение
глубинное зрение

Световая чувствительность глаза характеризуется:

яркостью
углом зрения
порогом раздражения
насыщенностью
порогом различения

Проба Кравкова-Пуркинье применяется для определения:

цветощущения
сумеречного зрения

функций периферического аппарата
светощущения
бинокулярного зрения

Адаптация - это:

способность глаза различать цвета
способность глаза видеть форму предмета
способность глаза видеть пространство
способность глаза к стереоскопическому восприятию пространства
изменение световой чувствительности глаза при изменении условий освещенности

Гемералопией называется:

расстройство цветового зрения
расстройство сумеречного зрения
нарушение периферических границ поля зрения
нарушение бинокулярного зрения
выпадение половины поля зрения

Верхняя косая мышца иннервируется нервом:

отводящим
блоковым
парасимпатическим
симпатическим
глазодвигательным

Чем иннервируется нижняя косая мышца?

глазодвигательным нервом
блоковым нервом
лицевым нервом
парасимпатическим нервом
симпатическим нервом

В повороте глазного яблока вверх участвуют:

верхняя косая мышца
нижняя косая мышца
леватор верхнего века
верхняя прямая мышца
нижняя прямая мышца

Поворачивает глазное яблоко вверх и кнаружи:

верхняя прямая мышца
верхняя косая мышца
нижняя прямая мышца
круговая мышца
нижняя косая мышца

Поворот глазного яблока вниз и кнутри осуществляет:

нижняя прямая мышца
верхняя косая мышца
верхняя прямая мышца
нижняя косая мышца
наружная прямая мышца

К отверстиям орбиты относятся:

круглое отверстие

остистое отверстие
шило-сосцевидное отверстие
нижнечелюстное отверстие
внутреннее слуховое отверстие

Клинической рефракцией новорожденного, как правило, является:

астигматизм
пресбиопия
миопия
эмметропия
гиперметропия

Различают следующие типы корригирующих линз:

торические
стационарные, персистирующие
призматические, сфероцилиндрические
сферические, цилиндрические,
изоэikonические, анизоконические

Для коррекции миопии применяются следующие стекла:

цилиндрические рассеивающие
сферические рассеивающие
сферические собирающие
цилиндрические собирающие
сфероцилиндрические

Для коррекции гиперметропии применяются следующие стекла:

цилиндрические рассеивающие
сферические рассеивающие
сферические собирающие
цилиндрические собирающие
сфероцилиндрические

Для коррекции простого гиперметропического астигматизма применяются линзы:

цилиндрические рассеивающие
сферические рассеивающие
сферические собирающие
цилиндрические собирающие
сфероцилиндрические

Для коррекции простого миопического астигматизма применяются линзы:

цилиндрические рассеивающие
сферические рассеивающие
сферические собирающие
цилиндрические собирающие
сфероцилиндрические

Сложный миопический астигматизм корригируется:

рассеивающими сферическими линзами
рассеивающими цилиндрическими линзами
рассеивающими сфероцилиндрическими линзами
собирающими сфероцилиндрическими линзами
собирающими цилиндрическими линзами

Сложный гиперметропический астигматизм корригируется:

рассеивающими сферическими линзами
рассеивающими сфероцилиндрическими линзами
собирающими сфероцилиндрическими линзами
собирающими цилиндрическими линзами
сферопризматическими линзами

Смешанный астигматизм корригируется:

сферическими линзами
цилиндрическими линзами
сферопризматическими линзами
собирающими линзами
сфероцилиндрическими линзами

Цилиндрическое стекло преломляет:

в одном меридиане
в меридиане перпендикулярном обозначенному
во всех меридианах
в 2-х меридианах
в 4-х меридианах

Ось цилиндрического стекла устанавливается:

по шкале ТАВО
по вертикали
по горизонтали
по косому меридиану
в сагиттальной плоскости

Сила преломления очковой линзы определяется:

кератографией
рефрактометрией
офтальмометрией
методом нейтрализации
на диоптриметре

Способность глаза фокусировать на сетчатке изображение рассматриваемого предмета, независимо от расстояния до него, называется:

амблиопией
пресбиопией
аккомодацией
девиацией
астенопией

В акте аккомодации активным компонентом является:

усиление преломления хрусталика
усиление конвергенции
сокращение аккомодационной мышцы
сокращение расстояния до рассматриваемого предмета
изменение натяжения цинновых связок

При аккомодации пассивно изменяется сила:

натяжения цинновых связок и преломления хрусталика
сокращения аккомодационной мышцы
преломления роговицы и хрусталика
преломления роговицы
конвергенции

При аккомодации хрусталик:
не смещается
провисает вниз
смещается вверх
смещается внутрь
смещается кнаружи

При аккомодации зрачок:
суживается
расширяется
остаётся неподвижным
попеременно, то суживается, то расширяется
становится овальным

Протаномалия - это:
аномальное восприятие красного цвета
отсутствие восприятия красного цвета
аномальная трихромазия
дихромазия
восприятие окружающего мира, равномерно окрашенным в красный цвет

Дейтераномалия - это:
видение окружающего мира в зеленом цвете
аномальная трихромазия
дихромазия
аномальное восприятие зеленой части спектра
отсутствие восприятия желтого и зеленого цветов

Тританомалия - это:
аномальная трихромазия
дихромазия
полное выпадение восприятия синей части спектра
неполное восприятие голубого и синего цветов
неравномерное окрашивание окружающего мира при токсическом воздействии отравляющих веществ

Протанопия - это:
выпадение восприятия красного цвета
расстройство восприятия красного цвета
монохромазия
дихромазия
аномальная трихромазия

Дейтеранопия - это:
расстройство восприятия зеленого цвета
полное выпадение зеленой части спектра
дихромазия
монохромазия
выпадение второго компонента цветоощущения

Тританопия - это:
выпадение третьего компонента цветоощущения
выпадение первого компонента цветоощущения
дихромазия с выпадением синей части спектра

аномальное восприятие второго компонента
окрашивание окружающего мира в результате токсического воздействия отравляющих веществ

Зрительный анализатор состоит из:

- 4 частей
- 3 частей
- 6 частей
- 5 частей
- 2 частей

Центральная зона сетчатки состоит:

- из биполярных клеток
- из мультиполярных клеток
- из клеток нейроэпителлия
- из колбочек
- из палочек

Нижняя косая мышца начинаются от:

- сухожильного кольца
- верхней стенки орбиты
- нижней стенки орбиты
- костного блока
- внутренней стенки орбиты

В движении век принимают участие:

- леватор
- тройничный нерв
- круговая мышца
- лицевой нерв
- глазодвигательный нерв

При аккомодации хрусталик:

- не изменяет свою форму
- увеличивает переднюю кривизну
- уменьшает переднюю кривизну
- увеличивает заднюю кривизну
- увеличивает обе кривизны равномерно

474

Punctum Remotum это:

2

- наиболее приближенная точка к глазу, отчетливо различимая при покое аккомодации
- наиболее отдаленная от глаза точка, отчетливо различимая при покое аккомодации
- наиболее приближенная точка к глазу, отчетливо различимая при максимальн.напряжении аккомодации
- наиболее отдаленная от глаза точка, отчетливо различимая при максимальн.напряжении аккомодации
- любая точка пространства, четко различимая без учета аккомодации

475

Punctum Proximum это:

3

- наиболее близкая к глазу точка, которая четко видна при покое аккомодации
- самая отдаленная от глаза точка, которая четко видна при покое аккомодации

самая близкая к глазу точка, которая четко видна при максим. напряжении аккомодации
самая дальняя от глаза точка, которая четко видна при максим. напряжении аккомодации
любая точка пространства, отчетливо различимая без учета аккомодации

Эктодермальная часть ресничного тела состоит из:
многослойного плоского эпителия
пигментного и беспигментного эпителия
стекловидной мембраны Бруха
бурой пластинки
ретикулярного и сетчатого слоев

Сосуды, проходящие через верхнюю глазничную щель:
верхняя глазничная вена
верхняя глазничная артерия
a oftalmica
вортикозная вена
задние длинные цилиарные артерии

Через верхнюю глазничную щель проходит:
7 пара черепно мозговых нервов
12 пара черепно мозговых нервов
3 пара черепно мозговых нервов
1 пара черепно мозговых нервов
2 пара черепно мозговых нервов

Двигательную иннервацию внутренняя прямая мышца получает за счет:
7 пары черепно мозговых нервов
5 пары черепно мозговых нервов
4 пары черепно мозговых нервов
3 пары черепно-мозговых нервов
6 пары черепно мозговых нервов

Если предметы воспринимаются под углом зрения в 30 секунд, то острота зрения равна:
0,1
0,3
0,5
1,0
2,0

Если предметы воспринимаются под углом зрения в 1 минуту, то острота зрения равна:
0,1
0,3
0,5
1,0
2,0

Формулу для определения остроты зрения с предложил:
Сивцев
Ландольт
Снеллен
Ломоносов
Головин

Таблицу для определения остроты зрения предложили:
Ломоносов, Гельмгольц

Юнг, Одинцов
Снеллен, Аветисов
Сивцев, Головин
Рабкин, Дондерс

Если больной видит оптотип 1 ряда таблицы с расстояния 3 м, то острота зрения равна:

0,01
0,03
0,06
0,08
0,1

Если острота зрения равна 0,001, то больной считает пальцы с расстояния:

50 см
30 см
1 м
5 см
10 см

Если у больного нет предметного зрения и сохраняется световосприятие только с одной стороны, то острота зрения обозначается следующим образом:

0,001
движение руки у лица
1/бесконечность pr.l.certa
1/бесконечность pr.l.incerta
0 (ноль)

Аккомодативная астигматизм, спазм аккомодации, ранняя пресбиопия, хронические блефароконъюнктивиты, амблиопия, сходящееся косоглазие являются осложнениями:

миопии
эмметропии
пресбиопии
сложного миопического астигматизма
гиперметропии

Миопия слабой степени включает миопию:

в 2,25 диоптрии
в 2,0 диоптрии
в 3,25 диоптрии
в 3,0 диоптрии
до 5,0 диоптрий

Миопия средней степени включает миопию:

от 1 до 3 диоптрий
от 1 до 2 диоптрий
от 2 до 5 диоптрий
от 2 до 6 диоптрий
от 3 до 6 диоптрий

Миопией высокой степени является миопия:

более 5 диоптрий
более 6 диоптрий
более 8 диоптрий
более 10 диоптрий
более 12 диоптрий

При миопии возможно развитие:
сходящегося косоглазия, амблиопии
мышечной астенопии, расходящегося косоглазия
аккомодативной астенопии
спазма аккомодации
хронического блефарита

Растяжение заднего сегмента глаза характерно для:
миопии средней степени
гиперметропии средней степени
гиперметропии высокой степени
миопии слабой степени
миопии высокой степени

В медикаментозном лечении нуждаются пациенты с:
гиперметропическим астигматизмом высокой степени
смешанным астигматизмом высокой степени
гиперметропией высокой степени
ранней пресбиопией
миопией высокой степени

Показаниями к хирургической коррекции близорукости является наличие:
астенопических жалоб
высокой ее степени
стационарного течения миопии
слабой и средней ее степени
прогрессирования миопического процесса

Показаниями к склеропластике при миопии являются:
астенопические жалобы
грубые миопические изменения глазного дна
быстрое прогрессирование миопии
высокая степень близорукости
низкая острота зрения, непереносимая коррекция

Двигательная иннервация верхней косой мышцы осуществляется:
3 парой черепно мозговых нервов
5 парой черепно мозговых нервов
6 парой черепно мозговых нервов
8 парой черепно мозговых нервов
4 парой черепно мозговых нервов

Двигательная иннервация нижней прямой мышцы осуществляется:
6 парой черепно мозговых нервов
7 парой черепно мозговых нервов
8 парой черепно мозговых нервов
3 парой черепно мозговых нервов
4 парой черепно мозговых нервов

Двигательная иннервация верхней косой мышцы осуществляется:
глазодвигательным нервом
тройничным нервом
отводящим нервом
лицевым и симпатическим нервами

блоковым нервом

Мышца, поднимающая верхнее веко, двигательную иннервацию получает от:

глазодвигательного нерва

3 пары черепно мозговых нервов

7 пары черепно мозговых нервов

6 пары черепномозговых нервов

лицевого нерва

Мейбомиевы железы располагаются:

в слезном мясе

в верхнем своде

в нижнем своде

в толще хрящей век

в складке конъюнктивы у внутреннего угла глаза

Слезная железа подразделяется на орбитальную и пальпебральную части:

сухожилием мышцы поднимающей верхнее веко

теноновой капсулой

тарзоорбитальной фасцией

сухожилием круговой мышцы глаза

мышцей Риолана

Общая длина зрительного нерва взрослого человека составляет:

45-55 мм

35-40 мм

55-65 мм

20-25 мм

25-30 мм

Длина орбитальной части зрительного нерва:

55 мм

45 мм

35 мм

25 мм

65 мм

При действии длинных волн возникает возбуждение:

II компонента слабо

I компонента сильно

I компонента слабо

III компонента сильно

III компонента слабо

При действии средних волн возникает возбуждение:

I компонента сильно

I компонента слабо

II компонента слабо

II компонента сильно

III компонент слабо

При действии коротких волн возникает возбуждение:

I компонента слабо

I компонента сильно

II компонента слабо

II компонента сильно
III компонента сильно

Полное выпадение I компонента называется:

тританопия
тританомалия
дейтеранопия
дейтераномалия
протанопия

Нарушение восприятия I компонента называется:

протанопия
протаномалия
дейтеранопия
дейтераномалия
тританопия

Ослабленное восприятие II компонента называется:

протанопия
протаномалия
дейтеранопия
дейтераномалия
тританопия

Выпадение одного компонента цветового зрения называется:

аномальной трихромазией
ахромазией
монохромазией
дихромазией
трихромазией

Выпадение двух компонентов называется:

аномальной трихромазией
ахромазией
монохромазией
дихромазией
трихромазией

Отсутствие цветного зрения называется:

аномальной трихромазией
ахромазией
монохромазией
дихромазией
трихромазией

Скиаскопически в области диска при застойном соске у эмметропа выявляется:

гиперметропия 7,0 Д
гиперметропия 2,0 Д
миопия 5,0Д
миопия 3,0 Д
эмметропия

При папиллите у эмметропа на диске зрительного нерва выявляется:

гиперметропия 2,0 Д
гиперметропия 7,0 Д

миопия 3,0 Д
миопия 5,0 Д
эмметропия

Для застойного соска зрительного нерва характерно:
резкое полнокровие и расширение сосудов
увеличение слепого пятна
появление метаморфозий
резкое снижение зрения
высокие функции

Двигательная иннервация внутренней прямой мышцы осуществляется:
отводящим нервом
глазодвигательным нервом
3 парой черепно-мозговых нервов
6 парой черепно-мозговых нервов

Мышца Риолана проходит:
вокруг протоков мейбомиевых желез
вокруг слезных канальцев и слезного мешка
между выводными протоками слезной железы
между корнями ресниц
вокруг потовых желез в толще век

Слеза орошает:
переднюю и заднюю камеры глаза
своды век
роговицу
конъюнктиву
хрусталик, стекловидное тело

Круговая мышца века делится на следующие части:
нижнюю и верхнюю
внеорбитальную и глазную
орбитальную и пальпебральную
носослезную и канальцевую
орбитальную и неорбитальную

Передне-задний размер хрусталика:
6 мм
10 мм
2 мм
3,5 мм
7,5 мм

Слезно-носовой канал открывается:
под нижней носовой раковиной
под верхней носовой раковиной
в нижний носовой ход
в верхний носовой ход
в средний носовой ход

Аномалоскоп применяется для выявления:
аномалий развития различных структур глаза
аномалий поля зрения

аномалий развития бинокулярного зрения
расстройств цветоощущения
аномальной световой чувствительности глаза

Адаптомтр применяется при исследовании:
сумеречной остроты зрения
поля зрения
расстройств бинокулярного зрения
нарушения цветоощущения
световой чувствительности глаза

Кампиметр применяется для определения:
центральных дефектов поля зрения
периферического зрения
слепого пятна
размеров физиологической скотомы
световой чувствительности

Лечение прогрессирующей миопии заключается в:
назначении очковой коррекции
назначении контактной коррекции
операции радиальной кератотомии
операции кератомилеза
операции склеропластики

Проведение микрохирургических операций на роговооболочке (кератотомия, кератомилез и др.) являются:
способом коррекции миопической рефракции
способом консервативного лечения миопии
способом профилактики прогрессирования миопии
подготовкой к очковой коррекции зрения
подготовкой к склеропластической операции

Для высокой близорукости характерны:
расширение сосудов
исчезновение фовеолярного рефлекса
исчезновение макулярного рефлекса
неравномерность калибра сосудов
сужение сосудов сетчатки

Для высокой миопии на глазном дне характерны:
гиперемия общего фона глазного дна
конус и стафиломы вокруг ДЗН
побледнение общего фона глазного дна
наличие плазморрагических очагов в макуле
наличие ишемических очагов на периферии

При высокой миопии вероятно появление:
преципитатов на эндотелии роговицы
плавающих помутнений в стекловидном теле
осложненной катаракты
вялотекущего увеита
дистрофии Фукса

Исход кровоизлияния на сетчатке при высокой близорукости называется:

кольцо Фоссиуса
пято Фукса
феномен Тиндаля
феномен Саксона
"вишневая косточка"

Передние цилиарные артерии - конечные ветви:
задних длинных цилиарных артерий
задних коротких цилиарных артерий
мышечных артерий
центральной артерии сетчатки
передних решетчатых артерий

Внутриглазные мышцы это:
аккомодационная мышца
косые и прямые мышцы глаза
сфинктер
цилиарная мышца
дилататор

Мышца поднимающая верхнее веко начинается:
от вершины орбиты
от сухожильного кольца
от внутренней стенки орбиты
от зрительного канала
от костного шипа-блока

Двигательная иннервация круговой мышцы век осуществляется:
3 парой черепно мозговых нервов
отводящим нервом
7 парой черепно мозговых нервов
лицевым нервом
глазодвигательным нервом

Верхняя глазничная щель соединяет орбиту:
со средней черепной ямкой
с крылонебной ямкой
с височной ямкой
с задней черепной ямкой
с решетчатой паухой

Нижняя глазничная щель соединяет орбиту:
с передней черепной ямкой
с фронтальной пазухой
с крылонебной ямкой
с решетчатой пазухой
со средней черепной ямкой

Лагофтальм наблюдается при:
синдроме Горнера
синдроме верхней глазничной щели
поражении лицевого нерва
поражении глазодвигательного нерва
парезе леватора

Блефарофимоз это:

дефект края века
сращение век
выворот нижнего века
укорочение и сужение глазной щели
полулунная кожная складка у внутренних углов глазной щели

У здорового человека при обследовании обнаружена скотома. Ее характеристика:

положительная
отрицательная
абсолютная
относительная
физиологическая

Больной жалуется на появившийся дефект в ползрения, через который отсутствует зрительное восприятие. Это:

положительная скотома
отрицательная скотома
абсолютная
врожденная
физиологическая

Больной жалуется на дефект в поле зрения через которое частично сохраняется предметное зрение. Это:

положительная скотома
отрицательная скотома
абсолютная скотома
относительная скотома
физиологическая скотома

Больной не жалуется на дефект в поле зрения, который выявляется только инструментально, через него не сохраняется предметное восприятие. Это:

положительная скотома
отрицательная скотома
абсолютная скотома
относительная скотома
физиологическая скотома

Скотома Бьерума - это:

кольцевидная скотома
слепое пятно в норме
ангиоскотома
физиологическая скотома
дугообразная скотома при глаукоме

Профилактикой прогрессирования миопии служат:

минимальная очковая коррекция
минимальная контактная коррекция
проведение операции кератомилеза и кератотомии
проведение склеропластической операции
соблюдение правил гигиены зрения

Собирающая линза обозначается:

concave
cylinder

spherisch
convex
spherocylinder

Рассеивающая оптическая линза обозначается:

cylinder
spherisch
concave
convex
spherocylinder

В рецепте на очки, кроме вида и силы очкового стекла, необходимо указать:

форму очкового стекла
модель оправы
цвет оправы
межзрачковое расстояние
вид крепления стекол

Информативным методом исследования роговицы является:

эхобиометрия
биомикроскопия
пахиметрия
компьютерная томография
диафаноскопия

Капли, купирующие острый приступ глаукомы:

р-р сульфацила натрия 30%
р-р сульфата атропина 1%
р-р пилокарпина 1%
р-р левомецетина 0,25%
р-р рибофлавина 0,02%

Новые антиглаукоматозные средства фирмы "Алкон"

Тобрекс
Фотил
Лекролин
Макситроль
Витасик

Для открытоугольной глаукомы характерно наличие:

перикорнеальной, смешанной инъекции
симптома "кобры"
застойной инъекции
конъюнктивальной инъекции
конъюнктивита

Для приступа закрытоугольной глаукомы характерно наличие:

Перикорнеальной, смешанной инъекции
симптома "кобры"
застойной инъекции
конъюнктивальной инъекции
симптома "Медузы Горгоны"

Кардинальным симптомом первичной глаукомы является:

нормальное внутриглазное давление

циклитическая болезненность
экзофтальм
повышенное внутриглазное давление
увеличение размеров глазного яблока

Симптомами врожденной и юношеской глаукомы являются:
нормальный уровень внутриглазного давления
циклитическая болезненность
экзофтальм
повышенное внутриглазное давление
увеличение размеров глазного яблока

Характерные жалобы у больных с открытоугольной глаукомой
наличие "радужных кругов" вокруг источника света
периодическое затуманивание зрения
чувство инородного тела в глазу
тяжесть в надбровных дугах
отсутствие типичных жалоб

Характерными жалобами больных с закрытоугольной формой глаукомы являются:
наличие "радужных кругов" вокруг источника света
периодическое затуманивание зрения
чувство инородного тела в глазу
тяжесть в надбровных дугах
отсутствие типичных жалоб

В кровоснабжении радужной оболочки и цилиарного тела принимают участие:
задние короткие цилиарные артерии
задние длинные цилиарные артерии
центральная артерия сетчатки
передние цилиарные артерии
большой круг кровообращения радужной

Кровоснабжение хориоидеи осуществляется за счет:
передних цилиарных артерий
задних длинных цилиарных артерий
задних коротких цилиарных артерий
центральной артерии сетчатки
магистральной глазничной артерией

Функциями цилиарного тела являются:
расширение зрачка
продукция внутриглазной жидкости
отток внутриглазной жидкости
продукция слезы
аккомодация

Сужение зрачка осуществляется:
цилиарной мышцей
сфинктером
леватором
дилататором
мышцей Риолана

Жалобами больных при начальной катаракте являются:

покраснение глаза
летающие мушки перед глазом
светобоязнь
понижение зрения вдаль
улучшение зрения вблизи

О зрелости катаракты свидетельствует острота зрения, равная:
светощущению с правильной проекцией
нулю
0,1 и ниже с максимальной коррекцией
0,05-0,01 без коррекции
движению руки у лица

Показанием к хирургическому лечению катаракты служит снижение остроты зрения до:
светощущения
нуля
0,03-0,1 с максимальной коррекцией
движение руки у лица
0,3-0,5 без коррекции

При расхождении костей орбиты кнаружи возникает:
энофтальм
экзофтальм
вывих глазного яблока
экзофория
эксциклофория

При смещении костных отломков внутрь орбиты появляется:
экзофтальм
энофтальм
скрытое косоглазие
мнимое косоглазие
паралич аккомодации

В первые сутки после разрыва зрительного нерва в задних его отделах:
на глазном дне изменения минимальные
по всему глазному дну очаги кровоизлияний
диск зрительного нерва отечен
артерии и вены расширены
кровоизлияние в области диска зрительного нерва

Орбитальная эмфизема возникает при повреждении:
клиновидной пазухи
решетчатой пазухи
бумажной пластинки
лобной пазухи
гайморовой пазухи

Слезные каналы часто повреждаются при отрыве:
наружного отдела нижнего века
наружного отдела верхнего века
внутреннего отдела нижнего века
мышцы, поднимающей верхнее веко
обоих век у наружного угла

Кровоизлияние в переднюю камеру называется:

- гипопион
- гематома
- гифема
- гемофтальм
- гемосидероз

Симптомами вывиха хрусталика в стекловидное тело при контузиях являются:

- гифема
- углубление передней камеры
- иридодиализ
- грыжа стекловидного тела
- иридодонез

Кровоизлияние в стекловидное тело называется:

- гифема
- гемофтальм
- гематома
- гипопион
- гемангиома

Монокулярное двоение характерно для:

- вывиха хрусталика в переднюю камеру
- подвывиха хрусталика
- вывиха хрусталика в стекловидное тело
- вывиха хрусталика под конъюнктиву
- иридодиализа

Кольцом Фоссиуса называется:

- кольцевидное помутнение задней капсулы хрусталика
- отложение окислов железа на роговице в области лимба
- кольцевидное помутнение передней капсулы хрусталика
- отложение окислов железа в передних слоях хрусталика
- изменение цвета радужки

Рефракция это:

- аномалия развития глаза
- фракция лекарственного препарата
- заболевание глаза
- преломление лучей в оптической системе
- патология сетчатки

Диоптрия это:

- единица измерения преломляющей системы
- единица измерения остроты зрения
- фокусное расстояние преломления линзы
- фокусное расстояние преломления хрусталика
- фокусное расстояние преломления глаза

За одну диоптрию принято преломление линзы:

- с фокусным расстоянием 10 м
- с фокусным расстоянием 10 см
- без фокуса
- соответствующей преломлению хрусталика
- с фокусным расстоянием 1 м

Клиническая рефракция характеризуется:
преломлением роговицы и хрусталика
положением главного фокуса относительно сетчатки
преломлением хрусталика
преломлением стекловидного тела и хрусталика
положением главной плоскости в оптической системе глаза

Клиническая рефракция глаза зависит от:
положения главного фокуса
длины аккомодации
объема аккомодации
размера анатомической оси глаза
возраста

Сочетание в одном глазу различных видов рефракции или различных степеней одного вида рефракции называется:
анизойконией
анизометропией
астигматизмом
анизокорией
корэктопией

Сочетание в двух глазах различных видов рефракции или различных степеней одного вида рефракции называется:
анизойконией
анизометропией
астигматизмом
анизокорией
корэктопией

Ксероз роговицы это:
новообразование
воспаление
высыхание
ожог
расплавление

Воспаление роговицы называется:
кератоиридоциклит
кератомалация
кератит
кератопатия
кератоконус

Лечение кератоконуса:
физиотерапевтическое
рассасывающее
противомикробное
хирургическое
иммунодепрессивное

В начальных стадиях кератоконуса в лечебных целях можно использовать:
мягкую контактную коррекцию
препараты, улучшающие трофику роговицы

сквозную кератопластику
послойную кератопластику
жесткую контактную коррекцию

При хирургическом лечении кератоконуса выполняется следующая операция, в зависимости от стадии процесса:

кератомилеза
кератофакии
тоннельной кератопластики
сквозной кератопластики
послойной кератопластики

Методами исследования состояния сетчатки являются:

флюоресцентная ангиография
биомикроскопия
циклоскопия
офтальмоскопия
рефрактометрия

Жалобы, характерные для патологии периферии сетчатки:

фотопсии
концентрическое сужение поля зрения
гемианопсии
наличие преципитатов на передней поверхности хрусталика

Жалобы, характерные для патологии макулы сетчатки:

фотопсии
микropsии
центральная положительная скотома
центральная отрицательная скотома
периферическая абсолютная скотома

При эмболии ЦАС наблюдается:

внезапная полная потеря зрения
нарушение периферического зрения
нарушение сумеречного зрения
постепенное снижение зрения
внезапно развившаяся диплопия

Патогномоничными симптомами при гипертоническом ангиосклерозе являются:

симптом Гвиста
симптом "медной" проволоки
симптом "Салюса-Гунна"
симптом "голубых склер"
симптом "серебряной" проволоки

Симптомами гипертонической ангиопатии сетчатки:

симптом Гвиста
симптом "Гунна-Салюса"
симптом "медной и серебряной" проволоки
микрорровоизлияния в сетчатку
преретинально кровоизлияние

Жалобы больного, позволяющие заподозрить отслойку сетчатки:

появление темной пелены перед глазом
внезапные сильные боли
внезапная полная потеря зрения
резкое снижение зрения
фотопсии в анамнезе

Участок зрительного пути, доступный офтальмоскопии:
внутриглазной
ретробульбарный
внутричерепной
канальцевый
хиазмальный

Изменения в поле зрения, наблюдаемые при застойном соске:
гемианопсия
концентрическое сужение
увеличение слепого пятна
секторообразная скотома
кольцевидная скотома

Клиника неосложненного застойного соска:
краевая экскавация сосудов
стушеванность границ и увеличение размеров ДЗН
побледнение диска с носовой стороны
побледнение диска с височной стороны
кровоизлияния на диске зрительного нерва

Методы исследования размеров слепого пятна
офтальмометрия
тонометрия
периметрия
кампиметрия
рефрактометрия

Изменения органа зрения, свидетельствующие о гипертонической болезни:
кровоизлияния в стекловидное тело
увеопатия
макулодистрофия Фукса
очаги гемо- и плазморрагий
ангиосклероз сетчатки

Феномен "серебряной проволоки" и симптомы Салюса-Гунна свидетельствуют о:
гипертонической ангиопатии
заднем увеите
сахарном диабете
гипертоническом ангиосклерозе
почечной ангиопатии

Причиной помутнения сетчатки при контузиях служит:
кровоизлияние в сетчатку
гипотония глаза
поражение межуточного вещества сетчатки
ишемия в хориокапиллярном слое хориоидеи
глазная гипертензия

При вывихе хрусталика в стекловидное тело, острота зрения улучшается при приставлении к глазу:

рассеивающей линзы в 10-12 диоптрий
цилиндрической линзы в 10-12 диоптрий
собирающей линзы в 10-12 диоптрий
рассеивающей контактной линзы в 10-12 диоптрий
рассеивающей линзы в 18-20 диоптрий

Нерассосавшаяся кровь в стекловидном теле впоследствии может привести:

невриту зрительного нерва
хориоретиниту
к отслойке сетчатки
иридоциклиту
пигментному перерождению сетчатки

Достоверным признаком проникающего ранения роговицы является:

гифема
гипотония
изменение формы зрачка
отверстие в радужке
слезотечение, светобоязнь

Для определения цветового зрения применяют:

кампиметр
пигментные таблицы профессора Рабкина
пробу Кравкова-Пуркинье
адаптометр
аномалоскоп

Центральную скотому можно обнаружить на:

кампиметре
периметре
офтальмометре
аномалоскопе
адаптометре

Для определения центрального зрения применяют:

кампиметр
таблицы Ниддена
таблицу Сивцева
аномалоскоп
ретиноскоп

Концентрическое сужение поля зрения характерно для:

заболеваний роговицы
заболеваний хрусталика
заболеваний сетчатки и зрительного нерва
заболеваний стекловидного тела
атеросклероза сосудов головного мозга

Гемиянопии свидетельствуют о:

заболеваниях сетчатки
заболеваниях хориоидеи
заболеваниях головного мозга
заболеваниях зрительного нерва

заболеваниях стекловидного тела

Цистицерк попадает в глазное яблоко:

при травмах глазного яблока
при воспалении сосудистой оболочки
при хирургических вмешательствах на глазу
заносится током крови из желудка
во время внутриутробного развития

Определить уровень вгд можно следующим методом:

кампиметрии, периметрии,
тонометрии,
визометрии, ультразвуковой биометрии
контрольным способом
гониоскопии, тонографии

Толерантное внутриглазное давление в ранних стадиях глаукомы лучше определять:

визометрическим методом
периметрическим методом
кампиметрическим методом
нагрузочными и разгрузочными пробами
гониоскопией и тонографией

Толерантное внутриглазное давление в далекозашедшей стадии можно определить:

визометрическим методом
периметрическим методом
кампиметрическим методом
нагрузочными и разгрузочными пробами
гониоскопией и тонографией

Толерантное внутриглазное давление при остаточных функциях глаза можно определить только:

визометрическим методом
периметрическим методом
кампиметрическим методом
нагрузочными и разгрузочными пробами
гониоскопией и тонографией

Определить коэффициент легкости оттока можно:

методом пальпации
тонографии
методом гоноскопии
периметрии
биомикроскопии

Для первичной открытоугольной глаукомы характерны следующие изменения переднего отрезка глаза:

диффузная дистрофия радужной оболочки
секторальные очаги дистрофии радужной
расширение зрачка
облысение радужной
изменение глубины передней камеры

Для первичной закрытоугольной глаукомы характерны следующие изменения переднего отрезка глаза:

диффузная дистрофия радужной оболочки глаза
секторальные очаги дистрофии радужной
сужение зрачка
углубление передней камеры
мелкая передняя камера

При развитой стадии первичной глаукомы характерно:
нормальное поле зрения
сужение поля зрения до 15 градусов от точки фиксации
сужение поля зрения с носовой стороны до 50 градусов
сужение поля зрения с носовой стороны более чем на 10-15 градусов
парацентральная дугообразная скотома Бьеррума

Для иридоциклита характерна инъекция:
конъюнктивальная
перикорнеальная
застойная
смешанная
симптом "кобры"

Для иридоциклита характерно:
расширение зрачка
сужение зрачка
отсутствие пигментной каймы зрачка
эктопия зрачка
неправильная его форма

В результате иридоциклита могут развиваться:
передние синехии
задние синехии
плоскостные синехии
гоиосинехии
сращение и заращение зрачка

Характерными признаками иридоциклита являются:
повышение вгд
циклитическая болезненность
гипотония
офтальмоплегия
экзофтальм

Причины приобретенной старческой катаракты
нарушение обмена веществ
бактериальная инфекция
частые иридоциклиты
склероз ядра хрусталика
общий атеросклероз

Объективные изменения, характерные для зрелой катаракты:
инъекция глазного яблока
иридоденез
отсутствие розового рефлекса с глазного дна
передняя камера мелкая
отсутствие предметного зрения

Исследование в проходящем свете при начальной катаракте обнаруживает:
плавающие помутнения
на фоне яркого зрачка помутнения в виде “наездников”
отсутствие рефлекса с глазного дна
реакция зрачка на свет отсутствует
сохранение розового рефлекса с глазного дна

Заболевания организма, способствующие образованию катаракты:
гипертоническая болезнь
сахарный диабет
заболевания паращитовидной железы
коронарная болезнь сердца
пернициозная анемия

Разрыв радужки у ее основания называется:
мидриаз
корэктопия
иридодиализ
аниридия
поликория

Отрыв зрительного нерва сопровождается:
нарушением цветового зрения
значительным снижением зрения
односторонней слепотой
концентрическим сужением поля зрения
двусторонней слепотой

Для отслойки сетчатки характерны:
слезотечение, светобоязнь
сильные боли в глазу
снижение остроты зрения, выпадение поля зрения
нарушение цветового и сумеречного зрения
появление радужных кругов перед глазами

Для отслойки сетчатки характерны:
слезотечение, светобоязнь
сильные боли в глазу
снижение остроты зрения, выпадение поля зрения
нарушение цветового и сумеречного зрения
появление радужных кругов перед глазами

При разрыве сфинктера зрачка развивается:
миоз
иридодиализ
мидриаз
иридодонез
корэктопия

Причиной помутнения сетчатки при контузиях служит:
окклюзия артерий сетчатки
окклюзия вен сетчатки
поражение межуточного вещества сетчатки
расстройство кровообращения в хориоидее
спазм сосудов сетчатки

При тотальном гемофтальме:

- рефлекс с глазного дна появляется при движениях глазного яблока
- рефлекс с глазного дна желто-зеленый
- рефлекс с глазного дна отсутствует
- рефлекс с глазного дна черный
- рефлекс с глазного дна непостоянный

Для проникающих ранений склеры характерны:

- мелкая передняя камера
- кровь в передней камере
- углубленная передняя камера
- гипотония
- гемофтальм

При подозрении на проникающее ранение глаза в первую очередь очень важно исключить:

- отрыв зрительного нерва
- гифему, гемофтальм
- внутриглазное инородное тело
- врожденную патологию глаза
- сосудистые нарушения

Для исключения внутриглазного инородного тела обязательно производят следующие исследования:

- офтальмоскопию
- УЗИ-исследование
- биомикроскопию
- контроль остроты зрения
- рентгенографию орбиты

Хориоидея состоит из:

- 5 слоев
- 4 слоев
- 3 слоев
- 2 слоев
- 6 слоев

Слоями хориоидеи являются:

- внутренний сетчатый
- наружный сетчатый
- хориокапиллярный
- крупных сосудов
- стекловидная пластинка

К слоям хориоидеи относятся:

- пигментный
- наружный зернистый
- стекловидная мембрана Бруха
- средних и мелких сосудов
- бурая пластинка

Функциями хориоидеи являются:

- выработка внутриглазной жидкости
- кровоснабжение сетчатки
- гуморальная защита

энергетическая
восстановления зрительного пурпура

При травмах глазного яблока изменениями стекловидного тела являются:

ретролентальная фиброплазия
отслойка стекловидного тела
частичный и полный гемофтальм
зернистая деструкция стекловидного тела
сморщивание стекловидного тела

Изменения глазного дна, свидетельствующие о глаукоме:

отек и ступенчатость границ ДЗН
сужение артерий, вен
экскавация диска зрительного нерва 0,6
краевая экскавация ДЗН
экскавация диска зрительного нерва 0.3

Изменения глазного дна, характерные для глаукомы:

артерии сужены, вены расширены
артерии и вены расширены
сдвиг сосудистого пучка в височную сторону
сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону
сосудистый пучок в центре

Тонометрическое внутриглазное давление при глаукоме, свидетельствующее о компенсации процесса равно:

42 мм рт.ст.
8-12 мм рт.ст.
9-22 мм рт.ст.
19 мм рт.ст.
25 мм рт.ст.

Тонометрическое давление, свидетельствующее о субкомпенсации глаукомного процесса:

9-22 мм рт.ст.
22-29 мм рт.ст.
28-32 мм рт.ст.
29-33 мм рт.ст.
29-31 мм рт.ст.

Тонометрические показатели, свидетельствующие об отсутствии компенсации ВГД:

26-27 мм рт.ст.
выше 28 мм рт.ст.
выше 32 мм рт.ст.
выше 35 мм рт.ст.
выше 25 мм рт.ст.

О декомпенсированном течении глаукомы свидетельствует следующий уровень ВГД:

38 мм рт.ст.
62 мм рт.ст.
59 мм рт.ст.
35 мм рт.ст.
33 мм рт.ст.

При остром ириоциклите типичным является:

слизисто-гнойное отделяемое

изменение цвета радужной оболочки
стушеванность рисунка радужной
отсутствие отделяемого
конъюнктивальная инъекция

Инстиллянии, назначаемые для лечения острого иридоциклита:

пилокарпин 1%
сульфат атропина 1%
пирогенал 1:100 МПД
дексаметазона 0,1%
наклоф, индоцит 0,1%

Общее лечение тяжелого иридоциклита (увеита)

антибиотики в/мышечно, внутрь, в/венно
сосудорасширяющие средства
химиостероидная смесь в/венно
хирургическое лечение
ферменты, ангиопротекторы

Изменение роговицы при иридоциклите:

глубокий инфильтрат
поверхностное помутнение
ваккуляризация роговицы
эрозия
преципитаты

В клиническом течении старческой катаракты различают следующие стадии ее развития:

незрелая
далекозашедшая
перезрелая
терминальная
почти абсолютная

Стадиями течения старческой катаракты являются:

начальная
неполная
начинающаяся
зрелая
развитая

Стадиями клинического течения осложненной катаракты являются:

начальная
неполная
полная
набухающая
абсолютная

Консервативное лечение катаракты проводится:

в начальных стадиях
в запущенной стадии
в любой стадии
бесполезно применять в любой стадии
бесполезно применять в запущенной стадии

Для консервативного лечения катаракты применяют следующие препараты:

сульфаниламидные, антобактериальные
неспецифические противовоспалительные
витаминовые
кортикостероидные
рассасывающие средства

Лечение катаракты:
только консервативное
только хирургическое
только лазерное
раннее хирургическое
консервативное и хирургическое, в зависимости от стадии

Показания к оперативному лечению катаракты:
жалобы на отсутствие бинокулярного зрения
жалобы на невозможность чтения с оптимальной коррекцией
понижение сумеречного зрения
невозможность выполнять профессиональную работу
невозможность чтения без очковой коррекции

Методы хирургического лечения зрелой катаракты:
рассасывающая терапия
экстракапсулярная экстракция катаракты
интракапсулярная экстракция катаракты
физиолечение
факоэмульсификация

Для локализации металлического внутриглазного инородного тела применяются следующие методы:

рентгенографию по Фогту
рентгенографию по Сорокину-Фунштейну
1-мерное УЗИ-исследование
2-мерное УЗИ-исследование
рентгенографию орбиты в двух проекциях с накладками Балтина

Локализовать внутриглазное инородное тело можно следующими методами диагностики:
компьютерной томографией
ядерным магнитным резонансом
диафаноскопией
офтальмометрией
эхобиометрией

Одним из основных признаков ретробульбарного кровоизлияния является:

энофтальм
лагофтальм
гемофтальм
экзофтальм
гидрофтальм

Для диагностики мелких неметаллических инородных тел в переднем отделе глаза применяют:

метод Комберга-Балтина
гониоскопию
бесскелетную рентгенографию по Фогту
УЗИ-исследование

биомикроскопию

Инородное тело в углу передней камеры диагностируют с помощью:

щелевой лампы
гониолинзы
гониоскопа
циклоскопа
прямого офтальмоскопа

Тяжелыми гнойными осложнениями проникающих ранений глаза являются:

металлозы
гнойная язва роговицы
эндофтальмит
панофтальмит
симпатическая офтальмия

Лечением эндофтальмита является назначение:

общих антибактериальных средств
энуклеации
эвисцерации
введения антибиотиков в стекловидное тело
химиостероидной смеси внутривенно

При бесперспективности консервативных методов лечения эндофтальмита больному производится:

парацентез роговицы
энуклеация
эвисцерация
экзентерация
задняя трепанация

В случае отсутствия эффекта от проводимого антибактериального лечения, при панофтальмите рекомендуется производить:

энуклеацию
эвисцерацию
глубокую орбитотомию
экстирпацию
экзентерацию орбиты

По данным рентгенологического исследования инородное тело определяется в заднем отделе глаза, в пограничной зоне. Нужно определить: где находится инородное тело: в глазу или за глазом? В таких случаях наиболее надежно сочетание следующих методов:

рентгенологического метода и биомикроскопии
офтальмоскопии и биомикроскопии
диафаноскопии и прямой офтальмоскопии
рентгенологического и ультразвукового
визометрии и обратной офтальмоскопии

В тех случаях, когда железные осколки по какой-либо причине не удалены из глаза, развивается тяжелое осложнение:

латиноз
меркуриализм
сидероз
халькоз
хромотоксикоз

Достоверный признак подвывиха хрусталика:

кровь в передней камере
гемофтальм
грыжа стекловидного тела в передней камере
гипопион
гипотония

При эндофтальмите в проходящем свете с глазного дна отмечается:

розовый рефлекс
световой рефлекс
рефлекс отсутствует
желто-зеленый рефлекс
красный рефлекс

При эндофтальмите введение антибактериальных средств производится:

под конъюнктиву
парабульбарно
внутривенно
эндолюмбально
эндовитреально

Наиболее часто хрусталик повреждается при:

механическом повреждении век
тупых травмах склеры
проникающих ранениях роговицы
тяжелых контузиях глазного яблока
частичном разрыве теневой капсулы

Для дифференциальной диагностики металлического и неметаллического инородного тела в углу передней камеры глаза наиболее достоверным является проведение:

гониоскопии
биомикроскопии
магнитной пробы
диафаноскопии
УЗИ-исследования

Первая помощь при химических ожогах роговицы:

бинокулярная повязка
первичная хирургическая обработка
закапывание атропина
закладывание стероидных мазей
обильное промывание

Во время тяжелого ожога роговицы щелочами развиваются:

эрозия роговицы
коагуляционный некроз
васкуляризация роговицы
колликвационный некроз
помутнение роговицы

Тактика врача при проникающем ранении роговицы:

введение противостолбнячной сыворотки, антибиотика
срочная первичная хирургическая обработка
назначение обезболивающих препаратов

отсроченная первичная хирургическая обработка
введение кортикостероидов

Слепота при первичной глаукоме наступает от:
атрофии зрительного нерва
помутнения роговицы
экскавации диска зрительного нерва
нарушения кровообращения в центральных сосудах сетчатки
развивающейся вследствие высокого ВГД, дистрофии желтого пятна сетчатки

Уровень ВГД, характерный для буфтальма:

27 мм рт.ст.
38 мм рт.ст.
59 мм рт.ст.
62 мм рт.ст.
25-28 мм рт.ст.

При отсутствии компенсации вгд у больного с открытоугольной глаукомой показаны на первых порах:

лазерная иридэктомия
хирургическая иридэктомия
медикаментозное лечение
препараты тимололового ряда
витаминотерапия

При отсутствии компенсации ВГД от тимолола, больному с открытоугольной глаукомой, необходимо назначить:

лазерную трабекулопластику
лазерную иридэктомию
лазерную дисцизию
хирургическую иридэктомию
хирургическую синусотрабекулоэктомию

Предпочтение лазерным методам лечения глаукомы отдается при следующем уровне ВГД:

пониженном
умеренно повышенном
нормальном
высоком
очень высоком

Лазерные методы лечения глаукомы противопоказаны при следующем уровне ВГД:

пониженном
умеренно повышенном
нормальном
высоком
очень высоком

Операцией выбора при закрытоугольной глаукоме является:

хирургическая иридэктомия
лазерная иридэктомия
синусотрабекулоэктомию
лазерная трабекулопластика
гониотомия и гониопунктура

Операцией выбора при открытоугольной глаукоме является:

хирургическая иридэктомия
лазерная иридэктомия
синусотрабекулоэктомия
лазерная трабекулопластика
гониотомия и гониопунктура

Операцией выбора при врожденной и юношеской глаукоме является:

хирургическая иридэктомия
лазерная иридэктомия
синусотрабекулоэктомия
лазерная трабекулопластика
гониотомия и гониопунктура

Универсальным методом хирургического лечения первичной глаукомы является:

иридэктомия
синусотрабекулоэктомия
гониопунктура и гониотомия
иридоциклоретракция
ириденклейзис

Причинами острого иридоциклита неповрежденного глаза могут стать:

нарушение циркуляции внутриглазной жидкости
экзогенные инфекционные факторы
нарушение обменных процессов
эндогенные воспалительные факторы
наследственные факторы

Для медикаментозного лечения открытоугольной формы глаукомы применяются инстилляции:

атропина 1%
дексаметазон 0,1%
бета-блокаторы (тимолол, оптимол 0,25%)
интерферон
фотил-форте

Для общесоматического лечения глаукомы применяются:

анаболические гормоны, кортикостероиды
поливитаминные препараты
рассасывающие и десенсибилизирующие средства
сосудорасширяющие средства
биостимуляторы

Больной обратился в клинику с жалобами на сильные боли в правом глазу, снижение зрения. За несколько дней до этого были катаральные явления и субфебрильная температура. Объективно: смешанная инъекция, зрачок узкий, радужная оболочка изменена в цвете по сравнению с другим глазом. Отмечается болезненность глаза при пальпации. Ваш вероятный диагноз?

острый приступ глаукомы
острый иридоциклит
набухающая катаракта
передний увеит
язвенный кератит

Больной обратился с жалобами на понижение зрения в левом глазу, тупые боли, покраснение глаза. В анамнезе туберкулез легких. При осмотре: умеренная перикорнеальная инъекция,

сальные преципитаты на задней поверхности роговицы, грубые задние синехии, помутнение стекловидного тела. Ваш вероятный диагноз?

закростоугольная глаукома

задний увеит

панувеит

передний увеит

меланобластома

Методы хирургического лечения катаракты - это:

экстракция через плоскую часть цилиарного тела

задняя трепанация

эвисцерация

лазерная и хирургическая дисцизия

реклинация

Рефракция глаза после экстракции катаракты:

гиперметропия высокой степени

миопия высокой степени

пресбиопия

эмметропия

миопия слабой степени

При афакии выписываются очки на постоянное ношение:

- 10,ОД

+ 10,ОД

+ 1,ОД

+ 3,ОД

+ 20.0 Д

Состояние глаза после экстракции катаракты:

афакия

анизоеккония

анизометропия

артифакия

анизокория

Признаки афакии:

мелкая передняя камера

глубокая передняя камера

артифакия

иридодиализ

иридодонез

При биомикроскопии в глазу обнаружено кольцо Фоссиуса. Возможными последствиями этого могут стать:

атрофия зрительного нерва

отслойка сетчатки

помутнение хрусталика

развитие металлоза

помутнение роговицы

Во время игры ребенок получил проникающее ранение склеры инъекционной иглой. Через 2 дня травмированный глаз ослеп. Вероятные причины:

отслойка сетчатки

эмболия центральной артерии сетчатки

эндофтальмит
катаракта
вывих хрусталика в стекловидное тело

Изменения век, указывающие на повреждение околоносовых пазух:
симтом "очков"
кровоизлияние со стороны носа
воздух в передней камере
подкожная эмфизема век
повреждение слезных канальцев

Симпатическая офтальмия означает:
повреждение симпатических шейных ганглиев
новообразование симпатических нервных волокон
вялотекущее воспаление сосудистой оболочки неповрежденного глаза
острое гнойное воспаление обоих глаз при ранении
метастатический эндофтальмит

Самым частым и типичным признаком халькоза глаз является:
внутрикожное отложение холестерина(ксантелазм
кольцо Кайзера-Фляйшнера на роговице
помутнение хрусталика в виде подсолнуха
симптом "медной проволоки"
кольцо Фоссиуса на передней поверхности хрусталика

Наиболее патогномичным симптомом сидероза глаза является:
зеленовато-коричневый ободок на периферии роговицы
отложение пигмента в конъюнктиве вокруг лимба
отложение оранжево-желтых пятен под капсулой хрусталика
симптом "серебряной" проволоки
arcus senilis роговицы

Профилактика слепоты от симпатического воспаления:
удаление симпатических шейных ганглиев
тотальная витрэктомия
нестероидные противовоспалительные препараты
своевременная энуклеация травмированного глаза
применение антибиотиков и кортикостероидов

К тяжелым исходам ожогов глаз относятся:
неправильный рост ресниц
деформация ресничного края век
заворот века, стриктура слезных точек
симблефарон
ваккуляризованные бельма роговицы

Наиболее радикальным методом лечения тотального гемофтальма является:
введение антибиотиков в стекловидное тело
введение викасола в стекловидное тело
витрэктомия
промывание передней камеры антикоагулянтами
ретробульбарные инъекции ферментов

Исходом ожогов глаз, ведущим к слепоте является:
blepharitis

trichiasis
leucoma
madarosis
ectropion

Больной на протяжении нескольких часов в ветреную погоду выполнял электросварочные работы. Вечером у него появились светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, гиперемия конъюнктивы обоих глаз. Вероятным заболеванием может быть:
бактериальный конъюнктивит
внутренний ячмень век
аллергический конъюнктивит
электрофтальмия
метастатическая офтальмия

Первичная болевая терминальная глаукома является показанием к:
криопексии цилиарного тела
иридэктомии
энуклеации глазного яблока
алкоголизации цилиарного узла
витрэктомии

Первичная болевая терминальная глаукома является показанием к:
иглорефлексотерапии
рентгенолучевой терапии
синусотрабекулоэктомии
лазерной иридэктомии
эвисцерации

Оказание неотложной помощи при остром приступе глаукомы включает в себя следующие мероприятия:
применение миотиков в инстилляциях
антигистаминные препараты внутрь
ингибиторы карбоангидразы
сосудорасширяющие средства
общие обезболивающие средства

Эффективными средствами в купировании острого приступа глаукомы могут оказаться:
ненаркотические и наркотические анальгетики
аутогемотерапия
горячие ножные ванны
фуросемид, триамтерен
гирудотерапия

Хориоидит характеризуют следующие изменения:
боли и покраснение глаза
снижение зрительных функций
светобоязнь и слизистое отделяемое
очаговые изменения на глазном дне
отсутствие рефлекса с глазного дна

В лечении инфекционных хориоидитов приоритетным является назначение:
биостимуляторов
противовирусных препаратов
кортикостероидных гормонов
антибактериальных препаратов

витаминотерапии

В лечении неинфекционных хориоидитов приоритетным является назначение:

ангиопротекторов
антибактериальных и противовирусных средств
неспецифических противовоспалительных средств
сосудорасширяющих препаратов
витаминотерапии

Диагноз хориоидита ставится на основании изменений на глазном дне:

стафиломы
желтовато-серых очагов с нечеткими границами
пигментированных очагов с четкими границами
преретинальных кровоизлияний
микроаневризм

Диагноз хориоидита ставится с помощью:

прямой офтальмоскопии
измерения вгд
эхографии и гониоскопии
непрямой офтальмоскопии
флюоресцентной ангиографии

Вторичная катаракта развивается вследствие:

ранения глаза
иридоциклита
экстракции катаракты
разрастания эпителия из остатков капсулы
разрыва передней капсулы хрусталика

718

Позднее лечение врожденной катаракты приводит к:

амблиопии
атрофии глазного яблока
отслойке сетчатки
изменению цвета радужной оболочки

К современным методам коррекции афакии относятся:

эпикератопластика
искусственный хрусталик
контактная коррекция
тоннельная кератопластика
кератофакия

Причиной появления кольца Фоссиуса является:

металлоз
гепато-лиенальный синдром
проникающее ранение роговицы
контузия глаза
химический ожог глаз

Основными симптомами поражения глазницы являются:

эмфизема век
паралитическое косоглазие
ограничение подвижности глазного яблока

лагофтальм
экзофтальм

Изменения глаза при повреждении глазницы:

буфтальм
гидрофтальм
энофтальм
экзофтальм
нистагм

В первую очередь при воздействии ионизирующей радиации повреждается:

конъюнктивa
кожа век
сетчатка
хрусталик
зрительный нерв

Признаками синдрома верхней глазной щели являются:

энофтальм
лагофтальм
экзофтальм
полная офтальмоплегия
сочетание внутренней и наружной офтальмоплегии

Хориодея относительно плотно соединена со склерой:

в экваториальной зоне, в месте прободения сосудов
в области лимба и склеральной шпоры
в области выхода зрительного нерва
в области проекции желтого пятна
плотных креплений со склерой не имеет

Радужка выполняет функцию:

энергетическую
диафрагмы
регуляции просвета зрачка
аккомодационную и рефракционную
секреторную

При остром приступе глаукомы роговица:

прозрачная
отечная
на задней поверхности имеются преципитаты
вазкуляризована
не изменена

Неотложная помощь при остром приступе глаукомы исключает следующие мероприятия:

расширение зрачка мидриатиками
инъекции кортикостероидов
прием внутрь таблеток ацетазоламида
тепловые процедуры
УВЧ на область болящего глаза

При остром приступе глаукомы противопоказаны:

парабульбарные инъекции 0,1% раствора атропина
инъекции 0,1% раствора гидрокортизона

инстилляций 1% раствора пилокарпина
инстилляций раствора карбохолина
местное применение холодных примочек

Состояние гидродинамики глаза определяется:

гониоскопией
кампиметрией
тонографией
эхобиомикроскопией
тонометрией

При остром приступе глаукомы наиболее эффективным методом хирургического лечения является:

трабекулоэктомия с базальной иридэктомией
простая иридэктомия
энуклеация глазного яблока
глубокая склерэктомия
задняя трепанация склеры

Для открытоугольной глаукомы характерны:

бессимптомное течение заболевания
отсутствие пигментной каймы зрачка
помутнение стекловидного тела
дистрофия радужной оболочки
нормальной глубины передняя камера

Лечение токсоплазмозного увеита:

антибиотики широкого спектра действия
хлоридин, дараприм по схеме
специфические сульфаниламидные препараты
современные противовирусные средства
фолиевая кислота

Для сифилитического хориоидита патогномичным являются:

большие очаги серовато-желтого цвета
мелкие черные и белые очаги "соль с перцем"
мелкие розовато-желтые очаги
плазморрагии и геморрагии
микроаневризмы

Для туберкулезного иридоциклита характерны:

крупные сальные преципитаты
желтовато-розовые папулы по зрачковому краю
гифема
мелкие серого цвета преципитаты
вазуляризованное помутнение роговицы

Воспаление переднего отрезка сосудистого тракта носит название:

ирита
иридоциклита
циклита
переднего увеита
заднего увеита

Характерные изменения радужной оболочки встречаются при следующих заболеваниях:

открытоугольной глаукоме
иридоциклите
хориоидите
закрытоугольной глаукоме
врожденной глаукоме

Лечение факолитической глаукомы сводится к:
назначению миотиков
синусотрабекулоэктомии
экстракции катаракты
дисцизии задней капсулы
назначению бета-блокаторов

Лечение факорморфической глаукомы сводится к:
экстракции катаракты
назначению мидриатиков
назначению миотиков
иридэктомии и трабекулоэктомии
назначению бета-блокаторов

Факотопическая глаукома развивается при:
подвывихе хрусталика
проникающем ранении хрусталика
отсутствии хрусталика
вывихе хрусталика в переднюю камеру
вывихе хрусталика в стекловидное тело

К факогенной вторичной глаукоме относится повышение ВГД вследствие:
хирургического удаления хрусталика
травматической дислокации хрусталика
врожденного лентиконуса
врожденного недоразвития хрусталика
врожденного помутнения хрусталика

Методы коррекции афакии:
послойная кератопластика
искусственный хрусталик
очки + 10,0 Д
контактная линза
радиальная кератотомия

Вторичная катаракта устраняется следующим образом:
экстракцией пленчатой катаракты катаракты:
имплантацией искусственного хрусталика
эпикератофакией
хирургической капсулотомией
иаг-лазерной капсулотомией

Витриотомия это:
насечки на роговице
рассечение передней капсулы хрусталика
удаление шварт стекловидного тела
рассечение шлемова канала
введение лекарственных препаратов эндовитреально

В клинику обратился больной с жалобами на плавающие мушки перед одним глазом. В анамнезе контузия глазного яблока. При обследовании в проходящем свете: плавающие хлопьевидные помутнения. Ваш диагноз?

нитчатая деструкция стекловидного тела
зернистая деструкция стекловидного тела
полный гемофтальм
частичный гемофтальм
возрастная катаракта

Больной получил травму глаза. При осмотре: глаз раздражен, передняя камера глубокая, в области зрачка определяется грыжа стекловидного тела. Приставление к глазу линзы +10,0 Д улучшает зрение. Ваш диагноз?

проникающее ранение склеры
подвывих хрусталика
проникающее ранение роговицы
вывих хрусталика в стекловидное тело
контузионная заднекапсулярная катаракта

При тотальном и субтотальном гемофтальме наблюдается снижение остроты зрения до:
светощущения с правильной проекцией света
светощущения с неправильной проекцией света
светощущения без проекции света
абсолютного нуля
счета пальцев у лица

Разрыв цинновых связок в одном секторе приводит к:

вывиху хрусталика
смещению зрачка в сторону разрыва
подвывиху хрусталика
иридодиализу в противоположной стороне
спазму аккомодации

При смещении хрусталика в переднюю камеру развивается:

факолитическая глаукома
факоморфическая глаукома
факотопическая глаукома
факогенная глаукома
контузионная катаракта

Постконтузионный иридодиализ это:

расслоение пигментного слоя радужки
надрыв зрачкового края
отрыв радужки от корня
полный паралич сфинктера зрачка
диффузия крови через радужку

Наступающее при контузии глаза расстройство аккомодации, возникает вследствие:

пареза дилатора зрачка
надрыва зрачкового края
пареза ресничной мышцы
развившегося мидриаза
контузионного миоза

Симптомами повреждения зрительного нерва являются:

гомимная гемианопсия

гетеронимная гемианопсия
односторонняя слепота
двусторонняя слепота
центральная скотома на одном глазу

Больной получил тупую травму глаза. Обратился с жалобами на снижение зрения. При осмотре выявлено: передний отрезок без особенностей, острота зрения 0,0. Офтальмоскопия глазного дна выявила вуалеподобную пленку серого цвета, которая колыхается при движениях глаза. Поле зрения сужено в нижне-внутреннем квадранте. Диагноз, дополнительные симптомы?

частичный гемофтальм
отслойка цилиарного тела
разрыв сетчатки
отслойка сетчатки
отслойка сосудистой

При контузиях глазного яблока отслойка сетчатки чаще возникает на глазах с:
высокой гиперметропией, микрофтальмом
высокой анизометропией, гидрофтальмом
высокой близорукостью, афакией
астигматизмом, аниридией
катарактой, колобомой радужки

Отслойка сетчатки при контузиях непременно сопровождается:
отслойкой хориоидеи
Берлиновским помутнением
разрывом сетчатки
преретинальным кровоизлиянием
отслойкой стекловидного тела

При травматической отслойке сетчатки больные жалуются на:
боли в глазу, светобоязнь
боли в глазу, снижение зрения
сужение поля зрения, боли в глазу
снижение зрения, выпадение в поле зрения
нарушение цветового и сумеречного зрения

О сотрясении сетчатки свидетельствует появление на ней:
кольца Фоссиуса
Берлиновского помутнения
пятна Фукса
экссудативного ретинита Коатса
кольца Кайзера-Фляйшнера

Для химического ожога III степени характерными изменениями роговицы являются:
глубокое изъязвление
помутнение, отечность
буллезная кератопатия
в виде "фарфорового стекла"
в виде "матового стекла"

Радикальной операцией после перенесенного ожога роговицы III-IV степени и развившегося, в результате этого, васкуляризованного бельма, является:
мелиоративная кератопластика
кератопротезирование

биологическое покрытие
эпикератофакция
сквозная кератопластика

На ранних этапах лечения тяжелых химических ожогов роговицы на современном этапе можно рекомендовать:

исключительно консервативную тактику лечения
тектоническую кератопластику
сквозную кератопластику
криокератопластику
мелиоративную кератопластику

Для химического ожога IV степени характерно:

изъязвление роговицы
"фарфоровая" роговица
"матовая" роговица
роговица в виде "запотевшего" стекла
полное расплавление роговой оболочки

Сращенное бельмо роговицы - это сращения:

роговицы с верхним веком
роговицы с нижним веком
роговицы и конъюнктивы глазного яблока
роговицы и радужки
роговицы и конъюнктивы переходных складок

Виды сращенных бельм роговицы:

сосудистое
бессосудистое
стафиломатозное
фистулизированное
эктопированное

К лейкоме роговицы приводят:

перенхиматозные кератиты
глубокие герпетические кератиты
электрофтальмия
нейропаралитический кератит
тяжелые химические ожоги

Эрозии роговицы диагностируются совокупностью применения следующих методов:

бокового освещения
осмотра в проходящем свете
непрямой офтальмоскопии
окрашивания колларголом
окрашивания флюоресцеином

В толще радужки находятся мышцы, называемые:

I мышца Иванова
дилататор
цилиарная мышца
круговая мышца
сфинктер

Для начальной стадии открытоугольной глаукомы характерны:
концентрическое сужение поля зрения
увеличение слепого пятна, кольцевидная скотома
атрофия зрительного нерва, краевая экскавация
сужение сосудов на глазном дне
нормальные функции

Ранними признаками врожденной глаукомы являются:
увеличение размеров роговицы
кератоконус, кератоглобус
мелкая передняя камера
высокие цифры ВГД
буфтальм, гидрофтальм

Буфтальмом называется увеличение размеров:
лимба
склеры
глазного яблока
хрусталика

Гидрофтальмом называется:
оводнение хрусталика
отек роговицы
увеличение размеров глазного яблока
отек диска зрительного нерва
киста стекловидного тела

Экзофтальмом называется:
оводнение хрусталика
отек роговицы
увеличение размеров глаза
смещение вперед нормальных размеров глазного яблока
киста стекловидного тела

Для абсолютной стадии вражденной глаукомы характерны следующие симптомы:
функции глаза не изменены
преципитаты на задней поверхности роговицы
передняя камера углублена
роговица мутная
очень высокое внутриглазное давление

Смешанная инъекция глазного яблока характерна для:
иридоциклита
хориоидита
приступа глаукомы
конъюнктивита
кератита

Задние синехии характерны для:
кератита
сращенного бельма роговицы
иридоциклита
заднего увеита
хориоретинита

Уровень ВГД при иридоциклите:

- всегда высокий
- иногда высокий
- всегда низкий
- нормальный или снижен
- иногда низкий

Клинические проявления иридоциклита:

- мидриаз
- миоз
- наружная офтальмоплегия
- циклитическая болезненность
- полная офтальмоплегия

Жалобы больных при иридоциклите:

- боль в глазу
- светобоязнь
- слезотечение
- ограничение движений глазного яблока
- чувство песка в глазу

Признаками иридоциклита являются:

- наличие преципитатов на роговице
- изменение цвета радужной оболочки
- отсутствие болей
- сужение зрачка
- конъюнктивальная инъекция

Лечение диабетической катаракты:

- экстракция катаракты
- инсулинотерапия
- иридэктомия
- криотерапия
- бальзам из меда с алоэ

Лечение зонулярной врожденной катаракты:

- только консервативное
- экстракция катаракты при низких функциях
- оптическая иридэктомия
- базальная иридэктомия при высоких функциях
- сквозная кератопластика

Для болезни Марфана характерны:

- эктопия хрусталика
- гидрофтальм
- афакия
- артифакия
- микрокорнеа

Незрелую катаракту характеризует следующая острота зрения:

- предметное зрение отсутствует
- светощущение с неправильной проекцией
- равная 0 (нулю)
- предметное зрение сохранено
- 0,01 - 0,1

В клинику обратился больной жалобами на отсутствие предметного зрения на одном глазу. В анамнезе контузия глазного яблока. При исследовании методом диафаноскопии, рефлекс отсутствует. Ваш диагноз?

травматическая катаракта
отслойка сетчатки
частичный гемофтальм
полный гемофтальм
эндофтальмит

Операцию витрэктомии производят через:
роговичный разрез
разрез по лимбу
плоскую часть цилиарного тела
склеру на 10 см от лимба
склеру на 4 - 6 мм от лимба

Причины внутренней офтальмоплегии заключаются в:
парезе дилатора зрачка, повышении ВГД
парезе сфинктера зрачка и n. oculomotorius
повреждении сфинктера и дилатора зрачка
мидриаза, отслойке стекловидного тела
нарушении иннервации сфинктера зрачка

Причины наружной офтальмоплегии заключаются в повреждении нервов:
симпатического, лицевого, глазодвигательного
глазодвигательного, отводящего, блокового
зрительного, глазодвигательного, блокового
тройничного, отводящего, зрительного
глазодвигательного, зрительного, лицевого

Клиника синдрома "верхнеглазничной щели":
птоз, миоз, энтофтальм
экзофтальм, полная офтальмоплегия
птоз, мидриаз, экзофтальм
птоз, мидриаз, нистагм
нарушение чувствительности роговицы

Признаки ретробульбарного кровоизлияния:
энтофтальм, отек диска зрительного нерва
экзофтальм, лагофтальм, снижение зрения
экзофтальм, отек диска зрительного нерва
энтофтальм, офтальмоплегия, лагофтальм
экзофтальм, экскавация ДЗН

Признаки проникающего роговичного ранения:
глубокая ПК, гипотония, миоз
мелкая ПК, мидриаз, гипертония
мелкая ПК, гипотония, смещение зрачка
глубокая ПК, гипотония, снижение зрения
кровь в ПК, миоз, отек роговицы

Достоверные (абсолютные) признаки проникающего ранения глаза:
гипотония глаза
смещение зрачка

отверстие в радужке
мелкая ПК
кровь в ПК

К достоверным признакам проникающего ранения относятся:
инородное тело на конъюнктиве верхнего века
инородное тело внутри глаза
углубление передней камеры
неравномерная передняя камера
сквозное ранение верхнего века

Сомнительные признаки проникающего ранения глаза:
кровь в ПК, выпадение внутренних оболочек
мелкая передняя камера, смещение зрачка
гипотония, отверстие в радужке
углубление передней камеры, гипотония глаза
выпадение внутренних оболочек

Осложнениями проникающих ранений глаза являются:
иридоциклит, отслойка сетчатки
катаракта
металлоз
ретинопатия
дакриоцистит

Возможные осложнения проникающего ранения:
миопическая болезнь
пресбиопия
гнойная язва роговицы
симпатическая офтальмия
эндофтальмит, панеофтальмит

Причины электроофтальмии:
поражение глаза электрическим током
поражение глаза электромагнитными волнами
поражение глаза ультрафиолетовым излучением
поражение глаза инфракрасным излучением
поражение глаза ионизирующей радиацией

Причины ожога макулы инфракрасными лучами:
наблюдение за лазерным излучением
наблюдение плавки раскаленного металла
наблюдение за электросварочными работами
наблюдение лунного затмения
пребывание в горах без темных очков

Причины ожога ультрафиолетовой радиацией:
облучение лазером
наблюдение за плавкой металла
наблюдение за сварочными работами
наблюдение солнечного затмения
пребывание в горах без темных очков
#

В качестве местноанестезирующих средств в офтальмологии можно использовать:
анальгина 50%

баралгин, прозерин 0,25%
лидокаин 2%, тримекаин 2%
дикаин 0,25%
дикаин 3%

Гемофтальм развивается вследствие проникновения крови в полость глаза из:
передних цилиарных артерий
задних коротких цилиарных артерий
сосудов ресничного тела и сетчатки
эписклеральных сосудов
вортикозных вен

При тяжелых контузиях сетчатка отрывается:
от диска зрительного нерва
от макулярной зоны
по зубчатой линии
от корня радужки
от склеры по всему экватору

Глубину залегания внутриглазного инородного тела по методу Комберга-Балтина определяют:
по Р-снимку в прямой проекции
по Р-снимку в боковой проекции
с помощью бескостной Р-графии по Фогту
по данным офтальмометрии
по данным биометрии

При пигментной дистрофии сетчатки на глазном дне определяются следующие изменения:
плазморорагические очаги
геморрагические очаги
пигментное пятно Фукса
пигментные очаги в виде "костных телец"
расширение сосудов

Лечение отслойки сетчатки заключается в:
хирургическом вмешательстве
консервативном лечении
витаминотерапии
лазеркоагуляции разрыва
назначении ангиопротекторов

Микрокровоизлияния в сетчатку являются симптомом:
нейроретинопатии
ретинопатии
ангиосклероза
ангиопатии
дегенерации сетчатки

Цикличность течения в три периода (инфильтрация, васкуляризация и рассасывание) характерна для:
для ожога III степени
для ожога IV степени
скрофулезного кератита
сифилитического кератита
туберкулезного кератита

Первая помощь при ожоге перманганатом калия заключается в:
обильном промывании изотоническим раствором
обильном промывании фурациллином
удалении твердых частиц с конъюнктивы
инстилляциях аскорбиновой кислоты
закладывание мази

Цилиарное тело выполняет функцию:
выработки слезного секрета
выработки внутриглазной жидкости
участвует в преломлении света
участвует фотохимической реакции
участвует в выработке слезной жидкости

Больной 40 лет. Жалуется на периодическую тяжесть в глазу, головные боли, затуманивание зрения, особенно при наклоне головы. Объективно: глаз спокоен, роговица прозрачная, передняя камера мельче средней. Глазное дно: на диске зрительного нерва отмечается сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону. Функции не изменены. Ваш диагноз?
начальная закрытоугольная глаукома
начинающаяся катаракта
невралгия тройничного нерва
гипертоническая нейроретинопатия
ретробульбарный неврит

Лечение врожденной глаукомы:
гониотомия, гониопунктура
только консервативное
только хирургическое
витрэктомия
синусотрабекулоэктомия

Увеличенное глазное яблоко при врожденной глаукоме носит название:
экзофтальм
буфтальм
гидрофтальм
гидропс
гемофтальм

Факторы, влияющие на развитие открытоугольной глаукомы:
наследственность
диабет
туберкулез
травмы глаза
увеит

Начинающуюся катаракту всегда необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями глаза:
открытоугольная глаукома
ангиоретинопатия
закрытоугольная глаукома
застойный сосок
центральная дегенерация сетчатки

Покраснение глаза при иридоциклите обусловлено:

конъюнктивальной инъекцией
застойной инъекцией
кровоизлиянием под конъюнктиву
перикорниальной инъекцией
симптомом "кобры"

Преципитаты свидетельствуют о вовлечении в воспалительный процесс:

радужной
роговицы
цилиарного тела
хрусталика
хориоидеи

Характерные жалобы больных с начальной катарактой:

снижение зрения
периодическое затуманивание зрения
боли в глазу
покраснение глаза
летающие мушки перед глазом

Жалобы больных при зрелой катаракте:

радужные круги вокруг источника света
отсутствие предметного зрения
боли в глазу
летающие мушки перед глазом
сохранение световосприятия

Для лечения частичного гемофтальма целесообразно назначить:

симптоматически миотики и мидриатики
местно кортикостероиды
местно и парэнтерально ангиопротекторы
УВЧ-терапию на область травмированного глаза
аутогемотерапию

У больного прогрессирующее одностороннее концентрическое сужение поля зрения.

Необходимо исключить:

опухоль головного мозга
тапеторетинальную дистрофию сетчатки
открытоугольную глаукому
токсоплазмозный хориоретинит
неврит зрительного нерва

У больного двухстороннее трубчатое поле зрения. Какие заболевания необходимо исключить?

менингит
глаукому
неврастению
атеросклероз мозговых сосудов
тапеторетинальную дистрофию сетчатки

Заподозрить и исключить проникающее ранение глаза можно при:

прямой и обратной офтальмоскопии
Рентгенологическом обследовании
УЗИ-исследовании
проведении тонографии, периметрии

биомикроскопии

Больной получил проникающее ранение глаза шилом. Вероятные осложнения:

отслойка сетчатки
язва роговицы
металлоз
вывих хрусталика в стекловидное тело
эндофтальмит

Признаки подвывиха хрусталика:

кровь в передней камере и стекловидном теле
углубление и неравномерность передней камеры
иридодонез, тремор хрусталика
мелкая передняя камера
мидриаз, гипотония

При отрыве зрительного нерва производят следующие мероприятия:

пришивание оторванного конца нерва на место
пластика дефекта твердой мозговой оболочкой
пересадка донорского зрительного нерва
симптоматическое и противовоспалительное лечение
энуклеацию глазного яблока

При постожоговых васкуляризованных помутнениях роговицы, производят:

энуклеацию глаза для профилактики симпатической офтальмии
эвисцерацию глазного яблока
послойную или сквозную кератопластику
кератопротезирование
кератомилез

Постравматическая зрозия роговицы на фоне хронического дакриоцистита часто угрожает развитием:

метагепретического кератита
паренхиматозного кератита
метастатического кератита
грибкового кератита
гнойной язвы роговицы

Основные признаки панфтальмита:

хемоз конъюнктивы, отсутствие предметного зрения
отек век, полная офтальмоплегия
гипопион, экзофтальм
эмфизема век, лагофтальм, снижение зрения
гиперемия конъюнктивы, смещение глаза кнаружи

После травмы орбиты у больного появился полный птоз верхнего века. Какой нерв поврежден?

блоковый
отводящий
глазодвигательный
зрительный
симпатический

У больного выявлен частичный птоз после контузии глазницы. Какой нерв поврежден?

отводящий

глазодвигательный
зрительный
симпатический
блоковидный

Признаками опухоли глазницы являются в сочетании:

застойный диск зрительного нерва
неврит зрительного нерва
прогрессирующий экзофтальм
гиперемия кожи век
отек Квинке

После контузии глазного яблока у больного через неделю снизилось зрение этого глаза. Жалуется на появление темной пелены, закрывающей половину поля зрения. Ваш диагноз?

гемианопсия
тромбоз ЦВС
отслойка сетчатки
кровоизлияние в хориодею
неврит зрительного нерва

Для глазной гипертензии характерны:

абсолютная симметричность состояния обоих глаз
снижение функций
сохранение функций
глаукоматозная экскавация
нарушение гидродинамики

Наличие гониосинехий свидетельствует в пользу:

открытоугольной глаукомы
закрытоугольной глаукомы
мезодермальной дистрофии радужной оболочки
вторичной глаукомы
врожденной глаукомы

Нагрузочная водно-питьевая проба проводится при подозрении на:

открытоугольную компенсированную глаукому
иридоциклит, задний увеит
неврит зрительного нерва и застойный сосок
открытоугольную некомпенсированную глаукому
закрытоугольную глаукому

Факогенная глаукома может развиваться вследствие:

афакции, артификации
перезрелой катаракты
дислокации прозрачного хрусталика
лентиконуса, микрофакии
незрелой катаракте

К холиномиметическим средствам относится:

пилокарпин
тимолол
атропин
фосфакол
карбохолин

Больной обратился с жалобами на боли в глазу, летающие мушки перед глазом, снижение зрения. Объективно: перикорнеальная инъекция, на задней поверхности роговицы имеются отложения серого цвета, зрачок неправильной формы, при исследовании методом проходящего света в стекловидном теле видны плавающие помутнения. Ваш диагноз?

закртытоугольная глаукома

увейт

катаракта

иридоциклит

кератит

Больной почувствовал боли в правом глазу, снижение зрения, глаз покраснел, изменился в цвете. При осмотре: смешанная инъекция глазного яблока, радужная оболочка зеленоватого цвета, зрачок узкий, при пальпации отмечается резкая болезненность. С глазного дна розовый рефлекс. Диагноз?

гемофтальм

сидероз

острый приступ глаукомы

гифема

иридоциклит

Больной заметил беспорядочные плавающие мушки перед левым глазом, резкое ухудшение остроты зрения. Объективно: глаз спокоен, передний отрезок глаза не изменен. При офтальмоскопии в макулярной области виден очаг желто-серого цвета с нечеткими границами, размером в полтора диаметра диска зрительного нерва. Диагноз?

дегенерация сетчатки

деструкция стекловидного тела

центральный хориоретинит

иридоциклит

ретинобластома

При метастатической офтальмии обнаруживается:

желтый экссудат в стекловидном теле

помутнение роговицы

гемофтальм

отслойка сетчатки

преретинальное кровоизлияние

Девочка 15 лет перенесла гнойный гидраденит в правой подмышечной впадине. Через 2 дня появились боли в правом глазу, резко ухудшилось зрение, повысилась температура тела. Объективно: экзофтальм, хемоз конъюнктивы, ограничение движений глазного яблока. Роговица прозрачная, при исследовании в проходящем светом виден желтого цвета экссудат. Диагноз?

гнойный иридоциклит

метастатическая офтальмия

острый приступ глаукомы

ретробульбарный неврит

отслойка сетчатки

Лечение полной осложненной катаракты:

экстракция катаракты

физиолечение

рассасывающая терапия

дисцизия

ириэктомия

У больного после травмы черепа появился лагофтальм. Какой нерв поврежден?
зрительный
глазодвигательный
лицевой
отводящий
блоковый

В результате травмы черепа был поврежден лицевой нерв. Каковы клинические проявления?
миоз
мидриаз
птоз
лагофтальм
экзофтальм

Наиболее частой причиной флегмоны орбиты является:
панувеит
неврит зрительного нерва
воспаление придаточных пазух носа
гнойные иридоциклиты
эписклериты

Симблефарон чаще развивается в результате перенесенных:
контузий глаза
воспалений конъюнктивы
ожогов глаз
туберкулезных заболеваний глаз
электроофтальмии

При сквозном ранении глазного яблока показано:
Удалить инородное тело прямым путем
Удалить инородное тело диасклеральным методом
провести ПХО видимой раны
провести ПХО выходного отверстия
Удалить инородное тело из орбиты

В клинику обратился молодой человек 27 лет с жалобами на боли в глазу, снижение зрения. Объективно: острота зрения 0, Глаз раздражен, передняя камера мелкая, зрачок неправильной формы, подтянут к лимбу на 3 часах. В этом месте видно темное округлое образование. Болен в течении 12 часов. Ваш предполагаемый диагноз?
меланома радужки
пигментное пятно радужки
проникающее ранение лимба
новообразование лимба
контузия глазного яблока

У больного на протяжении 1 года был правосторонний хронический дакриоцистит. Два дня назад во время уборки квартиры в правый глаз попала соринка. За помощью никуда не обращался. Самостоятельно закапывал какие-то глазные капли, улучшения не наступило. При осмотре: острота зрения 0, Глаз раздражен. На роговице в центре видно серое образование. На дне передней камеры горизонтальный уровень желтоватой жидкости. Ваш предполагаемый диагноз?
травматический кератит
иридоциклит
язва роговицы
катаракта

эндофтальмит

Приоритетным в лечении тотальной гифемы являются:

кортикостероиды, ангиопротекторы
аутогемотерапия
витрэктомия
промывание передней камеры
парацентез роговицы

Вторичная глаукома может развиваться как осложнение:

эмболии ЦАС
тромбоза ЦВС
неоваскуляризации радужной
обширных кровоизлияний в стекловидное тело
пигментной дегенерации сетчатки

Фотокоагуляция применяется при:

эмболии ЦАС, ишемической оптикопатии
тромбозе ЦВС, диабетической ретинопатии
пигментной дегенерации сетчатки
врожденной макулодистрофии
гипертонической ангиопатии сетчатки

После перенесенной вирусной инфекции у больного появилось постепенное снижение зрения. При обследовании: диск зрительного нерва гиперемирован, границы ступеваны, увеличен размер слепого пятна. Диагноз?

ретробульбарный неврит
неврит зрительного нерва
застойный сосок
папилит
частичная атрофия зрительного нерва

В анамнезе у больного черепно-мозговая травма. На глаза не жалуется. Объективно: зрительные функции в норме. При исследовании определяется увеличение размеров слепого пятна. На глазном дне ДЗН увеличен в размерах, границы его размыты, сосуды расширены, извиты. Скиаскопически в макуле эмметропия, над диском гиперметропия 9,0 диоптрий. Ваш диагноз? Тактика?

неврит зрительного нерва, лечение в глазном отделении
ретробульбарный неврит, госпитализация в неврологическое отделение
застойный сосок, лечение в отделении нейрохирургии
папиллит, экстренное хирургическое вмешательство
частичная атрофия зрительного нерва, консервативная витаминотерапия

Патогенез застойного соска зрительного нерва объясняется:

теорией Трона
ретенционной теорией Бэра
тканевой теорией Гельмгольца
сосудистой теорией Грефе
аутоиммунной теорией

У больного при обследовании обнаружена опухоль лобной доли головного мозга в сочетании с атрофией зрительного нерва на одном глазу и застойным соском на другом. Ваш диагноз?

восходящая атрофия зрительного нерва
синдром Рейтера
болезнь Вагнера

синдром Фостера-Кеннеди
синдром Бехчета

При неврите зрительного нерва наиболее узкая граница поля зрения будет на:
желтый цвет
зеленый цвет
синий
красный
белый

Рассеянный склероз является частой причиной:
застойного соска
неврита зрительного нерва
ретробульбарного неврита
папиллита
оптико-хиазмального арахноидита

Кератоконус является следствием:
эндокринных расстройств
неправильной коррекции смешанного астигматизма
неправильной коррекции миопического астигматизма
неправильной коррекции гиперметропического астигматизма
обскурационной амблиопии

Клиника ретинобластомы:
"амавротический кошачий глаз"
миоз
гипопион
желтый рефлекс с глазного дна
преретинальные кровоизлияния

Клиника ретробульбарного неврита:
боли при движении глазного яблока
жалобы на гемералопию
резкое снижение зрения
высокие зрительные функции
быстрое зрительное утомление

Острота зрения при неврите снижается:
постепенно, в течение нескольких месяцев
нерезко, в течение 10-14 дней
резко, в самые короткие сроки
острота зрения не снижается
постепенно, в течение нескольких лет

Вторичная ретинальная атрофия зрительного нерва характеризуется:
побледнением диска зрительного нерва
стушеванностью границ диска зрительного нерва
резким сужением центральных сосудов сетчатки
нормальным цветом ткани зрительного нерва
четкостью границ зрительного нерва

Для первичной атрофии зрительного нерва характерны:
бледность цвета диска зрительного нерва
стушеванность границ диска зрительного нерва

резкое сужение калибра сосудов сетчатки
нормальный цвет ткани зрительного нерва
четкость границ диска зрительного нерва

Глазные проявления при миеломной лейкемии:
возвышающиеся, окруженные кровоизлиянием очаги
образование миелом на сетчатке
экссудативный выпот в макуле
воспалительные хориоретинальные очаги
обильные пигментные и дырчатые очаги сетчатки

Изменения органа зрения при анемии:
бледное глазное дно, с кровоизлияниями вокруг отечного диска и множественными
плазморрагиями
глазное дно гиперемировано, артерии узкие
периваскулярная инфильтрация, отечность сетчатки
артерии расширены, калибр их неотличим от вен
преобладает картина флебопатии сетчатки

Самым типичным признаком начальных проявлений катаракты являются:
отсутствие рефлекса с глазного дна
кратковременное атуманивание зрения
понижение зрения
нормальное внутриглазное давление
летающие мушки

Для пневмококкового конъюнктивита характерно:
массивные геморрагии конъюнктивы глаза и век
эрозивные кровоточащие язвы конъюнктивы
точечные геморрагии на конъюнктиве и коже век
петехиальные кровоизлияния конъюнктивы
отсутствие кровоизлияний на конъюнктиве

Сколько времени длится адаптация к свету?
от 3-5 сек до 10 сек
от 1 мин до 5-8 мин
от 10 до 20 мин
от 20 до 40 мин
от 40 до 60 мин

Адено-фарингоконъюнктивальную лихорадку вызывает:
аденовирус I – VII типа
риновирус
аденовирус 8 серотипа
энтеровирус
вирус простого герпеса

Адено-фарингоконъюнктивальная лихорадка характеризуется триадой проявлений:
лихорадка, отит, конъюнктивит
лихорадка, бронхит, конъюнктивит
лихорадка, пневмония, конъюнктивит
лихорадка, фарингит, конъюнктивит
лихорадка, трахеит, конъюнктивит

Для катаральной формы конъюнктивита А-ФКЛ характерны:

гиперемия конъюнктивы, петехиальные геморрагии
гиперемия конъюнктивы, точечные геморрагии
гиперемия конъюнктивы, отсутствие кровоизлияний
гиперемия конъюнктивы, массивными кровоизлияниями
скудное слизистое отделяемое, легкая отечность

Для пленчатой формы конъюнктивита при АФКЛ характерны:
цианоз конъюнктивы, плотные серые пленки
конъюнктивита не изменена, пленки нежные, серые
пленки серовато-белые, конъюнктивита инъецирована
пленки нежные, серые, легко устранимые
мелкоточечные легучие инфильтраты роговицы

Для фолликулярной формы АФКЛ характерны:
мелкие фолликулы в углах тарзальной конъюнктивы
крупные студенистые фолликулы, особенно в сводах
фолликулы в области бульбарной конъюнктивы
отечность и гиперемия конъюнктивы век и сводов
экссудативные серые пленки

Эпидемический кератоконъюнктивит вызывается:
аденовирусом 2, 5 и 6 серотипа
диплобациллой Моракса-Аксенфельда
палочкой Коха-Уикса
аденовирусом 8 типа
вирусом простого герпеса

Для эпидемического кератоконъюнктивита характерны:
обширные кровоизлияния конъюнктивы и кожи век
синюшный оттенок инъекции глазного яблока
петехиальные кровоизлияния на конъюнктиве
множественные прозрачные фолликулы в сводах
скудное слизистое отделяемое

К глубоким кератитам относят:
туберкулезный кератит
древовидный кератит
сифилитический кератит
фликтенулезный кератит
краевую язву роговицы

Блефароспазм, светобоязнь, слезотечение - симптомы:
кератитов
буллезной кератопатии
кератоглобула
острых иридоциклитов
стафиломатозных и сосудистых бельм

Воспаление лежат в основе:
ретиноваскулитов
миопического хориоретинита
экссудативного ретинита Коатса
центрального серозного ретинита
метастатического ретинита

Дисциркуляторные расстройства лежат в основе:

опоясывающего ретинита
ангионейроретинопатий
экссудативного ретинита Коатса
центрального серозного хориоретинита
пигментной дегенерации сетчатки

Обменные нарушения вызывают следующие заболевания сетчатки:

опоясывающий ретинит
"куруную слепоту"
экссудативный ретинит Коатса
центральный серозный хориоретинит
пигментную дегенерацию сетчатки

Первопричиной метастатического септического ретинита является:

симпатическая офтальмия
аутоиммунные реакции в сетчатке
Болезнь Вакеза
наличие гнойного очага в организме
эмболия центральной артерии сетчатки

Какая общесоматическая патология часто осложняется ретинальными кровоизлияниями:

сахарный диабет
гипертоническая болезнь
нефропатия беременных
анемии
болезнь Верльгофа

Патогномичным симптомом эмболии центральной артерии сетчатки является:

симптом "вишневой косточки"
симптом "раздавленного помидора"
симптом "серебрянной проволоки"
симптом "бычьих рогов"
симптом Гвиста

Причиной застойного соска зрительного нерва могут стать:

повышение внутричерепного давления
объемные заболевания головного мозга
опухоли орбиты
контузия глазного яблока тяжелой степени
тяжелое проникающее ранение глаза

Синдром Фостера-Кеннеди это:

повышение внутриглазного давления, вторичная катаракта
осложненный застойный сосок зрительного нерва
атрофия зрительного нерва, центральная скотома на одном глазу, застойный сосок зрительного нерва на другом
вторичная катаракта в сочетании с пигментной дегенерацией
сочетание гомонимной гемианопсии с внутричерепной гипертензией

Глазные проявления при геморрагической пурпуре:

отслойка сетчатки
атрофия зрительного нерва
застойный сосок зрительного нерва
геморрагии во всех слоях сетчатки

ангиоретиопатия

Изменения органа зрения при эритремии:

темно-красный фон глазного дна
побледнение фона глазного дна
неравномерное перераспределение пигмента
эритематозные пятна на глазном дне
миеломные очаговые изменения в сетчатке

Дакриоцистит новорожденных необходимо дифференцировать с:

врожденным птозом
гонобленореей
врожденной глаукомой
врожденной катарактой
эпикантусом

Флегмона слезного мешка является осложнением:

хронического конъюнктивита
стриктуры слезного канальца и слезной точки
дакриоцистита новорожденного
хронического дакриоцистита
воспаления слезных канальцев

Для лечения вирусных конъюнктивитов используют:

витасик
идоксуридин
макситроль
тобрекс
алоמיד

Трахомой можно заболеть:

после различных инъекций (в/мыш-х, в/венных)
заразившись воздушно-капельным путем
после посещения бассейна
после перенесенного гриппа
контактным путем (через подушки, руки, полотенце)

Радикальным, эффективным методом лечения цистицерка является:

форсированная десенсибилизирующая терапия
внутривенное введение раствора антибиотика
рассасывающая, УВЧ-терапия
хирургический метод
электрофорез с фибринолизином, аутогемотерапия

Причиной нейропаралитического кератита является:

ожог конъюнктивы и роговицы
сифилитическое поражение органа зрения
поражение тройничного нерва
трофические изменения ткани роговой оболочки
авитаминоз "А"

К грубым стойким помутнениям роговицы приводят:

сифилитический паренхиматозный кератит
туберкулезный паренхиматозный кератит
дисковидный герпетический кератит

щелочные ожоги роговицы IV степени
ползучая язва роговицы
#

Для диагностики эрозии роговицы необходимо использовать:
исследование в проходящем свете
окрашивание бриллиантовой зеленью
окрашивание флюоресцеином
боковое освещение
пахиметрию

896

В начальной стадии герпетического кератита патогенетически оправданным является назначение:

3 4

антибиотиков широкого спектра действия
инстилляций 3%-ного раствора колларгола
туширования роговицы 2%-ным раствором иода
инстилляций идувирана и керецида
фонофореза с гидрокортизоном

Сопутствующими симптомами при аденовирусном кератите является:

поражение опорно-двигательного аппарата
потеря слуха
яркая гиперемия зева
фолликулез сводов конъюнктивы
легко удаляемые пленки

Специфическим симптомом тромбоза центральной вены сетчатки является:

симптом Гвиста
симптом "бычьих рогов"
симптом Салюса-Гунна
симптом "раздавленного помидора"
симптом "вишневой косточки"

При тромбозе центральной вены сетчатки наиболее типичные изменения определяются в области:

желтого пятна
периферии сетчатки
диска зрительного нерва
зубчатой линии
слоя пигментного эпителия сетчатки

Приоритетным в лечении эмболии центральной артерии сетчатки в первые часы является назначение:

нитроглицерина под язык
общих сосудорасширяющих препаратов
антикоагулянтов, массивных доз кортикостероидов
ретробульбарных инъекций атропина, кавинтона
никотиновой кислоты внутривенно(внутримышечно)

Приоритетным в лечении тромбоза центральной вены сетчатки, на первых порах, является назначение:

ретробульбарных инъекций атропина, кавинтона
назначение массивных доз кортикостероидов
антикоагулянтов прямого и непрямого действия

неспецифических противовоспалительных средств
никотиновой кислоты, нитроглицерина

Сосудорасширяющие препараты в офтальмологической практике можно вводить следующими способами:

внутривенно и внутримышечно
сублингвально
внутриокулярно
в виде электро- и фонофореза
ретро- и парабульбарно

Осложнениями тромбоза центральной вены сетчатки развиваются:

гипотония глаза, субатрофия глазного яблока
гифема, гемофтальм
флебогипертензивный синдром
вторичная глаукома
полная атрофия зрительного нерва

У больного жалобы на боли при движениях глазного яблока, резкое понижение зрения. Неделю назад переболел гриппом. Передний отрезок глазного яблока без изменений, офтальмоскопическая картина без особенностей. Ваш диагноз?

ретробульбарный неврит
папиллит
ретиноваскулит
ретинит
застойный сосок зрительного нерва

Для эффективного лечения воспалительных заболеваний зрительного нерва крайне необходимо, в первую очередь, назначение следующих препаратов:

антибиотиков широкого спектра действия
аминогликозидов, ферментов, рассасывающих средств
массивных доз кортикостероидов (в т.ч. в/венно)
мочегонных средств, антикоагулянтов (аспирин
нестероидных противовоспалительных средств

Множественные аневризмы сосудов с рецидивирующими кровоизлияниями в сетчатку и стекловидное тело являются характерными для:

почечной ретинопатии
диабетической ретинопатии
гипертоническом ангиосклерозе
заболеваний крови (миелолейкоза, лейкемии)
системных ангиоматозов

Клиническая картина почечной ретинопатии:

сужение сосудов, макулярный отек сетчатки
микроаневризмы сосудов, кровоизлияния
пролиферативные тяжи у ДЗН, разрывы сетчатки
темно-красный фон глазного дна, широкие сосуды
"фигура звезды" в макуле

Для халязиона характерны:

образование кистозной полости в толще хряща века
выраженная болезненность века при пальпации
отсутствие болезненности при пальпации
все признаки острого гнойного воспаления

хронический пролиферативный процесс

Для ячменя характерны:

гиперемия в области волосяного фолликула
пульсирующие боли при наклоне головы
острое гнойное воспаление
хронический пролиферативный процесс
отсутствие болезненных ощущений

Характерной жалобой больного с центральной дегенерацией сетчатки является:

внезапное резкое снижение зрения
периодическое затуманивание зрения
гемералопия
летающие мушки перед глазом
постепенное снижение зрения

Вначале гонококкового конъюнктивита отделяемое:

серозно-пенистое
слизистое
сукровичное
гнойное, сливкообразное
слизисто-гнойное

Формы дифтерийного конъюнктивита это:

дифтеритическая, катаральная, крупозная
дифтеритическая, фолликулярная, геморрагическая
дифтеритическая, пленчатая, катаральная
дифтеритическая, крупозная, гнойная
дифтеритическая, пленчатая, геморрагическая

Инкубационный период Аденофарингоконъюктевальной лихорадки составляет:

от 7 до 14 дней
от 5 до 7 дней
от 2 до 3 дней
от 2 до 3 недель
несколько часов

Для ангулярного конъюнктивита характерны:

гиперемия конъюнктивы век и сводов, тарзальная конъюктивита свода в виде "булыжной мостовой"
гиперемия конъюнктивы век и сводов, мацерация кожи углов глазной щели
гиперемия конъюнктивы век и сводов, фолликулы в области верхнего свода
гиперемия конъюнктивы верхнего и нижнего сводов, фолликулы в области нижнего свода
гиперемия конъюнктивы век и сводов, множественные массивные кровоизлияния бульбарной конъюнктивы

Адено-фарингоконъюктевальная лихорадка существует в виде следующих форм:

катаральной, гнойной, пленчатой
катаральной, крупозной, геморрагической
катаральной, пленчатой, фолликулярной
крупозной, пленчатой, геморрагической
пленчатой, язвенной, фолликулярной

При остром дакриоадените глазное яблоко смещается:

вверх и кнаружи

кнутри
кнаружи и вниз
вниз
внутри и вниз

Причиной флегмонозного дакриоцистита может стать:

острый конъюнктивит
гематогенный остеомиелит
острый синусит
дакриоцистит взрослых и новорожденных
абсцедирующие множественные ячмени нижнего века

Симптом Салюс-1 заключается в:

наличии артерио-венозного перекреста
сдавлении артерии веной в месте перекреста
сдавлении вены склерозированной артерией
сдавлении артерии с изломом вены в перекресте
сдавлении вены с ее истончением в перекресте

Симптом Салюс-II заключается в:

сдавлении вены с ее истончением в перекресте
сдавлении артерии веной в месте перекреста
сдавлении вены склерозированной артерией
сдавлении артерии с ее изломом в перекресте
перывистости вены в месте перекреста

Симптом Салюс-III заключается в:

наличии сдавления вены в месте перекреста
сдавлении артерии веной в месте перекреста
сдавлении вены склерозированной артерией
сдавлении артерии с ее изломом в перекресте
перывистости вены в месте перекреста с артерией

Застойный сосок является симптомом:

повышения внутриглазного давления
повышения внутричерепного давления
повышения давления внутри зрительного нерва
эндокринной патологии
почечной ретинопатии

Изменениями глазного дна при ревматизме проявляются в виде:

ретиноваскулитов
ретинопатий
ретиношизиса, обляции сетчатки
эндоваскулитов
перифлебитов

Глубинное зрение обеспечивается:

монокулярно, одним глазом
специальной коррекцией
монокулярно, с использованием явления параллакса
бинокулярно, двумя глазами
хирургическим вмешательством

Способ Соколова служит проверкой бинокулярного зрения при помощи:

двух спиц
чтения "за карандашом"
выявления установочного движения
диплопии, надавливанием на глазное яблоко
получением феномена "дыры в ладони"

Способность к слиянию зрительного образа в коре головного мозга называется:
фузией
дивергенцией
конвергенцией
корреспонденцией
гетерофорией

Фузионный рефлекс формируется в возрасте:
1 месяц
2 месяца
3-4 месяцев
1 год
3 года

Мнимое косоглазие обусловлено:
отсутствием бинокулярного зрения
монокулярным зрением
фузионным рефлексом
углом между зрительной и оптической осями
гетерофорией

В пользу гетерофории свидетельствуют:
наличие установочных движений глаз
девиация глаза кнаружи
девиация глаза кнутри
отсутствие бинокулярного зрения
расхождение зрительной и оптической осей глаза

Скрытое косоглазие иначе называется:
эзофорией, (экзофорией)
гиперфорией
гетерофорией
гипофорией
эксциклофорией

У больного, страдающего гипертонической болезнью, внезапно перед глазом появился туман с последующим значительным постепенным снижением зрения. При офтальмоскопии обнаружено: ДЗН темнокрасный, отечен, обширные радиарно расположенные ретинальные кровоизлияния. Вены темные, извитые, неравномерного калибра полнокровные. Причины этого?

эмболия центральной артерии сетчатки
тромбоз центральной вены сетчатки
болезнь Ильса
острый частичный гемофтальм
гипертоническая ангиоретинопатия

Наиболее информативный современный метод диагностики тромбоза центральной вены сетчатки:
обратная офтальмоскопия

прямая офтальмоскопия
флюоресцентная ангиография
колиброметрия
диафаноскопия

Характерные изменения глазного дна при диабетической ангиоретинопатии:

резкая ишемия сосудов
расширение и извитость сосудов
аневризмы сосудов
дистрофические очаги
новообразованные сосуды

Симптом "костных телец" патогномничен для:

желточной дистрофии Беста
кольцевидной дегенерации сетчатки
тапеторетинальных дистрофий
дисковидной дегенерации
коллоидной дистрофии сетчатки

У больного жалобы на боли при движении глазного яблока, резкое снижение зрения. При обследовании выявлена центральная скотома. Ваш диагноз?

нисходящая атрофия зрительного нерва
ретробульбарный неврит
центральный серозный ретинит
оптико-хиазмальный арахноидит
острый папиллит

В дифференциальной диагностике неврита зрительного нерва и застойного соска диагностическими критериями являются:

наличие снижения зрения
размеры слепого пятна
состояние макулярной зоны
размеры диска зрительного нерва
сравнительная скиаскопия ДЗН

Лечение ретробульбарного неврита:

форсированное общее, противовоспалительное
местное, противовоспалительное
общеукрепляющее, витамины, спазмолитики
в неврологическом стационаре
в офтальмологическом стационаре

Жалобы больного на постепенное снижение зрения. При обследовании выявлено сужение поля зрения. В анамнезе черепно-мозговая травма. Ваш диагноз?

ретробульбарный неврит
застойный сосок зрительного нерва
неврит зрительного нерва
папиллит
нисходящая атрофия зрительного нерва

Тактика врача при подозрении на застойный сосок зрительного нерва:

массивная кортикостероидная терапия
назначение антибиотиков широкого спектра
систематический контроль ВГД
обследование у ЛОР-врача

Р-графия черепа, обследование у нейрохирурга

Ангулярный конъюнктивит вызывается:

палочкой Коха-Уикса
диплобациллой Моракса-Аксенфельда
фильтрующимся вирусом
хламидиями
гальпровиями Провачека

При ангулярном конъюнктивите этиологически эффективным является назначение следующих медикаментов:

раствора сульфацила натрия 20%
препаратов тетрациклинового ряда
инстилляции сульфата цинка 0,25%
антибиотиков широкого спектра действия
противовирусных средств

Для эпидмического фолликулярного кератоконъюнктивита инкубационный период составляет:

от 2 до 3 недель
от 1 до 3 дней
несколько часов
от 12 до 20 дней
от 4 до 12 дней

Для эпидемического кератоконъюнктивита характерны:

гиперемия конъюнктивы, с развитием "паннуса" роговицы
гиперемия конъюнктивы, с субэпителиальными, монетовидными инфильтратами роговицы
гиперемия конъюнктивы со стромальными инфильтратами роговицы у лимба
гиперемия конъюнктивы со стромальными инфильтратами роговицы в центре роговицы
гиперемия конъюнктивы с развитием язвы роговицы

В лечении вирусных конъюнктивитов широко используют:

физиотерапевтические методы лечения
лечебный электрофорез
введение медикаментозных веществ с помощью ультразвука (лекарственный фонофорез)
0,1%-ный раствор и 0,2%-ную мазь теброфена
флореналь, римантадин

Для трахомы конъюнктивы характерно:

конъюнктив верхнего века бледная с молочным оттенком, поверхность ее в виде "булыжной мостовой"
конъюнктив верхнего века утолщена, гиперемирована, вишнево-багрового оттенка, поверхность ее неровная, шероховатая, в виде "лежалой малины"
конъюнктив век гиперемирована, с цианотичным оттенком и образованием серых пленок
конъюнктив век гиперемирована, с мелкоточечными кровоизлияниями бульбарной конъюнктивы
конъюнктив век разрыхлена и гиперемирована в области углов глазной щели

При вовлечении в трахомный процесс, на роговице появляются:

перилимбальные мелкие поверхностные инфильтраты
перилимбальные крупные глубокие инфильтраты
растающие поверхностные сосуды конъюнктивы
растающие глубокие сосуды эписклеры
сверху "завеса" с фестончатым нижним краем

При трахоме:

фолликулы отдельные, крупные, полупрозрачные, поверхностно расположенные, ярко розового цвета

фолликулы крупные, множественные, студенистые, сливные, сальные, глубоко расположенные

фолликулы мелкие, множественные, с желтоватым оттенком, расположенные по углам век

фолликулы полупрозрачные, студенистые, синюшно багрового цвета, преимущественно торзальные

фолликулы мелкие, множественные, преобладающие в конъюктиве переходных складок, поверхностные

При операции дакриоцистиностомии создают соустье:

между слезным мешком и верхним носовым ходом

между слезным мешком и средним носовым ходом

между слезным мешком и нижним носовым ходом

между слезными канальцами и слизистой носа

между слезным канальцем и полостью конъюнктивы

При пигментной дистрофии сетчатки на глазном дне определяются следующие изменения:

плазморагические и геморрагические очаги

ДЗН бледный, границы нечеткие, сосуды узкие

пигментное пятно Фукса в макуле

пигментные очаги в виде "костных телец"

расширенные, неравномерные сосуды

При гипертонической ангиопатии калибры артерий и вен находятся в следующем соотношении:

1:2

1:3

2:5

1:1

2:3

При почечной гипертонии калибры артерий и вен находятся в следующем соотношении:

1:2

1:3

1:5

1:1

2:3

Сохранение движений глазных яблок в полном объеме свидетельствует о:

содружественном косоглазии

паралитическом косоглазии

гетерофирии ортофории

фузионном рефлексе

Вторичным углом отклонения называется:

угол отклонения здорового глаза

угол отклонения косящего глаза

угол отклонения глаза вверх

угол отклонения глаза вниз

установочное движение

Равенство первичного и вторичного углов косоглазия свидетельствует о:

паралитическоосоглазии
содружественном косоглазии
гетерофии ортофории
фузионном рефлексе

При паралитическом косоглазии:
первичный угол отклонения больше вторичного
вторичный угол отклонения больше первичного
первичный угол отклонения равен вторичному
имеется только первичный угол отклонения
имеется только вторичный угол отклонения

Наличие жалобы на диплопию свидетельствует о:
паралитическом косоглазии
содружественном косоглазии
аккомодационном косоглазии
альтернирующем косоглазии
неаккомодационном косоглазии

Определение угла косоглазия производится:
методом "дыры в ладони"
двумя спицами
чтением "за карандашом"
на периметре и методом Гиршберга
надавливанием на глазное яблоко

Для хирургического лечения отслойки сетчатки применяют:
рифление склеры
цирклиж
пломбирование
пункцию субретинальной жидкости
циклоретракцию

Для профилактики отслойки сетчатки производят:
криопексию
диатермокоагуляцию
пункцию субретинальной жидкости
лазеротграничивающую коагуляцию очагов сетчатки
склероукрепляющие операции, кератотомии

Симптом "амвротической кошачий глаз" встречается при:
ангиоматозе сетчатки
ретинобластоме
травматической отслойке сетчатки
Морганьевой катаракте
врожденной глаукоме

Осложнение тромбоза центральной вены сетчатки:
вторичная сосудистая глаукома
вторичная (секундарная) катаракта
растяжение глазного яблока
гидрофтальм
неврит (папиллит)

Симптомы пигментной дистрофии сетчатки:

появление скрытой гиперметропии
жалобы на снижение дневного зрения
жалобы на низкое сумеречное зрение
появление центральной скотомы
расширение эписклеральных вен
#

Об атрофии зрительного нерва свидетельствуют:
стушеванность границ зрительного нерва
снижение остроты зрения, сужение поля зрения
побледнение диска зрительного нерва
резкое расширение вен, четкость границ ДЗН
кровоизлияния по ходу сосудов

Эффективным методом лечения тяжелого герпетического кератита является:
тектоническая кератопластика
послойная кератопластика
биологическое покрытие роговицы
рефракционная кератопластика
мелиоративная кератопластика

Необратимая слепота наступает при:
старческой катаракте
открытоугольной глаукоме
атрофии зрительного нерва
помутнении роговицы
обскурационной амблиопии

В эпителиальных клетках конъюнктивы обнаруживаются тельца Провачека-Гальберштедтера при:
гонобленорее
дифтерии
ангулярном конъюнктивите
трахоме
эпидемическом кератоконъюнктивите

Ямки или "глазки Бонне" располагаются:
в виде утолщений в нижнем отделе лимба роговицы
в виде множественных монетовидных инфильтратов в поверхностных слоях роговицы по всему лимбу
в центральной зоне роговицы в виде обширной инфильтрации с вращением сосудов конъюнктивы
в глубоких слоях роговицы в виде крупных инфильтратов без васкуляризации и эрозии роговицы
в поверхностных слоях лимба, в виде мелких ямок и инфильтратов, окруженных тонкими петлями сосудов:

Инкубационный период трахомы:
1-2 недели
несколько часов
от 4 до 7 дней
от 1 до 4 дней
от 15 до 30 дней

Частые осложнения трахомы:
птериgium

мадароз
симблефарон
дакриостеноз
завороты и вывороты век

Этиология весеннего катара заключается в:
повышенной чувствительности к гиперинсоляции
непереносимости пылицы различных растений
непереносимости различных медикаментов
гиперчувствительности ультрафиолетовых лучей
гиперчувствительности инфракрасных лучей

Птериgium - это:
врастание васкуляризованной конъюнктивы в роговицу сверху, в результате перенесенной трахомы
васкуляризованная дубликатура конъюнктивы
дубликатура конъюнктивы треугольной формы
отложение холестерина в конъюнктиве у лимба
врастающая в горизонтальном меридиане в роговую оболочку складка конъюнктивы, чаще медиально

Для эпикантуса характерно:
свисание кожи век у наружного края глазной щели
врожденная патология век
полулунная складка кожи внутреннего угла глаза
врожденный дефект края век
частичный птоз

Выворот века различают:
паралитический
атонический, спастический
клонический
гипертрофический
рубцовый

Деструкции стекловидного тела в виде "серебряного дождя" чаще встречаются у больных с:
гипертонической болезнью
патологией жирового обмена
хроническим гепатитом
общим атеросклерозом
сахарным диабетом

У ребенка после паротита появился:
абсцедирующий ячмень верхнего века
гонобленорея
острый конъюнктивит
фарингоконъюнктивальная лихорадка
дакриoadенит

Эмболия ЦАС развивается чаще при:
анемиях, почечной гипертензии
сахарном диабете
гипертензии, ревмакардите
септическом эндокардите
после аборта

Острота зрения при эмболии ЦАС:

падает до нуля
снижается незначительно, постепенно
исчезает внезапно
не изменяется
вначале повышается

Симптом "вишневой косточки" характерен для:

воспалительной реакции макулы
ишемического отека сетчатки
инволютивного перерождения сетчатки
опухолового процесса сетчатки
пигментного перерождения сетчатки

Симптом "раздавленного помидора" характерен для:

эмболии центральной артерии сетчатки
тромбоза центральной вены сетчатки
врожденных макулодистрофий
ангио- и нейрофиброматозов сетчатки
макулодистрофии Франческетти

При тромбозе ЦВС зрение:

не изменяется
вначале остается достаточно высоким
падает внезапно до нуля
снижается постепенно, значительно
снижается кратковременно

При ортофории световые рефлексы располагаются:

в центре зрачка
на краю зрачка
на середине между зрачком и лимбом
на лимбе
на склере

При косоглазии в 15 градусов световой рефлекс располагается:

в центре зрачка
на краю узкого зрачка
на середине между краем зрачка и лимбом
на краю умеренно расширенного зрачка
на краю максимально расширенного зрачка

При косоглазии 25-30 градусов световой рефлекс располагается:

посередине, между краем узкого зрачка и лимбом
посередине, между краем максимально широкого зрачка и центром роговицы
на краю умеренно расширенного зрачка
на краю максимально расширенного зрачка
посередине, между краем умеренно широкого зрачка и лимбом

При косоглазии 45 градусов световой рефлекс располагается:

на склере, за лимбом роговицы
на лимбе роговой оболочки
на краю максимально расширенного зрачка
посередине, между краем широкого зрачка и его центром

посередине, между краем узкого зрачка и лимбом

При косоглазии 60 градусов световой рефлекс располагается:

- на склере, за лимбом роговицы
- на лимбе роговой оболочки
- на краю максимально расширенного зрачка
- посередине, между краем широкого зрачка и лимбом
- посередине, между краем узкого зрачка и лимбом

Аккомодационное косоглазие:

- полностью исправляется очковой коррекцией
- частично исправляется полной очковой коррекцией
- не исправляется полной очковой коррекцией
- не нуждается в очковой коррекции
- служит противопоказанием к контактной коррекции

У больного угол отклонения косящего глаза составляет 30 градусов внутрь, имеется гиперметропия 2,0 Д. При приставлении к глазу стекла +2,0 Д, угол девиации кнутри уменьшается до 15 градусов по Гиршбергу. Ваш диагноз?

- аккомодационное косоглазие
- неаккомодационное косоглазие
- частично аккомодационное косоглазие
- альтернирующее косоглазие
- монолатеральное косоглазие

Изменения глазного дна при гипертоническом ангиосклерозе:

- симптомы Салюса-Гунна I
- симптомы Салюса-Гунна II-III
- симптом "серебряной проволоки"
- симптом "медной проволоки"
- симптом Гвиста, микрокровоизлияния, аневризмы

Патогномичными изменениями диабетической ангиоретинопатии являются:

- преретинальные кровоизлияния
- микроаневризмы
- телеангиэктазы
- новообразованные сосуды сетчатки
- ангиосклероз

У больного атрофия зрительного нерва одного глаза и застойный сосок другого глаза. Ваш диагноз?

- синдром Франческетти
- синдром Фостера-Кеннеди
- болезнь Сьегрена
- синдром Гиппеля-Линдау
- синдром Фогта-Коянаги-Харада

Специфическое лечение скрофулезного кератита:

- кортикостероиды
- препараты йода
- препараты ртути
- препараты мышьяка
- тубазид

Специфическое лечение сифилитического кератита:

фторурацил, бийохиноль, препараты иода
трихопол
пенициллин и его производные
метранитазол
клотримаксозол

К паренхиматозным кератитам относятся:
скрофулезный
древовидный
эпителиальный
сифилитический
нейропаралитический

У больного обнаружена триада Гетчинсона и паренхиматозный кератит. Ваш диагноз?
синдром Чарлена
туберкулезный кератит
сифилитический кератит
фликтенулезный кератит
болезнь Люиса

Дендритическая язва является осложнением:
скрофулезного кератита
склерозирующего кератита
герпетического кератита
туберкулезного кератита
дисковидного кератита

Для первичных герпетических кератитов характерны:
обильная глубокая васкуляризация роговицы
слабая поверхностная васкуляризация роговицы
повышение чувствительности роговой оболочки
понижение чувствительности роговой оболочки
полное отсутствие васкуляризации роговицы

Для послепервичных герпетических кератитов характерными симптомами являются:
обильная глубокая васкуляризация роговицы
слабая поверхностная васкуляризация роговицы
повышение чувствительности роговой оболочки
понижение чувствительности роговой оболочки
полное отсутствие васкуляризации роговицы

При гонобленорее слепота наступает от патологии:
сетчатой оболочки
конъюнктивы
сосудистого тракта
зрительного нерва
роговой оболочки

При отсутствии современного медикаментозного лечения, воспалительные явления у новорожденных с гонобленореей, стихают (от начала заболевания) через:
6-12 месяцев
2-3 месяца
1,5-2 месяца
3-4 недели
6-8 недель

При себорее век:

края век утолщены, гиперемированы, неравномерные

края век утолщены, гиперемированы, с образованием припухлости у основания волосяного фолликула

края век утолщены, гиперемированы, с образованием кровотокащих язвочек

края век утолщены, гиперемированы, с образованием сухих серовато-белых чешуек между ресницами

края век гиперемированы, с расширенными выводными протоками мейбомиевых желез

Для простого блефарита характерны:

гиперемия края век с расширением выводных протоков мейбомиевых желез и пенистым отделяемым

край века гиперемирован, утолщен, неравномерный

край века гиперемирован, утолщен с образованием кровотокащих язвочек между корнями ресниц

край века утолщен с образованием нежных пленок в интерморгинальном пространстве

край века утолщен с образованием припухлости у основания волосяного фолликула

Блефароспазм наиболее характерен для патологии:

цилиарного тела

роговицы

хрусталика

хориоидеи

зрительного нерва

В клинику обратился больной с жалобами на полную потерю зрения на правом глазу. В анамнезе: зрение упало после гипертонического криза. При обследовании в проходящем свете рефлекта нет. Ваш диагноз?

эмболия центральной артерии сетчатки

частичный гемофтальм

полный гемофтальм

отслойка сетчатки

тромбоз центральной вены сетчатки

Осложнениями гиперплазии первичного стекловидного тела могут развиваться:

буфтальм, гидрофтальм

вторичная глаукома

uveит, иридоциклит

осложненная катаракта

псевдоглиома, отслойка сетчатки

В клинику обратился больной с жалобами на покраснение глаза, умеренную болезненность. В анамнезе сифилис. Объективно: слезотечение и светобоязнь слабо выражены, на склере в области экватора два небольших очага ярко-красного цвета, с нечеткими границами, болезненные при пальпации. Ваш диагноз?

гумма

опухоль склеры

стафилома склеры

склеромалляция

эписклерит

В клинику обратился больной с жалобами на снижение зрения на одном глазу. В анамнезе перенес увеит с повышением ВГД. При обследовании острота зрения этого глаза: 0,2 -с/л 2,0

Д, ах 180 = 0,9-1,0. Объективно: на поверхности склеры на 3 мм от лимба имеется бугристое темное выпячивание, размером 4 мм х 6 мм. Ваш диагноз:

склеромаляция
эписклерит
склерит
меланома конъюнктивы
стафилома

Причиной воспалительных заболеваний склеры, как правило, являются:

острые конъюнктивиты
кератиты
острые иридоциклиты
кисты склеры
общие инфекции в т.ч. туберкулез, сифилис, аллергические, системные заболевания и т.п.

Осложнением флегмоны слезного мешка развивается:

структура слезных канальцев
хронический дакриоцистит
дакриoadенит
выворот нижней слезной точки
фистула слезного мешка

Эффективным лечением стриктуры слезных канальцев является:

инстилляцией 20%-ного раствора альбумида
УВЧ-терапия, массаж в области слезного мешка
назначение антибиотиков в каплях
промывание слезных путей дексазоном и лидазой
зондирование слезных путей

В клинику обратился больной 72 лет с жалобами на слезотечение из обоих глаз в течение 3-х месяцев. Объективно: слезостояние, конъюктива век слегка гиперемирована. При промывании слезных путей жидкость в нос проходит капельно. Ваш диагноз?

хронический конъюнктивит
сужение слезных точек
выворот нижнего века
хронический дакриоцистит
сужение носослезных каналов

Флегмона глазницы может осложниться:

тромбозом центральной вены сетчатки
невритом зрительного нерва
тромбозом кавернозного синуса
флегмоной слезного мешка
эндофтальмитом, панфтальмитом

У больного расходящееся косоглазие 12 градусов, угол его не изменяется при приставлении плюсовых и минусовых стекол. Ваш диагноз?

аккомодационное косоглазие
неаккомодационное косоглазие
частично аккомодационное косоглазие
альтернирующее косоглазие
монокулярное косоглазие

Резкое снижение зрения косящего глаза при отсутствии патологии глазного дна и зрительно-нервных путей называется:

ложной макулой
девиацией
диплопией
амблиопией
атрофией

При амблиопии острота зрения равна:
единице
нулю
светощущению с неправильной светопроекцией
светощущению с правильной светопроекцией
десятым и даже сотым долям единицы

Для формирования бинокулярного зрения необходима минимальная острота зрения, равная:
0,5-0,9
0,03-0,05
0,05-0,09
0,3-0,4
0,1-0,2

Амблиопия бывает:
дисбинокулярной, обскурационной
рефракционной, анизометропической
с правильной и неправильной фиксацией
врожденной, истерической, нистагмодной
прямой, обратной

Полноценное излечение косоглазия невозможно без:
формирования НКС
разработки амблиопии
формирования АКС
формирования бинокулярного зрения
достижения ортофории

Мероприятия, направленные на повышение зрительных функций амблиопичного глаза называются:
ортоптикой
плеоптикой
семиотикой
пенализацией
диплоптикой

Для исправления сходящегося неаккомодационного косоглазия применяют:
рецессию наружной,резекцию внутренней прямых мышц
отсадку наружной,укорочение внутренней прямых мышц
резекцию наружной,рецессию внутренней прямых мышц
укорочение внутренней прямой и верхней косой мышц
укорочение наружной,отсадку внутренней прямых мышц

Прямая окклюзия - это:
заклеивание амблиопичного глаза
заклеивание здорового глаза
очковая гиперкоррекция амблиопичного глаза
назначение циклоплегических средств
проведение засветов макулярной области

Обратная окклюзия подразумевает назначение:
полной очковой коррекции амблиопичного глаза
очковой гиперкоррекции амблиопичного глаза
циклоплегических средств в здоровый глаз
заклеивания амблиопичного глаза
заклеивание здорового глаза

Гипертоническая болезнь в III фазе может сопровождаться изменениями глазного дна по типу:
ангиосклероза
ангиопатии
ретинопатии
нейроретинопатии
ангиоматоза

У больного жалобы на нарушение сумеречного зрения. Объективно: концентрическое сужение полей зрения, на глазном дне симптом "костных телец". Ваш диагноз?
дальнозрение
"куриная слепота"
пигментная дистрофия
желточная дистрофия Беста
гИАЛИНОВАЯ дистрофия сетчатки

Герпетическая сыпь является результатом нарушения трофики в:
перикорнеальной лимбальной сети
волокнах тройничного нерва
волокнах симпатической иннервации
волокнах парасимпатической иннервации
роговичных пластинах стромы роговицы

При герпетическом кератите целесообразно применять:
ацикловир
тайленол
макситроль
фторурацил
вита-йодуроль

Кератоконус является следствием:
общих эндокринных расстройств организма
неправильной коррекции смешанного астигматизма
неправильной коррекции миопического астигматизма
неправильной коррекции гиперметропического астигматизма
врожденной обскурационной амблиопии

У больного на роговице поверхностные субэпителиальные монетовидные помутнения, поверхность роговицы отечная. При осмотре яркая гиперемия зева, увеличены лимфатические узлы. Ваш диагноз?
фликтенулезный кератит
герпетический субэпителиальный кератит
аденовирусный кератит
дисковидный кератит
скрофулезный кератит

Длинные волны, это волны следующих цветов:
красного

зеленого
оранжевого
желтого
голубого, фиолетового

Средние волны, это волны следующих цветов:

красного
оранжевого
синего, голубого
зеленого
желтого

Адекватным раздражителем для человеческого глаза является свет с длиной волны:

от 20 до 100 нм
от 120 до 380 нм
от 380 до 760 нм
от 760 до 800 нм
от 800 до 950 нм

Какие длины волн относятся к инфракрасной части спектра:

до 150 нм
до 290 нм
до 380 нм
до 760 нм
до 950 нм

Какие длины волн относятся к ультрафиолетовой части спектра:

до 150 нм
до 290 нм
до 380 нм
до 760 нм
до 950 нм

Фотохимический процесс восстановления зрительного пурпура происходит с помощью витамина:

А
В1, В2, В6
РР
Е
С

Для определения световой чувствительности глаза применяют:

кампиметр
периметр
таблицу Сивцева
адаптометр
аномалоскоп

Дополнительными путями оттока внутриглазной жидкости являются:

перинеуральные пространства зрительного нерва
камеры глаза
супрахориоидальное пространство
сетчатка и роговица
водяные вены

Роговица состоит из:

- 6 слоев
- 4 слоев
- 5 слоев
- 3 слоев
- 10 слоев

Функции роговицы:

- продукция внутриглазной жидкости
- преломление света
- защитная
- аккомодационная
- светочувствительная

Чувствительная иннервация роговицы осуществляется:

- 4-ой парой черепно-мозговых нервов
- 6-ой парой черепно-мозговых нервов
- 7-ой парой черепно-мозговых нервов
- 5-ой парой черепно-мозговых нервов
- 3-ей парой черепно-мозговых нервов

Причиной деструкции стекловидного тела в виде "золотого дождя" является:

- атеросклероз
- воспаление
- нарушение жирового обмена
- кровоизлияние
- металлоз

Деструкциями стекловидного тела с кристаллическими включениями под названием "золотой дождь" чаще всего встречается у больных с:

- гипертонической болезнью
- травмами глазного яблока
- после хирургического вмешательства на глазу
- сахарным диабетом
- после перенесенных иридоциклитов

К дегенеративным заболеваниям стекловидного тела относятся:

- гемофтальм, отслойка стекловидного тела
- симптом "золотого" и "серебрянного дождя"
- абсцесс стекловидного тела
- остатки гиалоидной артерии
- нитчатая и зернистая деструкция

В начальных стадиях кератоконуса в лечебных целях можно использовать:

- мягкую контактную коррекцию
- препараты, улучшающие трофику роговицы
- сквозную кератопластику
- послойную кератопластику
- жесткую контактную коррекцию

При хирургическом лечении кератоконуса выполняется следующая операция, в зависимости от стадии процесса:

- кератомилеза
- кератофакии
- тоннельной кератопластики

сквозной кератопластики
послойной кератопластики

Методами исследования состояния сетчатки являются:

флюоресцентная ангиография
биомикроскопия
прямая офтальмоскопия
обратная офтальмоскопия
рефрактометрия

Жалобы, характерные для патологии периферии сетчатки:

фотопсии
концентрическое сужение поля зрения
гемианопсии
наличие преципитатов на передней поверхности хрусталика
гемералопия

Жалобы, характерные для патологии макулы сетчатки:

фотопсии
микропсии
центральная положительная скотома
центральная отрицательная скотома
периферическая абсолютная скотома

При эмболии ЦАС наблюдается:

внезапная полная потеря зрения
резкое снижение остроты зрения
нарушение сумеречного зрения
постепенное снижение зрения
внезапно развившаяся диплопия

Патогномоничными симптомами при гипертоническом ангиосклерозе являются:

симптом Гвиста
симптом "медной" проволоки
симптом "Салюса-Гунна"
симптом "голубых склер"
симптом "серебряной" проволоки

Симптомами гипертонической ангиопатии сетчатки:

симптом Гвиста
симптом "Гунна-Салюса"
симптом "медной и серебряной" проволоки
микрокровоизлияния в сетчатку
преретинально кровоизлияние

Жалобы больного, позволяющие заподозрить отслойку сетчатки:

появление темной пелены перед глазом
внезапные сильные боли
внезапная полная потеря зрения
резкое снижение зрения
фотопсии в анамнезе

Участок зрительного пути, доступный офтальмоскопии:

внутриглазной
ретробульбарный

внутричерепной
канальцевый
хиазмальный

Изменения в поле зрения, наблюдаемые при застойном соске:

гемианопсия
концентрическое сужение
увеличение слепого пятна
секторообразная скотома
кольцевидная скотома

Клиника неосложненного застойного соска:

краевая экскавация сосудов
стушеванность границ и увеличение размеров ДЗН
побледнение диска с носовой стороны
побледнение диска с височной стороны
кровоизлияния на диске зрительного нерва

Методы исследования размеров слепого пятна

офтальмометрия
тонометрия
периметрия
кампиметрия
рефрактометрия

Изменения органа зрения, свидетельствующие о гипертонической болезни:

кровоизлияния в стекловидное тело
увеопатия
макулодистрофия Фукса
очаги гемо- и плазмо-ррагий
ангиосклероз сетчатки

Феномен "серебрянной проволоки" и симптомы Салюса-Гунна свидетельствуют о:

гипертонической ангиопатии
заднем увеите
сахарном диабете
гипертоническом ангиосклерозе
почечной ангиопатии

Для определения цветового зрения применяют:

кампиметр
пигментные таблицы профессора Рабкина
пробу Кравкова-Пуркинье
адаптометр
аномалоскоп

Центральную скотому можно обнаружить на:

кампиметре
периметре
офтальмометре
аномалоскопе
адаптометре

Для определения центрального зрения применяют:

кампиметр

таблицы Ниддена
таблицу Сивцева
аномалоскоп
ретиноскоп

Концентрическое сужение поля зрения характерно:

для заболеваний роговицы
для заболеваний хрусталика
для заболеваний сетчатки и зрительного нерва
для заболеваний стекловидного тела
для атеросклероза сосудов головного мозга

Гемиянопии свидетельствуют о:

заболеваниях сетчатки
заболеваниях хориоидеи
заболеваниях головного мозга
заболеваниях зрительного нерва
заболеваниях стекловидного тела

Цистицерк попадает в глазное яблоко:

при травмах глазного яблока
при воспалении сосудистой оболочки
при хирургических вмешательствах на глазу
заносится током крови из желудка
во время внутриутробного развития

Первичным углом отклонения называется:

угол отклонения здорового глаза
угол отклонения косящего глаза
угол сходящегося косоглазия
угол расходящегося косоглазия
установочное движение

Вторичным углом отклонения называется:

отклонение здорового глаза
угол отклонения косящего глаза
угол сходящегося косоглазия
угол расходящегося косоглазия
установочное движение

Хирургическое лечение отслойки сетчатки:

криопексия
цирклиж
циклодиализ
ириденклеизис
иридоциклоретракция

Для профилактики отслойки сетчатки производят:

криопексию
диатермокоагуляцию
пункцию субретинальной жидкости
криоэкстракцию
иридоциклооретракцию

У больного биназальная гемиянопия. Ваш предположительный диагноз?

нисходящая атрофия зрительных нервов
атеросклероз внутренней сонной артерии
оптохиазмальный арахноидит
аневризма внутренней сонной артерии
опухоль гипофиза

При обнаружении правосторонней гомонимной гемианопсии ваш предположительный диагноз?

опухоль гипофиза
абсцесс правого полушария
опухоль левого полушария
гематома правого полушария
гематома левого полушария

У больного левосторонняя гомонимная гемианопсия. Ваш предположительный диагноз?

опухоль гипофиза
опухоль правого полушария
опухоль левого полушария
гематома правого полушария
гематома левого полушария

У больного прогрессирующее одностороннее концентрическое сужение поля зрения. Необходимо исключить:

опухоль головного мозга
тапеторетинальную дистрофию сетчатки
открытоугольную глаукому
токсоплазмозный хориоретинит
неврит зрительного нерва

У больного двухстороннее трубчатое поле зрения. Какие заболевания необходимо исключить?

менингит
глаукому
неврастению
атеросклероз мозговых сосудов
тапеторетинальную дистрофию сетчатки

Фотокоагуляция применяется при:

эмболии ЦАС, ишемической оптикопатии
тромбозе ЦВС, диабетической ретинопатии
пигментной дегенерации сетчатки
врожденной макулодистрофии
гипертонической ангиопатии сетчатки

3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Офтальмология: Национальное руководство. Аветисов С.Э., Егоров Е.А., Мошетова Л.К. Нероев В.В., Тахчиди Х.П. - М., ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 940 с.

2. Клиническая офтальмология. Систематизированный подход. Д. Кански. – М., Логосфера, 2009. – 708 с., ил.
3. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии. Руководство. Под ред. Егорова Е. А. - М., Литтерра, 2009. – 953 с.
4. Офтальмология. Справочник. Вильгельм Хаппе. – М., Медпресс - информ, 2009. – 351 с.
5. Офтальмохирургия. Херш М.С., Загельбаум Б.М., Кремерс С.Л., Лове Л.К. - М., Медицинская литератур, Витебск: издатели Плешков Ф.И. и Чернин Б.И., 2016. – 400 с.: ил.
6. ОКТ сетчатки. Метод анализа и интерпретации. Ламброзо Б., Рисполи М.: Апрель, 2012. – 83 см., ил.

Дополнительная литература

1. Новые стандарты оказания офтальмологической помощи амбулаторно: Учебное пособие для врачей. Амиров А.Н., Токинова Р.Н., Мингазова Э.И. – М.: Умный доктор, 2015. – 88 с.
2. Новые стандарты оказания офтальмологической помощи стационарно: Учебное пособие для врачей. Амиров А.Н., Токинова Р.Н., Мингазова Э.И. – М.: Умный доктор, 2015. – 96 с.
3. Анатомия глаза и его придаточного аппарата. Петров С. Ю. – Москва, ИД «ГЭОТАР - Мед», 2009. – 152 с.
4. Порядок и стандарты оказания офтальмологической помощи детям: Методические рекомендации для врачей. Амиров А.Н., Токинова Р.Н., Мингазова Э.И. – М.: Умный доктор, 2015. – 96 с.
5. Функциональные методы исследования в офтальмологии. Шамшинова А.М., Волков В.В. – М., Медицина, 2009. – 485 с.

Перечень ресурсов "Интернет"

1. Федеральная электронная медицинская библиотека МЗ РФ <http://www.femb.ru/feml/>
2. Сайт Российской Национальной библиотеки URL: <http://www.nlr.ru/>
3. Поисковая система PubMed Национальной медицинской библиотеки США. <http://www.pubmed.com>
4. Электронная библиотека КРСУ www.lib.krsu.kg
5. Медицинская литература <http://www.booksmed.com>
6. Научная электронная библиотека <http://eLIBRARY.ru>
7. Интернет ресурсы www.eyeworld.ru, www.ophtalmology.ru, www.ophthalmo.ru, www.eyenews.ru, www.worldglaucoma.org, www.aao.org