

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

Размеры эмметропического глаза по саггитальной, поперечной и вертикальной оси, соответственно:

- а 20.8 - 19.5 – 20.0;
- б 21.7 - 20.1 – 20.3;
- в 22.3 – 21.4 – 21.6;
- г 24.4 – 23.8 – 23.5;
- д 26.6 – 24.5 – 24.3.

Радиус кривизны передней и задней поверхности роговицы, соответственно:

- а 4.6 – 3.9;
- б 6.8 – 7.7;
- в 7.7 – 6.8;
- г 8.8- 7.7;
- д 7.7 – 7.7.

Центральная артерия сетчатки питает:

- а внутренние слои сетчатки;
- б внешние слои сетчатки;
- в хориоидею;
- г внешние слои сетчатки и хориоидею;
- д внутренние слои сетчатки и оптическую часть зрительного нерва.

Связка Вигера выполняет функцию:

- а соединяет стекловидное тело и хрусталик;
- б соединяет хрусталик – цилиарное тело;
- в сохраняет структуру радужной оболочки;
- г удерживает глазное яблоко в полости глазницы;
- д сохраняет структуру угла передней камеры.

Анатомическая ось глаза – условная линия, соединяющая:

- а передний и задний полюс;
- б оптические центры роговицы и хрусталика;

- в точку фиксации с fovea centrale;
- г верхний и нижний полюс;
- д медиальный и латеральный полюс.

Оптическая ось глаза – условная линия, соединяющая:

- а передний и задний полюс;
- б оптические центры роговицы и хрусталика;
- в точку фиксации с fovea centrale;
- г верхний и нижний полюс;
- д медиальный и латеральный полюс.

Зрительная ось глаза – условная линия, соединяющая:

- а передний и задний полюс;
- б оптические центры роговицы и хрусталика;
- в точку фиксации с fovea centrale;
- г верхний и нижний полюс;
- д медиальный и латеральный полюс.

Укажите вероятное расположение патологического процесса:

- а foramen opticus;
- б верхняя глазничная щель;
- в нижняя глазничная щель;
- г мышечная воронка;
- д цилиарный узел.

С чем соединена орбита посредством верхней глазничной щели:

- а передняя черепная ямка;
- б средняя черепная ямка;
- в задняя черепная ямка;
- г височная ямка;
- д задне-височная ямка

Чувствительность роговицы нарушается при поражении:

- а лицевого нерва;
- б глазодвигательного нерва;
- в тройничного нерва;
- г блокового нерва;
- д отводящего нерва.

Основная роль в окислительно-восстановительных процессах белков хрусталика принадлежит:

- а альбуминам;
- б глобулинам;
- в цистеину;
- г коллагену I типа;
- д коллагену III тип

Болевая чувствительность ресничного тела формируется у ребёнка только к:

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

Основная физиологическая функция вортикозных вен состоит в:

- а регуляции внутриглазного давления;
- б оттоке венозной крови из тканей заднего отдела глаза;
- в терморегуляции тканей глаза;
- г обеспечивании нормальной трофики сетчатки.
- д оттоке венозной крови из тканей переднего отдела глаза

Артериальный круг Галлера или Цинна питает:

- а цилиарное тело;
- б радужку;
- в оптическую часть зрительного нерва;
- г верхнее и нижнее веки;
- д роговицу.

Краевая петлистая сеть роговицы образована:

- а передними цилиарными артериями;
- б короткими задними цилиарными артериями;
- в длинными задними цилиарными артериями;

- г ветвями конъюнктивальных артерий;
- д ветвями слезной артерии.

Венозная кровь от сосудистой оболочки глаза оттекает по:

- а центральной вене сетчатки;
- б ресничным венам;
- в вортикозным венам;
- г эписклеральным венам;
- д решетчатым венам.

Зрительный нерв – это:

- а аксоны биполярных клеток;
- б аксоны ганглиозных клеток;
- в аксоны нейронов наружного коленчатого тела;
- г дендриты нейронов цилиарного узла;
- д дендриты нейронов наружного коленчатого тела.

Общее сухожильное кольцо Цинна берет свое начало от:

- а круглого отверстия;
- б верхней глазничной щели;
- в нижней глазничной щели;
- г зрительного канала;
- д надглазничной вырезки

Положение зубчатой линии сетчатки соответствует:

- а зоне проекции лимба;
- б месту прикрепления сухожилий прямых мышц;
- в зоне проекции цилиарного тела;
- г 2 мм от лимба;
- д 3 мм от лимба.

Птоз может быть обусловлен поражением:

- а n. abducens;
- б n. facialis;
- в n. trigeminus;
- г n. oculomotorius;
- д n. maxilaris.

Первичный глазной пузырь развивается из:

- а зрительного нерва;
- б нейроэктодермы;
- в поверхностной эктодермы;
- г глубокой эктодермы;
- д мезодермы.

Сетчатка развивается из:

- а нейроэктодермы;
- б внутреннего слоя глазного бокала;
- в поверхностной эктодермы;
- г мезодермы;
- д оболочек зрительного нерва.

Боуменова мембрана находится между:

- а эпителием роговицы и стромой;
- б стромой и десцеметовой
- в десцеметовой оболочкой и эндотелием;
- г эпителием и десцеметовой оболочкой;
- д стромой и эндотелием

С чем соединена орбита посредством верхней глазничной щели:

- а передняя черепная ямка;
- б средняя черепная ямка;
- в задняя черепная ямка;
- г височная ямка;
- д задне-височная ямка

Слой радужки:

- а передний пограничный;
- б лакунарный;
- в стромальный;
- г пигментно- мышечный;
- д сосудисто-нейронный.

Слой собственно сосудистой оболочки:

- а супрахориоидея;
- б слой крупных сосудов (Галлера);
- в слой средних сосудов (Заттлера);
- г хориокапиллярный слой;

д мембрана Бруха.

Анатомические особенности хориоидеи:

- а лишена чувствительных и нервных окончаний;
- б сосудистая сеть не анастомозирует с передними ресничными артериями;
- в замедленный кровоток;
- г легко отслаивается от склеры;
- д имеет малое количество выпускников.

Механизмы прилегания сосудистой оболочки:

- а за счет отходящих венозных сосудов;
- б за счет отрицательного давления между оболочками;
- в за счет внутриглазного давления;
- г за счет сосудистых петель хориоидея-склера;
- д за счет плотного сращения к склере.

Места прикрепления сетчатки к сосудистой оболочке:

- а в области центральной ямки;
- б вдоль зубчатой линии;
- в вокруг ДЗН;
- г на всем протяжении;
- д не имеет мест прикрепления.

Архитектоника сетчатки обеспечивается за счёт:

- а опорных клеток Мюллера;
- б межуточной ткани;
- в пограничных мембран;
- г стекловидного тела;
- д коллагеновых волокон.

Структуры, образующие угол передней камеры:

- а передняя гиалоидная мембрана;

- б задняя поверхность роговицы;
- в передняя поверхность радужки;
- г задняя поверхность радужки;
- д капсула хрусталика.

Задняя камера - пространство, ограниченное:

- а внутренней поверхностью цилиарного тела;
- б передней гиалоидной мембраной;
- в экватором хрусталика;
- г задней гиалоидной мембраной;
- д цинновыми связками хрусталика.

Пути оттока водянистой влаги:

- а супрахориоидальное пространство;
- б интрасклеральное венозное сплетение;
- в эписклеральные вены;
- г субхориоидальное пространство;
- д венозная сеть ресничного тела.

Функции стекловидного тела:

- а опорная;
- б продукция водянистой влаги;
- в транспортная;
- г питательная;
- д светопроводящая.

Базальная слезная секреция обеспечивается:

- а слезной железой;
- б железами Краузе;
- в железами Вальдейера;
- г клапаном Розенмюллера;
- д синусом Майера.

Питание роговицы осуществляется за счет:

- а аэробного клеточного дыхания;
- б перилимбального кровеносного сплетения задних цилиарных артерий;

- в перилимбального кровеносного сплетения передних цилиарных артерий;
- г влаги передней камеры;
- д слезной жидкости.

В пределах "мышечной воронки" находится:

- а зрительный нерв;
- б глазничная артерия;
- в глазодвигательный нерв;
- г отводящий нерв;
- д общий венозный выпускник.

Канал зрительного нерва служит для прохождения:

- а глазодвигательный нерв;
- б глазничной артерии;
- в нижней глазничной вены;
- г верхней глазничной вены;
- д зрительного нерва.

Ветвями глазничной артерии является:

- а лобная артерия;
- б надглазничная артерия;
- в слезная артерия;
- г центральная артерия сетчатки;
- д мышечные артерии.

Короткие задние цилиарные артерии питают:

- а частично цилиарное тело;
- б радужку;
- в часть зрительного нерва;
- г наружные слои сетчатки;
- д роговицу

Кровоснабжение цилиарного тела осуществляется:

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

**Двигательную иннервацию
экстраокулярных мышц осуществляют:**

- а зрительный нерв;
- б отводящий нерв;
- в блоковый нерв;
- г цилиарный узел;
- д глазодвигательный нерв.

Цилиарный узел содержит в себе:

- а чувствительные волокна;
- б двигательные волокна;
- в симпатические волокна;
- г парасимпатические волокна;
- д только симпатические и парасимпатические волокна.

**Какие костные структуры формируют
верхнюю глазничную щель:**

- а тело основной кости;
- б большое крыло основной кости;
- в малое крыло основной кости;
- г нёбная кость;
- д решетчатая кость.

**При парафовеолярной фиксации острота
зрения у ребёнка 10-12 лет:**

- а больше 1,0;
- б 1,0;
- в 0,8-0,9;
- г 0,5-0,6;
- д ниже 0,5;

**В современных таблицах для определения
остроты зрения Сивцева Головина мелкие
детали предъявляемых объектов видны
под углом зрения:**

- а меньше 1 минуты;
- б в 1 минуту;
- в в 2 минуты;
- г в 3 минуты;
- д более 3 минут.

Светоощущение отсутствует у больного с:

- а интенсивным тотальным помутнением роговицы;

- б тотальной катарактой;
- в центральной дегенерацией сетчатки;
- г полной атрофией зрительного нерва;
- д разрывом сетчатки в макулярной зоне.

Функциональное состояние колбочкового аппарата сетчатки глаза определяют по:

- а светоощущению;
- б состоянию световой адаптации;
- в остроте зрения;
- г границам периферического зрения;
- д критической частоте слияния мелькания

Темновую адаптацию необходимо исследовать у больных с:

- а абиотрофией сетчатки;
- б миопией слабой и средней степени;
- в гиперметропией с астигматизмом;
- г косоглазием;
- д рефракционной амблиопией.

Величина слепого пятна, определяемая кампиметрически, в норме у взрослого человека равна:

- а 3 x 2 см;
- б 5 x 4 см;
- в 8 x 6 см;
- г 9 x 7 см;
- д 10 x 8 см.

Гомонимная и гетеронимная гемианопсия определяются у больных при:

- а центральной дегенерации сетчатки;
- б анизометропии;
- в патологических изменениях зрительных путей;
- г патологических процессах в области пучка Грациоле;

- д атрофии папилломакулярных нервных волокон.

Физиологическая скотома, определяемая при периметрическом исследовании человека, в норме находится по отношению к точке фиксации в:

- а 15° с носовой стороны;
б 20° с носовой стороны;
в 15° с височной стороны;
г 25° с височной стороны;
д 30° с височной стороны.

В норме самые малые размеры имеет поле зрения на:

- а белый цвет;
б красный цвет;
в зелёный цвет;
г жёлтый цвет;
д синий цвет.

Наиболее широкие границы (в норме) имеет поле зрения на:

- а красный цвет;
б жёлтый цвет;
в зелёный цвет;
г синий цвет;
д белый цвет.

Для нормального формирования стереоскопического зрения необходимым условием является наличие:

- а нормальных границ периферического зрения;
б монокулярной остроты зрения не ниже 1,0;
в трихроматического зрения;
г бинокулярного зрения;
д нормальной адаптационной способности органа зрения.

Число миганий веками достигает у детей нормальных значений (8-12 в 1 минуту) к:

- а 3 месяцам;
б 1 году;

- в 5 годам;
- г 7-10 годам;
- д 14-15 годам.

Нормальное функционирование слёзных желез (выделение слезы) формируется у детей в возрасте:

- а ½-1 месяцев;
- б 2-3 месяцев;
- в 6-8 месяцев;
- г 1 года;
- д 2-3 лет.

Мейбомиевы железы выделяют:

- а слезу;
- б слизистый секрет;
- в сальный секрет;
- г лимфу;
- д водянистую влагу.

Низкая чувствительность роговицы у детей первых месяцев жизни связана с:

- а особенностью строения эпителия роговицы;
- б особенностью функционирования слёзных желез;
- в ещё незавершённым формированием тройничного нерва;
- г недостаточным функционированием слизистых желез;
- д слишком глубоко расположенными в ткани роговицы чувствительными нервными окончаниями.

Наиболее высокая чувствительность роговицы определяется в:

- а области лимба;
- б паралимбальной зоне;
- в верхней её половине;
- г центральной зоне;
- д парацентральной зоне.

Появление перикорнеальной инъекции при некоторых патологических состояниях глаза объясняется:

- а обычной циркуляцией крови в сосудах краевой петливой сети;
- б повышением внутриглазного давления;
- в повышением кровяного давления в сосудистом русле глаза;
- г расширением сосудов краевой петливой сети и усилившемся кровенаполнением этой части сосудистой сети глаза;
- д значительным истончением стенок сосудов краевой петливой сети.

В ответ на инстилляцию мидриатиков максимальное расширение зрачка можно получить у ребёнка с возраста:

- а 10 дней жизни;
- б первого месяца жизни;
- в первых 3-6 месяцев жизни;
- г 1 года жизни;
- д 3 лет жизни.

Болевая чувствительность ресничного тела формируется у ребёнка только к:

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

Аккомодационная функция здорового глаза достигает у человека своей максимальной величины в возрасте:

- а 3 лет жизни;
- б 5-6 лет жизни;
- в 7-8 лет жизни;
- г 14-16 лет жизни;
- д 20 лет и старше.

Наиболее важной физиологической функцией пограничной мембраны Бруха является:

- а защита сетчатки от токсических компонентов крови;
- б осуществление обмена веществ между кровью и клетками пигментного эпителия сетчатки;
- в термоизоляция сетчатки;
- г барьерная функция;
- д каркасная функция.

Основная физиологическая функция вортикозных вен состоит в:

- а регуляции внутриглазного давления;
- б оттоке венозной крови из тканей заднего отдела глаза;
- в терморегуляции тканей глаза;
- г обеспечивании нормальной трофики сетчатки.
- д оттоке венозной крови из тканей переднего отдела глаза

Первая часть пробы Веста считается положительной, если красящее вещество (колларгол или флюоресцеин) полностью уходит из конъюнктивального мешка в слёзоотводящие пути за:

- а 1-2 минуты;
- б 2-3 минуты;
- в 3-4 минуты;
- г 4-5 минут;
- д 6-7 минут дольше.

Вторая часть пробы Веста считается положительной, если красящее вещество из конъюнктивального мешка пройдёт в нос за:

- а 1 минуту;
- б 2 минуты;
- в 3 минуты;
- г 5-10 минут;
- д более чем за 10 минут.

У здорового ребёнка с нормальным (физиологическим) ростом глазного яблока сагиттальный размер глаза увеличивается за первый год жизни в среднем на:

- а 1 мм;
- б 2 мм;
- в 3-3,5 мм;
- г 4-5 мм;
- д 5,5-6 мм.

У здорового ребёнка с нормальным (физиологическим) ростом глазного яблока сагиттальный размер глаза увеличивается от 1 года жизни до 15-16 лет в среднем на:

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

Примерно к 1 году жизни ребёнка в макулярной области исчезают слои сетчатки:

- а со второго по третий;
- б с третьего по четвёртый;
- в с пятого по девятый;
- г с шестого по восьмой;
- д седьмого по девятый

У взрослого здорового человека соотношение калибра артерий и вен сетчатки составляет в норме:

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

Электроретинограмма отражает функциональное состояние:

- а внутренних слоёв сетчатки;
- б наружных слоёв сетчатки;
- в подкорковых зрительных центров;
- г корковых зрительных центров
- д зрительного нерва

Порог электрической чувствительности отражает функциональное состояние:

- а наружных слоёв сетчатки;
- б внутренних слоёв сетчатки;

- в папилломакулярного пучка зрительного нерва;
- г подкорковых зрительных центров;
- д корковых зрительных центров.

Показатель лабильности, измеряемый по критической частоте исчезновения фосфена, характеризует функциональное состояние:

- а наружных слоёв сетчатки;
- б внутренних слоёв сетчатки;
- в проводящих путей (папилломакулярного пучка);
- г подкорковых центров зрительного анализатора
- д зрительного нерва

Электроэнцефалограмма, проведенная при комплексном обследовании пациента с поражением зрительного анализатора, позволяет судить о функциональном состоянии:

- а наружных слоёв сетчатки;
- б проводящих путей зрительного анализатора;
- в коркового и (отчасти) подкоркового зрительного центров;
- г внутренних слоёв сетчатки.
- д зрительного нерва

Отсутствие движения светового пятна в области зрачка при скиаскопии с расстояния в 1м, характерно для:

- а гиперметропии, эметропии или миопии < 1дптр;
- б миопии < 1дптр;
- в миопии > 1дптр;
- г миопии в 1дптр;
- д миопия в 2 дптр.

Наиболее часто применяемый хирургический метод коррекции аметропии - это:

- а передняя радиальная дозированная кератотомия;
- б фоторефрактивная кератотомия;

- в лазерный кератомилез in situ;
- г термокератопластика;
- д лэнсэктомия.

Оптимальный метод хирургической коррекции при аметропии выше 15 Дптр:

- а передняя радиальная дозированная кератотомия;
- б фоторефрактивная кератотомия;
- в лазерный кератомилез in situ;
- г термокератопластика;
- д лэнсэктомия;

Преломляющая сила глаза равна:

- а 1,5-2,0 диоптрии;
- б 18,0-20,0 диоптрий;
- в 28,0-30,0 диоптрий.
- г 40,0-42,0 диоптрий;
- д 60,0-62,0 диоптрии;

Пресбиопия обычно начинается в:

- а 30 - 35 лет;
- б 35 - 40 лет;
- в 40 - 45 лет;
- г 45 - 50 лет;
- д Старше 60 лет.

Показания к назначению коррекции призматическими линзами:

- а гетерофория с явлениями декомпенсации;
- б диплопия на фоне пареза глазодвигательных мышц;
- в сложный астигматизм $> 4,0$ дптр ;
- г некоторые формы содружественного косоглазия;
- д сложный астигматизм $> 2,0$ дптр.

По сохранности или нарушению верзионных движений косоглазие бывает:

- а явное;
- б скрытое;
- в содружественное;
- г альтернирующее;

д паралитическое.

Причины ослабления аккомодации в пожилом возрасте:

- а уплотнение хрусталика;
- б уменьшение сократительной способности цилиарной мышцы;
- в сужение угла передней камеры;
- г дегенеративные изменения цинновой связки;
- д деструкция стекловидного тела.

Противопоказания к ЛАЗИК являются:

- а кератоконус;
- б синдром «сухого глаза»;
- в артефакция при сохранной задней капсуле;
- г отслойка сетчатки;
- д коллагенозы.

При изометропической гиперметропии в 5,5-6,0 дптр у ребёнка 5 лет может развиваться амблиопия:

- а рефракционная;
- б анизометропическая;
- в депривационная;
- г дисбинокулярная.
- д обскурационная

Показатели остроты зрения, совместимой с бинокулярным зрением:

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

Наиболее высокая острота зрения связана с нормальным функционированием:

- а периферической области сетчатки;
- б парамакулярной области сетчатки;

- в макулярной области сетчатки;
- г фовеолярной области сетчатки;
- д парапапиллярной области сетчатки.

В норме зрительная фиксация должна быть:

- а центральной устойчивой;
- б парацентральной устойчивой;
- в парацентральной неустойчивой;
- г устойчивой периферической;
- д перемежающейся.

При центральной устойчивой фиксации рассматриваемый объект относительно неподвижно установлен на область сетчатки:

- а фовеолярную;
- б парафовеолярную;
- в макулярную;
- г парамакулярную;
- д парапапиллярную.

Граница парафовеолярной фиксации находится:

- а в области центральной ямки сетчатки;
- б на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна;
- в по краю жёлтого пятна;
- г на середине расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва;
- д на периферии сетчатки.

Очки назначают ребёнку со сходящимся косоглазием и дальнозоркостью средней степени:

- а только для работы на близком расстоянии;
- б для постоянного ношения;
- в только для дали;
- г только для проведения ортоптического лечения;
- д только для проведения плеоптического лечения

Ребѣнку с амблиопией и косоглазием необходимо корригировать выявленную аметропию очками с:

- а момента выявления косоглазия;
- б 2-3-х лет;
- в 4-х лет;
- г 5-ти лет;
- д 6-ти лет и старше.

Локальное "слепящее" раздражение светом центральной ямки сетчатки проводят с помощью:

- а большого безрефлексного офтальмоскопа;
- б рефрактометра;
- в офтальмометра;
- г щелевой лампы;
- д зеркального офтальмоскопа.

Засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу проводят с помощью:

- а большого безрефлексного офтальмоскопа;
- б рефрактометра;
- в офтальмометра;
- г щелевой лампы;
- д зеркального офтальмоскопа.

Метод пенализации, применяемый для лечения амблиопии у детей, заключается в:

- а локальном воздействии светом на сетчатку;
- б использовании отрицательных последовательных образов;
- в упражнениях в локализации (на локализаторе- корректоре и др.);
- г разобщении глаз, при котором один из них становится фиксирующим для дали, а другой - для близи;
- д окклюзии лучше видящего глаза.

Обратную окклюзию для лечения амблиопии назначают детям на:

- а 1-2 недели;
- б 4-6 недель;
- в 2 месяца;
- г 3 месяца;
- д 4 месяца.

Световой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза по наружному краю зрачка. Это соответствует:

- а сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- в сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- г расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- д сходящемуся косоглазию с углом в 45°

Световой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза по внутреннему краю зрачка. Это соответствует:

- а сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- в сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- г расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- д сходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее наружной половине. Это соответствует:

- а сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- в сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;

- г расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- д сходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза, проецируясь на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее внутренней половине. Это соответствует:

- а сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- в расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- г сходящемуся косоглазию с углом в 45° ;
- д расходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза по ее наружному краю. Это соответствует:

- а сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- в расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- г сходящемуся косоглазию с углом в 45° ;
- д расходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза по ее внутреннему краю. Это соответствует:

- а сходящемуся или расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- в расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;

- г сходящемуся косоглазию с углом в 45°;
- д расходящемуся косоглазию с углом в 45°.

При обследовании на четырехточечном цветотесте испытуемый, имеющий бинокулярное зрение, видит через красно-зеленые очки:

- а четыре кружка;
- б пять кружков;
- в то два, то три кружка;
- г два кружка;
- д три кружка

Причинами билатерального экзофтальма являются:

- а тромбоз кавернозного синуса;
- б эндокринная офтальмопатия;
- в аневризма глазной артерии;
- г опухоль слезной железы;
- д дермоидная киста

При поражении орбиты при болезни Вегенера рекомендуется проведение:

- а орбитотомии
- б экзентерации
- в облучения
- г медикаментозного лечения
- д динамического наблюдения

Причины возникновения тиреотоксического экзофтальма:

- а утолщение экстраокулярных мышц
- б гиперактивность мышцы Мюллера
- в наличие опухоли в орбите
- г отек орбитальной клетчатки
- д нарушение оттока внутриглазной жидкости

Выводные протоки мейбомиевых желез открываются в:

- а волосяные мешочки ресниц;
- б интермаргинальное пространство век;

- в верхний конъюнктивальный свод;
- г нижний конъюнктивальный свод;
- д носослезный проток.

Железы, продуцирующие липиды- это:

- а железы Цейса и Молля;
- б железы Краузе и Вольфринга;
- в мейбомиевы и железы Цейса;
- г железы Манца и крипты Генле;
- д бокаловидные клетки Бехера и железы Манца.

Фолликулы являются одним из основных клинических признаков конъюнктивитов:

- а бактериальных и хламидийных;
- б хламидийных и вирусных;
- в вирусных и грибковых;
- г грибковых и аллергических;
- д аллергических и бактериальных.

Увеличение и болезненность при пальпации регионарных лимфатических узлов наблюдается при конъюнктивитах:

- а грибковых;
- б бактериальных;
- в вирусных;
- г аллергических;
- д хламидийных.

Появление субконъюнктивальных кровоизлияний может наблюдаться при конъюнктивитах:

- а вирусных и бактериальных;
- б бактериальных и хламидийных;
- в хламидийных и аллергических;
- г аллергических и грибковых;
- д грибковых и вирусных.

Метод полимеразной цепной реакции заключается в:

- а прямом определении фрагмента генома возбудителя;
- б определении диагностически значимого уровня антител;

- в изоляции возбудителя в культуре клеток;
- г обнаружении возбудителя с помощью родоспецифических моноклональных антител;
- д обнаружении возбудителя, путем выявления его антигенов.

Аденовирусный конъюнктивит (фарингоконъюнктивальная лихорадка) может протекать в следующих клинических формах:

- а катаральной, фолликулярной, везикулярно-язвенной;
- б конъюнктивальной, лимбальной, смешанной;
- в катаральной, фолликулярной, пленчатой;
- г папиллярной, фолликулярной, роговичной;
- д катаральной, пленчатой, токсической.

Острое начало заболевания с резкой боли в глазу, на фоне симптомов общего недомогания и повышения температуры тела, увеличение предушных лимфатических узлов, гиперемия и хемоз конъюнктивы, фолликулы, появление обширных субконъюнктивальных кровоизлияний характерно для конъюнктивита:

- а эпидемического аденовирусного кератоконъюнктивита;
- б эпидемического геморрагического;
- в эпидемического Коха-Уикса;
- г дифтерийного;
- д пневмококкового.

Возбудитель эпидемического геморрагического конъюнктивита - это:

- а аденовирус 8-го серотипа;
- б аденовирус 3,4,5,7 серотипа;
- в вирус простого герпеса 1,2;
- г энтеровирус-70;

д цитомегаловирус.

У пациентки, длительно использующей контактные линзы, появилось постоянное раздражение глаз, чувство инородного тела, покраснение глаз. При осмотре обнаружены крупные сосочки на тарзальной конъюнктиве верхнего века, размером более 1 мм, наличие небольшого количества слизистого отделяемого, роговица прозрачная, глубжележащие среды прозрачные. Данные клинические симптомы характерны для:

- а инфекционно-аллергического конъюнктивита;
- б весеннего катара;
- в поллиноза;
- г пузырьчатки конъюнктивы;
- д гиперпапиллярного конъюнктивита.

При центральной язве роговицы с угрозой ее перфорации показано:

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

Акантомебный кератит возникает в связи с:

- а длительным использованием антибиотиков;
- б длительным ношением контактных линз;
- в грибковыми заболеваниями кожи;
- г гнойным дакриоциститом;
- д инфекционными конъюнктивитами, блефаритами, мейбومیитами.

Наиболее характерная форма инфильтрата при акантомебном кератите:

- а древовидный;
- б дисковидный;
- в точечный;
- г кольцевидный;
- д неправильной формы.

Симптом, позволяющий предположить у пациента нейротрофический кератит:

- а резко выражен болевой синдром;
- б конъюнктивальное отделяемое в виде нитей;
- в бессимптомное прогрессирование язвы роговицы;
- г кольцевидный инфильтрат на роговице;
- д гипопион.

Пациентку П., 34 года, беспокоят «сухость» глаз, сухость во рту, частое потребление жидкости. Можно предположить, что имеет место:

- а сахарный диабет;
- б синдром Сьёгрена;
- в нейротрофический кератит;
- г тиреотоксикоз;
- д аллергический конъюнктивит.

Проявлением синдрома Сьёгрена со стороны органа зрения является:

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

При начальных проявлениях сухого кератоконъюнктивита целесообразным является назначение:

- а кортикостероидов;
- б препаратов искусственной слезы;
- в сульфаниламидов;

- г антигистаминных препаратов;
- д антибиотиков.

Нормальный показатель увлажнения полоски при пробе Ширмера составляет:

- а более 15 мм;
- б 10-15 мм;
- в 5-10 мм;
- г 3-5 мм;
- д 1-2 мм.

Для эпидемического кератоконъюнктивита характерно формирование в роговице:

- а древовидных фигур
- б ландкартообразных фигур
- в монетовидных субэпителиальных инфильтратов
- г паралимбальных язвенных дефектов
- д преципитатов на эндотелии.

Поражение роговицы при аденовирусном конъюнктивите может протекать в виде:

- а точечного поверхностного кератита легкого течения
- б интерстициального кератита
- в дисковидного кератита
- г древовидного кератит
- д васкуляризации

Диагноз эпидемического кератоконъюнктивита основывается на признаках:

- а роговичный синдром, перикорнеальная инъекция сосудов конъюнктивы
- б отек роговицы, повышение внутриглазного давления
- в яркая гиперемия конъюнктивы, случаи «красного глаза» в семье, острое начало
- г эрозия роговицы, слезотечение
- д гнойный инфильтрат роговицы, десцеметоцеле

Нозологические формы, характерные для аденовирусных инфекций глаз- это:

- а кератиты и конъюнктивиты
- б эпидемический кератоконъюнктивит и фарингоконъюнктивальная лихорадка
- в вирусный склерит и кератит
- г блефароконъюнктивит и кератит
- д конъюнктивит и блефарит

Основные группы лекарственных средств для лечения аденовирусных инфекций глаз:

- а антибиотики и антисептики
- б антигистаминные средства и стабилизаторы мембран тучных клеток
- в индукторы интерферона и рекомбинатный интерферон
- г корнеопротекторы и эпителиальные регенераторы
- д слезозаместители и увлажняющие средства

Аденовирусы сохраняют способность вызывать заболевание (инфекционность) на различных поверхностях (при условии отсутствия дезинфекции) в течение:

- а 1 часа
- б 5-ти часов
- в не более 1 дня
- г до 2-х недель
- д до 12-ти месяцев

Доминирующей формой поражения при офтальмогерпесе является:

- а кератит
- б конъюнктивит
- в ретинит
- г миозит
- д склерит

Кератит при офтальмогерпесе:

- а дисковидный
- б древовидный
- в буллезный
- г точечный
- д очаговый

Основные группы препаратов для лечения офтальмогерпеса:

- а интерфероногены, интерфероны и аналоги нуклеозидов
- б простагландины и ингибиторы карбоангидразы
- в НПВС и кортикостероиды
- г слезозаместители и антисептики
- д антигистаминные средства и НПВС

Жесткие контактные линзы эффективны при:

- а рецидивирующей эрозии роговицы;
- б буллезной кератопатии;
- в кератоконусе;
- г миопии высокой степени;
- д кератоглобусе.

Передний увеит - это воспаление:

- а стекловидного тела
- б стекловидного тела и сетчатки
- в радужки и цилиарного тела
- г хориоидеи
- д конъюнктивы

Задний увеит - это воспаление:

- а хориоидеи, сетчатки и ее артерий и вен
- б роговицы и радужки
- в конъюнктивы и роговицы
- г ретробульбарной клетчатки
- д всех оболочек глаза, кроме склеры

«Триада» Рейтера, кроме поражения глаз, также включает поражение:

- а уретры или кишечника, суставов

- б сердца и суставов
- в печени и почек
- г лимфоузлов и селезенки
- д головного и спинного мозга

Увеит при болезни Бехтерева чаще всего протекает в виде:

- а острого хориоретинита
- б хронического хориоретинита
- в острого двустороннего переднего увеита
- г мультифокального хориоидита
- д витреита

Появление при ретините пятен «мягкого», «хлопкообразного» экссудата свидетельствует о:

- а воспалительном клеточном транссудате
- б отложениях воспалительных белков
- в отложении фибрина
- г поражении мелких артериол и ишемии сетчатки
- д отложениях холестерина

Человеческий лейкоцитарный антиген HLA-B27 ассоциируется с острым передним увеитом и заболеваниями:

- а анкилозирующим спондилитом (б-нь Бехтерева)
- б остеохондрозом
- в паховыми грыжами
- г синдромом Рейтера
- д псориатическим артритом

Для установления ревматической природы увеитов используют биохимические маркеры:

- а антистрептолизин-О
- б антинуклеарные антитела
- в щелочная фосфатаза
- г ревматоидный фактор
- д С-реактивный белок

Передний увеит при ювенильном артрите характеризуется:

- а слабовыраженной инъекцией сосудов или ее отсутствием
- б ареактивностью (отсутствием жалоб)
- в развивается в возрасте после 50-ти лет
- г в крови часто обнаруживаются антинуклеарные антитела (АНА)
- д поражением нескольких или многих суставов

Из системы центральной артерии сетчатки кровоснабжаются:

- а цилиарное тело;
- б зрительный нерв;
- в наружные слои сетчатки;
- г радужка;
- д внутренние слои сетчатки.

Данные флюоресцентной ангиографии при окклюзии центральной артерии сетчатки выявляют:

- а задержку артериального и венозного наполнения, просачивание красителя, экранирование хориоидальной флюоресценции кровоизлияниями;
- б задержку артериального наполнения и экранирование фоновой хориоидальной флюоресценции ишемическим отеком сетчатки;
- в раннюю гиперфлюоресценцию хориоидеи в виде кружева, веера, с прогрессивным ее увеличением в ходе исследования;
- г хорошо отграниченный участок гиперфлюоресценции в венозную фазу с усилением флюоресценции в позднюю фазу;
- д задержку венозного наполнения, геморрагии сетчатки, участки отсутствия капиллярной перфузии.

Возрастная макулярная дегенерация – это хронический дегенеративный процесс, развивающийся в:

- а капиллярах сетчатки;
- б нейроэпителии сетчатки;
- в пигментном эпителии сетчатки и хориокапиллярах;
- г в слое нервных волокон;
- д во всех слоях сетчатки.

Друзы при возрастной макулодистрофии располагаются:

- а между пигментным эпителием сетчатки и фоторецепторами;
- б в пигментном эпителии;
- в между базальной мембраной пигментного эпителия сетчатки и внутренним коллагеновым слоем мембраны Бруха;
- г в мембране Бруха;
- д между мембраной Бруха и хориокапиллярами.

Поздним проявлением «сухой» формы возрастной макулодистрофии является:

- а разрыв пигментного эпителия сетчатки;
- б отслойка пигментного эпителия сетчатки;
- в «географическая» атрофия пигментного эпителия сетчатки;
- г наличие мягких друз;
- д образование хориоидальной неоваскуляризации.

Причины серозной отслойки пигментного эпителия сетчатки:

- а утолщение и нарушение водопроницаемости мембраны Бруха;
- б наличие хориоидальной неоваскуляризации;
- в атрофия пигментного эпителия сетчатки;
- г разрыв пигментного эпителия сетчатки;
- д диабетическая ретинопатия.

Тест Амслера проводится с расстояния:

- а 1 м в очках для дали;
- б 50 см;
- в 40 см;
- г 30 см в очках для чтения;
- д 30 см.

Наиболее ранний клинический признак диабетической ретинопатии:

- а микроаневризмы;
- б твердые экссудаты;
- в микрогеморрагии;
- г мягкие экссудаты;
- д друзы;

При диабетической ретинопатии отек сетчатки первично локализуется:

- а во внутреннем плексиформном слое;
- б во внутреннем ядерном слое;
- в в слое нервных волокон;
- г между наружным плексиформным и внутренним ядерными слоями;
- д в наружном плексиформном слое;

Официально зарегистрированный антиангиогенный препарат для интравитреального введения при диабетическом макулярном отеке:

- а бевацизумаб;
- б ранибизумаб;
- в триамсинолон;
- г абциксимаб;
- д пегаптаниб;

При диффузном диабетическом макулярном отеке рекомендовано проведение:

- а панретинальной лазерной коагуляции сетчатки;
- б фокальной лазерной коагуляции сетчатки;
- в лазерной коагуляции сетчатки по методу «решетки»;

- г лазерной коагуляции сетчатки по методу модифицированной «решетки»;
- д барража;

У пациентки, страдающей сахарным диабетом 2 типа в течение 15 лет, после массивного кровоизлияния в стекловидное тело сформировались шварты с новообразованными сосудами, проминирующие в стекловидное тело. Тактика лечения:

- а динамическое наблюдение;
- б рассасывающая терапия;
- в лазерная коагуляция сетчатки;
- г витрэктомия;
- д витрэктомия с предварительным интравитреальным введением ингибиторов ангиогенеза;

В случае кровоизлияния в сетчатку или стекловидное тело рассасывающую терапию следует начинать:

- а немедленно;
- б через 2-3 дня после кровоизлияния;
- в через 7 дней после кровоизлияния;
- г через 2 недели после кровоизлияния;
- д через месяц после кровоизлияния;

У больной 17 лет, страдающей сахарным диабетом 1 типа с 5 лет, при плановом осмотре офтальмологом выявлена неоваскуляризация радужки, над диском зрительного нерва и в перипапиллярной области. Рекомендовано:

- а наблюдение;
- б проведение сосудокрепляющей терапии;
- в немедленное лазерное лечение;
- г отсроченное лазерное лечение;
- д витрэктомия;

Патогенетические факторы окклюзии артерий сетчатки:

- а отслойка задней гиалоидной мембраны;
- б артериолотромбоз;
- в снижение перфузионного давления;
- г спазм;
- д эмболия.

Лабораторный контроль при лечении непрямыми антикоагулянтами заключается в определении:

- а количества эритроцитов;
- б международного нормализованного отношения (МНО);
- в протеина С;
- г антитромбина III;
- д количества тромбоцитов

Последствиями окклюзии центральной вены сетчатки могут быть:

- а неоваскуляризация сетчатки;
- б вторичная неоваскулярная глаукома;
- в кистозный макулярный отек;
- г пролиферативные изменения сетчатки;
- д атрофия зрительного нерва

Показания к проведению лазерной коагуляции сетчатки при окклюзии центральной вены сетчатки:

- а обширные интравитреальные геморагии;
- б отек диска зрительного нерва;
- в участки ишемии сетчатки;
- г атрофия зрительного нерва;
- д неоваскуляризация сетчатки.

Лечение кистозного макулярного отека вследствие окклюзии центральной вены сетчатки включает:

- а интравитреальное введение ингибитора фактора роста эндотелия сосудов;

- б интравитреальное введение глюкокортикоидов;
- в проведение фибринолитической терапии;
- г проведение противовирусной терапии;
- д проведение ангиопротекторной терапии.

Обязательные методы скрининга диабетической ретинопатии:

- а оптическая когерентная томография;
- б прямая офтальмоскопия;
- в флуоресцентная ангиография;
- г биомикроскопия сетчатки при помощи асферических линз;
- д стереоскопическое фотографирование стандартных полей сетчатки;

Согласно данным исследовательской группы ETDRS, клинически значимый макулярный отек характеризуется:

- а наличием микроаневризм в области 500 мкм от центра фовеа;
- б отеком сетчатки в области 500 мкм от центра фовеа;
- в отеком сетчатки в зоне от 500 до 1500 мкм от центра фовеа;
- г отложением твердых экссудатов в области 500 мкм от центра фовеа;
- д отеком сетчатки в зоне 1500 мкм и более от центра фовеа;

Дополнительные инструментальные методы диагностики диабетической ретинопатии:

- а стереоскопическое фотографирование стандартных полей сетчатки;
- б оптическая когерентная томография;
- в флуоресцентная ангиография;
- г обратная офтальмоскопия;
- д периметрия;

Дифференциальную диагностику диабетической ретинопатии следует проводить с:

- а неполным тромбозом и претромбозом центральной вены сетчатки;
- б ретинитом Коатса;
- в радиационной ретинопатией;
- г возрастной макулярной дегенерацией;
- д гипертонической ретинопатией;

Признаками перехода диабетической ретинопатии в препролиферативную стадию является появление:

- а микрогеморрагий;
- б венозных аномалий (извитости, четкообразности вен);
- в интравитреальных микрососудистых аномалий (ИРМА);
- г отека макулярной зоны;
- д «мягких» экссудатов;

Признаки экссудативной («влажной») формы возрастной макулодистрофии:

- а «географическая» атрофия пигментного эпителия сетчатки;
- б мягкие друзы;
- в твердые друзы;
- г наличие хориоидальная неоваскуляризация;
- д геморрагическая отслойка пигментного эпителия сетчатки.

При обследовании больного в проходящем свете определяется умеренный розовый рефлекс, на фоне которого отмечаются подвижные черные штрихи и точки. Зрение снизилось незначительно. У данного больного можно предположить:

- а начальную стадию катаракты;
- б незрелую катаракту;
- в зрелую катаракту;
- г перезревание катаракты;

д помутнение в стекловидном теле.

Наиболее эффективным методом введения препаратов для профилактики прогрессирования катаракты являются:

- а инстилляцией витаминных капель;
- б пероральное применение витаминов;
- в внутривенные вливания витаминов;
- г нет достоверных данных;
- д курсы внутримышечных инъекций витаминов.

Абсолютным медицинским условием и показанием к хирургическому лечению катаракты является:

- а зрелая катаракта;
- б начальная катаракта;
- в невозможность выполнения больным своей обычной работы;
- г передняя катаракта без гипертензии;
- д факодонез.

Синдром Марфана:

- а передается по доминантному типу наследования;
- б передается по рецессивному типу;
- в передается по аутосомно-доминантному типу;
- г передается по аутосомно-рецессивному типу;
- д не является семейно-наследственным заболеванием.

Воспалительные глазные заболевания, способствующие формированию катаракты:

- а аденовирусный конъюнктивит;
- б эписклерит;
- в кератит;
- г увеит;

д хориоретинит.

Оптическая сила хрусталика в среднем соответствует:

- а 8 Дптр
- б 18 Дптр
- в 28 Дптр
- г 38 Дптр
- д 48 Дптр

При расчете оптической силы искусственного хрусталика при экстракции возрастной катаракты учитывается:

- а длина передне-задней оси глаза
- б возраст пациента
- в диаметр роговицы
- г оптическая сила хрусталика
- д внутриглазное давление

В какие сроки после проведения экстракции катаракты наиболее часто развивается макулярный отек:

- а сразу после операции;
- б через 1-2 дня после операции
- в через 1-2 недели после операции;
- г через 1-6 месяцев после операции;
- д через 1-2 года после операции;

Тактика офтальмолога при сочетании катаракты с глаукомой предусматривает:

- а экстракапсулярную экстракцию катаракты;
- б экстракцию катаракты с антиглаукоматозным компонентом;
- в факоэмульсификацию
- г антиглаукоматозную операцию с последующей экстракцией катаракты;
- д решается индивидуально.

Противопоказаниями к имплантации искусственного хрусталика могут явиться:

- а сопутствующие заболевания с высоким риском послеоперационных осложнений;
- б отсутствие анатомических условий в глазу для стабильной фиксации;
- в неблагоприятный функциональный прогноз операции;
- г некорректируемый астигматизм;
- д миопия высокой степени.

При зрачковом типе фиксации искусственного хрусталика в послеоперационном периоде противопоказано применение:

- а симпатомиметиков;
- б холиномиметиков;
- в бетаблокаторов;
- г ингибиторов карбоангидразы;
- д простагландинов.

Способы фиксации искусственного хрусталика глаза:

- а роговичный;
- б переднекамерный;
- в зрачковый;
- г заднекамерный;
- д передневитреальный.

К признакам вторичной катаракты относят:

- а наличие шаров Адамюка-Эльшнига;
- б наличие кольца Зоммеринга;
- в фиброз задней капсулы хрусталика;
- г эксфолиации по краю зрачка и на линзе;
- д децентрация ИОЛ.

Патология хрусталика при синдроме Марфана включает:

- а эктопию хрусталика;
- б микросферофакию;
- в афакию;
- г развитие катаракты;

д макросферофакию.

Развитие экспульсивной геморрагии во время экстракции катаракты связано с кровотечением из:

- а центральной артерии сетчатки;
- б центральной вены сетчатки;
- в передних цилиарных артерий;
- г сонной артерии;
- д задних длинных цилиарных артерий.

Чаще всего застойные диски наблюдаются при локализации опухоли в:

- а затылочной области;
- б теменной области;
- в лобной области;
- г зоне гипофиза;
- д зоне основания мозга.

Синдром Кеннеди характеризуется:

- а двусторонними застойными дисками;
- б односторонним застойным диском;
- в застойным диском одного глаза и атрофией зрительного нерва другого глаза;
- г атрофией зрительного нерва на одном глазу;
- д атрофией зрительного нерва на обоих глазах

Передняя ишемическая нейропатия связана с окклюзией:

- а центральной артерии сетчатки;
- б центральной вены сетчатки;
- в задних коротких цилиарных артерий;
- г задних длинных цилиарных артерий;
- д вортикозных вен.

У пациента Н., 35 лет, наблюдается выпадение полей зрения по типу биназальной гемианопсии. Какая из следующих структур вероятнее всего повреждена:

- а зрительный нерв;
- б хиазма, ее боковые поверхности;
- в хиазма, ее перекрещенные волокна;
- г зрительные тракты.
- д пучок Грациоле

У пациентки С., 21 год, наблюдается выпадение полей зрения по типу битемпоральной гемианопсии. Какая из следующих структур вероятнее всего повреждена:

- а зрительный нерв;
- б хиазма, ее боковые поверхности;
- в хиазма, ее перекрещенные волокна;
- г зрительные тракты.
- д пучок Грациоле

У пациентки К., 31 год, наблюдается выпадение полей зрения по типу левосторонней гомонимной гемианопсии, реакция зрачков на свет (прямая и содружественная) сохранены. Определите наиболее вероятную локализацию повреждения зрительного пути:

- а зрительный тракт слева непосредственно после выхода из хиазмы;
- б зрительный тракт слева, непосредственно перед вхождением в латеральные коленчатые тела.
- в хиазма;
- г зрительный тракт справа непосредственно после выхода из хиазмы;

- д зрительный тракт справа, непосредственно перед вхождением в латеральные колленчатые тела;

Зрачок Argyll Robertson развивается при:

- а рассеянном склерозе;
- б нейросифилисе;
- в раке Панкоста;
- г аневризме сонной артерии;
- д среднем отите.

Возникновение боли при движении глазного яблока при ретробульбарном неврите связано с:

- а натяжением глазничной части зрительного нерва;
- б сдавлением зрительного нерва в области зрительного канала;
- в сдавлением отечного зрительного нерва в области сухожильного кольца;
- г субъективными ощущениями пациента.
- д раздражением тройничного нерва

При нарушении кровообращения в области коротких цилиарных артерий развивается:

- а передняя ишемическая нейропатия;
- б задняя ишемическая нейропатия;
- в оптический неврит;
- г застойный диск зрительного нерва.
- д атрофия зрительного нерва

Врожденные аномалии диска зрительного нерва включают:

- а аплазии и гипоплазии зрительного нерва;
- б стафиломы диска зрительного нерва;
- в колобомы зрительного нерва;

- г пигментации диска зрительного нерва.
- д новообразованные сосуды

Наличие миелиновых волокон в области диска зрительного нерва проявляется:

- а резким снижением зрения;
- б концентрическим сужением полей зрения;
- в зрительные функции не нарушены;
- г резким сужением артерий и вен сетчатки;
- д наличием «языков пламени» расходящихся от диска зрительного нерва.

Изменение полей зрения по типу битемпоральной гемианопсии наиболее характерно для:

- а опухолей гипофиза;
- б острого нарушения мозгового кровообращения;
- в повышения внутричерепного давления;
- г расширения III желудочка мозга;
- д опухоли затылочной доли мозга.

Первая классическая форма хиазмального синдрома с развитием битемпоральной гемианопсии развивается вследствие:

- а опухоли гипофиза;
- б опухоли III желудочка головного мозга;
- в склерозирования внутренних сонных артерий;
- г опухоли височной доли;
- д аневризмы внутренних сонных артерий.

Вторая классическая форма хиазмального синдрома с развитием битемпоральной гемианопсии развивается вследствие:

- а опухоли гипофиза;
- б опухоли III желудочка;
- в склерозирования внутренних сонных артерий;
- г опухоли височной доли;
- д аневризмы внутренних сонных артерий.

При задней ишемической нейропатии наблюдается:

- а центральная скотома;
- б концентрическое сужение поля зрения;
- в секторальное выпадение поля зрения;
- г аркоподобные скотомы;
- д парацентральная скотома

Признаки синдрома Горнера:

- а птоз;
- б экзофтальм;
- в мидриаз;
- г энофтальм;
- д миоз.

Наиболее часто встречаемая форма первичной закрытоугольной глаукомы:

- а глаукома с относительным зрачковым блоком;
- б глаукома с хрусталиковым блоком;
- в глаукома с плоской радужкой;
- г ползучая глаукома;
- д пигментная глаукома

Органическую блокаду угла корнем радужной оболочки от функциональной можно отличить на основании следующего метода исследования:

- а гониоскопия с роговичной компрессией;
- б гониоскопия с трансиллюминацией;
- в тонография;
- г суточная тонометрия
- д офтальмоскопия

Стадия глаукомы оценивается по показателю:

- а остроты зрения;
- б состоянию поля зрения;
- в отношению Э/Д;
- г по величине легкости оттока.
- д толщина роговицы

Дифференциальная диагностика первичной открытоугольной и закрытоугольной глаукомы проводится на основании следующего признака:

- а глубина передней камеры;
- б открытие угла передней камеры;
- в состояние радужки;
- г состояние диска зрительного нерва;
- д степень пигментации угла передней камеры.

Первичная открытоугольная глаукома наиболее опасна по причине:

- а высокой частоты ее встречаемости;
- б внезапного начала;
- в бессимптомного течения;
- г потери остроты зрения;
- д высокой частоты наследования.

Дифференциальная диагностика функциональной и органической блокады угла передней камеры основана на:

- а тонографии;
- б гониоскопии;
- в ретроградном заполнении шлеммового канала кровью;
- г гониоскопии с компрессией роговицы;
- д гониоскопии с трансиллюминацией.

Факторы риска по развитию офтальмогипертензии:

- а больные глаукомой среди ближайших родственников;
- б офтальмотонус превышает 30 мм рт. ст.;
- в катарактальные изменения в хрусталике;
- г асимметрия в величине офтальмотонуса на двух глазах;
- д асимметрия в величине экскавации ДЗН на двух глазах.

У пациентки 65 лет внезапно появилась головная боль с иррадиацией в левый глаз. Рвота однократно, пульс замедлен, АД 180/100мм рт ст. Объективно – сужение глазной щели OS, зрачок широкий не реагирует на свет, отек роговицы. Предположительный диагноз:

- а кровоизлияние в полость глаза
- б острый иридоциклит
- в острый приступ глаукомы
- г эпителиальноэндотелиальная дистрофия роговицы
- д эрозия роговицы.

Клинические симптомы при "зрачковом блоке":

- а повышение внутриглазного давления;
- б нарушение сообщения между передней и задней камерой;
- в передняя камера мелкая;
- г передняя камера глубокая;
- д угол передней камеры закрыт.

Симптомы, характерные для всех видов глауком:

- а повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги;
- б неустойчивость внутриглазного давления;
- в повышение уровня внутриглазного давления;
- г нарушение цветового зрения;
- д изменение поля зрения;

Для первичной открытоугольной глаукомы характерно:

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

Атрофия зрительного нерва при глаукоме зависит от:

- а степени повышения внутриглазного давления;
- б соотношения внутриглазного давления и давления в сосудах, питающих диск зрительного нерва;
- в уменьшения продукции внутриглазной жидкости;
- г потери астроглиального слоя зрительного нерва;
- д величины диска зрительного нерв

В дифференциальной диагностике острого приступа глаукомы и острого иридоциклита с гипертензией важны:

- а жалобы;
- б глубина передней камеры;
- в величина зрачка;
- г состояние радужки;
- д преципитаты.

Причины развития сегментарной атрофии радужки после острого приступа глаукомы:

- а высокое внутриглазное давление;
- б странгуляция сосудов радужки;
- в механическое повреждение тканей радужки;
- г воспаление радужной оболочки;
- д распыление пигмента

Общие признаки в течении первичной открытоугольной и закрытоугольной глауком:

- а прогрессивное ухудшение оттока жидкости из глаза;
- б сужение зрачка;
- в развитие глаукоматозной атрофии зрительного нерва;
- г увеличение пигментации угла передней камеры;
- д выбухания прикорневой части радужки.

"Симптом кобры" указывает на:

- а повышение внутриглазного давления;
- б повышение давления в передних цилиарных венах;
- в повышение давления во внутриглазных сосудах;
- г повышение глазного перфузионного давления.
- д прогрессирование катаракты.

Наиболее раннее появление скотом парацентральной области Бьерума при глаукоме объясняется:

- а особенностями кровообращения сетчатки;
- б особенностями хода аксонов ганглиозных клеток;
- в особенностями расположения нервных волокон на диске зрительного нерва;
- г индивидуальными размерами диска зрительного нерва.
- д особенностями хода ретинальных сосудов

Основу патогенеза врожденной глаукомы составляют:

- а неправильное положение структур угла передней камеры;
- б недостаточная дифференциация корнео-склеральных трабекул;
- в наличие мезодермальной ткани в углу передней камеры;
- г гиперпродукция водянистой влаги цилиарным телом;

д изменение в дренажной системе на уровне интрасклеральной зоны.

Ведущими признаками гидрофтальма являются:

- а увеличение размеров роговицы;
- б увеличение размеров глазного яблока;
- в повышение внутриглазного давления;
- г глубокая передняя камера;
- д периферическая дистрофия сетчатки.

Юношеская форма глаукомы развивается при:

- а синдроме Франк-Каменицкого;
- б синдроме Ригера;
- в синдроме Стюрж-Вебера;
- г нейрофиброматозе Реклингаузена;
- д синдроме Познера-Шлоссмана.

Злокачественная форма первичной закрытоугольной глаукомы может возникать при:

- а зрачковом блоке;
- б хрусталиковом блоке;
- в блоке Шлеммова канала;
- г окклюзии центральной артерии сетчатки
- д тромбозе центральной вены сетчатки.

Основные типы глаукомы:

- а врожденная;
- б инфантильная;
- в первичная;
- г вторичная;
- д неоваскулярная.

Клинические формы первичной глаукомы:

- а закрытоугольная;
- б открытоугольная;
- в неоваскулярная;
- г смешанная;

д посттравматическая.

Больной С. обратился в кабинет неотложной офтальмологической помощи после удара кулаком в область правой глазницы со следующей симптоматикой: ограничение подвижности глазного яблока, отек и гематома век, сужение глазной щели, умеренный экзофтальм, птоз, мидриаз. Зрение правого глаза отсутствует. Наиболее вероятный диагноз:

- а повреждение канала зрительного нерва;
- б повреждение нижней стенки глазницы;
- в контузионная гематома глазницы;
- г синдром верхней глазничной щели;
- д повреждение внутренней стенки глазницы.

Сочетанная травма глаза - это:

- а проникающее ранение глазного яблока с внедрением инородного тела;
- б контузия глазного яблока, осложненная гемофтальмом и сублюксацией хрусталика;
- в повреждение глаза, при котором одновременно происходит травма других органов;
- г повреждение склеры с выпадением стекловидного тела и сетчатки;
- д сквозное ранение глаза с ретробульбарной гематомой.

При первичной хирургической обработке раны края века должно быть соблюдено в первую очередь:

- а достижение полной герметизации раны;
- б восстановление маргинального края века;

- в восстановление кровоснабжения травмированного участка века;
- г установление в рану дренажа;
- д сшивание хрящевой пластины.

При рваных ранах мягких тканей глазничной области в первую очередь необходимо:

- а назначить массивную антибактериальную терапию;
- б провести первичную хирургическую обработку раны;
- в назначить нестероидные противовоспалительные средства;
- г назначить гипотензивную терапию;
- д назначить десенсибилизирующую терапию.

Первичная отсроченная хирургическая обработка раны проводится после травмы через:

- а 3 часа;
- б 12 часов;
- в 24 часа;
- г 48 часов;
- д 72 часа.

Комбинированное повреждение глаза характеризуется:

- а контузией глаза в сочетании с сублюксацией хрусталика;
- б проникающим ранением глазного яблока с инородным телом внутри глаза;
- в одновременным воздействием на глаз нескольких повреждающих факторов;
- г травматической эрозией роговицы и кровоизлиянием в полость глаза;
- д ожогом конъюнктивы, роговицы и век.

Наибольшую вероятность развития гидродинамических осложнений представляет проникающее ранение:

- а роговичной локализации;
- б корнеосклеральной локализации;
- в склеральной локализации;
- г локализованное в области слезного мешка;
- д локализованное в области носослезного канала.

Абсолютный признак проникающего ранения:

- а инъекция глазного яблока, болевые ощущения;
- б гемофтальм;
- в катаракта;
- г пузырек воздуха в стекловидном теле;
- д снижение зрения.

Диагноз сквозного ранения глазного яблока с большой вероятностью устанавливается при:

- а наличии внутриорбитального инородного тела;
- б гемофтальме;
- в наличии входного и выходного отверстия;
- г резких болях при движении глазного яблока;
- д экзофтальме.

При образовании тотальной гифемы с гипертензией после контузии глазного яблока следует:

- а назначить ферментативные препараты с первого дня лечения;
- б удалить кровь из передней камеры в течение последующих 24 часов;
- в назначить гипотензивные и противовоспалительные препараты;

- г назначить ангиопротекторы, мочегонные препараты и вести наблюдение за рассасыванием крови;
- д проводить детоксикационную терапию и противовоспалительную терапию.

Берлиновское помутнение характеризуется:

- а помутнением роговицы;
- б локальным помутнением хрусталика;
- в появлением плавающих и фиксированных помутнений в стекловидном теле;
- г ограниченным помутнением сетчатки;
- д нарушением прозрачности передней камеры.

При первичной хирургической обработке корнеосклерального ранения первоначально швы накладывают на:

- а рану склеры;
- б рану роговицы;
- в область лимба;
- г конъюнктиву;
- д в удобном для хирурга месте.

Энуклеация при первичной хирургической обработке раны газа должна проводиться при:

- а сквозных ранениях глазного яблока;
- б наличии внутриглазного инородного тела;
- в разрушении глазного яблока;
- г полном отсутствии зрения;
- д эндофтальмите.

Первая помощь в поликлинике при проникающем ранении глазного яблока с выпадением оболочек заключается в:

- а вправлении выпавших оболочек и наложении асептической повязки;

- б иссечении выпавших оболочек и герметизации раны;
- в наложении асептической повязки и направлении в стационар;
- г проведении антибиотикотерапии;
- д проведении гормональной терапии.

Инородное тело, вколоченное в оболочки заднего полюса глаза:

- а подлежит удалению диасклерально;
- б подлежит удалению магнитным способом через “pars plana”;
- в подлежит барражированию лазером для создания капсулы;
- г должно быть удалено трансквитреально;
- д требует проведения антибактериальной терапии без удаления.

Тактика офтальмолога при локализации инородного тела в передней камере:

- а инородное тело подлежит немедленному удалению;
- б немедленному удалению подлежит только немагнитный осколок;
- в немедленному удалению подлежат только металлические инородные тела;
- г стеклянный осколок не требует срочного удаления;
- д удаление осколка необходимо в случае развития катаракты.

Отравление метиловым спиртом приводит к:

- а атрофии зрительного нерва;
- б развитию катаракты;
- в увеиту;
- г отслойке сетчатки;
- д развитию дистрофии роговицы.

При энуклеации подшивание имплантата проводится к:

- а верхней и нижней косой мышцам;
- б верхней и нижней прямым мышцам;
- в внутренней и наружной прямым мышцам;
- г к четырем прямым мышцам;
- д ко всем глазодвигательным мышцам.

Протез Комберга-Балтина служит для:

- а исключения внутриглазных инородных тел на рентгеновских снимках;
- б определения локализации инородного тела;
- в определения стеклянных осколков;
- г проведения магнитной пробы;
- д определения локализации деревянных инородных тел.

Дифференциально-диагностический клинический признак эндофтальмита, отличающий его от травматического иридоциклита:

- а отсутствие рефлекса с глазного дна либо желтоватый рефлекс в области зрачка;
- б сильные боли в глазу в половине головы на стороне ранения;
- в отек век и конъюнктивы;
- г полная потеря зрения раненого глаза;
- д тракционная отслойка сетчатки.

При воздействии ультрафиолетового излучения страдает в первую очередь:

- а зрительный нерв;
- б конъюнктива и роговица;
- в радужка;
- г хрусталик;
- д сетчатка.

Симпатическая офтальмия наиболее часто развивается:

- а в первую неделю после травмы;
- б в первые 2-3 недели после травмы;
- в в первые 4-12 недель после травмы;
- г через 3,5-4 месяца после травмы;
- д через 1-2 года после травмы.

Больной получил случайный ожог правого глаза горячей сигаретой. Жалобы на сильные боли в правом глазу, снижение зрения. Объективно: острота зрения - 0,2. Светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Смешанная инъекция глазного яблока. Роговица мутная, вся ее поверхность эрозирована. С трудом просматривается передняя камера и радужная оболочка. Глубже лежащие среды за флером. Определите степень ожога глаза:

- а I;
- б II;
- в III;
- г IV;
- д V.

Перелом медиальной стенки глазницы характеризуется:

- а птозом;
- б разрывом медиальной связки угла глазной щели;
- в смещением слезной железы;
- г энтофтальмом;
- д крепитацией при пальпации.

Диагностика внутриорбитальных инородных тел осуществляется с помощью:

- а рентгенографии;
- б пробы Ширмера;
- в ультразвуковой диагностики;
- г когерентной томографии;
- д пробы Норна.

Отсутствие адаптации краев раны роговицы сопровождается:

- а гипотонией глазного яблока;
- б астигматизмом;
- в положительной флюоресцеиновой пробой;
- г гипертензией;
- д кровотечением.

Относительные признаки проникающего ранения:

- а конъюнктивальная инъекция глазного яблока;
- б снижение зрения;
- в появление метаморфозий;
- г офтальмогипертензия;
- д гипотония.

Компьютерная томография позволяет выявить:

- а повреждение зрительного нерва;
- б повреждения экстраокулярных мышц;
- в скрытые раны склеры;
- г инородные тела глаза и орбиты;
- д переломы костей орбиты.

Характерные симптомы повреждения глаз ультрафиолетовым облучением:

- а светобоязнь;
- б катаракта;
- в отек зрительного нерва;
- г слезотечение;
- д повышение внутриглазного давления.

Клинические формы симпатической офтальмии:

- а серозный иридоциклит;
- б оптический неврит;
- в центральная серозная хориоретинопатия;
- г фибринозно-пластический увеит;
- д нейроретинит.

Больной получил удар крупной щепкой по правому глазу во время колки дров. Жалобы на сильные боли в глазу и отсутствие зрения. Объективно: острота зрения – правильная светопроекция. Пальпаторно определяется выраженная гипотония. Правый глаз инъецирован, роговица блестящая, передняя камера заполнена кровью. Глубже лежащие отделы глазного яблока не просматриваются. Под конъюнктивой глазного яблока в верхне-внутреннем сегменте определяется округлой формы образование размером в диаметре около 1 см. Клиническая картина позволяет установить диагноз:

- а контузия глазного яблока;
- б субконъюнктивальный разрыв склеры;
- в люксия хрусталика;
- г сквозное ранение;
- д внутриглазное инородное тело.

Зрительные функции при аплазии зрительного нерва:

- а высокие;
- б резко снижены;
- в незначительно снижены;
- г полностью отсутствуют;
- д сохраняется центральное зрение при концентрическом сужении полей зрения

Псевдозастой зрительного нерва - это:

- а вариант воспаления зрительного нерва;
- б следствие повышенного внутричерепного давления;
- в врожденная аномалия
- г токсико-аллергическое состояние зрительного нерва
- д вариант застойного диска

Друзы диска зрительного нерва - это:

- а нарушение кровоснабжения зрительного нерва;

- б следствие дистрофических изменений;
- в последствия травмы;
- г врожденная аномалия;
- д последствия воспалительных процессов

Для синдрома «выюнка» характерны изменения в заднем полюсе:

- а увеличение диска зрительного нерва, нормальные центральные сосуды;
- б уменьшение диска зрительного нерва и симптом «двойного кольца»;
- в чашеобразное углубление с неизменным диском зрительного нерва в глубине;
- г удвоение диска зрительного нерва, центральной артерии и вены;
- д деформация диска зрительного нерва, воронкообразное углубление с проминирующим глиальным пучком.

Клинический признак, отличающий аплазию зрительного нерва от гипоплазии:

- а отсутствие центральных сосудов сетчатки;
- б гиперплазия пигментного эпителия сетчатки;
- в ступенчатость контуров диска зрительного нерва;
- г глубокая экскавация;
- д расширение, аномальное ветвление центральных сосудов.

Для первой стадии ретинопатии недоношенных характерно:

- а экстраретинальная фиброваскулярная пролиферация;
- б частичная отслойка сетчатки;
- в демаркационная линия;

- г воронкообразная отслойка сетчатки;
- д демаркационный вал (гребень).

Назовите форму витреоретинальной дистрофии, при которой не встречается отслойки сетчатки:

- а болезнь Стиклера;
- б болезнь Вагнера;
- в синдром Книста;
- г семейная экссудативная витреоретинопатия;
- д болезнь Йенсена.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости рекомендуется назначать при подозрении на:

- а болезнь Гиппеля – Линдау;
- б болезнь Реклинхаузена;
- в нейрофиброматоз 2 типа;
- г болезнь Коатса;
- д синдром Стерджа-Вебера.

Детям с астигматизмом, превышающем 1,0 дптр, необходимо назначать очковую коррекцию:

- а в возрасте 7 лет;
- б в возрасте 3 лет;
- в в возрасте 6 мес.;
- г только в случае развития амблиопии, не зависимо от возраста ребенка;
- д при возникновении косоглазия, не зависимо от возраста ребенка

Увеличенные врожденные диски зрительных нервов (мегалопапилла) сопровождаются изменениями:

- а значительным снижением зрения;
- б увеличением размеров слепого пятна при периметрии;
- в сужением полей зрения;
- г полной сохранностью зрительных функций;
- д снижением электроретинографии.

Изменения глаз при X-сцепленном врожденном ретиношизисе включают признаки:

- а пигментные демаркационные линии;
- б вуали в стекловидном теле;
- в гигантские кисты сетчатки, макулярные микрокистозные изменения;
- г ангиомы сетчатки;
- д вителиформные изменения в макуле.

Диагноз болезни Беста правомерен при наличии изменений:

- а вителиформные изменения в макуле;
- б субретинальная неоваскулярная мембрана;
- в снижение электроокулография;
- г дисплазия диска зрительного нерва;
- д отсутствие электроретинографии.

«Плюс-болезнь» у новорожденных с ретинопатией недоношенных характеризуется симптомами:

- а извитость сосудов сетчатки в заднем полюсе;
- б экстраретинальная фиброваскулярная ткань в области гребня;
- в наличие гребня над поверхностью сетчатки;
- г помутнение роговицы;
- д помутнение хрусталика.

Электрофизиологические исследования в офтальмологии включают методы:

- а компьютерная периметрия;
- б регистрация общей электроретинограммы;
- в нейросонография;
- г регистрация зрительных вызванных потенциалов;
- д реоэнцефалография.

**Офтальмоскопические симптомы
гипоплазии зрительного нерва:**

- а отсутствие фовеолярного рефлекса;
- б уменьшенный в размерах диск зрительного нерва;
- в симптом «двойного кольца»;
- г отсутствие диска зрительного нерва
- д отсутствие сосудов диска зрительного нерва.

**Методы лучевой диагностики,
применяемые в неонатальной
нейроофтальмологии:**

- а нейросонография;
- б магнитно – резонансная томография;
- в компьютерная томография;
- г электроэнцефалография;
- д реоэнцефалография.

**При общем обследовании пациента с
увеальной меланомой для исключения
метастазирования необходимо провести:**

- а ультразвуковое исследование печени
- б сцинтиграфию костей скелета
- в стерильную пункцию
- г термографию периферических лимфоузлов
- д трепанобиопсию бедренной кости

**Ультразвуковое исследование не
информативно при обследовании:**

- а хориоидеи
- б переднего отдела орбиты
- в вершины орбиты
- г хрусталика
- д стекловидного тела

**Доброкачественные новообразования
эпителиального генеза:**

- а контагиозный моллюск
- б холязион

- в кератома
- г пигментная ксеродерма
- д базалиома

Лечение леомиомы радужки включает:

- а наблюдение
- б локальную эксцизию
- в энуклеацию
- г эвисцерацию
- д экзентерацию

Как может меняться рефракция глаза при локализации новообразования во внутреннем хирургическом пространстве?

- а усилиться
- б ослабиться
- в сначала усиливается, затем ослабляется
- г сначала ослабляется, затем усиливается
- д не изменяется

Область возможных метастазов при раке кожи век:

- а лимфоузлы подчелюстные на стороне опухоли
- б лимфоузлы предушные на контралатеральной стороне
- в шейные
- г медиастенальные
- д мезентеральные

Осевой экзофтальм возникает при:

- а опухолях орбиты
- б опухолях параназальных синусов
- в внутриглазных новообразованиях
- г продолженного роста роста опухолей гаймаровой пазухи
- д опухолей головного мозга

Клинические признаки меланомы кожи век:

- а медленное увеличение размеров

- б пигментация неравномерная
- в пигментация равномерная
- г границы нечеткие
- д границы четкие

Признаки прогрессирующего невуса хориоидеи:

- а появление желтоватого ореола вокруг невуса
- б изменяется окраска
- в границы становятся менее четкими
- г усиливаются дистрофические изменения в пигментном эпителии
- д исчезают собственные сосуды

Признаки начальных меланом хориоидеи:

- а грибовидная форма
- б небольшой очаг, округлой формы
- в наличие пигментации опухоли
- г отсутствие пигментации опухоли
- д изменения в пигментном эпителии

Клинические признаки метастаза в хориоидею:

- а проминирующий очаг беловато-желтого цвета
- б проминирующий очаг черного цвета
- в границы четкие
- г границы нечеткие
- д растет медленно

Методы лечения метастаза в хориоидею:

- а наружное облучение
- б брахитерапия
- в криодеструкция
- г химиотерапия
- д лазеркоагуляция

Для метастаза орбиты характерно:

- а экзофтальмом

- б блеском глаз
- в смещением глаза
- г свободной репозицией глаза
- д затрудненной репозицией глаза

Для улучшения проникновения противовирусного препарата в ткани глаза после его инстилляции при герпетическом кератите проводят:

- а эндоназальный электрофорез;
- б массаж век;
- в магнитотерапия;
- г баротерапия;
- д фонофорез.

Показания для проведения магнитофореза протеолитических ферментов при сахарном диабете:

- а появление твердых экссудатов на сетчатке;
- б новообразованные сосуды на сетчатке;
- в неоваскулярная глаукома;
- г гемофтальм;
- д гифема.

Противопоказание для проведения тепловых процедур (электрическое поле УВЧ, согревающие компрессы и т.д.) при иридоциклите:

- а гипопион;
- б внутриглазная гипертензия;
- в наличие задних синехий;
- г помутнения в стекловидном теле;
- д гифема.

Субконъюнктивальное введение мидриатиков при увеите противопоказано пациентам с:

- а сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- б заболеваниями дыхательной системы;
- в патологией ЖКТ;
- г хроническими очагами инфекции;
- д системными заболеваниями.

Проведение ультразвуковой терапии в офтальмологии противопоказано при:

- а рубцовых изменениях кожи век;
- б рецидивирующих внутриглазных кровоизлияниях;
- в частичной атрофии зрительного нерва;
- г открытоугольной глаукоме;
- д внутриглазных инородных телах.

Клинический эффект циклоспорина-А (рестазис) при тяжелом и особо тяжелом роговично-конъюнктивальном ксерозе основан на:

- а уменьшении лимфоидной инфильтрации;
- б стабилизации слезной пленки;
- в антибактериальном эффекте;
- г стабилизации мембраны тучных клеток;
- д предупреждении выброса провоспалительных цитокинов в конъюнктиве и тканях слезных желез.

При бактериальном конъюнктивите в первую неделю заболевания показано назначение:

- а антибактериальное средство + нестероидный противовоспалительный препарат;
- б антибактериальное средство + блокатор H¹-гистаминовых рецепторов;
- в антисептик + нестероидный противовоспалительный препарат;
- г антибактериальное средство + кортикостероиды;
- д антисептик + кортикостероиды.

Гипотензивные средства первого выбора при лечении глаукомы:

- а пилокарпин;

- б латанопрост;
- в травопрост;
- г бринзоламид;
- д тимолол.

Препараты, уменьшающие продукцию внутриглазной жидкости:

- а простагландины;
- б М-холиномиметики;
- в β -адреноблокаторы;
- г ингибиторы карбоангидразы;
- д α_2 -адреномиметики.

Противопоказания для назначения кортикостероидов при кератите:

- а герпетическая инфекция;
- б грибковая инфекция;
- в бактериальная инфекция;
- г обширный дефект роговицы;
- д старые помутнения роговицы.

Основной критерий оценки работы медицинского учреждения:

- а болезненность;
- б заболеваемость;
- в смертность;
- г рождаемость;
- д посещаемость.

Основная причина инвалидности по зрению среди взрослого населения Российской Федерации:

- а глаукома;
- б катаракта;
- в дегенеративная миопия;
- г заболевания сосудистого тракта;
- д последствия травм органа зрения.

Критерии оценки нарушения зрительных функций:

- а острота зрения;
- б внутриглазное давление;
- в границы поля зрения;
- г наличие или отсутствие скотом в центральном поле зрения;
- д коэффициент легкости оттока внутриглазной жидкости.

Причины позднего обнаружения у больных глаукомы относят:

- а неполный охват населения профессиональными медицинскими осмотрами;
- б низкий уровень образования врачей-офтальмологов;
- в некачественное проведение тонометрии;
- г низкий уровень материально-технической базы стационаров и поликлиник;
- д недостаток медицинского персонала в офтальмологических отделениях.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида включает:

- а санаторно-курортное лечение;
- б медицинская реабилитация;
- в профессиональная реабилитация;
- г социальная реабилитация;
- д физиотерапевтическое лечение.

Основные структуры офтальмологической службы в Российской Федерации:

- а фельдшерско-акушерские пункты;
- б амбулаторно-поликлиническая служба;
- в дневные стационары;
- г стационарная служба;
- д федеральные центры.

Первичная хирургическая обработка травм органа зрения при катастрофах:

- а производится на месте происшествия;
- б производится в пункте сбора пострадавших;

- в производится в специализированном офтальмологическом учреждении;
- г производится в специализированном хирургическом учреждении;
- д не производится в связи с тяжелым общим состоянием пострадавших.

Первичная отсроченная хирургическая обработка раны проводится через:

- а 3 часа после травмы;
- б 12 часов после травмы;
- в 24 часа после травмы;
- г 48 часов после травмы;
- д 72 часа после травмы.

Препараты в капельной форме для инстилляций в конъюнктивальную полость, входящие в укладку для оказания первой помощи пострадавшим с поражением органа зрения на месте катастрофы:

- а левофлоксацин;
- б альбуцид 30%;
- в дексаметазон 0,1%;
- г борная кислота;
- д гентамицин.

К видам медицинской помощи относят:

- а первая сестринская помощь;
- б первая медицинская помощь;
- в первая врачебная помощь;
- г квалифицированная медицинская помощь;
- д специализированная медицинская помощь.