**ВСТУПИТЕЛЬНЫЕ ТЕСТЫ ПО ОФТАЛЬМОЛОГИИ**

**ДЛЯ СТУДЕНТОВ КГМА им. И.К.АХУНБАЕВА**

1. Для иридоциклита характерна инъекция:

1. конъюнктивальная

2. перикорнеальная

3. застойная

4.смешанная

5. симптом «кобры»

2. Для иридоциклита характерно:

1. расширение зрачка

2.сужение зрачка

3. отсутствие пигментной каймы зрачка

4. корэктопия

5. поликория

3. При иридоциклите выявляются:

1. передние синехии

2. расширение зрачка

3. отсутствие пигментной каймы

4.задние синехии

5. корэктопия

4. Характерным признаком иридоциклита является:

1. повышение ВГД

2.циклитическая болезненность

3. отек роговицы

4. офтальмоплегия

5. экзофтальм

5. При остром иридоциклите типичным является:

1. неоваскуляризация радужки

2. застойная инъекция глаза

3.гипотония

4. повышение ВГД

5. помутнение роговицы

6. Изменение роговицы при иридоциклите:

1. глубокий инфильтрат

2. отек роговицы

3. васкуляризация роговицы

4. эрозия

5.преципитаты

7. Хориоидит это:

1. воспаление цилиарного тела

2.воспаление собственно сосудистой оболочки

3. воспаление радужки

4. воспаление сетчатки

5. абсцесс стекловидного тела

8. Для хориоидита характерно:

1.снижение центрального зрения

2. боли в глазу

3. снижение чувствительности роговицы

4. смешанная инъекция глаза

5. отсутствие рефлекса с глазного дна

9. Причина заболеваний собственно сосудистой оболочки:

1. сахарный диабет

2.токсоплазмоз

3. кератоконъюнктивит

4. травмы

5. блефарит

10. Хориоидиты лечатся:

1.консервативными методами

2. хирургическими методами

3. лазером

4. ферментами

5. витаминами

11. Изменения на глазном дне характерные для хориоидита:

1. атрофия зрительного нерва

2.очаговые изменения на периферии глазного дна

3. стафилома

4. экскавация зрительного нерва

5. преретинальные кровоизлияния

12. Для диагностики хориоидита используется метод:

1. аномалоскопии

2.офтальмоскопии

3. диафаноскопии

4. тонометрии

5. гониоскопии

13. У больного жалобы на фотопсии и метаморфопсии, при исследовании выявлено легкое помутнение задних слоев стекловидного тела. Ваш диагноз:

1.хориоретинит

2. отслойка сетчатки

3. иридоциклит

4. увеопатия

5. начальная катаракта

14. Токсоплазмозный увеит протекает в виде:

1.хориоретинита

2. ирита

3. иридоциклита

4. кератитоиридоциклита

5. циклита

15. При токсоплазмозном увеите возможны изменения в виде:

1. помутнения хрусталика

2.большого очага желтого цвета в области желтого пятна

3. мелких очагов по периферии сетчатки

4. «костных телец» на сетчатке

5. плазморрагий

16. К злокачественным новообразованиям сосудистого тракта относится:

1. лейомиома

2. невринома

3.меланома

4. нейрофиброма

5. невус

17. Вторичная катаракта развивается вследствие:

1. интракапсулярной экстракции катаракты

2. ранения хрусталика

3.экстракапсулярной экстракции катаракты

4. иридоциклита

5. глаукомы

18.Несвоевременное лечение врожденной катаракты приводит к:

1. косоглазию

2.амблиопии

3. отслойке сетчатки

4. атрофии глазного яблока

5. атрофии зрительного нерва

19. Современный метод коррекции афакии:

1. эпикераторафия

2. эпикератофакия

3.ИОЛ

4. очковая коррекция

5. кератопластика

20. Больной 65 лет жалуется на понижение зрения в течение нескольких лет. Два месяца назад перестал видеть правым глазом. При осмотре глаза спокойны, ВГД в норме, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок средней ширины, на правом глазу просвет зрачка «серого цвета». Рефлекса с глазного дна нет. Слева – рефлекс с глазного дна тусклый. VOD = 1/∞ pr. lutiscertae, VOS = 0,3 не корр. Вероятный диагноз:

1.зрелая катаракта OD, начальная катаракта OS

2. ПОУ IV «а» глаукома OD, ПОУ II «а» глаукома OS

3. вторичная катаракта обоих глаз

4. хориоретинит обоих глаз

5. полный гемофтальм OD, частичный гемофтальм OS

21. У ребёнка со дня рождения родители заметили белое образование в области зрачка обоих глаз. В более старшем возрасте было выявлено снижение зрения, которое улучшалось в вечернее время. При осмотре глаза спокойны, размер глазного яблока соответствует возрастной норме, ВГД в норме. Рефлекса с глазного дна нет. В условиях мидриаза по периферии зрачка виден розовый рефлекс. Диагноз:

1.зонулярная катаракта OU

2. полная катаракта OU

3. бельмо роговицы OU

4. ретинопатия недоношенных OU

5. врождённая глаукома OU

22. Кольцо Фоссиуса характерно изменениям:

1. в задних слоях роговицы

2.на передней капсуле хрусталике

3. в стекловидном теле

4. на глазном дне

5. на радужке

23. Снижение зрения до светоощущения возможно:

1. при гиперметропии

2. при миопии

3. при астигматизме

4. при блефароконъюнктивите

5.при катаракте

24. Ионизирующая радиация отражается на состоянии:

1. конъюнктивы

2. век

3.хрусталика

4. роговицы

5. сосудистой оболочки

25. Для лечения острого иридоциклита применяют:

1. 1% р-р пилокарпина

2.1% р-р сульфата атропина

3. пирогенал 1:100 МПД

4. 0,5% р-р тимолола

5. 2% р-р трусопта

26. Начальная катаракта лечится:

1.хирургическим методом

2. кортикостероидами

3. антибиотиками

4. витаминами

5. холиномиметиками

27. При перезрелой катаракте необходимо произвести:

1. дисцизию задней капсулы хрусталика

2.экстракцию катаракты

3. криопексию цилиарного тела

4. алкоголизацию цилиарного узла

5. лазерную иридоэктомию

28. При зонулярной катаракте необходимо произвести:

1.экстракапсулярную экстракцию катаракты

2. дисцизию задней капсулы хрусталика

3. периферическую иридэктомию

4. алкоголизацию цилиарного узла

5. переднюю витрэктомию

29.При начинающейся катаракте пациенты могут жаловаться на:

1 видение предметов в красном цвете

2. светобоязнь

3. боли в глазу

4.полиопию

5. покраснение глаза

30. Тетаническая катаракта развивается при:

1. диабете

2. атеросклерозе

3. авитаминозе

4. отравлении свинцом

5.недостатке солей кальция

31. Внутриглазная жидкость питает:

1. зрительный нерв

2. глазодвигательные мышцы

3. слезную железу

4.хрусталик

5. хориоидею

32. Склера состоит из:

1. 5 слоев

2.3 слоев

3. 6 слоев

4. 8 слоев

5. 2 слоев

33. Основная функция хрусталика:

1. продукция внутриглазной жидкости

2. защитная

3.преломление световых лучей

4. энергетическая

5. светочувствительная

34. Чувствительная иннервация цилиарного тела осуществляется:

1.IV парой ЧМН

2.VI парой ЧМН

3.VII парой ЧМН

4.V парой ЧМН

5.I парой ЧМН

35. Стекловидное тело получает питание

1. от центральной артерии сетчатки

2. от передней цилиарной артерии

3.от внутриглазной жидкости

4. от мышечной артерии

5. от задних коротких ресничных артерий

36. Объем стекловидного тела взрослого человека составляет:

1. 7 мл

2. 6 мл

3.4 мл

4. 3 мл

5. 2 мл

37. Стекловидное тело фиксировано:

1.к сетчатке

2. к цинновым связкам

3. к передней капсуле хрусталика

4. к трабекулярной зоне

5. к склеральной шпоре

38.Через верхнюю глазничную щель проходит:

1.II пара ЧМН

2.VIII пара ЧМН

3.VI пара ЧМН

4.VII пара ЧМН

5.IX пара ЧМН

39. Отток внутриглазной жидкости из глаза осуществляется через:

1.угол передней камеры

2. зрачок

3. слезные пути

4. роговицу

5. склеру

40. Палочки осуществляют:

1. дневное зрение

2.сумеречное зрение

3. центральное зрение

4. предметное зрение

5. цветовое зрение

41. Колбочки осуществляют:

1. периферическое зрение

2. сумеречное зрение

3. светоощущение

4.центральное зрение

5. ночное зрение

42. Передние цилиарные артерии это конечные ветви:

1. задних длинных цилиарных артерий

2. задних коротких цилиарных артерий

3.мышечных артерий

4. глазничной артерии

5. передних решетчатых артерий

43. Хориоидея является:

1. аккомодационным аппаратом глаза

2.энергетической базой сетчатки

3. продуцирует внутриглазную жидкость

4. преломляет световые лучи

5. регулирует световой поток

44.Радужка и цилиарное тело кровоснабжаются:

1. задними короткими цилиарными артериями

2.передними цилиарными артериями

3. надблоковой артерией

4. передними решетчатыми артериями

5. слезной артерией

45. Собственно сосудистая оболочка питается за счет:

1. задних длинных цилиарных артерий

2. надбровной артерии

3.задних коротких цилиарных артерий

4. задних решетчатых артерий

5. надглазничной артерии

46. Функцией цилиарного тела является:

1. преломление световых лучей

2.участие в аккомодации

3. отток внутриглазной жидкости

4. темновая адаптация

5. регулирование потока световых лучей

47. Антагонистомm. sphincterpupillaeявляется:

1.m. orbicularisoculi

2.m. ciliaris

3.m. levatorpalpebraesuperior

4.m. rectuslateralis

5.m. dilatatorpupillae

48. Хориоидеясостоитиз:

1. 6 слоев

2.5 слоев

3. 4 слоев

4. 3 слоев

5. 2 слоев

49. К слоям хориоидеи относится:

1. внутренний сетчатый слой

2. наружный зернистый слой

3.слой средних сосудов

4. слой палочек и колбочек

5. пигментный слой

50. Функция хориоидеи это:

1. выработка внутриглазной жидкости

2. регулирование потока световых лучей

3. гуморальная защита

4. цветовое зрение

5.участие в фотосинтезе

51. К слоям роговицы относится:

1. слой крупных сосудов

2.боуменова мембрана

3. стекловидная пластинка

4. наружный сетчатый слой

5. слой нервных волокон

52. Через нижнюю глазничную щель в орбиту проникают:

1. глазодвигательный и отводящий нервы

2. верхняя глазничная вена и блоковидный нерв

3. глазничная артерия и зрительный нерв

4.нижняя глазничная вена и нижнеорбитальный нерв

5. глазничный и отводящий нервы

53. Цветное зрение определяется следующим методом:

1. циклоскопия

2.аномалоскопия

3. гониоскопия

4. офтальмоскопия

5. ретиноскопия

54. Принцип построения полихроматических таблиц:

1. уравнение яркости и тона

2. одинаковый тон, различная яркость

3.уравнение яркости и насыщенности

4. различная длина электромагнитных волн

5. одинаковая яркость, различная насыщенность

55. При остроте зрения равной 1,0 угол зрения соответственно равен:

1. 5 мин

2. 2 мин

3.1 мин

4. 3 мин

5. 30 сек

56. Если буквы «Ш» и «Б» видны с расстояния 2.5 м, то острота зрения равна:

1. 0,1

2. 1,0

3. 0,01

4. 0,05

5. 0,08

57. Острота зрения определяется:

1. по таблицам Рабкина

2. по методу Гиршберга

3. по кольцам Ландольта

4. по периметру

5. адаптометром

58. При остроте зрения равной 1,0 человек должен видеть первый ряд таблицы Сивцева с расстояния:

1. 50 м, под углом зрения в 1 мин

2. 1 м, под углом зрения в 1 мин

3. 50 м, под углом зрения в 5 мин

4. 5 м, под углом зрения в 5 мин

5. 5 м, под углом зрения в 1 мин

59. В таблицах для определения остроты зрения детали оптотипов 10-го ряда видны под углом зрения:

1. 1 мин с расстояния 5 м

2. 5 мин с расстояния 5 м

3. 1 мин с расстояния 2 м

4. 2 мин с расстояния 1 м

5. 5 мин с расстояния 1 м

60. Функцией жёлтого пятна является:

1. центральное зрение и светоощущение

2.центральное зрение и цветоощущение

3. периферическое зрение и светоощущение

4. периферическое зрение и светоощущение

5. цветоощущение и сумеречное зрение

61. Протанопия – это:

1. нарушение темновой адаптации

2.отсутствие восприятия красного цвета

3. нарушение восприятия синего цвета

4. нарушение восприятия красного цвета

5. нарушение световой адаптации

62. Острота зрения становится нормальной:

1. к 3-4 годам

2. с рождения

3.к 5-7 годам

4. к 2 годам

5. к 1 году

63. Абсолютная слепота характеризуется следующей остротой зрения:

1. 1/∞ proectiolutiscertae

2.отсутствие светоощущения

3. движение руки у лица

4. 1/∞ proectiolutisincertae

5. счёт пальцев у лица

64. У здорового человека при обследовании обнаружена скотома. Охарактеризуйте её:

1. положительная

2. центральная

3. патологическая

4. относительная

5.отрицательная

65. Больной жалуется на появившийся дефект в поле зрения, через который отсутствует зрительное восприятие. Что это?

1.абсолютная положительная скотома

2. абсолютная отрицательная скотома

3. относительная отрицательная

4. относительная положительная

5. физиологическая

66. Слепое пятно это:

1. относительная скотома

2. положительная скотома

3. абсолютная скотома

4. патологическая скотома

5.физиологическая скотома

67. Слепое пятно определяется при кампиметрии:

1. в верхней половине поля зрения

2.в височной половине поля зрения

3. в носовой половине поля зрения

4. в нижней половине поля зрения

5. в верхне-носовом квадранте поля зрения

68. Периметрию на цвета производят объектом диаметром:

1 2 мм

2. 3 мм

3. 4 мм

4. 5 мм

5. 6 мм

69. Нормальные границы поля зрения с носовой стороны равны:

1. 20° 2. 30° 3. 40° 4.55° 5. 60°

70. Нормальные границы поля зрения с височной стороны равны:

1. 60°

2. 70°

3. 80°

4. 90°

5. 100°

71. Нормальные границы поля зрения сверху равны:

1. 35°

2. 45°

3. 55°

4. 65°

5. 75°

72. Нормальные границы поля зрения снизу равны:

1. 40°

2. 50°

3. 60°

4. 70°

5. 80°

73. Полное выпадение красного цвета называется:

1. тританопия

2. тританомалия

3. дейтеранопия

4. дейтераномалия

5. протанопия

74. Аномальное восприятие красного цвета называется:

1. протанопия

2. протаномалия

3. дейтеранопия

4. дейтераномалия

5. тританопия

75. Ослабленное восприятие зеленого цвета называется:

1. протанопия

2. протаномалия

3. дейтеранопия

4. дейтераномалия

5. тританопия

76. Выпадение одного компонента цветового зрения называется:

1. аномальная трихромазия

2. ахромазия

3. дихромазия

4. трихромазия

5. монохромазия

77. Выпадение двух компонентов цветового зрения называется:

1. аномальная трихромазия

2. монохромазия

3. протаномалия

4. трихромазия

5. дихромазия

78. Отсутствие цветового зрения называется:

1. аномальная тризромазия

2. ахромазия

3. дихромазия

4. дальтонизм

5. трихромазия

79. Видение предметов в красном цвете называется:

1. ксантопсия

2. хлоропсия

3. эритропсия

4. цианопсия

5. протаномалия

80. Видение предметов в синем цвете называется:

1. хлоропсия

2. эритропсия

3. ксантопсия

4. цианопсия

5. протаномалия

81. Видение предметов в зеленом цвете называется:

1. хлоропсия

2. протанопия

3. ксантопсия

4. цианопсия

5. эритропсия

82. Видение предметов в желтом цвете называется:

1. хлоропсия

2. дейтеранопия

3. ксантопсия

4. цианопсия

5. протаномалия

83. При исследовании полей зрения у больного выявлена правосторонняя гомонимная гемианопсия. Ваш предварительный диагноз?

1. аденома гипофиза

2. аневризма сосуда в области турецкого седла

3. двусторонний ретробульбарный неврит

4.опухоль левого полушария

5. опухоль в затылочной области головного мозга справа

84. При исследовании полей зрения у больного выявлена гетеронимная гемианопсия. Ваш предварительный диагноз?

1. кровоизлияние в правое полушарие мозга

2. кровоизлияние в левое полушарие мозга

3.аденома гипофиза

4. поражение правого зрительного тракта

5. поражение левого зрительного тракта

85. Фотопическое зрение это:

1. сумеречное зрение

2. ночное зрение

3. периферическое зрение

4. центральное зрение

5.дневное зрение

86. Мезопическое зрение это:

1.сумеречное зрение

2. ночное зрение

3. периферическое зрение

4. центральное зрение

5. дневное зрение

87. Скотопическое зрение это:

1. сумеречное зрение

2. ночное зрение

3. периферическое зрение

4. центральное зрение

5. дневное зрение

88. Острота зрения зависит:

1. от величины рассматриваемого объекта

2. от расстояния до рассматриваемого объекта

3. от величины оптотипов

4. от угла зрения

5. от угла между зрительной и оптической осями глаза

89. Угол зрения в норме равен:

1. 30 сек

2. 60 сек

3. 2 мин

4. 4 мин

5. 5 мин

90. У здорового человека при обследовании обнаружена скотома. Ее характеристика:

1. положительная

2. отрицательная

3. абсолютная

4. патологическая

5. периферическая

91. Больной жалуется на появившийся дефект в поле зрения, через который отсутствует зрительное восприятие. Это:

1. относительная скотома

2. отрицательная скотома

3. абсолютная скотома

4. врожденная скотома

5. физиологическая

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

1. врожденная скотома

2. отрицательная скотома

3. абсолютная скотома

4. относительная скотома

5. физиологическая скотома

93. У больного инструментально выявляется дефект поля зрения, через него не сохраняется предметное восприятие. Это:

1. положительная скотома

2. отрицательная скотома

3. врожденная скотома

4. относительная скотома

5. физиологическая скотома

94. Скотома Бъеррума – это:

1. кольцевидная скотома

2. центральная скотома

3. ангиоскотома

4. слепое пятно в норме

5. дугообразная скотома при глаукоме

95. Метод исследования размеров слепого пятна:

1. офтальмометрия

2. тонометрия

3. пахиметрия

4. кампиметрия

5. рефрактометрия

96. Цветовое зрение исследуют методом:

1. офтальмоскопии

2. гониоскопии

3. аномалоскопии

4. диафаноскопии

5. скиаскопии

97. Центральную скотому можно выявить методом:

1. кампиметрии

2. пахиметрии

3. офтальмометрии

4. адаптометрии

5. рефрактометрии

98. Для исследования центрального зрения используют:

1. кампиметр

2. пигментную таблицу профессора Рабкина

3. таблицу Сивцева

4. аномалоскоп

5. ретиноскоп

99. Концентрическое сужение поля зрения характерно для:

1. заболеваний роговицы

2. заболеваний хрусталика

3. заболеваний сетчатки и зрительного нерва

4. заболеваний стекловидного тела

5. атеросклероза сосудов головного мозга

100. Гемианопсии свидетельствуют:

1. о заболеваниях сетчатки

2. о заболеваниях хориоидеи

3. о заболеваниях головного мозга

4. о заболеваниях зрительного нерва

5. о заболеваниях стекловидного тела

101. Различают гемералопию:

1. органическую и функциональную

2. прогрессирующую и стационарную

3. симптоматическую и функциональную

4. явную и скрытую

5. полную и неполную

102. Ахроматические цвета характеризуются:

1. цветовым тоном

2. яркостью

3. длиной волны

4. насыщенностью

5. «теплотой»

103. Явления астенопии возникает:

1. при пресбиопии

2. при скрытой гиперметропии

3. при эмметропии

4. при афакии

5. при амблиопии

104. Лечение аккомодативной астенопии:

1.очковая коррекция

2. прямая окклюзия

3. витаминотерапия

4. склеропластика

5. кератотомия

105. Гиперметроп в 2,0 D жалуется на быструю утомляемость глаз при чтении, тяжесть в надбровных дугах; очками не пользуется. Ваш диагноз?

1. спазм аккомодации

2. анизометропия

3.аккомодативная астенопия

4. астигматизм

5. мышечная астенопия

106. Девочка 14 лет жалуется на быструю утомляемость глаз, особенно при длительном чтении. В последнее время стала плохо видеть вдаль. При осмотре: VOD= 0,5 с корр. sph – 0,5 D = 1,0; VOS = 0,6 с корр. sph – 0,75 D = 1,0. После трёхкратного закапывания 2,5 % р-ра ирифрина (фенилэфрин) VOU = 1,0 без коррекции. Ваш диагноз?

1. спазм аккомодации

2. миопия слабой степени

3. аккомодативная астенопия

4. астигматизм

5. прогрессирующая миопия

107. Какие корригирующие очки нужны миопу в 3,0 D в 40 лет:

1. для дали - 3,0 D

2. для дали и для чтения в – 3,0 D

3. только для близи + 1,0 D

4. для дали очки не нужны

5. для близи в - 3,0 D

108. Какой вид рефракции может вызвать аккомодативную астенопию?

1. эмметропия

2. скрытая гиперметропия

3. афакия

4. анизометропия

5. миопия слабой степени

109. Какой вид рефракции самый сильный:

1. эмметропия

2. гиперметропия

3. астигматизм

4. анизометропия

5. миопия

110. Клинические проявления спазма аккомодации:

1. слезотечение, светобоязнь

2. быстрая утомляемость глаз при работе на близком расстоянии

3. ухудшение зрения вблизи

4. головная боль, раздражительность

5. снижение работоспособности

111. Высокая прогрессирующая миопия может вызывать осложнение в виде:

1. эмболии центральной артерии сетчатки

2. застойного соска зрительного нерва

3. отслойки сетчатки

4. субатрофии глазного яблока

5. атрофии зрительного нерва

112. В зависимости от того в каком меридиане преломление сильнее различают:

1. правильный и неправильный астигматизм

2. прямой и обратный астигматизм

3. сложный и смешанный астигматизм

4. простой и сложный астигматизм

5. смешанный и простой астигматизм

113. Острота зрения равная 1,0:

1. свидетельствует о наличии астигматизма

2. исключает наличие любой аметропии

3. не исключает наличие гиперметропии

4. исключает наличие гиперметропии

5. не исключает наличие миопии

114. Аккомодация находится в постоянном напряжении при:

1. эмметропии

2. гиперметропии

3. миопии

4. сложном миопическом астигматизме

5. пресбиопии

115. Ниже перечислены линзы, с которыми острота зрения равна 1,0. Какая из них указывает на величину миопии:

1. 3,0 Д

2. 2,5 Д

3. 2,0 Д

4. 3,5 Д

5. 4,0 Д

116. Гиперметроп в 1,5 Д очки не носит, жалуется на быструю утомляемость глаз при работе с мелкими предметами, чтении; головные боли; боли в области надбровных дуг. Ваш диагноз:

1. анизометропия

2.аккомодационная астенопия

3. анизокория

4. амблиопия

5. мышечная астенопия

117. Объективным методом определения рефракции являются:

1. периметрия, скиаскопия

2. адаптометрия, офтальмометрия

3. рефрактометрия, офтальмоскопия

4.скиаскопия, рефрактометрия

5. офтальмометрия, визометрия

118. В цилиндрической линзе оптически деятелен:

1.меридиан, перпендикулярный оси цилиндра

2. вертикальный меридиан

3. меридиан, параллельный оси цилиндра

4. горизонтальный меридиан

5. центр линзы

119. Ниже перечислены линзы, с которыми острота зрения равна 1,0. Какая из них указывает на величину гиперметропии:

1. 1,0 Д

2.2,0 Д

3. 1,5 Д

4. 1,75 Д

5. 0,5 Д

120. Гиперметропу в 1,0 Д в 40 лет при чтении нужны линзы:

1. + 1,0 Д

2. + 1,5 Д

3. – 1,0 Д

4.+ 2,0 Д

5. – 2,0 Д

121. Миопу в 3,0 Д в 50 лет нужны для чтения очки:

1. + 2,0 Д

2. + 1,0 Д

3. не нуждается

4.– 1,0 Д

5. - 3,0 Д

122. Миопу в 2,0 Д перед глазом поставили линзу + 3,0 Д. Какая стала общая рефракция:

1. миопия в 2,0 Д

2.гиперметропия в 1,0 Д

3. гиперметропия в 5,0 Д

4. миопия в 5,0 Д

5. миопия в 1,0 Д

123. Гиперметропу в 3,0 Д перед глазом поставили линзу – 1,0 Д. Какая стала общая рефракция:

1. эмметропия

2. миопия в 4,0 Д

3. гиперметропия в 4,0 Д

4. гиперметропия в 2,0 Д

5. миопия в 2,0 Д

124. Мышечная астенопия развивается:

1. при эмметропии

2. при гиперметропии

3. при миопии

4. при пресбиопии

5. при астигматизме

125. Гиперметропия слабой степени включает гиперметропию:

1. до 1-й диоптрии

2. до 2-х диоптрий

3. до 3-х диоптрий

4. до 4 диоптрий

5. до 5 диоптрий

126. Гиперметропия средней степени включает гиперметропию:

1. от 1 до 3 диоптрий

2. от 2 до 5 диоптрий

3. от 3 до 5 диоптрий

4. от 2 до 6 диоптрий

5. от 3 до 6 диоптрий

127. Гиперметропией высокой степени является гиперметропия:

1.более 5 диоптрий

2. более 6 диоптрий

3. более 10 диоптрий

4. не более 10 диоптрий

5. более 12 диоптрий

128. Профилактикой прогрессирования миопии служит:

1. минимальная очковая коррекция

2. минимальная контактная коррекция

3. радиальная кератотомия

4. склерапластика

5. лазерный кератомилез LASIK

129. Собирающая линза обозначается:

1.Concave

2.Cylinder

3.Spherisch

4.Convex

5.Spherocylinder

130.Рассеивающая оптическая линза обозначается:

1.Concave

2.Cylinder

3.Spherisch

4.Convex

5. Spherocylinder

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

1. форму очкового стекла

2. модель оправы

3. цвет оправы

4.межзрачковое расстояние

5. вид крепления стекол

132. Рефракция это:

1. аномалия развития глаза

2. нарушение бинокулярного зрения

3. функция сетчатки

4. преломление лучей в оптической системе

5. патология сетчатки

133. За одну диоптрию принято преломление линзы:

1. с фокусным расстоянием 10 м

2. с фокусным расстоянием 10 см

3. с фокусным расстоянием 5 м

4. соответствующее силе преломления хрусталика

5. с фокусным расстоянием 1 м

134. Клиническая рефракция характеризуется:

1. преломлением роговицы и хрусталика

2. положением главного фокуса относительно сетчатки

3. преломлением хрусталика

4. преломлением стекловидного тела и хрусталика

5. положением главной плоскости в оптической системе глаз

135. Сочетание в одном глазу различных видов рефракций или различных степеней одного вида рефракций называется:

1. анизейконией

2. анизометропией

3. астигматизмом

4. анизокорией

5. амблиопией

136. Сочетание в двух глазах различных видов рефракции или различных степеней одного вида рефракций называется:

1. анизейконией

2. амблиопией

3. астигматизмом

4. анизокорией

5. анизометропией

137. К клиническим видам рефракции относится:

1. анизометропия

2. амблиопия

3. астигматизм

4.эмметропия

5. пресбиопия

138. Слабым видом рефракции является:

1. миопия

2. гиперметропия

3. пресбиопия

4. астигматизм

5. эмметропия

139. Объём аккомодации зависит:

1. от прозрачности хрусталика

2. от передне-заднего размера глаза

3. от вида рефракции

4. от радиуса кривизны роговицы

5. от остроты зрения

140. Абсолютная аккомодация это:

1. положение глаз при конвергенции

2. прирост преломляющей силы хрусталика в процессе аккомодации

3. аккомодация одного глаза

4. уплотнение хрусталика

5. аккомодация обоих глаз

141. Отрицательная часть относительной аккомодации:

1. аккомодация, используемая при работе

2. неиспользованная часть аккомодации

3. преломление хрусталика в состоянии покоя аккомодации

4. прирост преломления хрусталика при переводе взгляда на близкое расстояние

5. уменьшение аккомодации, зависящее от возраста

142. Пресбиопия это:

1. помутнение хрусталика

2. возрастное усиление аккомодации

3. расстройство аккомодации при интоксикации

4. возрастное ослабление аккомодации

5. прогрессирующее ослабление зрения у школьников

143. Пресбиопия проявляется раньше при следующем состоянии:

1. эмметропии

2. миопии

3. гиперметропии

4. астигматизме

5. афакии

144. Какие очки необходимы для работы гиперметропу в 2,0 D в 40 лет?

1. + 2,0 D

2. + 3,0 D

3. + 1,0 D

4. - 2,0 D

5. + 4,0 D

145. Как изменяются цинновы связки при сокращении цилиарной мышцы?

1. не изменяются

2. натягиваются

3. ослабляются

4. сокращаются

5. укорачиваются

146. Аккомодация зависит от:

1. состояния цинновых связок

2. возраста

3. состояния зрачка

4. глубины передней камеры

5. состояния нервной системы

147. В цилиндрической линзе оптически деятелен:

1. меридиан, перпендикулярный оси цилиндра

2. вертикальный меридиан

3. меридиан, параллельный оси цилиндра

4. горизонтальный меридиан

5. центр линзы

148. Различают аккомодацию:

1. относительную и абсолютную

2. миопическую и гиперметропическую

3. прогрессирующую и стационарную

4. явную и скрытую

5. слабую и сильную

149. При аккомодации в глазу происходит следующее:

1. углубляется передняя камера

2. расширяется зрачок

3. хрусталик уплощается

4.зрачок сужается

5. цинновы связки натягиваются

150. При аккомодации в глазу происходит следующее:

1.передняя камера становится мельче

2. зрачок расширяется

3. цилиарная мышца расслабляется

4. передняя камера углубляется

5. хрусталик уплощается

151. Для устранения мнимого косоглазия необходимо следующее лечение:

1. очковая коррекция

2. хирургическое лечение

3. прямая окклюзия

4. обратная окклюзия

5. в лечении не нуждается

152. При ортофории угол между оптической и зрительной осями равен:

1. 1 – 2°

2. 2 - 3°

3. 3 – 4°

4. 5 – 6°

5. 8 – 10°

153. При гетерофории с наличием бинокулярного зрения необходимо следующее лечение: 1. очковая коррекция

2. коррекция призматическими линзами

3. прямая окклюзия

4. обратная окклюзия

5. в лечении не нуждается

154. Отсутствие сохранности движений глазных яблок в полном объеме свидетельствует: 1. о содружественном косоглазии

2. о паралитическом косоглазии

3. об ортофории

4. о мнимом косоглазии

5. скрытом косоглазии

155. Первичный угол отклонения это:

1. угол отклонения здорового глаза

2. угол отклонения косящего глаза

3. угол сходящегося косоглазия

4. угол расходящегося косоглазия

5. установочное движение

156. Вторичный угол отклонения это:

1. угол отклонения здорового глаза

2. угол отклонения косящего глаза

3. угол сходящегося косоглазия

4. угол расходящегося косоглазия

5. установочное движение

157. Равенство первичного и вторичного углов косоглазия свидетельствует:

1. о паралитическом косоглазии

2. о содружественном косоглазии

3. о мнимом косоглазии

4. ортофории

5. о скрытом косоглазии

158. При паралитическом косоглазии:

1. первичный угол отклонения больше вторичного угла

2. вторичный угол отклонения больше первичного угла

3. первичный угол отклонения равен вторичному углу отклонения

4. имеется только первичный угол отк8лонения

5. имеется только вторичный угол отклонения

159. Наличие жалоб на диплопию говорит:

1. о паралитическом косоглазии

2. о содружественном косоглазии

3. об аккомодационном косоглазии

4. о мнимом косоглазии

5. о неаккомодационном косоглазии

160. Определение угла косоглазия производится:

1. методом «дыры в ладони»

2. методом с двумя спицами

3. методом «чтение с карандашом»

4. методом Гиршберга

5. надавливанием на глазное яблоко

161. Глубинное зрение обеспечивается:

1. монокулярно (одним глазом)

2. специальной коррекцией

3. контактными линзами

4. бинокулярно (двумя глазами)

5. хирургическим вмешательством

162. Способ Соколова служит для проверки бинокулярного зрения с помощью:

1. двух спиц

2. чтения с карандашом

3. выявления установочного движения

4. диплопии при надавливании на глазное яблоко

5. получение феномена «дыры в ладони»

163. Способность к слиянию зрительного образа в коре головного мозга называется:

1. дивергенция

2. конвергенция

3. фузия

4. нистагм

5. гетерофория

164. Фузионный рефлекс формируется у ребенка к:

1. к 1-2 месяцам

2. к 3-4 месяцам

3. к 5-6 месяцам

4. к 1 году

5. к 3 годам

165. Отклонение одного глаза от общей точки фиксации с нарушением бинокулярного зрения называется:

1. астигматизмом

2. установочным движением

3. косоглазием

4. амблиопией

5. пресбиопией

166. Двоение иначе называется:

1. конвергенция

2. дивергенция

3. девиация

4. окклюзия

5. диплопия

167. Двоение бывает:

1. одноименным и перекрестным

2. прогрессирующим и стационарным

3. постоянным и транзиторным

4. простым и сложным

5. равномерным и неравномерным

168. Предметы, расположенные перед фиксируемым объектом вызывают:

1. перекрестное двоение

2. транзиторное двоение

3. одноименное двоение

4. простое двоение

5. неравномерное двоение

169. Предметы, расположенные дальше фиксируемого объекта вызывают:

1. перекрестное двоение

2. сложное двоение

3. транзиторное двоение

4. неравномерное двоение

5. одноименное двоение

170. Стереоскопическое зрение иначе называется:

1. монокулярным зрением

2. гетерофорией

3. одноименным зрением

4. бинокулярное зрение

5. ортофорией

171. Явное косоглазие бывает:

1. рефракционное

2. скрытое

3. паралитическое

4. мнимое

5. анизометропическое

172. Основные клинические симптомы ячменя:

1. безболезненное уплотнение века

2. припухлость внутреннего угла глаза, при надавливании гнойное отделяемое из слёзной точки

3. припухлость, гиперемия, локальная болезненность в области века

4. безболезненный отёк века

5. чешуйчатое отделяемое по краю века

173. Для халязиона характерно:

1. безболезненное уплотнение хряща века

2. укорочение век

3. выраженная болезненность века

4. гиперемия век с сухими чешуйками

5. гиперемия век с изъязвлением

174. Ячмень характеризуется:

1. острым воспалением сальной железы хряща

2. покраснением век с сухими чешуйками

3. ограниченное болезненным покраснением края века

4. покраснение слёзного мясца

5. покраснение всего века

175. Мейбомиит – это:

1. воспаление краёв век

2. воспаление слёзного мешка

3. внутренний ячмень

4. чешуйчатое воспаление краёв век

5. воспаление слёзной железы

176. Язвенный блефарит – это:

1.воспаление краёв век с образованием язвочек между ресницами

2. множественные кистозные образования по краю века

3. кровоизлияние под кожей век

4. одностороннее утолщение век

5. воспаление краев век с образованием чешуек

177. Блефарофимоз – это:

1. дефект края века

2. сращение век

3. выворот нижнего века

4. сужение и укорочение глазной щели

5. полулунная кожная складка у внутренних углов глазной щели

178. Колобома века это:

1. заворот ресничного края века к глазному яблоку

2. укорочение и сужение глазной щели

3. дефект края века

4. свисающая над наружным углом глазной щели кожная складка

5. полулунная складка у внутренних углов глазной щели

179. Блефарофимоз это:

1. полулунная складка у внутренних углов глазной щели

2. дефект края века

3. укорочение и сужение глазной щели

4. заворот ресничного края века к глазному яблоку

5. свисающая над наружным углом глазной щели кожная складка

180. Операция Кунта – Шимановского показана при:

1. птозе

2. эпикантусе

3. блефарофимозе

4. завороте века

5. вывороте века

181. Лагофтальм это:

1. заворот ресничного края века к глазному яблоку

2. укорочение и сужение глазной щели

3. свисающая над наружным углом глазной щели кожная складка

4. неполное смыкание глазной щели

5. дефект края века

182. Выворот века бывает:

1. гипертрофический и паралитический

2. рубцовый и клонический

3. атонический и клонический

4. спастический и паралитический

5. спастический и гипертрофический

183. Опущение верхнего века возникает из-за повреждения:

1. хряща века

2. кожно-мышечного слоя

3. круговой мышцы

4. леватора века

5. лицевого нерва

184. Неудаленное инородное тело конъюнктивы верхнего века чревато развитием:

1. конъюнктивита, иридоциклита

2. конъюнктивита, катаракты

3. конъюнктивита, кератита

4. конъюнктивита, птоза верхнего века

5. конъюнктивита, блефарита

185. Лагофтальм наблюдается при:

1. синдроме Горнера

2. синдроме верхней глазничной щели

3. поражении лицевого нерва

4. поражении глазодвигательного нерва

5. парезе леватора верхнего века

186. При себорее век:

1. края век утолщены, гиперемированы

2. края век утолщены и гиперемированы с образованием опухолевидного образования у основания волосяного фолликула

3. края век утолщены и гиперемированы с образованием язвочек

4. края век утолщены и гиперемированы с образованием сухих серовато-белых чешуек

5. края век гиперемированы с расширением выводных протоков мейбомиевых желез

187. Анкилоблефарон - это:

1. укорочение и сужение глазной щели

2. выворот нижнего века

3. частичное или полное сращение краев век

4. дефект края века

5. заворот ресничного края века к глазу

188. Неполное смыкание глазной щели при параличе круговой мышцы называется:

1. микрофтальм

2. лагофтальм

3. экзофтальм

4. эндофтальмит

5. энофтальм

189. У ребёнка в первые дни жизни появилось слезостояние, слизисто – гнойное отделяемое на правом глазу. При надавливании на область слёзного мешка из н/слёзной точки выделяется гной. Ваш диагноз?

1. острый эпидемический конъюнктивит

2. гонобленорея

3. врождённый дакриоцистит

4. атрезия слёзных канальцев

5. дакриоаденит

190. Дакриоаденит – это:

1. воспаление околоушной железы

2.воспаление слёзной железы

3. воспаление слёзного мешка

4. воспаление слёзного мясца

5. воспаление слёзного канальца

191. Проекция слёзного мешка определяется:

1. под наружной спайкой век

2. над наружной спайкой век

3. над внутренней спайкой век

4. под внутренней спайкой век

5. в верхнем наружном углу орбиты

192. Жалобы характерные для острого дакриоаденита:

1. боль в голове, тошнота, рвота

2.гиперемия и отёк наружной части верхнего века

3. сухость в глазу

4. резкое снижение зрения

5. покраснение глаза и гнойное отделяемое из глаз

193. У ребёнка болеющей свинкой обнаружено покраснение правого глаза, отёк в наружной части верхнего века. При осмотре веко S- образной формы, гиперемировано, отмечается резкая болезненность и инфильтрат в наружной половине века, предушные железы увеличены, болезненны. Ваш диагноз:

1.острый дакриоцистит

2. флегмона слёзного мешка

3. острый дакриоаденит

4. абсцесс верхнего века

5. панофтальмит

194. Причина флегмоны слёзного мешка:

1. острый конъюнктивит

2. блефарит

3. острый дакриоаденит

4.хронический дакриоцистит

5. сужение слёзной точки

195. В течение 3 лет у женщины 35 лет слезится правый глаз. В начале осени она попала под дождь. Через несколько дней появился озноб, температура, резкая болезненность, покраснение и припухлость у внутреннего угла века справа. Ваш диагноз?

1.дакриоцистит

2. флегмона слёзного мешка

3. дакриоаденит

4. ячмень

5. блефарит

196. Лечение хронического дакриоцистита у взрослых:

1. зондирование слёзных путей

2. промывание слёзных путей

3. физиолечение

4. антибиотикотерапия

5.хирургическое лечение

197. Дакриоаденит может возникнуть после:

1. блефарита

2.паротита

3. конъюнктивита

4. кератита

5. склерита

198. В клинику обратился больной с жалобами на отек век левого глаза, слезотечение, обильное гнойное отделяемое, повышение температуры. Объективно: резкий отек век, распространяющийся на левую половину лица, глазная щель закрыта, у внутреннего угла глаза пальпируется инфильтрат. Ваш диагноз?

1. абсцедирующий ячмень нижнего века

2. острый конъюнктивит

3. флегмона орбиты

4.флегмона слезного мешка

5. кератит

199. Показанием к операции дакриоцисториностомии является:

1. стриктура слезных канальцев

2. атрезия слезных точек

3. воспаление слезного канальца

4. флегмона слезного мешка

5.хронический дакриоцистит

200. При операции дакриоцисториностомии создают соустье между:

1. слезным мешком и верхней носовой раковиной

2. слезным мешком и средней носовой раковиной

3.слезным мешком и нижней носовой раковиной

4. слезным мешком и конъюнктивальной полостью

5. слезным мешком и гайморовой пазухой

201. Во время осмотра пациента с выворотом слезной точки врач обнаруживает:

1. стриктуру слезного канальца

2. атрезию слезной точки

3. стеноз слезной точки

4. слезная точка погружена в слезное озеро

5.слезная точка обращена кнаружи

202. В клинику обратился пациент с жалобами на болезненность и гиперемию наружной части верхнего века, общее недомогание, повышение температуры. Объективно: верхнее веко отечно, гиперемировано, глазное яблоко смещено вниз и кнутри, подвижность глаза ограничена. Ваш диагноз?

1. острый эпидемический конъюнктивит

2. абсцесс верхнего века

3. ячмень верхнего века

4.дакриоаденит

5. флегмона орбиты

203. Поврежденные слезные канальца восстанавливают:

1. через 1 месяц после травмы

2. через 6 месяцев после травмы

3. не подлежат восстановлению

4.в первые часы после травмы

5. через 7 дней после травмы

204. Ребенка привели к врачу с выраженными явлениями слезотечения, светобоязни, блефароспазма. При осмотре глаз с помощью векоподъемника на роговице виден желтоватый-серый узелок диаметром 4 мм и идущие к нему сосуды в виде луча. Ваш диагноз:

1. язва роговицы

2. бельмо роговицы

3. кератомикоз

4.фликтенулезный кератит

5. герпетический кератит

205. Герпетический кератит протекает в виде:

1. краевого кератита

2. ползучей язвы роговицы

3. склерозирующего кератита

4. странствующей фликтены

5.древовидного кератита

206. Глубокий очаг на роговице серого цвета дисковидной формы это проявление:

1. туберкулезной инфекции

2.герпетического кератита

3. паренхиматозного кератита

4. кератомикоза

5. рецидивирующей эрозии роговицы

207. Ксероз – это проявление:

1. герпетического кератита

2.авитаминоза А

3. рецидивирующей эрозии роговицы

4. паренхиматозного кератита

5. склерозирующего кератита

208. Для лечения бельм роговицы используют:

1. антибиотики

2. витамины

3.кератопластику

4. ферменты

5. кортикостероиды

209. Бельмо – это:

1. помутнение хрусталика

2. поверхностный инфильтрат роговицы

3. рост дубликатуры конъюнктивы на роговицу

4.помутнение роговицы

5. кератомаляция

210. При кератоконусе чаще выявляется:

1. правильный роговичный астигматизм

2.неправильный астигматизм

3. смешанный астигматизм

4. обратный астигматизм

5. сложный астигматизм

211. Наиболее эффективным методом лечения герпетического кератита является:

1. прижигание жидким азотом

2. послойная кератопластика

3. кератомаляция

4. противогерпетическая поливакцина

5.интерферон

212. Цикличность течения в три периода (инфильтрация, васкуляризация, рассасывание) характерна для:

1. ожога глаз III-й степени

2. ожога глаз IV-й степени

3. скрофулезного кератита

4.сифилитического кератита

5. туберкулезного кератита

213. В лечении кератоконуса применяют:

1. кератотомию

2. мягкие контактные линзы

3. кератопротезирование

4.жесткие контактные линзы

5. кератомилез

214. На приеме у врача больной жалуется на слезотечение, светобоязнь, блефароспазм. Ваш предварительный диагноз?

1. астенопия

2. блефарит

3.кератит

4. хориоидит

5. острый приступ глаукомы

215. Фликтена это:

1. помутнение роговицы

2. абсцесс века

3. флегмона слезного мешка

4.узелок на роговице с пучком расширенных сосудов

5. узелок на роговице с перифокальным отеком

216. Роговичный синдром это:

1. помутнение роговицы с преципитатами

2. эндотелиально-эпителиальная дистрофия роговицы

3.светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, перикорнеальная инъекция глаза

4. светобоязнь, слезотечение, отек роговицы

5. инфильтрат на роговице, гипопион, снижение чувствительности роговицы

217. При древовидном кератите показана следующая операция:

1. сквозная кератопластика

2. эпикераторафия

3. кератомилез

4. кератопротезирование

5.послойная кератопластика

218. Клиника скрофулезного кератита:

1.наличие фликтены

2. снижение чувствительности роговицы

3. появление узелков на роговице

4. смешанная инъекция глаза

5. лейкома роговицы

219. Для герпетических кератитов характерно:

1. появление гипопиона

2. наличие инфильтрата с творожистым отделяемым

3. гиперчувствительность роговицы

4.снижение чувствительности роговицы

5. появление преципитатов на эндотелии роговицы

220. Информативным методом исследования роговицы является:

1. офтальмоскопия

2.биомикроскопия

3. гониоскопия

4. скиаскопия

5. диафаноскопия

221. Ксероз это:

1. новообразование роговицы

2. воспаление роговицы

3.высыхание роговицы

4. ожог роговицы

5. расплавление роговицы

222.Воспаление роговицы называется:

1. кератоиридоциклит

2. кератомаляция

3.кератит

4. кератопатия

5. кератоконус

223. Лечение кератоконуса:

1. физиотерапия

2. антибактериальное

3. плеоптическое

4.хирургическое

5. иммунодепрессивное

224. В начальных стадиях кератоконуса в лечебных целях можно использовать:

1.контактную коррекцию

2. препараты, улучшающие трофику роговицы

3. сквозную кератопластику

4. послойную кератопластику

5. кератопротезирование

225. При хирургическом лечении кератоконуса выполняют операцию:

1. кератомилеза

2. кератофакии

3. кератотомии

4.сквозной кератопластики

5. послойной кератопластики

226. По степени интенсивности и распространенности помутнения роговицы называются: 1. эктазией

2.бельмом

3. невусом

4. стафилломой

5. ксерозом

227. Причиной кератомаляции является:

1. герпетическое поражение

2. грибковое поражение

3.авитаминоз А

4. поражение тройничного нерва

5. туберкулезное поражение

228. Весенний катар развивается вследствие:

1. травмы конъюнктивы

2. бактериальной инфекции

3. вирусной инфекции

4.аллергической реакции

5. интоксикации

229. Крыловидная плева (птеригиум) развивается вследствие:

1.воздействие воздействия солнца, сухого воздуха

2. инфекции

3. травмы

4. воспалительного заболевания конъюнктивы

5. воспаления роговицы

230. Птеригиум- это заболевание:

1.конъюнктивы

2. роговицы

3. склеры

4. цилиарного тела

5. хрусталика

231. Для гонококкового конъюнктивита характерно:

1. хлопьевидное

2. пенистое

3.гнойное сливкообразное

4. слизисто-гнойное

5. слизисто-пенистое

232. Для дифтерийного конъюнктивита характерно:

1. гиперемия конъюнктивы век с явлениями лихорадки и фарингита

2. конъюнктива век в углах глазной щели гиперемирована, мацерация кожи

3.образование серых трудноотделяемых пленок на конъюнктиве век, поражение зева и гортани

4. петехиальные кровоизлияния на конъюнктиве склеры

5. точечные геморрагии в конъюнктиву свода и век

233. Птеригиум это:

1. сращение бульбарной конъюнктивы с верхним веком

2. сращение бульбарной конъюнктивы с нижним веком

3. сращение тарзальной конъюнктивы нижнего века с роговицей

4.врастание дубликатуры бульбарной конъюнктивы на роговицу с внутренней стороны

5. врастание дубликатуры конъюнктивы с верхнего лимба на роговицу

234. Ангулярный конъюнктивит вызывает:

1. палочкой Коха-Уикса

2.диплобациллой Моракса-Аксенфельда

3. аденовирусом VIII-го типа

4. палочкой Лефлера

5. гонококком Нейссера

235. Для эпидемического фолликулярного кератоконъюнктивита инкубационный период составляет:

1. 4 - 20 дней

2.3 - 7 дней

3. 5 - 20 дней

4. 3 - 30 дней

5. 4 - 12 дней

236. Для эпидемического кератоконъюнктивита характерно:

1. гиперемия конъюнктивы с образованием паннуса роговицы

2.гиперемия конъюнктивы с субэпителиальными монетовидными инфильтратами роговицы

3. гиперемия конъюнктивы со стромальными инфильтратами в центре роговицы

4. гиперемия конъюнктивы с развитием язвы роговицы

5. гиперемия конъюнктивы со стромальными инфильтратами у лимба роговицы

237. Для лечения вирусных конъюнктивитов используют:

1. 30% раствор альбуцида

2. 1% раствор пилокарпина

3. 1% раствор атропина сульфата

4.0,1% раствор теброфена

5. 0,25% раствор левомицетина

238. У новорожденного на 3 день после рождения веки стали плотными, синюшного цвета, при попытке приоткрыть глазную щель выделяется сукровица. Ваш предполагаемый диагноз?

1. дифтерийный конъюнктивит

2.бленорейный конъюнктивит

3. острый эпидемический конъюнктивит Коха-Уикса

4. аденовирусный конъюнктивит

5. пневмококковый конъюнктивит

239. У новорожденного на 3 день после рождения веки стали плотными, синюшного цвета, появилось кровянистое отделяемое. Через несколько дней веки стали мягкие тестообразные, отделяемое – гнойное, сливкообразное. Ваш предполагаемый диагноз?

1. пневмококковый конъюнктивит

2. герпетический конъюнктивит

3. острый эпидемический конъюнктивит Коха-Уикса

4. аденовирусный конъюнктивит

5.гонококковый конъюнктивит

240. Для пневмококкового конъюнктивита характерно:

1.сильный отек век; гиперемия тарзальной конъюнктивы с образованием серых пленок, распространяющихся на интрамаргинальное пространство; на роговице множественные инфильтраты, изъязвления

2. легкий отек век; точечные геморрагии бульбарной конъюнктивы; нежные пленки тарзальной конъюнктивы; на роговице мелкие поверхностные инфильтраты

3. значительный отек век; конъюнктива глазного яблока гиперемирована и отечна с петехиальными кровоизлияниями; пленок нет; на роговице поверхностные инфильтраты

4. выраженный синюшно-багровый отек век; конъюнктива резко гиперемирована, отечна и легко кровоточит; пленок нет; отделяемое в виде мясных помоев

5. кожа у внутренних углов глазной щели мацерирована, слегка отечна; конъюнктива разрыхлена и гперемирована также в области наружных углов глазной щели

241. Острый эпидемический конъюнктивит вызывает:

1. диплококк Нейсера

2. пневмококк

3. бледная спирохета

4.палочка Коха-Уикса

5. стафилококк

242. При гонококковом конъюнктивите в глазу поражается:

1. хориоидея

2. радужка

3. склера

4.конъюнктива

5. мейбомиевы железы

243. При гонобленореи новорожденных явления воспаления стихают к:

1. 6-му месяцу от начала заболевания

2. 3-му месяцу

3. 2-му месяцу

4. концу 1-го месяца

5. концу 2-й недели

244. Для профилактики гонобленореи новорожденных следует сразу после рождения ребенка в конъюнктивальный мешок обоих глаз:

1. закапывать 0,25% раствор рибофлавина

2. закапывать 1% раствор атропина сульфата

3. закапывать 4% раствор тауфона

4. закладывать 1% тетрациклиновую мазь

5. 1% раствор пилокарпина

245. Гонобленорея взрослых сопровождается поражением:

1. почек

2. головного мозга

3. легких

4. ЖКТ

5.суставов

246. Признак заболевания орбиты:

1. экзофтальм

2. полный объём движения глаза

3. покраснение бульбарной конъюнктивы

4. помутнение роговицы

5. косоглазие

247. Экзофтальм, нарушение подвижности глазного яблока свидетельствуют о повреждении:

1. глазного яблока

2. орбиты

3. век

4. слёзных органов

5. придаточных пазух носа

248. Синдром верхней глазничной щели включает в себя:

1. экзофтальм и лагофтальм

2. экзофтальм и птоз

3. лагофтальм и энофтальм

4. энофтальм и офтальмоплегия

5. птоз и энофтальм

249. Причины наружной офтальмоплегии это повреждение:

1. симпатического, лицевого, глазодвигательного нервов

2.глазодвигательного, отводящего, блоковидного нервов

3. зрительного, глазодвигательного, блоковидного нервов

4. тройничного, отводящего, зрительного нервов

5. глазодвигательного, зрительного, лицевого нервов

250. Причины внутренней офтальмоплегии:

1. парез дилятатора зрачка и парез круговой мышцы глаза

2. парез сфинктера зрачка и парез мышцы поднимающей верхнее веко

3. парез сфинктера и дилятатора зрачка

4. парез круговой мышцы глаза и мышцы поднимающей верхнее веко

5. парез ресничной мышцы и круговой мышцы глаза

251. Наружная офтальмоплегия развивается при повреждении:

1.VII, II и VI пар ЧМН

2.III, VI и V пар ЧМН

3.II, IV и V пар ЧМН

4. IV, VI и III пар ЧМН

5. II, V и VII пар ЧМН

252. Клиническая картина синдрома верхней глазничной щели это:

1. птоз, миоз, энофтальм

2. птоз, миоз, офтальмоплегия

3.птоз, мидриаз, офтальмоплегия

4. птоз, мидриаз, нистагм

5. мидриаз, лагофтальм, офтальмоплегия

253. Основные признаки ретробульбарного кровоизлияния:

1. энофтальм, отек диска зрительного нерва

2. экзофтальм, лагофтальм, снижение зрения

3.экзофтальм, отек диска зрительного нерва

4. энофтальм, офтальмоплегия, лагофтальм

5. экзофтальм, экскавация диска зрительного нерва

254. При повреждении стенок орбиты наступает:

1. эндофтальмит, амблиопия

2. экзофтальм, энофтальм

3. амблиопия, энофтальм

4. вывих глазного яблока, эндофтальмит

5. экзофтальм, амблиопия

255. При смещении костных отломков орбиты внутрь появляется:

1. энофтальм

2. лагофтальм

3.смещение глазного яблока

4. гемофтальм

5. эндофтальмит

256. Эмфизема орбиты возникает при повреждении:

1. верхней и наружной стенок орбиты

2. наружной стенки орбиты и решетчатой кости

3.нижней стенки орбиты и решетчатой кости

4. решетчатой и клиновидной костей

5. лобной кости и верхней стенки орбиты

257. Сочетанное повреждение стенки орбиты и придаточных пазух носа чревато:

1. заносом инфекции в стекловидное тело

2.заносом инфекции в орбиту

3. заносом инфекции в слезный мешок

4. отрывом косых мышц глаза

5. эндофтальмитом

258. При расхождении костей орбиты кнаружи возникает:

1. энофтальм

2. экзофтальм

3. вывих глазного яблока

4. экзофория

5. эксциклофория

259. При смещении костных отломков внутрь орбиты появляется:

1. энофтальм

2. эндофтальмит

3. скрытое косоглазие

4. экзофтальм

5. паралич аккомодации

260. Орбитальная эмфизема характеризуется развитием:

1. энофтальма

2. буфтальма

3. экзофтальма

4. гидрофтальма

5. панофтальмита

261. Смешанная инъекция глазного яблока характерна для:

1. иридоциклита

2. хориоидита

3. острого приступа глаукомы

4. катаракты

5. дакриоцистита

262. Клиническое течение иридоциклита сопровождается:

1. отеком роговицы

2. помутнением роговицы

3. преципитатами на роговице

4. дистрофией роговицы

5. расплавлением роговицы

263. Смешанная инъекция глазного яблока встречается при:

1. хориоидите

2. помутнении роговицы

3. дакриоцистите

4. отслойке сетчатки

5. иридоциклите

264. Задние синехии характерны для:

1. кератита

2. сращенного бельма роговицы

3. иридоциклита

4. помутнения хрусталика

5. хориоретинита

265. Для клиники иридоциклита характерно:

1. расширение зрачка

2. повышением ВГД

3. офтальмоплегия

4.циклитическая болезненность

5. экзофтальм

266. Жалобы больных при иридоциклите:

1.боль в глазу

2.застойная инъекция

3.сухость в глазу

4. ограничение движений глаза

5. радужные круги перед глазом

267. Признаком иридоциклита является:

1. слизисто-гнойное отделяемое

2.изменение цвета радужки

3. повышение ВГД

4. расширение зрачка

5. субконъюнктивальное кровоизлияние

268. Для болезни Стилла характерны следующие изменения роговицы:

1.лентовидное помутнение роговицы

2. васкуляризация роговицы

3. изменение формы роговицы

4. глубокий инфильтрат роговицы

5. старческая дуга

269. Для болезни Стилла характерно:

1. катаракта, повышение ВГД

2.увеит, катаракта, дистрофия роговицы

3. помутнение стекловидного тела, дистрофия роговицы

4. иридоциклит, повышение ВГД

5. помутнение стекловидного тела, кровоизлияния на сетчатки

270. В желтом пятне находятся:

1. колбочки и палочки

2. палочки

3.колбочки

4. отсутствуют колбочки

5. больше колбочек, чем палочек

271. Верхняя прямая мышца иннервируется:

1. отводящим нервом

2. зрительным нервом

3. блоковидным нервом

4. лицевым нервом

5.глазодвигательным нервом

272. В кровоснабжении радужной оболочки и цилиарного тела принимают участие:

1. задние короткие цилиарные артерии

2.задние длинные цилиарные артерии

3. центральная артерия сетчатки

4. надглазничная артерия

5. решетчатые артерии

273. Кровоснабжение хориоидеи осуществляется за счёт:

1. передних цилиарных артерий

2. задних длинных цилиарных артерий

3.задних коротких цилиарных артерий

4. центральной артерии сетчатки

5. надглазничной артерии

274. Функцией цилиарного тела является:

1. преломление световых лучей

2.продукция внутриглазной жидкости

3. отток внутриглазной жидкости

4. продукция слезы

5. регулирование потока световых лучей

275. Сужение зрачка осуществляется за счет работы:

1.m. ciliaris

2.m. sphincterpupillae

3.m. levatorpalpebraesuperioris

4.m. dilatatorpupillae

5.m. orbicularisoculi

276. МышцаРиоланапроходит:

1.междувыводнымипротокамимейбомиевыхжелез

2. между сухожилиями мышцы поднимающей верхнее веко

3. между выводными протоками слезной железы

4. между нижней косой и нижней прямой мыщцами

5. между нижней и внутренней прямыми мышцами

277. Глубина орбиты равна:

1.10 см

2.4-5 см

3. 8-9 см

4. 6-7 см

5. 11-12 см

278. Диск зрительного нерва это:

1. место наилучшего зрения

2. место скопления биполярных клеток

3.место выхода из сетчатки зрительного нерва

4. место скопления колбочек

5. место скопления палочек

279. Зрительный нерв в canalisopticus проходит вблизи:

1. крылонебной ямки

2. лобной пазухи

3.височной ямки

4. основной пазухи

5. гайморовой пазухи

280. Зрительный нерв имеет:

1. 4 оболочки

2. 5 оболочек

3.2 оболочки

4. 6 оболочек

5.3 оболочки

281. Выводные протоки слезной железы открываются:

1. в гайморову пазуху

2.в нижний носовой ход

3. в нижний свод конъюнктивы

4. в верхний свод конъюнктивы

5. в слезный мешок

282. Внутренняя стенка орбиты граничит с:

1. гайморовой пазухой носа

2. лобной пазухой носа

3.ячейками решетчатой кости

4. височной ямкой

5. крылонебной ямкой

283. Верхняя стенка орбиты граничит с:

1. фронтальной пазухой носа

2. гайморовой пазухой носа

3. височной ямкой

4.лобной пазухой

5. основной пазухой

284. Зрительный нерв входит в:

1.среднюю черепную ямку

2. крылонебную ямку

3. височную ямку

4. переднюю черепную ямку

5. заднюю черепную ямку

285. Картина глазного дна в норме:

1. отсутствие макулярного рефлекса

2.наличие макулярного рефлекса

3. отсутствие фовеолярного рефлекса

4. миелиновые волокна у диска зрительного нерва

5. перераспределение пигмента

286. Двигательная иннервация нижней прямой мышцы осуществляется:

1.VI парой ЧМН

2.VII парой ЧМН

3.VIII парой ЧМН

4.III парой ЧМН

5.IV парой ЧМН

287. Двигательная иннервация верхней косой мышцы осуществляется:

1. III парой ЧМН

2. V парой ЧМН

3. VI парой ЧМН

4. VIII парой ЧМН

5. IV парой ЧМН

288. Поворот глазного яблока вверх и кнаружи осуществляет:

1. внутренняя прямая мышца

2. верхняя косая мышца

3.нижняя косая мышца

4. верхняя прямая мышца

5. нижняя прямая мышца

289. Мышца, поднимающая верхнее веко двигательную иннервацию получает от:

1.I пары ЧМН

2.III пары ЧМН

3.IV пары ЧМН

4.VI пары ЧМН

5.VIII пары ЧМН

290. Мейбомиевы железы расположены:

1. в слезном мясце

2. в верхнем своде конъюнктивы

3. в нижнем своде конъюнктивы

4.в толще хрящей век

5. в полулунной складке у внутреннего угла глаза

291. Втолщерадужкинаходится:

1 .m. rectuslateralis

2. m. dilatatorpupillae

3. m. obliqueinferior

4. m. orbicularisoculi

5. m. obliquesuperior

292. Поворотглазногояблокавнизикнаружиосуществляется:

1. нижняяпрямаямышца

2. нижняякосаямышца

3. круговая мышца

4. верхняя прямая мышца

5.верхняя косая мышца

293. Слезная железа делится на пальпебральную и орбитальную части:

1. сухожилием мышцы поднимающей верхнее веко

2. теноновой капсулой

3.тарзоорбитальной фасцией

4. сухожилием круговой мышцы

5. мышцей Риолана

294. Длина зрительного нерва взрослого человека в среднем составляет:

1.45 мм

2.35 мм

3.55 мм

4.25 мм

5.15 мм

295. Двигательная иннервация внутренней прямой мышцы осуществляется:

1.VII парой ЧМН

2. II парой ЧМН

3. I парой ЧМН

4. III парой ЧМН

5. VI парой ЧМН

296.Мышца Риолана является частью:

1. ресничной мышцы

2. мышцы поднимающей верхнее веко

3. мышцы суживающей зрачок

4.круговой мышцы глаза

5. мышцы расширяющей зрачок

297.Роль отросчатой части цилиарного тела это:

1. выработка сального секрета

2. участие в выработке слезной жидкости

3. участие в преломлении световых лучей

4. участие в фотохимической реакции

5.выработка водянистой влаги

298. Слеза орошает:

1. камеры глаза

2.своды конъюнктивы

3. решетчатые пазухи

4. переднюю камеру

5. ретробульбарное пространство

299. К оптическим средам глаза относится:

1. хориоидея

2. зрительный нерв

3.хрусталик

4. цилиарное тело

5. сетчатка

300. Лентиконус – это:

1.врожденной выпячивание полюса хрусталика

2. увеличение размеров хрусталика

3. увеличение роговицы

4. смещение хрусталика

5. нарушение сферичности роговицы

301. Лечение старческой катаракты:

1. дисцизия

2.факоэмульсификация катаракты

3. витаминотерапия

4. электрофорез с алое

5. иридэктомия

302. Лечение врожденной катаракты:

1. консервативное

2.экстракция катаракты

3. эпикератофакия

4. иридэктомия

5. эпикераторафия

303. Для болезни Марфана характерно:

1.эктопия хрусталика

2. гидрофтальм

3. афакия

4.. микрофакия

5. микрокорния

304. При незрелой катаракте:

1. предметное зрение отсутствует

2. острота зрения равна 0 (нулю)

3. острота зрения равна 1/∞ proectiolutisincertae

4.предметное зрение сохранено

5. острота зрения равна 1/∞ proectiolutiscertae

305. Возможные симптомы вывиха хрусталика в стекловидное тело:

1. мелкая ПК, мидриаз, иридодонез

2.глубокая ПК, иридоденез, снижение зрения

3. мелкая ПК, снижение зрения, иридоденез

4. глубокая ПК, миоз, гемералопия

5. мелкая ПК, мидриаз, снижение зрения

306. Коррекция односторонней афакии:

1.очки convex 10,0 Д

2. телескопические очки

3. контактная линза

4. кератопротезирование

5. кератотомия

307. Хирургическое лечение полной врожденной катаракты проводится в возрасте:

1. до 8 лет

2. до 6 лет

3. до 5 лет

4. до 2 лет

5.до 1 года

308. При сахарном диабете развивается катаракта:

1. односторонняя

2. зонулярная

3.задняя полярная

4. перезрелая

5. незрелая

309. Жалобами больных при начальной катаракте являются:

1. покраснение глаза

2.летающие мушки перед глазом

3. светобоязнь

4. чувство тяжести в глазах

5. появление радужных кругов при взгляде на источник света

310. О зрелости катаракты свидетельствует острота зрения, равная:

1.1/∞ pr. lutiscertae

2.нулю

3. 0,1 с максимальной коррекцией

4. 0,05-0,01 без коррекции

5. ниже 0,1 с коррекцией

311. К методам хирургического лечения катаракты относится:

1. трабекулэктомия

2. витрэктомия

3. циркляж

4.факоэмульсификация

5. реклинация

312. Кольцом Фоссиуса называется:

1. кольцевидное помутнение задней капсулы хрусталика

2. отложение окислов железа на роговице в области лимба

3.кольцевидное помутнение передней капсулы хрусталика

4. отложение окислов железа в передних слоях хрусталика

5. изменение цвета радужки

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

1. рассеивающей линзы в 10-12 диоптрий

2. цилиндрической линзы в 10-12 диоптрий

3.собирательной линзы в 10-12 диоптрий

4. рассеивающей контактной линзы в 10-12 диоптрий

5. рассеивающей линзы в 18-20 диоптрий

314. Причины приобретенной старческой катаракты:

1.нарушение обмена веществ

2. бактериальная инфекция

3. частые иридоциклиты

4. склероз ядра хрусталика

5. конъюнктивит

315. Для зрелой катаракты характерно:

1. конъюнктивальная инъекция глаза

2. застойная инъекция глаза

3.серый зрачок

4. измельчение передней камеры

5. сужение зрачка

316. Исследование в проходящем свете при начальной катаракте обнаруживает:

1. плавающие помутнения

2.на фоне яркого зрачка помутнения в виде «спиц»

3. отсутствие рефлекса с глазного дна

4. розовый рефлекс с глазного дна

5. задние синехии

317. Заболевание организма, способствующее образованию катаракты:

1. гипертоническая болезнь

2.сахарный диабет

3. бронхиальная ястма

4. коронарная болезнь сердца

5. пернициозная анемия

318. В клиническом течении старческой катаракты различают следующую стадию ее развития:

1.незрелая

2. далекозашедшая

3. абсолютная

4. терминальная

5. почти абсолютная

319. Консервативное лечение катаракты проводится:

1.при начальной стадии

2. при перезрелой стадии

3. при любой стадии

4. бесполезно применять при любой стадии

5. при зрелой стадии

320. Больной 42 лет предъявляет жалобы на отсутствие зрения на левом глазу, в анамнезе контузия левого глаза. При диафаноскопии рефлекс с глазного дна не определяется. Ваш диагноз?

1. травматическая катаракта

2. отслойка сетчатки

3. частичный гемофтальм

4. панофтальмит

5.полный гемофтальм

321. Гемофтальм развивается из-за проникновения крови из:

1. мышечных артерий

2.задних коротких ресничных артерий

3. сосудов ресничного тела

4. эписклеральных сосудов

5. вортикозных вен

322. В клинику обратился больной с жалобами на отсутствие зрения на правом глазу после тупой травмы глаза. При исследовании правого глаза методом диафаноскопии рефлекса с глазного дна нет. Ваш диагноз?

1. частичный гемофтальм

2. помутнение роговицы

3. эндофтальмит

4.полный гемофтальм

5. отслойка сосудистой оболочки

323. Гемофтальм является результатом проникновения крови из:

1. эписклеральных сосудов

2. вортикозных вен

3. мышечных артерий

4. сосудов сетчатки

5.задних коротких ресничных артерий

324. При тотальном гемофтальме острота зрения равна:

1. 0,05

2.светоощущению

3. 0,2

4. 0,3 – 0,5

5. 0,08 – 0,1

325. В клинику обратился больной с жалобами на плавающие мушки перед обоими глазами, в анамнезе перенес хориоидит. Объективно при обследовании в проходящем свете плавающие помутнения в виде взвеси. Ваш диагноз?

1. нитчатая деструкция стекловидного тела

2.зернистая деструкция стекловидного тела

3. отслойка стекловидного тела

4. сморщивание стекловидного тела

5. частичный гемофтальм

326. В клинику обратился пациент 82 лет с жалобами на плавающие мушки перед глазами, в анамнезе атеросклероз. При обследовании в проходящем свете плавающие хлопьевидные помутнения в виде тонких волокон белого цвета. Ваш диагноз?

1.нитчатая деструкция стекловидного тела

2. зернистая деструкция стекловидного тела

3. отслойка стекловидного тела

4. сморщивание стекловидного тела

5. частичный гемофтальм

327. Кровоизлияние в стекловидное тело называется:

1. гифема

2.гемофтальм

3. гематома

4. гипопион

5. гемангиома

328. При тотальном гемофтальме:

1. рефлекс с глазного дна появляется при движениях глазного яблока

2. рефлекс с глазного дна желтый

3.рефлекс с глазного дна отсутствует

4. рефлекс с глазного дна розовый

5. рефлекс с глазного дна тусклый

329. Острый приступ глаукомы развивается при:

1.закрытоугольной глаукоме

2. открытоугольной глаукоме

3. вторичной глаукоме

4. инфантильной глаукоме

5. неопластической глаукоме

330.Утром у женщины 50 лет после стирки белья появились боли в правом глазу. При осмотре врачом скорой помощи обнаружено покраснение глаза, отёчность роговицы, расширение зрачка, снижение зрения, пальпаторно глаз твёрдый. Ваш диагноз:

1. факоморфическая глаукома

2.острый приступ глаукома

3. кератит

4. иридоциклит

5. катаракта

331. Оказание неотложной помощи при остром приступе глаукомы:

1. промывание конъюнктивальной полости

2. инстилляция сульфацила натрия

3. инстилляция атропина

4.инстилляция холиномиметиков

5. инстилляция витаминных капель

332. Хирургическое лечение острого приступа глаукомы:

1.лазерная иридэктомия

2. витриоэктомия

3. экстракция катаракты

4. криопексия цилиарного тела

5. кератотомия

333. Причины развития врождённой глаукомы:

1. врождённая миопия

2.наличие мезодермальной ткани в углу передней камеры

3. вывих хрусталика

4. врождённая катаракта

5. микрофтальм, микрокорнеа

334. Вторичная глаукома развивается вследствие:

1.проникающего ранения глаза

2. блефарита

3. наличия мезодермальной ткани в углу передней камеры

4. облачковидного помутнения роговицы

5. воспаления конъюнктивы

335. Больной 60 лет после эмоционального стресса расстроился, ночью плохо спал. Утром появились сильные боли в правой половине головы и в правом глазу. Объективно: застойная инъекция глаза, передняя камера мелкая, зрачок расширен, ВГД пальпаторно повышено. Диагноз:

1. иридоцикликлит

2.острый приступ глаукомы

3. кератит

4. конъюнктивит

5. ползучая язва роговицы

336. Для лечения первичной глаукомы применяются:

1. антибиотики

2.β – блокаторы

3. кортикостероиды

4. сульфаниламиды

5. мидриатики

337. Слепота при глаукоме наступает вследствие:

1.атрофии зрительного нерва

2. отрыва зрительного нерва

3. катаракты

4. гемофтальма

5. помутнения роговицы

338. Дифференциальная диагностика острого приступа глаукомы проводится с:

1. катарактой

2.иридоциклитом

3. конъюнктивитом

4. кератитом

5. невритом

339. Назовите антиглаукоматозное средство последнего поколения:

1.латанопрост

2. тимолол

3. азопт

4. пилокарпин

5. фотил

340. Для открытоугольной глаукомы характерно наличие:

1.эксфолиаций на радужке и в углу передней камеры

2. гипопиона

3. глубокой передней камеры

4. изменение цвета радужки

5. гифема

341. Для острого приступа глаукомы характерно:

1. дистрофия роговицы

2. преципитаты на роговице

3.отек роговицы

4. васкуляризация роговицы

5. ксероз роговицы

342. Кардинальным симптомом первичной глаукомы является:

1. покраснение глаза

2. отек роговицы

3. экзофтальм

4.повышение внутриглазного давления

5. увеличение размеров глазного яблока

343. Симптомом врождённой и юношеской глаукомы является:

1. атрофия радужки

2. циклитическая болезненность

3. экзофтальм

4. повышение внутриглазного давления

5.увеличение размеров глазного яблока

344. Характерные жалобы у больных с открытоугольной глаукомой:

1.наличие «радужных кругов» вокруг источника света

2. появление плавающих мушек перед глазами

3. чувство инородного тела в глазу

4. резкое снижение зрения

5. отсутствие типичных жалоб

345. Характерными жалобами больных с закрытоугольной формой глаукомы являются:

1. наличие метаморфопсий

2. постепенное снижение зрения

3.наличие «радужных кругов» вокруг источника света

4. боли за глазами при взгляде в разные стороны

5. наличие завесы перед глазом

346. Лазерная иридэктомия проводится при:

1. врожденной глаукоме

2. вторичной глаукоме

3.закрытоугольной глаукоме

4. катаракте

5. открытоугольной глаукоме

347. Лазерная трабекулопунктура применяется при:

1. открытоугольной глаукоме

2. перезрелой катаракте

3. вторичной глаукоме

4.врожденной глаукоме

5. иридоциклите

348. Для лечения первичной глаукомы применяют:

1. антибиотики

2. аутогемотерапию

3. противовирусные препараты

4. кортикостероиды

5.сосудорасширяющие препараты

349. Исходом глаукомы может быть:

1.атрофия зрительного нерва

2. бельмо

3. отслойка сетчатки

4. неврит зрительного нерва

5. симпатическое воспаление

350. Жалобы больного глаукомой:

1. светобоязнь

2. гнойное отделяемое

3. искривление предметов

4.радужные круги перед глазами

5. нарушение подвижности глазного яблока

351. К вторичной глаукоме относится:

1. эксфолиативная глаукома

2. пигментная глаукома

3.воспалительная глаукома

4. ползучая глаукома

5. глаукома с плоской радужкой

352. Для начальной стадии глаукомы характерны:

1. концентрическое сужение полей зрения

2. постепенное снижение остроты зрения

3. атрофия зрительного нерва

4. расширение сосудов сетчатки

5.нормальные функции зрительного анализатора

353. При отсутствии компенсации ВГД при открытоугольной глаукоме показана операция:

1. иридэктомия

2. экстракция катаракты

3.трабекулэктомия

4. гониотомия

5. дакриоцисториностомия

354. При закрытоугольной 1 «С» глаукоме показана операция:

1. криопексия цилиарного тела

2. непроникающая склерэктомия

3.иридоциклоретракция

4. экстракция катаракты

5. витрэктомия

355. Признак врожденной глаукомы:

1.углубление передней камеры

2. гипопион

3. измельчение передней камеры

4. гифема

5. отсутствие передней камеры

356. При врожденной глаукоме характерно:

1. микрокорнеа

2. кератоконус

3. дегенерация роговицы

4.увеличение роговицы

5. кератомаляция

357. При абсолютной стадии врожденной глаукомы:

1. функции глаза не изменены

2. на задней стенке роговицы преципитаты

3. глубина передней камеры в пределах нормы

4.роговица отечная

5. циклитическая болезненность

358. Местноанестезирующие офтальмологические средства:

1. карбахолин, фентанол

2. атропин, гомотропин

3инокаин, алкаин

4. пилокарпин, фотил

5. интерферон, вирган

359. Больной 40 лет отмечает тяжесть в глазу, головные боли, периодическое затуманивание перед глазом, особенно при наклоне головы. Объективно: глаз спокоен, роговица прозрачная, передняя камера мельче средней, на глазном дне отмечается сдвиг сосудистого пучка ДЗН к носу, функции глаза не изменены. Ваш диагноз?

1.начальная закрытоугольная глаукома

2. начальная катаракта

3. застойный сосок ДЗН

4. гипертоническая ретинопатия

5. хориоидит

360. Необратимая слепота наступает при:

1. катаракте

2.глаукоме

3. иридоциклите

4. помутнении роговицы

5. косоглазии

361. На уровень ВГД влияет:

1. размер глазного яблока

2.состояние гидродинамики глаза

3. состояние цилиарной мышцы

4. степень уплотнения хрусталика

5. рефракция глаза

362. Для первичной далекозашедшей глаукомы характерно:

1. нормальное поле зрения

2. гомонимная гемианопсия

3.концентрическое сужение полей зрения

4. гетеронимная гемианопсия

5. наличие парацентральных скотом

363. При развитой стадии закрытоугольной глаукомы:

1. угол передней камеры открыт

2. в углу передней камеры новообразованные сосуды

3.угол передней камеры закрыт

4. пигментация шлеммова канала угла передней камеры

5. мезодермальная ткань в углу передней камеры

364. Для острого приступа глаукомы характерно:

1. сужение зрачка

2. глубокая передняя камера

3. смешанная инъекция

4. циклитическая болезненность

5.отсутствие передней камеры

365. При остром приступе глаукомы выявляется:

1.расширение зрачка

2. глубокая передняя камера

3. сужение зрачка

4. изменение цвета радужки

5. гипопион

366. Общими признаками иридоциклита и острого приступа глаукомы является:

1. повышение ВГД

2. изменение цвета радужки

3. гифема

4.боль в глазу

5. расширение зрачка

367. Факолитическая глаукома развивается при:

1. проникающем ранении глаза

2. контузии глаза

3. незрелой катаракте

4.перезрелой катаракте

5. сахарном диабете

368. Факоморфическая глаукома развивается при:

1.незрелой катаракте

2. начальной катаракте

3. диабетической катаракте

4. перезрелой катаракте

5. зрелой катаракте

369. Новая группа препаратов снижающих ВГД:

1. β - блокаторы

2. ингибиторы карбоангидразы

3. холиномиметики

4.аналоги простагландинов

5. адреностимуляторы

370. Для открытоугольной глаукомы характерна:

1. перикорнеальная инъекция

2. симптом «кобры»

3. застойная инъекция

4. конъюнктивальная инъекция

5.отсутствие изменений переднего отрезка глаза

371. Для острого приступа глаукомы характерна:

1. перикорнеальная инъекция

2. симптом «кобры»

3.застойная инъекция

4. конъюнктивальная инъекция

5. смешанная инъекция

372. Кардинальным симптомом первичной глаукомы является:

1. субатрофия радужки

2.повышение ВГД

3. отек роговицы

4. циклитическая болезненность

5. углубление передней камеры

373. Симптомом врожденной и юношеской глаукомы является:

1. нормальное внутриглазное давление

2. застойная инъекция глаза

3.отек роговицы

4. повышение внутриглазного давления

5. измельчение передней камеры

374. Характерные жалобы у больных с открытоугольной глаукомой:

1. периодическое затуманивание зрения

2.наличие «радужных кругов» вокруг источника света

3. частая смена очков

4. чувство тяжести в надбровных дугах

5. боли в глазу

375. Характерные жалобы пациентов с закрытоугольной глаукомой:

1.наличие «радужных кругов» вокруг источника света

2. наличие фотопсий

3. чувство инородного тела в глазу

4. светобоязнь

5. отсутствие типичных жалоб

376. При остром приступе глаукомы используется:

1. 30% р-р сульфацила натрия

2. 1% р-р сульфата атропина

3.1% р-р пилокарпина

4. 0,25% р-р левомицетина

5. 0,02% р-р рибофлавина

377. Определить уровень ВГД можно методом:

1. кампиметрии, периметрии

2.тонометрии, тонографии

3. визометрии, ультразвуковой биометрии

4. рефрактометрии, офтальмометрии

5. гониоскопии, диафаноскопии

378. Определить коэффициент легкости оттока можно:

1. путем пальпации

2.тонографией

3. гониоскопией

4. периметрией

5. биомикроскопией

379. Для первичной открытоугольной глаукомы характерно следующее изменение переднего отрезка глаза:

1. неоваскуляризация радужки

2.отсутствие пигментной каймы радужки

3. расширение зрачка

4. отек роговицы

5. углубление передней камеры

380. Для первичной закрытоугольной глаукомы характерно следующее изменение переднего отрезка глаза:

1. сужение зрачка

2. изменение цвета радужки

3. неоваскуляризация радужки

4. углубление передней камеры

5.мелкая передняя камера

381. Для развитой стадии первичной глаукомы характерно:

1. нормальное поле зрения

2. сужение поля зрения до 15 градусов от точки фиксации

3.дугообразная скотома Бьеррума

4. сужение поля зрения с носовой стороны до 5 градусов

5. центральная скотома

382. Изменение глазного дна характерное для глаукомы:

1. отек и стушеванность границ ДЗН

2. сужение артерий и вен

3.экскавация диска зрительного нерва до 0,6 РД

4. пятно Фукса

5. экскавация диска зрительного нерва до 0,3 РД

383. Изменение глазного дна, характерное для глаукомы:

1. артерии сужены, вены расширены

2. артерии и вены расширены

3. сдвиг сосудистого пучка в височную сторону

4.сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону

5. сосудистый пучок в центре

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

1.42 мм рт. ст.

2. 8-12 мм рт. ст.

3.18-19 мм рт. ст.

4. 25-27 мм рт. ст.

5. 27-29 мм рт. ст.

385. Тометрические показатели, свидетельствующие об отсутствии компенсации ВГД:

1. 20-26 мм рт. ст.

2.выше 28 мм рт. ст.

3. выше 23 мм рт. ст.

4. выше 21 мм рт. ст.

5. выше 16 мм рт. ст.

386. К первичной открытоугольной глаукоме относится:

1.пигментная глаукома

2. глаукома с витреохрусталиковым блоком

3. ползучая глаукома

4. глаукома со зрачковым блоком

5. глаукома с плоской радужкой

387. К первичной закрытоугольной глаукоме относится:

1. пигментная глаукома

2. эксфолиативная глаукома

3. простая глаукома

4. глаукома с нормальным давлением

5.глаукома с плоской радужкой

388. При металлозе в глазу больше всего страдает:

1. роговица, склера

2. хрусталик, стекловидное тело

3. циркуляция внутриглазной жидкости

4.сосудистый тракт, зрительный нерв

5. склера, стекловидное тело

389. Металлозом называется:

1. нахождение металлического инородного тела внутри глаза

2.воспалительная реакция внутренних оболочек глаза из-за окисления инородного тела

3. длительное пребывание металлического инородного тела в глубоких слоях роговицы

4. длительное пребывание металлического инородного тела в хрусталике

5. воспалительная реакция не травмированного глаза

390. Сидероз развивается в глазу вследствие длительного нахождения в глазу инородного тела из:

1. меди

2. свинца

3.железа

4. алюминия

5. олова

391. Халькоз это воспалительная реакция внутренних оболочек глаза вследствие воздействия на них продуктов окисления:

1.меди

2. свинца

3. железа

4. алюминия

5. олова

392. При длительном пребывании железосодержащего инородного тела в глазу радужка приобретает:

1. желтовато-зеленый оттенок

2. красный оттенок

3. синий отлив

4. серебристый отлив

5.ржавый цвет

393. При длительном пребывании окислов меди в глазу радужка приобретает:

1.желтовато-зеленый оттенок

2. красный оттенок

3. синий отлив

4. серебристый отлив

5. ржавый цвет

394. Металлоз протекает в глазу в виде:

1. кератита

2. склерита

3.увеита

4. конъюнктивита

5. дакриоцистита

395. При металлозе характерно:

1. сохранение высоких функций глаза

2. снижение адаптации

3.развитие полной слепоты

4. повышение внутриглазного давления

5. развитие эндофтальмита

396. Опасность при металлозе представляет развитие слепоты от поражения:

1.зрительного нерва

2. сосудистой оболочки

3. хрусталика

4. роговицы

5. склеры

397. Атрофия зрительного нерва при металлозе развивается в результате:

1. застойного соска

2.нейроретинита

3. ретробульбарного неврита

4. нисходящего процесса в зрительно-нервных путях

5. оптохиазмального арахноидита

398. Энуклеация глаза при металлозе показана при развитии:

1. симблефарона и анкилоблефарона

2. кератомяляции и глаукомы

3. глаукомы и вторичной катаракты

4.глаукомы и рецидивирующего увеита

5. бельма роговицы

399. Явления металлоза развиваются при нахождении в глазу металлического инородного тела:

1. от нескольких часов до нескольких дней

2. от нескольких дней до нескольких недель

3.от нескольких недель до нескольких месяцев

4. от нескольких месяцев до нескольких лет

5. от нескольких лет до десятков лет

400. При невозможности удалить внутриглазное металлическое инородное тело показано:

1. операция витрэктомия

2.удаление поврежденного глаза

3. удаление неповрежденного глаза

4. отграничение инородного тела лазерными коагулятами

5. применение антидотной терапии

401. Антидотом меди является:

1. хлорид кальция

2.унитиол

3. магния сульфат

4. мочевина

5. аскорбиновая кислота

402. Антидот предпочтительно вводить следующим способом:

1.внутримышечно

2. ретробульбарно

3. интраокулярно

4. электрофорезом

5. инстилляции в глаз

403. При резко выраженных симптомах панофтальмита без тенденции к регрессу показана операция:

1. эвисцерация

2. криопексия цилиарного тела

3.энуклеация

4. циркляж

5. витрэктомия

404. Признаки проникающего ранения роговицы:

1. глубокая ПК, гипотония, миоз

2. мелкая ПК, мидриаз, гипертензия

3. мелкая ПК, гипотония, снижение зрения

4.глубокая ПК, гипотония, смещение зрачка

5. кровь в ПК, миоз, отек роговицы

405. Достоверные (абсолютные) признаки проникающего ранения глаза:

1. гипотония, кровь в ПК

2. гипотония, смещение зрачка

3.гипотония, внутриглазное инородное тело

4. мелкая ПК, гипотония, отверстие в верхнем веке

5. кровь в ПК, мидриаз, гипотония

406. Сомнительные признаки проникающего ранения глаза:

1. кровь в ПК, выпадение внутренних оболочек

2.гипотония, мелкая ПК, смещение зрачка

3. гипотония, отверстие в радужке

4. мелкая ПК, инородное тело внутри глаза

5. кровь в ПК, стекловидное тело на роговице

407. Осложнение проникающего ранения глаза:

1. кератит, отслойка сетчатки

2. катаракта, косоглазие

3.металлоз, увеит

4. увеит, ретинит

5. кератит, неврит зрительного нерва

408. Причины электроофтальмии это поражение глаза:

1. электрическим током

2. электромагнитным излучением

3.ультрафиолетовым излучением

4. инфракрасным излучением

5. ионизирующей радиацией

409. При тяжелых контузиях сетчатка отрывается:

1. от диска зрительного нерва

2. от макулярной зоны

3.от зубчатой линии

4. от корня радужки

5. от склеры по всему экватору глаза

410. Глубину залегания внутриглазного инородного тела определяют:

1. рентгенографией в прямой проекции

2.рентгенографией в боковой проекции

3. бесскелетной рентгенографией по Фохту

4. офтальмоскопией

5. диафаноскопией

411. Особенности первой помощи при ожоге глаз марганцовкой:

1. обильное промывание изотоническим раствором

2. обильное промывание раствором фурацилина

3.удаление твердых частиц с конъюнктивы

4. бинокулярная повязка

5. закладывание мази

412. При гифеме степень понижения зрения обусловлена:

1. присоединением инфекции

2. исходной рефракцией глаза

3.количеством излившейся крови

4. нарушением аккомодации

5. резистентностью сосудов радужки

413. При ранениях век первая медицинская помощь заключается в выполнении следующих мероприятий:

1. введение противостолбнячной сыворотки и мочегонных средств

2. введение противостолбнячной сыворотки и викасола

3.введение противостолбнячной сыворотки и наложение стерильной повязки

4. ПХО раны века и наложение стерильной повязки

5. ПХО раны века и введение обезболивающих средств

414. При посттравматической аниридии наиболее безопасным и достаточно эффективным способом лечения является:

1.имплантация искусственной радужки

2. пересадка радужки от донора

3. косметическая контактная линза

4. кератопротезирование

5. имплантация искусственного хрусталика

415. Гифема при контузии глаза возникает при повреждении:

1. сосудов хориоидеи

2. сосудов сетчатки

3.сосудов радужки

4. сосудов склеры

5. сосудов зрительного нерва

416. При тотальной гифеме необходимо проводить:

1. промывание задней камеры

2. тотальную витрэктомию

3.промывание передней камеры

4. переднюю витрэктомию

5. антибиотикотерапию

417. У больного жалобы на резкое снижение зрения OD. При обследовании выявлено нарушение цветоощущения, темновой адаптации, в анамнезе проникающее ранение OS. Ваш диагноз?

1. пигментная дистрофия сетчатки

2. застойный сосок зрительного нерва

3.симпатический нейроретинит

4. острый приступ глаукомы

5. нисходящая атрофия зрительного нерва

418. Кровоизлияние в переднюю камеру называется:

1. гипопион

2. гематома

3.гифема

4. гемофтальм

5. гетерофория

419. Причиной помутнения сетчатки при контузиях служит:

1. кровоизлияние в сетчатку

2. гипотония глаза

3.поражение межуточного вещества сетчатки

4. ишемия в хориокапиллярном слое хориоидеи

5. глазная гипертензия

420. Достоверным признаком проникающего ранения роговицы является:

1. гифема

2. гипотония

3. изменение формы зрачка

4.отверстие в радужке

5. слезотечение, светобоязнь

421. Разрыв радужки у ее основания называется:

1. мидриаз

2. корэктопия

3.иридодиализ

4. аниридия

5. поликория

422. При разрыве сфинктера зрачка развивается:

1. миоз

2. иридодиализ

3. мидриаз

4. иридодонез

5.корэктопия

423. «Берлиновское помутнение» сетчатки развивается после контузии глаза вследствие:

1. окклюзии артерий сетчатки

2. повышения ВГД

3. окклюзии вен сетчатки

4.нарушения коллоидной структуры межуточного вещества

5. расстройства кровообращения в сосудах хориоидеи

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

1.отрыв зрительного нерва

2. внутриглазное кровоизлияние

3. внутриглазное инородное тело

4. отслойку сетчатки

5. повреждение стенок орбиты

425. Для исключения внутриглазного инородного тела необходимо обязательно выполнить:

1. офтальмоскопию

2. тонографию

3. биомикроскопию

4. периметрию

5.рентгенографию орбиты в 2-х проекциях

426. При травмах глазного яблока в стекловидном теле может быть диагностирована:

1. ретролентальная фиброплазия

2. катаракта

3.частичный гемофтальм

4. зернистая деструкция стекловидного тела

5. нитчатая деструкция стекловидного тела

427. Если противовоспалительное лечение эндофтальмита безрезультатно, то выполняют операцию:

1. экстракцию

2. экзентерацию

3.эвисцерацию

4. энуклеацию

5. алкоголизацию

428. Если противовоспалительное лечение панофтальмита безрезультатно, то выполняют операцию:

1. экзентерацию

2. экстракцию

3. эвисцерацию

4. циклоретракцию

5.энуклеацию

429. При пигментной дегенерации сетчатки отмечается:

1. снижение остроты зрения

2.ухудшение сумеречного зрения

3. появление центральной скотомы

4. появление плавающих мушек перед глазами

5. покраснение глаз

430. Симптом «амавротический кошачий глаз» характерен для:

1. меланомы хориоидеи

2. отслойки сетчатки

3. врождённой катаракты

4.ретинобластомы

5. ретинопатии недоношенных

431. Для обследования сетчатки проводится:

1. биомикроскопия

2.офтальмоскопия

3. аномалоскопия

4. гониоскопия

5. диафаноскопия

432. Тромбоз центральной вены сетчатки может привести к развитию:

1. субатрофии глазного яблока

2. помутнения стекловидного тела

3. вторичной катаракты

4.рубеоза радужки

5. неврита зрительного нерва

433. У пациента жалобы на резкое снижение зрения, появление завесы снизу на правом глазу. При периметрии выявлено выпадение верхней половины поля зрения OD. Ваш диагноз:

1. опухоль в области турецкого седла

2. новообразование хиазмы

3.отслойка сетчатки

4. острый приступ 6.глаукомы

5. оптохиазмальный арахноидит

434. Ретинобластома чаще встречается в возрасте:

1. после 60 лет

2. у новорожденных

3. от 25 до 45 лет

4. юношеском возрасте

5.детей 2-4 лет

435. Лечение эмболии центральной артерии сетчатки в первые часы:

1.сосудорасширяющие препараты

2. ферменты

3. кортикостероиды

4. противосклеротические препараты

5. антиоксиданты

436. Лечение эмболии центральной артерии сетчатки:

1. цефамизин

2. фуросемид

3. дексаметазон

4.эуфиллин

5. пилокарпин

437. Лечение тромбоза центральной вены сетчатки:

1. экстракция катаракты

2. трабекулэктомия

3. иридэктомия

4.лазеркоагуляция сетчатки

5. циркляж

438. При пигментной дегенерации сетчатки жалобами больного в начальной стадии будут:

1. метаморфопсии

2. нарушение световой адаптации

3.нарушения темновой адаптации

4. появление центральной скотомы

5. фотопсии

439. Осложнение тромбоза центральной вены сетчатки:

1. отслойка сетчатки

2. катаракта

3. нейроретинопатия

4. центральная сетчатки

5.неоваскулярная глаукома

440. При ретинобластоме возможно развитие:

1. увеальной глаукомы

2.неопластической глаукомы

3. флебогипертензивной глаукомы

4. неоваскулярной глаукомы

5. инфантильной глаукомы

441. При пигментной дистрофии сетчатки на глазном дне определяются следующие изменения:

1. плазморрагические очаги

2. геморрагические очаги

3. пигментное пятно Фукса

4.пигментные очаги в виде «костных телец»

5. симптом «вишневой косточки»

442. При отслойке сетчатки необходимо:

1.хирургическое вмешательство

2. медикаментозное лечение

3. витаминотерапия

4. антибиотикотерапия

5. назначение ангиопротекторов

443. Микрокровоизлияния в сетчатку являются симптомом:

1. нейроретинопатии

2.ретинопатии

3. ангиосклероза

4. ангиопатии

5. дегенерации сетчатки

444. Хирургическое лечение отслойки сетчатки:

1. криопексия

2.циркляж

3. циклодиализ

4. ириденклейзис

5. иридоциклоретракция

445. Для профилактики отслойки сетчатки производят:

1.лазеркоагуляцию

2. диатермокоагуляцию

3. пункцию субретинальной жидкости

4. криоэкстракцию

5. иридоциклоретракцию

446. При ретинобластоме выявляется:

1. симптом «раздавленного помидора»

2. симптом «костных телец»

3. симптом «вишневой косточки»

4.симптом «амавротического кошачьего глаза»

5. симптома голубых склер

447. Осложнением тромбоза центральной вены сетчатки является:

1.вторичная глаукома

2. вторичная катаракта

3. вторичное косоглазие

4. субатрофия глазного яблока

5. экзофтальм

448. Симптом пигментной дистрофии сетчатки:

1. отек диска зрительного нерва

2. ретиношизис

3.гемералопия

4. появление центральной скотомы

5. появление микроаневризм сосудов сетчатки

449. Изменения глазного дна при ревматизме это:

1.ретиноваскулиты

2. ретинопатии

3. ретинобластома

4. пигментная дистрофия сетчатки

5. решетчатая дистрофия сетчатки

450. Симптомами ангиосклероза являются:

1. расширение сосудов, микроаневризмы

2. плазморрагии, геморрагии

3. обширные кровоизлияния

4. симптом Гвиста, нечеткость границ ДЗН

5.симптом «медной» и «серебряной» проволоки

451. Симптомом нейроретинопатии является:

1. побледнение ДЗН

2. наличие «костных телец» по периферии сетчатки

3. наличие пятен Фукса

4.стушеванность границ и отечность ДЗН

5. симптом «вишневой косточки»

452. Симптомами ретинопатии являются:

1. симптом «сишневой косточки»

2.плазморрагические очаги на сетчатке

3. решетчатая дегенерация сетчатки

4. стушеванность границ ДЗН

5. наличие пятен Фукса

453. Симптомами ангиопатии сетчатки являются:

1.штопорообразная извилистость мелких венознул в макуле

2. плазморрагические очаги на сетчатке

3. обширные кровоизлияния на сетчатке

4. стушеванность границ диска зрительного нерва

5. симптом «медной» и «серебряной» проволоки

454. Простая и пролиферативная формы нейроретинопатии характерны для:

1. гипертонической болезни

2.сахарного диабета

3. почечной гипертонии

4. анемии

5. беременности

455. Метаморфопсии являются симптомом поражения:

1. хиазмы

2. гипофиза

3.сетчатки

4. хрусталика

5. роговицы

456. Симптом «вишневой косточки» характерен для:

1. тромбоза центральной вены сетчатки

2.эмболии центральной артерии сетчатки

3. отслойки сетчатки

4. дистрофии сетчатки

5. диабетической ретинопатии

457. Симптом «раздавленного помидора» характерен для:

1. миопии высокой степени

2. эмболии центральной артерии сетчатки

3. диабетической ретинопатии

4. гипертонической ренинопатии

5.тромбоза центральной вены сетчатки

458. Возможное осложнение витреоретинальных сращений:

1. отслойка стекловидного тела

2.отслойка сетчатки

3. разрыв хориоидеи

4. дегенерация сетчатки

5. кровоизлияния в сетчатку

459. У больного после эмоционального стресса резко снизилось зрение левого глаза. При обследовании левого глаза выявлено: резкий спазм сосудов сетчатки, в макуле округлый очаг темно-красного цвета. Ваш диагноз?

1. тромбоз центральной вены сетчатки

2. кровоизлияние в макулярной зоне

3. гипертоническая ретинопатия

4. ретинит

5.эмболия центральной артерии сетчатки

460.Метод исследования состояния сетчатки это:

1. компьютерная томография

2. тонография

3. циклоскопия

4.оптическая когерентная томография

5. гаплоскопия

461. Жалобы, характерные для патологии периферии сетчатки:

1. снижение остроты зрения

2. радужные круги при взгляде на свет

3. очаговые выпадения в поле зрения

4. покраснение глаза

5.гемералопия

462. Жалобы, характерные для патологии макулы сетчатки:

1. ухудшение сумеречного зрения

2. летающие мушки перед глазом

3.центральная положительная скотома

4. центральная отрицательная скотома

5. покраснение глаза

463. При эмболии ЦАС наблюдается:

1. внезапная полная потеря зрения

2.резкое снижение остроты зрения

3. нарушение сумеречного зрения

4. постепенное снижение зрения

5. внезапно развившаяся диплопия

464. Патогномоничным симптомом при гипертоническом ангиосклерозе является:

1. симптом «вишневой косточки»

2. симптом «раздавленного помидора»

3.симптом Салюса-Гунна

4. симптом «голубых склер»

5. наличие пятен Фукса

465. Признаком гипертонической ангиопатии сетчатки является:

1.симптом Гунна-Салюса

2. симптом «медной и серебряной» проволоки

3. симптом Гвиста

4. микрокровоизлияния в сетчатку

5. преретинальное кровоизлияние

466. Изменения органа зрения, свидетельствующие о гипертонической болезни:

1. атрофия зрительного нерва

2. увеопатия

3. макулодистрофия Фукса

4.очаги гемо- и плазморрагий

5. решетчатая дегенерация сетчатки

467. Феномен «серебряной проволоки» и симптомы Салюса-Гунна свидетельствуют:

1. о гипертонической ангиопатии

2. о заднем увеите

3. о сахарном диабете

4.о гипертоническом ангиосклерозе

5. о анемии

468. Не рассосавшаяся кровь в стекловидном теле впоследствии может привести:

1. к невриту зрительного нерва

2. к хориоретиниту

3.к отслойке сетчатки

4. к иридоциклиту

5. к пигментной дегенерации сетчатки

469. Для отслойки сетчатки характерны:

1. слезотечение, светобоязнь

2. сильные боли в глазу, покраснение глаза

3.снижение остроты зрения, выпадение поля зрения

4. нарушения цветового и сумеречного зрения

5. появление радужных кругов перед глазами, повышение ВГД

470. К основным формам юношеских макулодистрофий относится:

1. пигментная дистрофия

2. решетчатая дистрофия

3.дистрофия Штаргардта

4. дистрофия Кунта-Юниуса

5. дистрофия типа «след улитки»

471. При лечении диабетической ретинопатии широко применяют метод:

1. диатермокоагуляции

2.лазеркоагуляции

3. циркляжа

4. экстракции катаракты

5. трабекулэктомии

472. К основным формам юношеских макулодистрофий относится:

1. решетчатая дистрофия

2.дистрофия Франческетти

3. пигментная дистрофия

4. дистрофия Кунта-Юниуса

5. дистрофия типа «след улитки»

473. Больной предъявляет жалобы на постепенное снижение зрения, в анамнезе ЧМТ. При обследовании обнаружено увеличение размеров слепого пятна, скиаскопически над диском зрительного нерва определяется гиперметропия в 7,0 D. Офтальмоскопически ДЗН проминирует вперед, границы нечёткие. Ваш диагноз:

1. нисходящая атрофия зрительного нерва

2. нейроретинит

3.застойный сосок зрительного нерва

4. разрыв зрительного нерва

5. неврит зрительного нерва

474. Атрофия зрительного нерва может развиться после:

1. увеита

2. гемофтальма

3. ретиноваскулита

4. катаракты

5.травмы

475. При дифференциальной диагностике папиллита и застойного соска диагностическим критерием является:

1.сроки снижения зрения

2. уровень внутриглазного давления

3. состояние макулярной зоны

4. глубина передней камеры

5. изменение цвета радужной оболочки

476. Тактика врача при подозрении на застойный сосок зрительного нерва:

1. массивная кортикостероидная терапия

2. назначение антибиотиков

3. контроль ВГД

4.обследование у нейрохирурга

5. обследование у ЛОР врача

477. У больного жалобы на постепенное снижение зрения, в анамнезе ЧМТ. При обследовании выявлено концентрическое сужение полей зрения. Ваш диагноз?

1. ретробульбарный неврит

2. застойный сосок зрительного нерва

3.атрофия зрительного нерва

4. ретиноваскулит

5. папиллит

478. Атрофия зрительного нерва характеризуется:

1. стушеванностью границ зрительного нерва

2. проминенцией диска зрительного нерва

3.побледнением диска зрительного нерва

4. кровоизлиянием на глазном дне

5. резким расширение вен сетчатки

479. Застойный сосок зрительного нерва возникает вследствие:

1. повышения внутриглазного давления

2.повышения внутричерепного давления

3. синдрома верхней глазничной щели

4. воспаления зрительного нерва

5. увеита

480. Атрофия зрительного нерва характеризуется:

1. гиперемией диска зрительного нерва

2. наличием друз диска зрительного нерва

3.сужением артерий

4. расширением вен сетчатки

5. наличием миелиновых волокон у диска зрительного нерва

481. У больного жалобы на нерезкое снижение зрения в течение 10 дней. Офтальмоскопическая картина: гиперемия диска зрительного нерва, размытость его границ. Ваш диагноз:

1.застойный сосок зрительного нерва

2. тромбоз ЦВС

3. неврит

4. нисходящая атрофия зрительного нерва

5. спазм ЦАС

482. У пациента жалобы на постепенное снижение зрения, в анамнезе ЧМТ. Офтальмоскопическая картина: диск зрительного нерва с сероватым оттенком, контуры четкие. Ваш диагноз:

1. застойный сосок зрительного нерва

2. восходящая атрофия зрительного нерва

3. атрофия Лебера

4.нисходящая атрофия зрительного нерва

5. синдром Фостера-Кеннеди

483. Офтальмоскопическая картина: диск зрительного нерва гиперемирован, границы нечеткие, вены полнокровные, в анамнезе ЧМТ. Ваш диагноз:

1. нисходящая атрофия зрительного нерва

2. восходящая атрофия зрительного нерва

3. простая атрофия зрительного нерва

4.застойный сосок зрительного нерва

5. синдром Фостера-Кеннеди

484. Лечения атрофии зрительного нерва:

1. кортикостероиды

2. антибиотики

3. цитостатики

4. иммуностимуляторы

5.сосудорасширяющие препараты

485. Симптомы поражения хиазмы:

1. гомонимная левосторонняя гемианопсия

2. гомонимная правосторонняя гемианопсия

3. центральная скотома

4. гетеронимная биназальная гемианопсия

5.гетеронимная битемпоральная гемианопсия

486. Атрофия зрительного нерва характеризуется:

1.концентрическим сужением поля зрения

2. нормальной остротой зрения

3. нарушением цветоощущения

4. наличием центральной скотомы

5. нарушениями бинокулярного зрения

487. Скиаскопически в области диска при застойном соске зрительного нерва выявляется:

1.гиперметропия 7,0 Д

2. гиперметропия 20,0 Д

3. миопия 5,0 Д

4. миопия 3,0 Д

5. эмметропия

488. Для застойного соска зрительного нерва характерно:

1.резкое полнокровие и расширение вен

2. бледность диска зрительного нерва

3. появление метаморфопсий

4. резкое снижение зрения

5. ишемия сетчатки

489. После разрыва зрительного нерва наступает:

1. амблиопия

2. двусторонняя гемианопсия

3.односторонняя слепота

4. нарушение темновой адаптации

5. слепота с противоположной стороны

490. У больного жалобы на постепенное снижение зрения после ЧМТ. При периметрии выявлено увеличение размеров слепого пятна, при скиаскопии над ДЗН определяется гиперметропия в 7,0 Д. Ваш диагноз?

1. синдром Фостера-Кеннеди

2. симпатический нейроретинит

3. вторичная атрофия зрительного нерва

4.застойный сосок зрительного нерва

5. папиллит

491. Какая глазная патология раньше других осложняется атрофией зрительного нерва:

1.ретробульбарный неврит

2. диабетическая ангиоретинопатия

3. ретиноваскулит

4. травматическая отслойка сетчатки

5. хориоретинит

492. У больного жалобы на постепенное снижение зрения обоих глаз. При осмотре VOD = 1/∞ pr. lutiscertae, VOS = 0,06 н/к; определяется битемпоральная гемианопсия. Ваш диагноз?

1. папиллит

2.оптико-хиазмальный арахноидит

3. нарушение кровообращения в системе центральной артерии сетчатки

4. нарушение кровообращения в системе центральной вены сетчатки

5. метастатический ретинит

493. При офтальмоскопии выявлено: побледнение диска зрительного нерва с височной стороны, границы диска четки, сосудистый пучок в центре, артерии узкие, больной жалуется на постепенное снижение зрения. Ваш диагноз?

1. нейроретинит

2. папиллит

3. глаукоматозная атрофия зрительного нерва

4.нисходящая атрофия зрительного нерва

5. острый ретробульбарный неврит

494. После ЧМТ у больного отмечается постепенное снижение зрения правого глаза. При обследовании: ДЗН гиперемирован, границы стушеваны, при периметрии отмечается увеличение размеров слепого пятна. Ваш диагноз?

1. ретробульбарный неврит

2. папиллит

3.застойный сосок зрительного нерва

4. частичная атрофия зрительного нерва

5. передняя ишемическая оптикопатия

495. Патогенез застойного соска зрительного нерва объясняется:

1. теорией Трона

2.ретенционной теорией Бэра

3. трехкомпонентной теорией Ломоносова

4. сосудистой теорией Грефе

5. аутоиммунной теорией

496. Первые сутки после разрыва зрительного нерва в задних его отделах:

1.на глазном дне изменения минимальные

2. по всему глазному дну очаги кровоизлияний

3. диск зрительного нерва отечен

4. артерии и вены расширены

5. кровоизлияние в области диска зрительного нерва

497. Участок зрительного пути, доступный офтальмоскопии:

1.внутриглазной

2. внутриорбитальный

3. внутричерепной

4. внутриканальцевый

5. хиазмальный

498. Изменения в поле зрения, наблюдаемые при застойном соске:

1. гемианопсия

2 концентрическое сужение

3.увеличение слепого пятна

4. секторообразная скотома

5. кольцевидная скотома

499. Клиника неосложненного застойного соска зрительного нерва:

1. краевая экскавация сосудов ДЗН

2.стушеванность границ и увеличение размеров ДЗН

3. побледнение ДЗН с носовой стороны

4. побледнение ДЗН с височной стороны

5. кровоизлияния на ДЗН зрительного нерва

500. Отрыв зрительного нерва сопровождается:

1. фотопсиями

2. значительным снижением зрения

3. метаморфопсиями

4. концентрическим сужением поля зрения

5.абсолютной слепотой на этом глазу

Зав.кафедрой офтальмологии: д.м.н., проф. Джумагулов О.Д.