

**Фонд оценочных средств**  
**для подготовки к государственной итоговой аттестации**  
**по специальности ординатуры «Офтальмология».**  
**Тестовые задания**

*Вариант № 1*

При перечислении возможных вариантов ответов, обозначенных буквами, выбрать один правильный ответ согласно схеме:

- а** – если правильная комбинация (1, 2, 3);
- б** – если правильная комбинация (1, 3);
- в** – если правильная комбинация (2, 4);
- г** – если верен только ответ (4);
- д** – если все ответы правильные (1, 2, 3, 4).

**01.** При работе с сероуглеродом, который является нейротоксическим ядом, в глазу развиваются:

1. Неврит зрительного нерва по типу ретробульбарного, иногда с одновременным сужением периферических границ поля зрения.
2. Нарушения цветоощущения, особенно на красный цвет.
3. Паралич наружных мышц глаза, паралич аккомодации, нистагм.
4. Точечные поверхностные кератиты.

**02.** При хронической интоксикации ртутью может:

1. Постепенно развиваться помутнения хрусталика.
2. Развиваться ретробульбарный неврит.
3. Быть наличие ретинального кровоизлияния.
4. Бать наличие желтого окрашивания склер.

**03.** Характерными проявлениями синдрома Марчезани являются:

1. Маленький рост, укорочение шеи, туловища и конечностей.
2. Ограничение подвижности в суставах.
3. Различные расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Изменения со стороны глаз.

**04.** При болезни Стилла наблюдаются:

1. Одно- или двухсторонний увеит.
2. Осложненная катаракта.
3. Лентовидная дистрофия роговицы.
4. Увеличение лимфатических узлов и селезенки.

**05.** Лагофтальм может возникнуть из-за:

1. Паралича лицевого нерва.
2. Воспалительного процесса конъюнктивы и роговицы.
3. Грубых рубцовых изменений нижнего века и окружающих тканей лица после травм.
4. Грубых рубцовых изменений нижнего века или окружающих тканей лица после заболеваний и хирургических операций.

**06.** Наиболее важным периодом беременности в формировании нормы и патологии хрусталика является:

1. Срок беременности от 12 до 14 недель.
2. Срок беременности 14,5 – 16 недель.
3. Срок беременности от 17 до 22 недель.
4. Ранний период течения беременности.

**07.** Развитие катаракты при приеме внутрь некоторых препаратов бывает при:

1. Приеме внутрь повышенных доз сульфаниламидов.
2. Лечении пенталгином.
3. Длительном лечении кортикостероидами.
4. Длительном применении гемодеза.

**08.** Причиной развития застойного диска могут быть:

1. Опухоли мозга и опухолеподобные его образования.
2. Новообразования орбиты.
3. Воспалительные процессы оболочек мозга.
4. Черепно-мозговые травмы.

**09.** Причиной тромбоза центральной вены сетчатки могут быть:

1. Атеросклероз.
2. Гипертоническая болезнь.
3. Заболевания крови.
4. Сахарный диабет.

**10.** Тяжесть химического ожога и его придатков определяется:

1. Концентрацией обжигающего вещества.
2. Химическими свойствами обжигающего вещества.
3. Глубиной и площадью поражения.
4. Длительностью воздействия.

**11.** Для больных с контузиями глазницы характерно:

1. Разной степени отек век.
2. Экзофтальм или энофтальм.
3. Кровоизлияния под кожу век и конъюнктиву глазного яблока.

4. Нарушение подвижности глазного яблока.

**12.** При остром приступе глаукомы больные предъявляют жалобы на:

1. Боли в глазу, иррадиирующие в соответствующую половину головы, челюсти, зубы.
2. Снижение зрения.
3. Туман перед глазами.
4. Тошноту, рвоту.

**13.** Объективными симптомами у больных с острым приступом глаукомы являются:

1. Застойная инъекция глазного яблока.
2. Отек роговицы.
3. Мелкая передняя камера.
4. Широкий зрачок.

**14.** Осложнениями, связанными с инфекцией при проникающем ранении глазного яблока, являются:

1. Гнойный иридоциклит.
2. Эндофталмит.
3. Панофталмит.
4. Отслойка сетчатки.

**15.** Цель неотложной помощи при повреждении органа зрения:

1. Прервать вредное воздействие химического вещества.
2. Предупредить инфицирование раненого глаза.
3. Снять болевые ощущения.
4. Устранить возможность заражения столбняком и немедленно лежа направить больного в стационар.

**16.** Последствиями ожогов глаз, требующих хирургического лечения, являются:

1. Симблефарон.
2. Бельмо роговицы.
3. Фистула роговицы.
4. Вторичная глаукома.

**17.** Показаниями к витрэктомии являются:

1. Интенсивные интравитреальные кровоизлияния, приводящие к резкому снижению зрительных функций.
2. Кровоизлияния в стекловидное тело, сочетающиеся с вывихом или подвывихом хрусталика, катарактой, отслойкой сетчатки, с наличием инородных тел в полости стекловидного тела, с повышением внутриглазного давления.

3. Интравитреальные шварты, вызывающие тракции сетчатки и создающие опасность ее отслойки.

4. Ранение нижнего века с отрывом слезной точки.

**18.** Для острого иридоциклита характерно:

1. Локальные боли в глазу, усиливающиеся ночью.
2. Перикорнеальная или смешанная инъекция глазного яблока.
3. Наличие преципитатов на задней поверхности роговицы.
4. Изменение цвета радужки и сужение зрачка.

**19.** Флегмона орбиты – это:

1. Воспаление периоста костей глазницы.
2. Субпериостальный абсцесс глазницы.
3. Воспаление влагалища глазного яблока.
4. Диффузное, гнойное воспаление орбитальной клетчатки с последующим некрозом и расплавлением.

**20.** К наиболее характерным признакам злокачественной опухоли орбиты относятся:

1. Отек век и окружающих глаз тканей.
2. Экзофтальм.
3. Ограничение подвижности глазного яблока.
4. Относительно быстрое снижение зрительных функций.

**21.** При рваных ранах мягких тканей глазницы можно увидеть:

1. Выпадение орбитальной клетчатки.
2. Птоз и ранение слезной железы.
3. Экзофтальм.
4. Офтальмоплегия.

**22.** При проникающих ранениях склеры могут наблюдаться:

1. Обширное субконъюнктивальное кровоизлияние.
2. Глубокая передняя камера.
3. Выпадение сосудистой оболочки, сетчатки и стекловидного тела через рану склеры.
4. Гипотония.

**23.** При поражении хиазмы в поле зрения наблюдаются:

1. Гомонимная гемианопсия.
2. Центральная скотома.
3. Гетеронимная биназальная гемианопсия.
4. Гетеронимная битемпоральная гемианопсия.

**24.** Центральным форменным зрением обладают:

1. Периферическая часть сетчатки.
2. Парацентральная часть сетчатки.
3. Область желтого пятна.
4. Центральная ямка желтого пятна.

**25.** При глаукоме глаз слепнет в результате:

1. Помутнения хрусталика.
2. Воспаления радужной оболочки и цилиарного тела.
3. Воспаления краев век.
4. Атрофии зрительного нерва.

**26.** Характерными изменениями поля зрения при табачно-алкогольной интоксикации являются:

1. Гетеронимная гемианопсия.
2. Гомонимная гемианопсия.
3. Квадратное выпадение поля зрения.
4. Относительна центральная скотома на красный и зеленый цвет.

**27.** Передняя ишемическая нейропатия – это:

1. Хронический лейкоз.
2. Эмболия центральной артерии сетчатки.
3. Тромбоз центральной вены сетчатки.
4. Расстройство кровообращения в артериях, питающих зрительный нерв.

**28.** Основным методом лечения катаракты являются:

1. Консервативная терапия.
2. Лазерная терапия.
3. Применение диуретиков.
4. Хирургический метод лечения.

**29.** При сочетании катаракты с глаукомой тактика офтальмолога предусматривает проведение:

1. Интракапсулярной экстракции катаракты.
2. Экстракапсулярной экстракции катаракты.
3. Факоэмульсификации.
4. Проведение антиглаукоматозной операции с последующей экстракцией катаракты.

**30.** Для уточнения локализации иридоцилиарного образования применяются наиболее рациональные методы исследования:

1. Рефрактометрия.

2. Экзофтальмометрия.
3. Офтальмоскопия.
4. Биомикроскопия, гониоскопия, трансиллюминация.

**31.** Более тяжелый характер ожогов глаз и его придатков у детей объясняется:

1. Повышенной проницаемостью оболочек глаза.
2. Недостаточностью иммунитета.
3. Небольшим количеством конъюнктивальной аденоидной ткани.
4. Тонкостью и нежностью кожи, тонкостью склеры.

**32.** Для проникающего ранения роговицы характерно:

1. Наличие раны роговицы, проходящей через все слои.
2. Мелкая передняя камера, выпадение радужки.
3. Помутнение хрусталика.
4. Гипотония.

**33.** В настоящее время наиболее признанной теорией симпатического воспаления считается:

1. Инфекционная.
2. Токсическая.
3. Нейрогенная.
4. Аутоаллергическая.

**34.** Лучшим дезинтоксикационным средством в патогенетической терапии ожогов является:

1. Внутривенное введение глюкозы.
2. Внутримышечное введение витаминов группы В.
3. Применение десенсибилизирующих средств.
4. Плазма (или кровь) ожоговых реконвалесцентов.

**35.** При остром иридоциклите бывает:

1. Чаще нормальное ВГД, боли в глазу, застойная инъекция, отечная роговица, передняя камера нормальной глубины, радужная оболочка не изменена.
2. Высокое ВГД, боли иррадируют в висок, перикорнеальная инъекция, отечная роговица, мелкая передняя камера, изменений в радужке нет.
3. Боли в глазу, застойная инъекция, отечная роговица, нормальной глубины передняя камера, изменений в радужке нет, широкий зрачок.
4. Перикорнеальная инъекция, чаще нормальное ВГД, преципитаты на задней поверхности роговицы, передняя камера нормальной глубины, рисунок радужки сглажен, зрачок узкий, жалобы на боль в глазу, усиливающуюся ночью.

**36.** Цвет инфильтрата роговицы зависит от наличия:

1. Плазматических клеток.
2. Клеток Лангерганса.
3. Врастающих поверхностных сосудов роговицы.
4. Количества лейкоцитов.

**37.** Для гипертонической нейроретинопатии характерно:

1. Сужение и извитость артериол, расширение вен.
2. Симптом Салюса-Гумнна, кровоизлияния.
3. Экссудативные очаги, «фигура звезды».
4. Отек диска зрительного нерва, нечеткость границ.

**38.** При отслойке сетчатки имеются характерные жалобы:

1. На боли в глазу, светобоязнь, слезотечение.
2. На мушки перед глазом, ощущение «вспышек или молний».
3. Общую слабость, тошноту, рвоту.
4. Наличие завесы, «пелены», появляющихся с какой-то стороны.

**39.** При отслойке сетчатки на глазном дне можно констатировать:

1. Диск зрительного нерва розовый, вены расширены, извиты.
2. Кровоизлияние в макулярной области.
3. Множественные светлые очажки по ходу сосудов.
4. Наличие серого проминирующего участка с темными сосудами, как бы сползающими с проминирующего участка.

**40.** Для диабетической ангиоретинопатии характерно:

1. Новообразованные сосуды на диске зрительного нерва и по ходу сосудов.
2. Ангиопатия, микроаневризмы.
3. Гиперемия диска зрительного нерва, макулярный отек.
4. Геморрагии, экссудативные очаги.

**41.** Для почечной ретинопатии характерно:

1. Глазное дно темное; множественные бледные геморрагии с беловатыми участками в центре; диск зрительного нерва отечен, гиперемирован; вены извиты, расширены.
2. Вены расширены, артерии расширены, но в меньшей степени; «ватобразные» очаги, геморрагии.
3. Бледный фон с желтоватым оттенком; деколорация диска; ступенчатость границ; сосуды бледные, сопровождаются белыми полосами.
4. Сосуды сужены, перипапиллярный отек, большое количество хлопьевидных белых экссудативных очагов, геморрагий, в макулярной области «фигура звезды».

**42.** Для нормального существования наружного слоя роговицы необходимым условием является:

1. Постоянное увлажнение.
2. Много рибофлавина.
3. Достаточное количество витамина А.
4. Достаточное количество витамина В.

**43.** Поверхностный липидный слой слезной пленки вырабатывается:

1. Бокаловидными клетками.
2. Задним эпителием роговицы.
3. Передним эпителием роговицы.
4. Мейбомиевыми железами.

**44.** Появление кольцевидных инфильтратов характерно для следующих кератитов:

1. Герпетических.
2. Бактериальных.
3. Грибковых.
4. Акантомебных.

**45.** Отдаленными последствиями Herpes zoster ophtalmicus являются:

1. Глаукома.
2. Хронический увеит.
3. Рецидивирующий увеит.
4. Снижение чувствительности роговицы.

**46.** Факторами, способствующими возникновению акантомебного кератита, являются:

1. Гипоксия роговицы на фоне ношения контактных линз.
2. Микроповреждения эпителиального слоя роговицы.
3. Нарушение целостности слезной пленки.
4. Длительное нахождение возбудителя под контактной линзой.

**47.** К наиболее важным симптомам кератитов относятся:

1. Блефароспазм.
2. Перикорнеальная инъекция.
3. Нарушение целостности и прозрачности роговицы.
4. Вращение сосудов и расстройство чувствительности.

**48.** Инфильтрат роговицы – это:

1. Сосуды, вросшие в роговицу из конъюнктивы.
2. Эрозия роговицы.

3. Отек роговицы.
4. Скопление в ткани роговицы клеток, проникающих из краевой петливой сети.

**49.** Причинами нейропаралитического кератита являются:

1. Поражение тройничного нерва на всем протяжении от Гассерова узла в результате сдавления опухолью, костными отломками при переломах черепа, при оперативном вмешательстве на тройничном нерве.
2. Заболевание дифтерией.
3. Вовлечение в менингеальный процесс тройничного нерва при гриппе, сифилисе, туберкулезе.
4. Состояние после перенесенной язвы роговицы.

**50.** Жалобами больных при синдроме назоцилиарного нерва являются:

1. Внезапно наступающие приступы острых болей в глазу, вокруг глаза, в соответствующей половине головы и лица.
2. Блефароспазм, слезотечение.
3. Боль и жжение слизистой оболочки носа, в области верхневнутреннего угла глазницы.
4. Тошнота и рвота.

**51.** Наиболее важными и необходимыми веществами для обменных процессов в эпителии роговицы являются:

1. Витамины А, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, аскорбиновая кислота.
2. АТФ.
3. Глутатион.
4. Кальций и калий.

**52.** Чувствительные нервные окончания (рецепторы) в переднем эпителии роговицы расположены:

1. Болевые – очень поверхностно.
2. Тактильные – очень поверхностно.
3. Холодовые – в средних слоях.
4. Болевые – в глубоких слоях.

**53.** Основными субъективными симптомами кератитов являются:

1. Блефароспазм.
2. Светобоязнь.
3. Слезотечение.
4. Ощущение постороннего и боль.

**54.** Вирусы простого герпеса, патогенного для человека, можно выделить из:

1. Слизистой оболочки полости рта, носоглотки, носа, конъюнктивы.

2. Из кожи.
3. Из слизистой оболочки гениталий.
4. Из слизистой оболочки кишечника и желудка.

**55.** Лечение герпетических кератитов направлено на:

1. Борьбу с вирусом герпеса.
2. Усиление сопротивляемости организма.
3. Стимуляцию регенеративной способности роговицы.
4. Борьбу с вторичной инфекцией.

**56.** Реабилитационная терапия при герпетических кератитах применяется при:

1. Постгерпетической кератопатии.
2. Постгерпетической эпителиопатии.
3. Буллезной кератопатии.
4. Изъязвлении инфильтрата.

**57.** Клиническими симптомами синдрома Сьегрена являются:

1. Поражение слезных и слюнных желез.
2. Поражение верхних отделов дыхательных путей.
3. Поражение желудочно-кишечного тракта.
4. Деформирующий полиартрит.

**58.** При синдроме Сьегрена больные предъявляют жалобы на:

1. Ощущение рези, жжения и сухости в глазах.
2. Ощущение песка в глазах и светобоязнь.
3. Боли в глазу, отсутствие слез при плаче.
4. Сухость во рту.

**59.** Главными формами метастатического туберкулезного кератита являются:

1. Глубокий диффузный туберкулезный кератит.
2. Глубокий инфильтрат роговицы.
3. Склерозирующий кератит.
4. Паннозный фликтенулезный кератит.

**60.** Для лечения туберкулезных метастатических кератитов главными антибактериальными препаратами являются:

1. Изониазид (тубазид) с оптимальной суточной дозой 0,6 г.
2. Рифампицин в дозе 450-600 мг на один прием.
3. Этамбутол с суточной дозой 25 мг/кг.
4. Стрептомицин и ПАСК.

**61.** Для туберкулезно-аллергических заболеваний характерны следующие изменения в роговице:

1. Наличие милиарных фликтен.
2. Наличие единичных солитарных фликтен.
3. Наличие новообразованных сосудов роговицы.
4. Диффузные помутнения роговицы.

**62.** Гистологически фликтена является инфильтратом:

1. Состоящим из лимфоцитов.
2. С наличием эпителиоидных и плазматических клеток.
3. С небольшим количеством гигантских клеток.
4. С казеозным распадом.

**63.** Оптическая ось глаза – это:

1. Линия, соединяющая узловую точку с центральной зоной сетчатки
2. Линия, соединяющая узловую точку с роговицей.
3. Линия, соединяющая узловую точку со зрительным нервом.
4. Линия, соединяющая узловую точку с центром роговицы и проходящая до заднего полюса глаза.

**64.** Дальнейшая точка ясного зрения это:

1. Наиболее близкая к глазу точка.
2. Точка, находящаяся на расстоянии 12 см от роговицы.
3. Точка, располагающаяся впереди сетчатки.
4. Наиболее отдаленная от глаза точка, которая отчетливо видна при полном покое аккомодации.

**65.** Ближайшая точка ясного видения это:

1. Точка, находящаяся впереди сетчатки.
2. Точка, располагающаяся в центре хрусталика.
3. Наиболее отдаленная от глаза точка, которая отчетливо видна при полном покое аккомодации.
4. Точка, которую ясно видит глаз при полном напряжении аккомодации.

**66.** При жалобах гиперметропов на боль в глазных яблоках, в области надбровных дуг и виска, чувство усталости, тошноту, нечеткость букв при чтении следует:

1. Предложить консультацию невропатолога.
2. Направить к терапевту.
3. Сделать рентгенографию черепа.
4. Назначить очки для работы на близком расстоянии.

**67.** Положительной частью относительной аккомодации называется:

1. Суммарная преломляющая способность оптических сред глаз.
2. Часть относительной аккомодации, которая определяется при нагрузке отрицательными линзами возрастающей силы.
3. Рефракция.
4. Часть относительной аккомодации, которая остается в запасе.

**68.** К объективным методам исследования рефракции относятся:

1. Скиаскопия.
2. Рефрактометрия.
3. Авторефрактометрия.
4. Подставка оптических стекол.

**69.** Повышение внутриглазного давления при аниридии обусловлено:

1. Отсутствием или недоразвитием интратрабекулярных пространств.
2. Отсутствием или недоразвитие Шлеммова канала.
3. Блокадой угла передней камеры мезенхимально-эмбриональной тканью.
4. Изменением анатомического устройства сетчатки.

**70.** Задние синехии, сращение и заращение зрачка опасны в связи с:

1. Помутнением хрусталика.
2. Появлением преципитатов на задней поверхности роговицы.
3. Изменением цвета радужной оболочки.
4. Развитием вторичной глаукомы.

**71.** Для увеита во вторичном периоде приобретенного сифилиса характерны следующие проявления:

1. Смешанная инъекция глазного яблока, мелкие полиморфные, множественные преципитаты на задней поверхности роговицы, серозный экссудат в передней камере.
2. В радужке узелки, папулы, широкие задние синехии, но легко разрывающиеся после закапывания мидриатиков.
3. В стекловидном теле – мелкоточечные плавающие буроватые помутнения.
4. На глазном дне – изменения, напоминающие «соль с перцем».

**72.** Для ревматического увеита характерны симптомы:

1. Боль в области глаза, мелкие множественные нежные преципитаты на задней поверхности роговицы.
2. Желатинозный экссудат в передней камере, расширены сосуды радужки.
3. Множественные тонкие пигментные синехии, довольно легко рвущиеся после закапывания мидриатиков.

4. На глазном дне выраженные васкулиты, возможен отек макулы, иногда папиллит.

**73.** Характерными изменениями для туберкулезного увеита являются:

1. Сальные крупные преципитаты на задней поверхности роговицы.
2. Широкие, мощные задние синехии, рвущиеся под действием мидриатиков.
3. Гранулемы-туберкулы в радужке, окруженные сосудами.
4. На глазном дне – очаги желтоватого цвета, проминирующие из хориоидеи в сетчатку.

**74.** Характерным для периферического увеита является:

1. Развитие воспалительного процесса в плоской части цилиарного тела.
2. Развитие отека в макулярной области и диске зрительного нерва.
3. Вовлечение в процесс периферических отделов сетчатки.
4. Появление ряда других осложнений.

**75.** Осложнениями периферического увеита бывают:

1. Дегенеративные изменения макулярной области и задняя отслойка стекловидного тела.
2. Образование преретинальных мембран и грубая пролиферация в базе стекловидного тела, ведущие к отслойке сетчатки.
3. Повышение внутриглазного давления.
4. Развитие заднекапсулярной осложненной катаракты.

**76.** Дифференцируют периферический увеит со следующими патологическими состояниями:

1. Кистовидный отек макулярной области и ретролентальная фиброплазия.
2. Семейная экссудативная витреоретинопатия.
3. Экссудативный периферический ретинит Коатса.
4. Синдром Фукса и саркоидозный увеит.

**77.** При болезни Бехтерева-Штрюмпеля-Мари со стороны глаз бывают следующие изменения:

1. Ириты, иридоциклиты.
2. Эписклериты.
3. Конъюнктивиты.
4. Кератиты.

**78.** При болезни Бехчета наблюдаются следующие морфологические изменения:

1. Хронический негранулематозный увеит с выраженными процессами швартообразования.
2. Фибринозный экссудат под отслоенным цилиарным телом.
3. Тромбоз центральной вены сетчатки.
4. Выраженная дистрофия сетчатки с разрастанием глии.

**79.** Клиническая картина иридоциклита при болезни Бехчета следующая:

1. Протекает в виде двухстороннего экссудативного негранулематозного процесса с частыми рецидивами.
2. Перикорнеальная инъеция выраженная, нежные преципитаты на задней поверхности роговицы.
3. В передней камере – экссудат, очень тонкие задние синехии.
4. На глазном дне может быть отек в макулярной области и гиперемия диска зрительного нерва.

**80.** Саркоидозный увеит дифференцируют:

1. С беспигментной злокачественной меланомой радужки и цилиарного тела, образованиями в радужке при лимфомах, лейкозе.
2. С вторичной гранулемой при туберкулезе и сифилисе.
3. С невритом зрительного нерва при множественном склерите.
4. С воспалительной псевдо опухолью.

**81.** При токсокарозе бывают следующие поражения глаз:

1. Ирит, иридоциклит, хориоретинит.
  2. Генерализованный увеит.
- :
1. Однократным внезапным приступом повышения внутриглазного давления.
  2. Повышением внутриглазного давления с резким снижением остроты зрения.
  3. Незначительным повышением внутриглазного давления с изменением в поле зрения.
  4. Повторными односторонними приступами повышения внутриглазного давления с появлением преципитатов на задней поверхности роговицы без нарушения остроты зрения и изменений в поле зрения.

**83.** Прогрессированию поражения тканей при термическом ожоге глаза способствуют:

1. Нарушение водного баланса.
2. Нарушение обменных процессов в тканях роговицы.
3. Наличие возникающих токсических продуктов.
4. Аутосенсбилизация в результате появления новой антигенной характеристики белковых молекул, подвергающихся термической денатурации.

**84.** Эпителий, который располагается под передней капсулой хрусталика необходим для:

1. Укрепления передней капсулы хрусталика.
2. Преломления света.

3. Для прикрепления цинновых связей.
4. Для обеспечения питания хрусталика и образования хрусталиковых волокон.

**85.** Процент содержание белковых веществ в хрусталике составляет:

1. 10% от общей массы хрусталика.
2. 21% от общей массы хрусталика.
3. 17% от общей массы хрусталика.
4. 30% от общей массы хрусталика.

**86.** Основными растворимыми белками хрусталика являются:

1. Мукопротеиды.
2. Альбуминоиды.
3. Нуклеопротеиды.
4. Альфа и Бета-кристаллины.

**87.** Осложнениями операции экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ во время ее проведения бывают:

1. Повреждение задней капсулы с выпадением стекловидного тела и без него.
2. Потеря ядра хрусталика.
3. Повреждение радужки.
4. Повреждение десцеметовой мембраны.

**88.** Осложнениями операции экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ в раннем послеоперационном периоде бывают:

1. Зрачковый блок, гифема.
2. Повышение внутриглазного давления.
3. Длительнотекущий ирит с гипопионом или без него.
4. Эндофталмит.

**89.** Основными послеоперационными осложнениями экстракапсулярной экстракции катаракты в позднем периоде являются:

1. Вторичная катаракта.
2. Дистрофия роговицы.
3. Отслойка сетчатки.
4. Демодекоз.

**90.** Показаниями к операции экстракции катаракты являются:

1. Зрелая стадия катаракты.
2. Перезрелая стадия катаракты.
3. Снижение зрения до 0,05-0,06.
4. Состояние зрения, которое приводит к снижению трудоспособности.

**91.** Симптомами подвывиха хрусталика являются:

1. Иридодонез.
2. Неравномерная глубина передней камеры.
3. Отсутствие способности к аккомодации.
4. Помутнение роговицы.

**92.** Основными требованиями, предъявляемыми к современным интраокулярным линзам, являются:

1. Минимальный контакт с активнометаболизирующей тканью.
2. Минимальная подвижность.
3. Минимальное давление на окружающие ткани.
4. Хороший химический состав материала, из которого производится ИОЛ.

**93.** Острое воспаление или флегмона слезного мешка – это:

1. Гнойное воспаление стенок слезного мешка.
2. Гнойное воспаление слезного мешка и слезного канальца.
3. Гнойное воспаление стенок слезного мешка и слезного мясца.
4. Гнойное воспаление стенок слезного мешка и окружающей его клетчатки.

**94.** Характерными признаками эпидермального аденовирусного кератоконъюнктивита являются:

1. Острое начало с гиперемией и отеком конъюнктивы век, переходных складок, конъюнктивы глазного яблока, слезного мясца и полулунной складки.
2. Появление фолликулов с увеличением и болезненностью предушных лимфатических узлов одновременно с гиперемией и отеком.
3. Отсутствие отделяемого.
4. Появление субэпителиальных инфильтратов в роговице через 5-7 дней со снижением зрения.

**95.** В зависимости от освещенности глаз обладает следующими функциональными способностями:

1. Дневное (фотопическое) зрение, осуществляемое колбочковым аппаратом глаза при большой интенсивности освещения.
2. Сумеречное (мезопическое) зрение, осуществляемое палочковым аппаратом глаза при слабой степени освещенности.
3. Ночное (скотопическое) зрение, осуществляемое палочками при пороговой и надпороговой освещенности.
4. Цветощущение.

**96.** Основными признаками хроматического цвета являются:

1. Цветовой тон – основной признак цвета.
2. Яркость цвета, характеризующаяся степенью близости к белому цвету.
3. Насыщенность хроматического цвета, показывающая сколько основного цветового тона и примесей к нему.
4. Ксантопия.

**97.** Для клинического течения нейропаралитического кератита характерно:

1. Вовлечение в процесс радужки.
2. Повышение внутриглазного давления.
3. Понижение внутриглазного давления.
4. Полная потеря чувствительности роговицы и длительность течения.

**98.** Что характерно для смешанного астигматизма?:

1. Форма роговицы не идеально сферична.
2. В обоих главных меридианах аметропия одного вида.
3. Хрусталиковый астигматизм.
4. В одном из главных меридианов имеется миопия, а в другом – гиперметропия.

**99.** Правильным называется астигматизм:

1. При котором в каждом из главных меридианов преломляющая сила меняется.
2. Физиологический астигматизм.
3. При котором в каждом из главных меридианов преломляющая сила остается постоянной.
4. При котором в двух главных меридианах преломляющая сила одинаковая.

**100.** Характерные жалобы больного при отслойке сетчатки:

1. На боли в глазу, светобоязнь, слезотечение, затруднение при открывании глаз.
2. Тошнота, рвота, общая слабость, затуманивание зрения, снижение зрения с периодом временного восстановления, выпадение участков в поле зрения.
3. Резкое снижение зрения утром.
4. Наличие «завесы», «пелены» перед глазом, ощущение «вспышек или молний», искривление предметов.

### *Вариант 2*

При перечислении возможных вариантов ответов, обозначенных буквами, выбрать один правильный ответ согласно схеме:

- а** – если правильная комбинация (1, 2, 3);
- б** – если правильная комбинация (1, 3);
- в** – если правильная комбинация (2, 4);

г – если верен только ответ (4);

д – если все ответы правильные (1, 2, 3, 4).

1. Внутриутробные увеиты вызываются:

- 1) вирусом краснухи;
- 2) вирусом ветряной оспы;
- 3) вирусом гриппа;
- 4) цитомегаловирусом;

2. Цитомегаловирус может быть обнаружен в:

- 1) конъюнктиве;
- 2) в зрительном нерве;
- 3) сетчатке;
- 4) слезной жидкости;
- 5) хориоидеи.

3. Вирусные увеиты вызывают тяжелое поражение:

- 1) роговицы;
- 2) сетчатки;
- 3) зрительного нерва;
- 4) глазодвигательных мышц;
- 5) слезной железы.

4. Преобладающим источником стрептококковой инфекции при увеите является:

- 1) язвенный колит;
- 2) афтозный стоматит;
- 3) двусторонняя пневмония;
- 4) хронический тонзиллит;
- 5) пиелонефрит.

5. Токсоплазмозные увеиты наиболее часто встречаются:

- 1) после лечения цитостатиками;
- 2) после лечения антибиотиками;
- 3) после лечения стероидами;
- 4) при внутриутробной передаче инфекции;

Грибковому поражению глаз способствует:

- 1) длительная антибиотикотерапия;
- 2) длительная гипотензивная терапия;
- 3) длительная стероидная терапия;
- 4) аденовирусный кератоконъюнктивит;

5) все перечисленное выше.

Наиболее часто генерализованные и двусторонние поражения сосудистой оболочки глаза отмечаются при:

- 1) гельминтозах;
- 2) стрептококковых заболеваниях;
- 3) стафилококковых заболеваниях;
- 4) системных и синдромных заболеваниях;

Факторами риска при возникновении увеита являются:

- 1) генетическая предрасположенность;
- 2) нарушение гематофтальмического барьера;
- 3) системное заболевание;
- 4) травма глаза;

При врожденном токсоплазмозе наиболее частой формой увеита является:

- 1) передний увеит;
- 2) эписклерит;
- 3) неврит;
- 4) нейрохориоретинит;
- 5) кератоконъюнктивит.

При выборе методов лечения увеитов наиболее важно определить:

- 1) этиологическую форму заболевания;
- 2) преимущественную локализацию процесса;
- 3) активность и характер течения процесса;
- 4) наличие сопутствующих заболеваний;

Хориоидею образуют перечисленные структуры:

- 1) мембрана Бруха;
- 2) сосуды различного калибра;
- 3) эластичные волокна;
- 4) жировые клетки;
- 5) хондроциты.

К ведущим факторам, определяющим иммунологический гомеостаз, относятся:

- 1) генотип организма;
- 2) состояние вилочковой железы;
- 3) состояние надпочечников;
- 4) гипофизарно-адреналовая система;
- 5) состояние красного костного мозга.

Реакция антиген-антитело в тканях глаза при увеитах сопровождается:

- 1) воспалением;
- 2) гемолизом;
- 3) нарушением стенок сосудов;
- 4) отложением липидов;
- 5) отложением пигмента.

В иммуногенезе участвует:

- 1) костный мозг;
- 2) вилочковая железа;
- 3) селезенка;
- 4) лимфатические узлы;
- 5) надпочечники.

Понятие «защитный барьер» глаза включает:

- 1) гематофтальмический барьер;
- 2) бактериостатические факторы слезы;
- 3) протеолитические ферменты;
- 4) склера;
- 5) хрящи век.

В организме человека интерферон вырабатывается:

- 1) лимфоцитами;
- 2) лейкоцитами;
- 3) макрофагами;
- 4) тромбоцитами;
- 5) тучными клетками.

Наиболее информативными в диагностике туберкулезного увеита являются:

- 1) рентгенография;
- 2) офтальмоскопия;
- 3) тонометрия;
- 4) туберкулиновая проба;
- 5) ультразвуковая диагностика.

Вирусную этиологию увеита можно установить по антигенам в:

- 1) соскобах конъюнктивы;
- 2) слезной жидкости;
- 3) влаге передней камеры;
- 4) сыворотке крови;

5) соскобах роговицы.

Обследованию на токсоплазмоз подлежат больные с:

- 1) очаговым или центральным хориоретинитом;
- 2) различными проявлениями глазной патологии в раннем возрасте;
- 3) склеритами неясной патологии;
- 4) кератоконусом;
- 5) все перечисленные.

Туберкулезный увеит может развиваться в результате:

- 1) воздушно-капельного заражения;
- 2) заражения половым путем;
- 3) вторичной инфекции по системе кровообращения;
- 4) лимфогенного заражения;
- 5) все перечисленное верно.

Острые нарушения венозного кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:

- 1) спазмом;
- 2) эмболией;
- 3) высоким внутриглазным давлением;
- 4) тромбозом;
- 5) ангиоретинопатией.

Острые нарушения артериального кровообращения в зрительном нерве могут быть вызваны:

- 1) спазмом;
- 2) эмболией;
- 3) тромбозом;
- 4) хориопатией;
- 5) нейропатией.

Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:

- 1) спазмом;
- 2) эмболией;
- 3) тромбозом;
- 4) ретинопатией;
- 5) ретиношизисом.

Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке характеризуются:

- 1) резким снижением зрения;
- 2) сужением сосудов сетчатки;

- 3) ишемическим отеком сетчатки;
- 4) изменением поля зрения;
- 5) наличием феномена контраста fovea centralis (вишневого пятна).

Тромбоз центральной вены сетчатки характеризуется:

- 1) снижением зрения;
- 2) отеком сетчатки;
- 3) кровоизлияниями;
- 4) макулопатией;
- 5) отеком диска зрительного нерва.

При тромбозе вен сетчатки наблюдаются:

- 1) застойные явления в венозной системе;
- 2) повышенная извитость и расширение вен;
- 3) темная окраска вен;
- 4) кровоизлияния;
- 5) сужение артериол.

При тромбозе вен сетчатки в стекловидном теле отмечаются:

- 1) геморрагии;
- 2) дистрофия стекловидного тела;
- 3) отслойка задней пластины;
- 4) экссудативные выпоты;
- 5) витреоретинальная пролиферация.

Феномен вишневого пятна наблюдается при:

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

При тромбозе вен сетчатки геморрагии локализуются:

- 1) преретинально;
- 2) субретинально;
- 3) интраретинально;
- 4) в эписклере;
- 5) в радужке и цилиарном теле.

Последствия тромбоза вен сетчатки характеризуются:

- 1) вторичными дистрофическими изменениями сетчатки;

- 2) частичной атрофией зрительного нерва;
- 3) вторичной посттравматической глаукомой;
- 4) витреофиброзом;
- 5) макулопатией.

Лазертерапия сетчатки показана при:

- 1) артериальной непроходимости в остром периоде заболевания;
- 2) артериальной непроходимости в отдаленном периоде заболевания;
- 3) венозной непроходимости в остром периоде заболевания;
- 4) венозной непроходимости в отдаленном периоде заболевания;
- 5) оптической ишемической нейропатии.

Наиболее прочный контакт сетчатки и стекловидного тела выражен в области:

- 1) сосудов сетчатки;
- 2) макулярной зоны;
- 3) диска зрительного нерва;
- 4) зубчатой линии;
- 5) в парамакулярной зоне.

Риск возникновения отслойки сетчатки повышен:

- 1) после контузии глазного яблока;
- 2) после интракапсулярной экстракции катаракты;
- 3) у миопов;
- 4) после перенесенного приступа глаукомы;
- 5) при кератоконусе.

Пузыри отслоенной сетчатки обычно выше:

- 1) в зоне диска зрительного нерва;
- 2) на противоположной разрыву стороне;
- 3) в макулярной зоне;
- 4) на стороне разрыва;
- 5) в парамакулярной зоне.

При разрывах в верхней половине отслойки сетчатки:

- 1) обычно формируется линия самоотграничения;
- 2) отслойка никогда не бывает тотальной;
- 3) нет тенденции к образованию тотальной отслойки;
- 4) отмечается склонность к образованию тотальной отслойки;
- 5) закономерностей не выявляется.

В классификации в отслойке сетчатки выделяют:

- 1) 1 степень;
- 2) 2 степени;
- 3) 3 степени;
- 4) 4 степени;
- 5) 5 степеней.

При отслойке сетчатки больные обращаются с жалобами на:

- 1) слезотечение и светобоязнь;
- 2) появление «вспышек» в глазу;
- 3) давящие боли в глазу;
- 4) появление «завесы» перед глазом;
- 5) боли при движении глаза.

При экстрасклеральном методе пломбирования отслойки сетчатки предпочтение обычно отдается:

- 1) лазеркоагуляции;
- 2) фотокоагуляции;
- 3) диатермокоагуляции;
- 4) криокоагуляции;
- 5) коагуляция не показана.

Повторная операция при отслойке сетчатки показана в случае:

- 1) обнаружения нового разрыва;
- 2) сохранения пузыря отслойки с прогрессированием;
- 3) вала вдавления, не совпадающего с разрывом;
- 4) остаточного количества жидкости;
- 5) участков помутнения стекловидного тела.

Слепота в раннем послеоперационном периоде по поводу отслойки сетчатки может быть обусловлена:

- 1) экстраокулярной инфекцией;
- 2) синдромом ишемии переднего отрезка;
- 3) отслойкой сосудистой оболочки;
- 4) окклюзией центральной артерии сетчатки;
- 5) невритом зрительного нерва.

Хориретинальный контакт обеспечивается:

- 1) механическим компонентом;
- 2) биохимическим компонентом;
- 3) биологическим компонентом;

- 4) эмбриологическим компонентом;
- 5) тромболитическим компонентом.

При отслойке сетчатки наиболее часто сопутствующим заболеванием является:

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

К тотальной отслойке сетчатки наиболее часто приводят:

- 1) дырчатые разрывы;
- 2) ретиношизис;
- 3) макулярные разрывы;
- 4) клапанные разрывы;
- 5) кисты сетчатки.

Для II стадии диабетической ретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения:

- 1) твердые экссудаты;
- 2) микроаневризмы;
- 3) кровоизлияния в стекловидное тело и сетчатку;
- 4) макроаневризмы;
- 5) мягкие экссудаты.

Изменения в углу передней камеры у больных сахарным диабетом касаются:

- 1) новообразованных сосудов;
- 2) гониосинехий;
- 3) экссудата;
- 4) перерождения и дегенерация трабекул;
- 5) пигментные отложения.

К основным признакам диабетического ирита относятся:

- 1) выраженная инъекция;
- 2) выраженные преципитаты;
- 3) гипопион;
- 4) вялое расширение зрачка;
- 5) светобоязнь.

Основными принципами в лечении диабетической ангиоретинопатии включают:

- 1) сосудоукрепляющую терапию;

- 2) терапию антидиабетическими препаратами;
- 3) сосудорасширяющими препаратами;
- 4) витаминотерапию;
- 5) медикаментозных средств, улучшающих микроциркуляцию крови.

Основные принципы лечения геморрагической формы диабетической ангиоретинопатии включают:

- 1) средства, укрепляющие сосудистую стенку;
- 2) средства, улучшающие микроциркуляцию;
- 3) сосудорасширяющие средства;
- 4) средства, рассасывающего действия;
- 5) витаминотерапию.

Показаниями к лазерной коагуляции при диабетической ангиоретинопатии являются:

- 1) микроаневризмы;
- 2) макулярный отек;
- 3) непролиферативная ретинопатия;
- 4) неоваскуляризация;
- 5) пролиферация фиброзной ткани.

Геморрагический процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется в:

- 1) конъюнктиве;
- 2) радужке;
- 3) стекловидном теле;
- 4) сетчатке;
- 5) коже век.

Через верхнюю глазничную щель проходит:

1. глазничный нерв;
2. глазодвигательный нерв;
3. основной венозный коллектор;
4. отводящий и блоковый нервы.

Веки являются:

1. придаточной частью органа зрения;
2. вершиной орбиты;
3. защитным аппаратом органа зрения;
4. боковой стенкой орбиты;

Ветвями глазничной артерии являются:

1. центральная артерия сетчатки;
2. слезная артерия;
3. надглазничная артерия;
4. лобная артерия.

Отток крови из век направляется:

1. в сторону вен глазницы;
2. в сторону лицевых вен;
3. в оба направления;
4. в сторону кавернозного синуса.

Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:

1. кератите;
2. повышенном внутриглазном давлении;
3. воспалении сосудистого тракта;
4. конъюнктивите.

Иннервация слезной железы осуществляется:

1. парасимпатической нервной системой;
2. симпатической нервной системой;
3. по смешанному типу;
4. лицевым и тройничным нервами;

Отток жидкости из передней камеры осуществляется через:

1. область зрачка;
2. капсулу хрусталика;
3. цинновы связки;
4. зону трабекулы.

Положение зубчатой линии соответствует:

1. зоне проекции лимба;
2. месту прикрепления сухожилий прямых мышц;
3. зоне проекции трабекулы;
4. за зоной проекции цилиарного тела.

Хориоидея состоит из слоя:

1. мелких сосудов;
2. средних сосудов;
3. крупных сосудов;
4. нервных волокон.

В пределах «мышечной воронки» находится:

1. зрительный нерв;
2. глазная артерия;
3. глазодвигательный нерв;
4. отводящий нерв.

Ткани глазницы получают питание из источников:

1. решетчатых артерий;
2. слезной артерии;
3. глазничной артерии;
4. центральной артерии сетчатки.

Кровоснабжение глазного яблока осуществляется сосудами:

1. задними длинными цилиарными артериями;
2. центральной артерией сетчатки;
3. задними короткими цилиарными артериями;
4. передними цилиарными артериями.

Короткие задние цилиарные артерии питают:

1. роговицу;
2. радужку;
3. внутренние слои сетчатки;
4. наружные слои сетчатки.

**64.** Кровоснабжение цилиарного тела и радужки осуществляется:

1. длинными задними цилиарными артериями;
2. короткими задними цилиарными артериями;
3. передними цилиарными артериями;
4. решетчатыми артериями.

Отток крови от тканей глазницы осуществляется через:

1. верхнюю глазничную вену;
2. нижнюю глазничную вену;
3. центральную вену сетчатки;
4. верхне-темпоральную ветвь центральной вены сетчатки.

Двигательную иннервацию экстраокулярных мышц осуществляют структуры:

1. глазодвигательного нерва;
2. отводящего нерва;
3. блокового нерва;
4. тройничного нерва.

Изменения век при воспалительном отеке включают:

1. гиперемия кожи век;
2. повышение температуры кожи;
3. болезненность при пальпации;
4. крепитация.

Клинические признаки рожистого воспаления век включают:

1. выраженную гиперемия и отек век;
2. чувство зуда, жара;
3. резкую границу с нормальной тканью;
4. увеличение региональных лимфатических узлов.

Чешуйчатый блефарит характеризуется:

1. мучительным зудом в веках;
2. трихиазом;
3. корни ресниц покрыты сухими чешуйками;
4. мейбوميитом.

При лагофтальме возможно возникновение:

1. увеита;
2. эрозии роговицы из-за трихиаза;
3. экзофтальма;
4. ксероза роговицы.

Различают следующие виды заворота век:

1. спастический;
2. рубцовый;
3. возрастной;
4. врожденный.

Рубцовый выворот век развивается в следствие:

1. травмы;
2. ожогов век;
3. хирургического вмешательства на веке;
4. туберкулезной волчанки.

К доброкачественным вторичным опухолям орбиты относятся:

1. остеома;
2. фиброма;
3. липома;
4. хондрома.

Атонический выворот век проявляется:

1. снижением эластичности кожи;
2. отвисанием века книзу;
3. гипертрофией конъюнктивы;
4. блефароспазмом.

При аденовирусной инфекции глаза наблюдается:

1. конъюнктивит является фолликулярным;
2. конъюнктивит почти всегда поражает нижний свод;
3. могут быть поверхностные и глубокие помутнения роговицы;
4. древовидный кератит.

При флегмоне орбиты наблюдается:

1. отек и гиперемия век;
2. хемоз конъюнктивы;
3. офтальмоплегия;
4. крепитация под кожей века.

К первичным доброкачественным опухолям орбиты относятся:

1. гемангиома;
2. менингиома;
3. нейрофиброма;
4. смешанная опухоль слезной железы;

Показанием к энуклеации является:

1. терминальная болящая глаукома;
2. меланома хориоидеи;
3. симпатическая офтальмия;
4. слепой глаз, размозженный травмой.

В начальной стадии кератоконуса показано:

1. коррекция зрения сферопризматическими очками;
- 2.; послойная кератопластика;
3. термокератопластика;
4. контактная коррекция зрения.

При кольце Флейшера обнаруживается:

1. дегенерация в подлежащей Боуеновой мембране;
2. желтоватое кольцо или дуга у основания конуса при кератоконусе;
3. отложение железа в глубоких слоях роговицы;
4. кератоконус развитой или далекозашедшей стадии.

**81.** Для переднего склерита характерно:

1. может развиваться в стафилому;
2. может развиваться в ангулярный склерит;
3. характеризуется длительным течением;
4. часто изъязвляется.

**82.** Для врожденной кисты склеры характерно:

1. редко встречается;
2. мала при рождении;
3. увеличивается в размерах по мере роста человека;
4. выстлана эпителиальными клетками;

При старческой роговичной дуге справедливо:

1. имеется у  $\frac{3}{4}$  пациентов в возрасте старше 50 лет;
2. бывает иногда и у 30-40-летних пациентов;
3. ограничивается эпителием роговицы;
4. требует хирургического лечения;

При центральных язвах роговицы справедливо следующее:

1. клиническое течение тяжелее, чем при периферических;
2. имеют бактериальное происхождение;
3. имеют герпетическое происхождение;
4. часто требует хирургического лечения.

При увеличенной роговице (мегалокорнеа) справедливо следующее:

1. роговица может быть прозрачной;
2. имеется врожденное помутнение края роговицы у лимба;
3. передняя камера увеличена;
4. часто бывает подвывих хрусталика.

При язвах роговицы грибкового происхождения справедливо:

1. часто резистентны к антибиотикам;
2. появляются после выскобливания;
3. окружены ореолом разжижения;
4. кортикостероиды не улучшают клиническое течение.

Трахома характеризуется следующими проявлениями:

1. незрелые фолликулы на верхней пластине хряща века;
2. эпителиальный кератит;
3. образование паннуса (мембраноподобной васкуляризации);
4. образование рубцовой ткани с осложнениями на веке.

**88.** При врожденной лейкоме роговицы характерно:

1. причиной является внутриутробное воспаление;
2. имеется васкуляризация;
3. могут быть передние синехии;
4. отмечается амблиопия.

При лентовидной дистрофии роговицы справедливо следующее:

1. встречается у детей;
2. связана с артритом и иритом;
3. появляется в области интерпальпебральной щели;
4. острота зрения значительно снижена.

При решетчатой дистрофии роговицы имеет место:

1. линии стромы представляют дегенерированные нервы роговицы;
2. чувствительность роговицы постепенно снижается;
3. эпителий становится шероховатым, огрубевшим;
4. отсутствуют признаки воспаления.

**91.** При остром кератоконусе справедливо:

1. сопровождается внезапным значительным снижением зрения;
2. сопровождается значительным отеком роговицы;
3. после купирования острого процесса дает улучшение зрения;
4. отек роговицы является обратимым.

Сифилитический кератит сопровождается:

1. ранним появлением боли и светобоязни;
2. образованием синехий;
3. стромальной пленкой, наиболее плотной в центре;
4. снижается острота зрения.

При эпидемическом кератоконъюнктивите может наблюдаться следующее:

1. острый фолликулярный конъюнктивит;
2. симптомы общей инфекционной интоксикации организма;
3. снижение остроты зрения;
4. смешанная инъекция глазного яблока.

Признаками нейропаралитического кератита являются:

1. светобоязнь и слезотечение;
2. блефароспазм;
3. эрозия роговицы с последующим изъятием;
4. снижение остроты зрения.

Преимуществом контактных линз перед очками является:

1. более широкое поле зрения;
2. близкая к нормальной величина изображения;
3. косметическое преимущество;
4. более высокая острота зрения.

Для синдрома Сьегрена характерно:

1. поражение слюнных и слезных желез;
2. развитие сухого кератоконъюнктивита;
3. светобоязнь и болевой синдром;
4. снижение зрения.

Для роговичного синдрома характерно:

1. светобоязни слезотечение;
2. блефароспазм;
3. ощущение инородного тела под веками;
4. снижение остроты зрения.

**98.** Для диагностики офтальмогерпеса являются важными:

1. цитологическая диагностика;
2. забор крови на вирусемию;
3. метод флюоресцирующих антител;
4. сбор анамнеза.

**99.** Для лечения внутриглазного герпеса:

1. химиотерапевтические средства;
2. специфические противовирусные средства;
3. иммунокорректирующие средства;
4. хирургические методы лечения.

Этиология увеитов связана с:

1. условиями жизни населения;
2. циркуляцией возбудителя;
3. наличием условий передачи инфекции;
4. условиями питания человека.

### *Вариант № 3*

При перечислении возможных вариантов ответов, обозначенных буквами, выбрать один правильный ответ согласно схеме:

- а** – если правильная комбинация (1, 2, 3);  
**б** – если правильная комбинация (1, 3);

- в** – если правильная комбинация (2, 4);  
**г** – если верен только ответ (4);  
**д** – если все ответы правильные (1, 2, 3, 4).

**01.** Основными признаками диабетической непролиферативной ретинопатии геморрагического типа является:

1. микро- и макроаневризмы;
2. твердые экссудаты в небольшом количестве;
3. интратинальные кровоизлияния;
4. преретинальные кровоизлияния.

**02.** Позволяют диагностировать диабетическую ретинопатию в доклинической стадии методы:

1. прямая и обратная офтальмоскопия;
2. биомикроофтальмоскопия;
3. флюоресцентная ангиография;
4. адаптометрия.

**03.** Характерными для диабетической непролиферативной ретинопатии данными флюоресцентной ангиографии являются:

1. окклюзия капилляров, кровоизлияния;
2. микроаневризмы;
3. новообразованные сосуды
4. экстравазация флюоресцеина.

**04.** Возможны все перечисленные клинические формы диабетической ангиоретинопатии:

1. диабето-гипертоническая;
2. диабето-почечная;
3. диабето-склеротическая;
4. геморрагическая.

**05.** Для застойных дисков зрительного нерва характерно:

1. отек ткани диска, ступенчатость его границ;
2. выстояние диска;
3. расширение вен сетчатки;
4. кровоизлияния.

**06.** Причиной развития застойных дисков зрительных нервов могут быть:

1. опухоли мозга;

2. воспалительные процессы мозга и его оболочек;
3. травма мозга;
4. демиелинизирующий процесс ц.н.с.

**07.** Застойные диски наблюдаются при локализации опухоли в:

1. затылочные области;
2. теменной области;
3. в зоне гипофиза;
4. в зоне вершины орбиты.

**08.** Синдром Кеннеди характеризуется:

1. двусторонними застойными дисками;
2. односторонним застойным диском;
3. атрофией зрительного нерва на обоих глазах;
4. застойным диском одного глаза и атрофией зрительного нерва другого глаза.

**09.** Простые застойные диски характеризуются:

1. гетеронимными гемианопсиями;
2. секторами выпадениями поля зрения;
3. гомонимными гемианопсиями;
4. концентрическим сужением поля зрения.

**10.** Для осложненных застойных дисков характерно:

1. асимметрия зрительных функций;
2. асимметрия офтальмоскопической картины;
3. гомонимные и гетеронимные гемианопсии;
4. симметричные изменения функций и офтальмоскопической картины.

**11.** В начальной стадии развития застойных дисков зрение:

1. снижается незначительно;
2. снижается значительно;
3. падает до 0;
4. не изменяется.

По мере развития застойных дисков зрение:

1. не изменяется;
2. снижается резко;
3. изменяется скачкообразно;
4. снижается постепенно.

При оптических невритах наблюдается:

1. резкое снижение зрения;

2. гиперемия и отек диска зрительного нерва;
3. геморрагии около диска зрительного нерва;
4. экссудативный выпот в воронке зрительного нерва.

Причиной развития невритов зрительных нервов чаще всего являются:

1. вирусы;
2. микробная флора;
3. токсины;
4. аллергия.

Неврит зрительного нерва относится к заболеваниям:

1. хроническим;
2. подострым;
3. латентно протекающим;
4. острым.

Болевой синдром наблюдается при следующих формах оптического неврита:

1. ретробульбарном периферическом;
2. интрабульбарном;
3. ретробульбарном трансверзальном;
4. ретробульбарном аксиальном.

Лечение оптических невритов включает препараты:

1. противовоспалительные;
2. десенсибилизирующие;
3. витаминные;
4. дезинтоксикационные.

Лечение ретробульбарных невритов в острый период заболеваний включает:

1. сосудистую терапию;
2. противовоспалительную терапию;
3. хирургические мероприятия;
4. осмотерапию.

При атропиновом психозе применяется:

1. снотворное, на язык пилокарпин;
2. диакарб;
3. аминазин, седуксен;
4. атропин в виде внутримышечных инъекций.

Показаниями для назначения тауфона в виде парабульбарных инъекций являются:

1. кератиты;

2. катаракта;
3. внутриглазные опухоли;
4. заболевания стекловидного тела, сетчатки.

Нагрузочные тесты, используемые для ранней диагностики закрытоугольной глаукомы:

1. позиционная проба Хармса;
2. водная проба;
3. пилокарпиновый;
4. мидриатический.

Ведущими признаками гидрофтальма являются:

1. увеличение размеров роговицы;
2. увеличение размеров глазного яблока;
3. повышение ВГД;
4. полимегетиз эндотелия роговицы.

Для первичной открытоугольной глаукомы характерны следующие изменения в радужке:

1. диффузная атрофия зрачкового пояса радужки;
2. выщелачивание пигмента зрачковой каймы;
3. пигментная дисперсия на поверхности;
4. секторальная атрофия стромы радужки;

Для первичной закрытоугольной глаукомы характерно:

1. мелкая передняя камера;
2. уменьшение передне-заднего размера глазного яблока;
3. гиперметропическая или эметропическая рефракции;
4. открытый угол передней камеры.

Гониоскопические исследования при первичной открытоугольной глаукоме показывают:

1. понижение прозрачности корнео-склеральных трабекул;
2. наличие экзогенной пигментации в углу передней камеры;
3. сужение угла передней камеры;
4. угол передней камеры открыт или средней ширины;

Для первичной открытоугольной глаукомы характерны:

1. туман перед глазом;
2. отсутствие жалоб;
3. радужные круги при взгляде на источник света;

4. секторальное выпадение поля зрения.

Профиль угла определяется:

1. расположением цилиарного тела;
2. соотношением корня радужной оболочки к корнеосклеральным трабекулам;
3. расположением шлеммова канала;
4. наличием псевдоэксфолиаций.

Клинические проявления первичной закрытоугольной глаукомы со зрачковым блоком включают:

1. острое начало;
2. мелкая передняя камера;
3. закрытый угол передней камеры;
4. выраженная дистрофия радужки.

Блок угла передней камеры может быть вызван:

1. нерассосавшейся мезодермальной тканью;
2. корнем радужной оболочки;
3. новообразованными сосудами;
4. инородным телом;

При каких синдромах развивается юношеская форма глаукомы?

1. синдром Франк-Каменецкого;
2. синдром Ригера;
3. синдром Стюрж-Вебера;
4. синдром Горнера.

К вторичной глаукоме относят:

1. увеальную;
2. факогенную;
3. неоваскулярную;
4. посттравматическую.

Причинами послевоспалительной (увеальной) вторичной глаукомы являются:

1. тромбоз ЦВС
2. хориоидиты;
3. склериты;
4. передние увеиты.

Причинами вторичной травматической глаукомы может быть:

1. внутриглазные кровоизлияния;
2. дислокация и повреждение хрусталика;

3. рецессия угла передней камеры;
4. периферические витреохориоретинальные дистрофии;

Признаками эссенциальной офтальмогипертензии являются:

1. повышенное внутриглазное давление;
2. нормальное поле зрения;
3. отсутствие глаукоматозной экскавации ДЗН;
4. краевая экскавация ДЗН.

Факторами риска при офтальмогипертензии являются:

1. больные глаукомой среди ближайших родственников;
2. офтальмотонус превышает 30 мм рт. ст.;
3. асимметрия в величине офтальмотонуса на двух глазах;
4. катарактальные изменения в хрусталике.

Глазные гипотензивные лекарственные группы включают:

1. холиномиметики;
2. антихолинэстеразные препараты;
3. бета-адреноблокаторы;
4. сердечные гликозиды.

К холиномиметикам относятся:

1. пилокарпин;
2. ацеклидин;
3. карбахол;
4. фосфакол.

К антихолинэстеражным средствам относятся:

1. армин;
2. фосфакол;
3. демекариум бромид (тосмилен);
4. эзерин.

Средства, снижающие продукцию водянистой влаги:

1. тимолол;
2. ацетазоламид (диакарб);
3. бетаксалол (бетоптик);
4. эмоксипин.

Гипотензивные операции на глазу включают:

1. фистулизирующие вмешательства;
2. циклокриодеструкцию;

3. циклодиализ;
4. кератотомию.

Для общего лечения глаукомы назначают:

1. сосудорасширяющие препараты;
2. ангиопротекторы;
3. антиоксиданты;
4. нейропротекторы.

К побочным эффектам холиномиметиков относятся:

1. ухудшение зрения при низкой освещенности;
2. появление рефракционной близорукости;
3. боли в глазу;
4. углубление передней камеры глаза.

**43.** К побочным эффектам антихолинэстеразных миотиков относятся:

1. усиление рефракции глаза;
2. развитие катаракты;
3. возникновение сенильной макулопатии;
4. помутнение стекловидного тела.

**44.** Побочное действие глазных капель с адреналином включает:

1. тахикардия;
2. реактивная гиперемия конъюнктивы;
3. аденохромная пигментация конъюнктивы;
4. понижение артериального давления.

**45.** При выполнении фистулизирующих операций возможны осложнения:

1. фенестрация конъюнктивального локута;
2. кровоизлияние в переднюю камеру глаза;
3. выпадение стекловидного тела;
4. повреждение зрительного нерва.

**46.** После фистулизирующих операций возможны следующие осложнения:

- 1) цилиохориоидальная отслойка;
- 2) гифема;
- 3) иридоциклит;
- 4) хориоретинит.

**47.** Лечение злокачественной глаукомы включает:

1. назначение лазикса;
2. удаление хрусталика;

3. назначение атропина;
4. назначение осмотических препаратов.

**48.** Лечение острого приступа глаукомы включает:

1. частые инстилляции миотиков;
2. назначение бета-адреноблокаторов;
3. осмотические средства;
4. назначение кортикостероидов;

**49.** К циклодеструктивным операциям относятся:

1. циклокриодеструкция;
2. циклодиатермия;
3. лазерная циклодеструкция;
4. витреоаспирация.

**50.** Механизм контузионной травмы глаза связан с:

1. повреждением тканей на месте непосредственного воздействия тупого предмета;
2. включением нервно-рефлекторных механизмов;
3. опосредованной травмой глазных структур в зоне контрудара;
4. повышением уровня креатинина в крови.

Через верхнюю глазничную щель проходит:

1. глазничный нерв;
2. глазодвигательный нерв;
3. основной венозный коллектор;
4. отводящий и блоковый нервы.

Веки являются:

1. придаточной частью органа зрения;
2. вершиной орбиты;
3. защитным аппаратом органа зрения;
4. боковой стенкой орбиты;

Ветвями глазничной артерии являются:

1. центральная артерия сетчатки;
2. слезная артерия;
3. надглазничная артерия;
4. лобная артерия.

Отток крови из век направляется:

1. в сторону вен глазницы;
2. в сторону лицевых вен;

3. в оба направления;
4. в сторону кавернозного синуса.

Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:

1. кератите;
2. повышенном внутриглазном давлении;
3. воспалении сосудистого тракта;
4. конъюнктивите.

Иннервация слезной железы осуществляется:

1. парасимпатической нервной системой;
2. симпатической нервной системой;
3. по смешанному типу;
4. лицевым и тройничным нервами;

Отток жидкости из передней камеры осуществляется через:

1. область зрачка;
2. капсулу хрусталика;
3. цинновы связки;
4. зону трабекулы.

Положение зубчатой линии соответствует:

1. зоне проекции лимба;
2. месту прикрепления сухожилий прямых мышц;
3. зоне проекции трабекулы;
4. за зоной проекции цилиарного тела.

Хориоидея состоит из слоя:

1. мелких сосудов;
2. средних сосудов;
3. крупных сосудов;
4. нервных волокон.

В пределах «мышечной воронки» находится:

1. зрительный нерв;
2. глазная артерия;
3. глазодвигательный нерв;
4. отводящий нерв.

Ткани глазницы получают питание из источников:

1. решетчатых артерий;
2. слезной артерии;

3. глазничной артерии;
4. центральной артерии сетчатки.

Кровоснабжение глазного яблока осуществляется сосудами:

1. задними длинными цилиарными артериями;
2. центральной артерией сетчатки;
3. задними короткими цилиарными артериями;
4. передними цилиарными артериями.

Короткие задние цилиарные артерии питают:

1. роговицу;
2. радужку;
3. внутренние слои сетчатки;
4. наружные слои сетчатки.

**64.** Кровоснабжение цилиарного тела и радужки осуществляется:

1. длинными задними цилиарными артериями;
2. короткими задними цилиарными артериями;
3. передними цилиарными артериями;
4. решетчатых артериями.

Отток крови от тканей глазницы осуществляется через:

1. верхнюю глазничную вену;
2. нижнюю глазничную вену;
3. центральную вену сетчатки;
4. верхне-темпоральную ветвь центральной вены сетчатки.

Двигательную иннервацию экстраокулярных мышц осуществляют структуры:

1. глазодвигательного нерва;
2. отводящего нерва;
3. блокового нерва;
4. тройничного нерва.

Изменения век при воспалительном отеке включают:

1. гиперемия кожи век;
2. повышение температуры кожи;
3. болезненность при пальпации;
4. крепитация.

Клинические признаки рожистого воспаления век включают:

1. выраженную гиперемия и отек век;
2. чувство зуда, жара;

3. резкую границу с нормальной тканью;
4. увеличение региональных лимфатических узлов.

Чешуйчатый блефарит характеризуется:

1. мучительным зудом в веках;
2. трихиазом;
3. корни ресниц покрыты сухими чешуйками;
4. мейбومیитом.

При лагофтальме возможно возникновение:

1. увеита;
2. эрозии роговицы из-за трихиаза;
3. экзофтальма;
4. ксероза роговицы.

Различают следующие виды заворота век:

1. спастический;
2. рубцовый;
3. возрастной;
4. врожденный.

Рубцовый выворот век развивается в следствие:

1. травмы;
2. ожогов век;
3. хирургического вмешательства на веке;
4. туберкулезной волчанки.

К доброкачественным вторичным опухолям орбиты относятся:

1. остеома;
2. фиброма;
3. липома;
4. хондрома.

Атонический выворот век проявляется:

1. снижением эластичности кожи;
2. отвисанием века книзу;
3. гипертрофией конъюнктивы;
4. блефароспазмом.

При аденовирусной инфекции глаза наблюдается:

1. конъюнктивит является фолликулярным;
2. конъюнктивит почти всегда поражает нижний свод;

3. могут быть поверхностные и глубокие помутнения роговицы;
4. древовидный кератит.

При флегмоне орбиты наблюдается:

1. отек и гиперемия век;
2. хемоз конъюнктивы;
3. офтальмоплегия;
4. крепитация под кожей века.

К первичным доброкачественным опухолям орбиты относятся:

1. гемангиома;
2. менингиома;
3. нейрофиброма;
4. смешанная опухоль слезной железы;

Показанием к энуклеации является:

1. терминальная болящая глаукома;
2. меланома хориоидеи;
3. симпатическая офтальмия;
4. слепой глаз, разможенный травмой.

В начальной стадии кератоконуса показано:

1. коррекция зрения сферопризматическими очками;
- 2.; послойная кератопластика;
3. термокератопластика;
4. контактная коррекция зрения.

При кольце Флейшера обнаруживается:

1. дегенерация в подлежащей Боуеновой мембране;
2. желтоватое кольцо или дуга у основания конуса при кератоконусе;
3. отложение железа в глубоких слоях роговицы;
4. кератоконус развитой или далекозашедшей стадии.

**81.** Для переднего склерита характерно:

1. может развиваться в стафилому;
2. может развиваться в ангулярный склерит;
3. характеризуется длительным течением;
4. часто изъязвляется.

**82.** Для врожденной кисты склеры характерно:

1. редко встречается;
2. мала при рождении;

3. увеличивается в размерах по мере роста человека;
4. выстлана эпителиальными клетками;

При старческой роговичной дуге справедливо:

1. имеется у  $\frac{3}{4}$  пациентов в возрасте старше 50 лет;
2. бывает иногда и у 30-40-летних пациентов;
3. ограничивается эпителием роговицы;
4. требует хирургического лечения;

При центральных язвах роговицы справедливо следующее:

1. клиническое течение тяжелее, чем при периферических;
2. имеют бактериальное происхождение;
3. имеют герпетическое происхождение;
4. часто требует хирургического лечения.

При увеличенной роговице (мегалокорнеа) справедливо следующее:

1. роговица может быть прозрачной;
2. имеется врожденное помутнение края роговицы у лимба;
3. передняя камера увеличена;
4. часто бывает подвывих хрусталика.

При язвах роговицы грибкового происхождения справедливо:

1. часто резистентны к антибиотикам;
2. появляются после выскабливания;
3. окружены ореолом разжижения;
4. кортикостероиды не улучшают клиническое течение.

Трахома характеризуется следующими проявлениями:

1. незрелые фолликулы на верхней пластине хряща века;
2. эпителиальный кератит;
3. образование паннуса (мембраноподобной васкуляризации);
4. образование рубцовой ткани с осложнениями на веке.

**88.** При врожденной лейкоме роговицы характерно:

1. причиной является внутриутробное воспаление;
2. имеется васкуляризация;
3. могут быть передние синехии;
4. отмечается амблиопия.

При лентовидной дистрофии роговицы справедливо следующее:

1. встречается у детей;
2. связана с артритом и иритом;

3. появляется в области интерпальпебральной щели;
4. острота зрения значительно снижена.

При решетчатой дистрофии роговицы имеет место:

1. линии стромы представляют дегенерированные нервы роговицы;
2. чувствительность роговицы постепенно снижается;
3. эпителий становится шероховатым, огрубевшим;
4. отсутствуют признаки воспаления.

**91.** При остром кератоконусе справедливо:

1. сопровождается внезапным значительным снижением зрения;
2. сопровождается значительным отеком роговицы;
3. после купирования острого процесса дает улучшение зрения;
4. отек роговицы является обратимым.

Сифилитический кератит сопровождается:

1. ранним появлением боли и светобоязни;
2. образованием синехий;
3. стромальной пленкой, наиболее плотной в центре;
4. снижается острота зрения.

При эпидемическом кератоконъюнктивите может наблюдаться следующее:

1. острый фолликулярный конъюнктивит;
2. симптомы общей инфекционной интоксикации организма;
3. снижение остроты зрения;
4. смешанная инъекция глазного яблока.

Признаками нейропаралитического кератита являются:

1. светобоязнь и слезотечение;
2. блефароспазм;
3. эрозия роговицы с последующим изъятием;
4. снижение остроты зрения.

Преимуществом контактных линз перед очками является:

1. более широкое поле зрения;
2. близкая к нормальной величина изображения;
3. косметическое преимущество;
4. более высокая острота зрения.

Для синдрома Сьегрена характерно:

1. поражение слюнных и слезных желез;
2. развитие сухого кератоконъюнктивита;

3. светобоязнь и болевой синдром;
4. снижение зрения.

Для роговичного синдрома характерно:

1. светобоязнь и слезотечение;
2. блефароспазм;
3. ощущение инородного тела под веками;
4. снижение остроты зрения.

**98.** Для диагностики офтальмогерпеса являются важными:

1. цитологическая диагностика;
2. забор крови на вирусемию;
3. метод флюоресцирующих антител;
4. сбор анамнеза.

**99.** Для лечения внутриглазного герпеса:

1. химиотерапевтические средства;
2. специфические противовирусные средства;
3. иммунокорректирующие средства;
4. хирургические методы лечения.

Этиология увеитов связана с:

1. условиями жизни населения;
2. циркуляцией возбудителя;
3. наличием условий передачи инфекции;
4. условиями питания человека.

#### Вариант №4

При перечислении возможных вариантов ответов, обозначенных буквами, выбрать один правильный ответ согласно схеме:

- а – если правильная комбинация (1, 2, 3);
- б – если правильная комбинация (1, 3);
- в – если правильная комбинация (2, 4);
- г – если верен только ответ (4);
- д – если все ответы правильные (1, 2, 3, 4).

**01.** На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика первичной открытоугольной и закрытоугольной глаукомы:

1. наличие или отсутствие жалоб со стороны органа зрения.
2. глубина передней камеры.
3. степень открытия угла передней камеры.
4. состояние диска зрительного нерва.

**02.** Наиболее значимым для диагностики первичной глаукомы является:

1. суточная тонометрия;
2. тонография;
3. гониоскопия;
4. исследование центрального и периферического поля зрения.

**03.** Атрофия зрительного нерва при глаукоме зависит от:

1. степени повышения внутриглазного давления.
2. соотношения внутриглазного давления и давления в сосудах, питающих диск зрительного нерва.
3. потери астроглиального слоя зрительного нерва
4. уменьшения продукции внутриглазной жидкости

**04.** О стабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:

1. увеличение глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва.
2. усиление пигментации структур УПК.
3. сужение границ поля зрения по назальным меридианам.
4. нормальные цифры внутриглазного давления.

**05.** Тактика врача при фактоморфической глаукоме:

1. применение общей и местной гипотензивной терапии.
2. экстракция катаракты.
3. лазерная базальная иридэктомия или трабекулопластика.

4. комбинация экстракции катаракты и синусотрабекулэктомии.

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

1. характер жалоб.
2. глубина передней камеры.
3. состояние радужки и ширина зрачка.
4. наличие преципитатов.

**07.** Первичная открытоугольная глаукома наиболее опасна в силу:

1. ее частоты.
2. внезапного начала.
3. потери остроты зрения.
4. бессимптомного течения.

**08.** При невритах зрительного нерва зрение:

1. не изменяется.
2. снижается незначительно.
3. снижается медленно, но значительно.
4. снижается значительно и быстро.

**09.** При неврите зрительного нерва проминенция диска:

1. резко выражена.
2. имеет место экскавация диска.
3. отсутствует.
4. незначительная, плоская.

**10.** При неврите зрительного нерва цвет диска:

1. не меняется.
2. резко гиперемирован.
3. бледный.
4. умеренно гиперемирован.

**11.** При застойных дисках зрительного нерва со стороны ретинальных сосудов отмечается:

1. сужение венул и расширение артериол
2. сужение артериол и венул.
3. расширение венул и сужение артериол.
4. расширение артериол и венул.

**12.** При друзах зрительного нерва со стороны ретинальных сосудов отмечается:

1. расширение артериол и венул;

2. сужение артериол и венул;
3. расширение артериол и сужение венул;
4. сосуды сетчатки не изменены.

**13.** При ишемической нейропатии со стороны ретинальных сосудов отмечается:

1. расширение артериол и венул;
2. сужение артериол и венул;
3. расширение артериол и сужение венул
4. сужение артериол и расширение венулю

**14.** При неврите зрительного нерва в острый период заболевания стекловидное тело:

1. сохраняется интактным;
2. имеют место кровоизлияния;
3. имеет место экссудативный выпот;
4. формируется отслойка стекловидного тела.

**15.** Кровоизлияния при неврите зрительного нерва локализуются:

1. по всему глазному дну;
2. в макулярной области;
3. на периферии глазного дна;
4. на диске или около него.

**16.** При периферической форме ретробульбарных невритов наблюдается:

1. центральная скотома;
2. концентрическое сужение поля зрения;
3. секторальные выпадения;
4. аркоподобные скотомы.

**17.** При аксиальной форме ретробульбарных невритов наблюдается:

1. центральная скотома;
2. концентрическое сужение поля зрения;
3. аркоподобные скотомы;
4. секторальные выпадения.

**18.** При задней ишемической нейропатии наблюдается:

1. центральная скотома;
2. концентрическое сужение поля зрения;
3. аркоподобные скотомы;
4. секторальное выпадение поля зрения.

**19.** Для оптической ишемической нейропатии характерно:

1. медленное незначительное снижение зрения;
2. постепенное, но значительное снижение зрения;
3. сохранение зрения неизменным;
4. резкое и значительное снижение зрения.

**20.** Диск зрительного нерва при ишемической оптической нейропатии имеет:

1. насыщенно розовый цвет;
2. бледный ишемический цвет;
3. серый цвет;
4. ступенчатые границы.

**21.** Причины развития сегментарной атрофии радужки после острого приступа глаукомы:

1. коллапс склерального синуса;
2. тромбоз вортикозных вен;
3. паралич аккомодации;
4. странгуляция сосудов радужки.

**22.** Общее в течении первичной открытоугольной и закрытоугольной глауком:

1. увеличение пигментации угла передней камеры;
2. сужение зрачка;
3. развитие глаукоматозной атрофии зрительного нерва;
4. миопизация рефракции.

**23.** «Симптом кобры» указывает на:

1. гипертоническую ангиопатию
2. нарушение кровообращения в сосудах цилиарного тела;
3. тромбоз ЦВС;
4. повышение внутриглазного давления.

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

1. тонографии;
2. гониоскопии;
3. ретроградном заполнении шлеммова канала кровью;
4. гониоскопии с компрессией роговицы.

**25.** Для факоморфической глаукомы характерна:

1. сублюксация хрусталика;
2. перезревающая катаракта;
3. ядерная катаракта;

4. набухающая катаракта.

**26.** Чем объясняется наиболее раннее появление скотом парацентральной области Бьерума при глаукоме:

1. особенностями кровообращения сетчатки;
2. особенностями хода аксонов ганглиозных клеток;
3. особенностями биомеханики решетчатой пластинки.
4. особенностями расположения нервных волокон на диске зрительного нерва.

**27.** Стадия первичной глаукомы оценивается по показателям:

1. остроты зрения;
2. площади глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва
3. уровня внутриглазного давления;
4. состояния поля зрения.

**28.** Верхняя граница нормы внутриглазного давления при измерении тонометром Маклакова:

1. 20 мм рт. ст.;
2. 24 мм рт. ст.;
3. 26 мм рт. ст.;
4. 27 мм рт. ст.

**29.** Верхняя граница истинного внутриглазного давления:

1. 17 мм рт. ст.
2. 19 мм рт. ст.;
3. 25 мм рт. ст.;
4. 21 мм рт. ст.;

**30.** Нижние границы показателя коэффициента легкости оттока (C) составляют:

1. 0,17 мм<sup>3</sup>/(мм рт. ст.) мин;
2. 0,20 мм<sup>3</sup>/(мм рт. ст.) мин;
3. 0,25 мм<sup>3</sup>/(мм рт. ст.) мин
4. 0,13 мм<sup>3</sup>/(мм рт. ст.) мин.

**31.** Типы суточных колебаний внутриглазного давления:

1. утренний тип;
2. вечерний тип;
3. дневной тип;
4. возможны комбинации.

**32.** Продукция водянистой влаги осуществляется:

1. в плоской части цилиарного тела;

2. пигментным листком радужки
3. эпителием радужной оболочки;
4. в отростках цилиарного тела.

**33.** В основе патогенеза врожденной глаукомы лежит:

1. неправильное положение структур угла передней камеры;
2. недостаточная дифференциация корнео-склеральных трабекул;
3. наличие мезодермальной ткани в углу передней камеры;
4. изменение в дренажной системе на уровне интрасклеральной зоны.

**34.** Толерантность зрительного нерва к повышенному ВГД определяется:

1. степенью развития опорной ткани в диске зрительного нерва;
2. интенсивностью кровоснабжения тканей диска и ретроламинарной области;
3. уровнем перфузионного давления;
4. уровнем ликворного давления.

**35.** В ранней диагностике глаукомы наиболее информативны:

1. суточная тонометрия;
2. тонография;
3. исследование поля зрения;
4. биомикроскопия переднего отрезка глаза;

**36.** О нестабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:

1. снижение остроты зрения;
2. появление болей в глазу;
3. отек роговицы;
4. сужение поля зрения.

**37.** Динамику глаукоматозного процесса характеризуют:

1. величина внутриглазного давления;
2. величина коэффициента легкости оттока;
3. состояние поля зрения;
4. состояние гемодинамики;

**38.** Злокачественная форма первичной закрытоугольной глаукомы может возникнуть:

1. при витреальном блоке;
2. при хрусталиковом блоке;
3. при блоке шлеммова канала;
4. при сочетании различных видов блоков.

**39.** Различают следующие клинические формы первичной глаукомы:

1. открытоугольная, псевдоэксфолиативная
2. закрытоугольная, открытоугольная
3. неоваскулярная, травматическая;
4. смешанная.

**40.** К вторичной сосудистой глаукоме относят:

1. гетерохромную увеопатию (Фукса);
2. эксфолиативную глаукому;
3. глаукомоциклитический криз;
4. неоваскулярную.

**41.** Одна из форм офтальмогипертензии:

1. ювенильная;
2. открытоугольная;
3. закрытоугольная;
4. эссенциальная.

**42.** Тактика врача после постановки диагноза «офтальмогипертензия с факторами риска»:

1. никаких лечебных назначений, периодический осмотр;
2. физиотерапевтическое лечение;
3. лазерная операция;
4. назначение гипотензивных капель.

**43.** Назначение тимолола больным глаукомой противопоказано при:

1. гепатите;
2. бронхиальной астме;
3. мочекаменной болезни;
4. аденоме простаты.

**44.** Побочное действие глазных капель с клофелином включает:

1. понижение артериального давления;
2. брадикардия;
3. бронхиальный спазм;
4. сонливость.

**45.** Сочетанное повреждение глаза характеризуется:

1. проникающим ранением глазного яблока с внутриглазным инородным телом;
2. контузией глазного яблока в сочетании с проникающим ранением;
3. контузией глазного яблока, осложненной гемофтальмом и сублюксацией хрусталика;
4. повреждением органа зрения и травмой других органов.

**46.** Комбинированное повреждение глаза характеризуется:

1. контузией глаза в сочетании с сублюксацией хрусталика;
2. повреждением глазного яблока и других органов;
3. одновременным воздействием на глаз нескольких повреждающих факторов;
4. проникающим ранением глазного яблока и век.

**47.** Хирургическая обработка раны называется первичной, если проводится:

1. в первые 24 часа после травмы;
2. через 24-48 часов после травмы;
3. через 5 суток после травмы;
4. после стихания острых воспалительных явлений.

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

1. достижение полной герметизации раны;
2. установление дренажа;
3. восстановление иннервации и кровоснабжения травмированного участка века;
4. восстановление маргинального края века

**49.** Факодонез определяется при:

1. дистрофических изменениях в радужной оболочке;
1. глаукоме;
3. отслойке цилиарного тела;
4. сублюксации хрусталика.

**50.** Берлиновское помутнение характеризуется:

1. эпителиально-эндотелиальной дистрофией;
2. локальным помутнением хрусталика;
3. развитием плавающих и фиксированных помутнений в стекловидном теле;
4. ограниченным помутнением сетчатки.

**51.** Наибольшую вероятность развития воспалительных и гидродинамических осложнений представляет проникающее ранение:

- 1) роговичной локализации;
- 2) склеральной локализации;
- 3) конъюнктивальной локализации;
- 4) корнеосклеральной локализации.

**52.** При выпадении радужной оболочки в рану вследствие проникающего ранения глазного яблока следует:

- 1) иссечь нежизнеспособные участки радужки;

- 2) вправить радужку и провести реконструкцию;
- 3) оросить раствором антибиотика, вправить радужку и провести реконструкцию;
- 4) в каждом случае решать индивидуально.

**53.** При роговичном ранении в ходе первичной хирургической обработки для восстановления передней камеры используется:

- 1) физиологический раствор;
- 2) стерильный воздух;
- 3) хеалон, или другой вискоэластик;
- 4) физиологический раствор с кортикостероидами.

Энуклеация при первичной хирургической обработке может быть проведена при:

- 1) невозможности восстановления целостности глазного яблока;
- 2) эндофтальмите;
- 3) разрушении глазного яблока;
- 4) сквозных ранениях глазного яблока.

Абсолютными признаками нахождения инородного тела в глазу являются:

- 1) травматический гемофтальм;
- 2) клинически определяемые признаки металлоза;
- 3) травматическая катаракта;
- 4) голубовато-золотистые отложения в роговице.

Инородное тело, расположенное в слоях роговицы, подлежит удалению в следующих случаях:

- 1) при расположении в средних слоях;
- 2) при расположении в поверхностных слоях;
- 3) если это стеклянный или деревянный осколок;
- 4) если это металлический осколок.

Методика рентгенографии по Фогту проводится:

- 1) для обнаружения неметаллических инородных тел;
- 2) для определения локализации осколков в заднем полюсе глаза;
- 3) для локализации слабоконтрастных инородных тел;
- 4) для определения подвижности осколка.

Сидероз глазного яблока характеризуется:

- 1) коричневой пигментацией вокруг осколка;
- 2) коричневыми отложениями в хрусталике;
- 3) изменением цвета радужки;
- 4) отложением пигмента в области Шлеммова канала.

В дифференциальной диагностике паноптальмита и эндофтальмита отмечается:

- 1) обильное отделяемое из глаза;
- 2) умеренный экзофтальм;
- 3) воспалительный отек век, хемоз;
- 4) общая интоксикация организма.

Симптомами травматического иридоциклита являются:

- 1) светобоязнь и слезотечение;
- 2) перикорнеальная инъекция;
- 3) болезненность при пальпации и движениях глаза;
- 4) отек макулярной зоны сетчатки;

Лечение прободных ранений глазного яблока должно проводиться:

- 1) в амбулаторных условиях;
- 2) в условиях специализированного стационара;
- 3) в стационаре общего профиля;
- 4) в глазном отделении стационара.

Внутриглазное инородное тело следует удалить:

- 1) диасклерально;
- 2) через плоскую часть цилиарного тела;
- 3) через корнеосклеральный разрез;
- 4) выбор доступа индивидуален;
- 5) через раневой канал.

Тактика врача при инородном теле, вколоченном в оболочки заднего полюса глаза:

- 1) необходимо немедленное удаление;
- 2) требует выжидательной тактики на фоне противовоспалительной терапии;
- 3) подлежит барражированию лазером для создания капсулы;
- 4) может быть удалено трансквитреально;
- 5) может быть удалено через передний отрезок.

Субатрофия глазного яблока после травмы может быть обусловлена:

- 1) отслойкой сетчатки или цилиарного тела;
- 2) результатом воспалительной пролиферации в стекловидном теле;
- 3) фильтрацией в области раны;
- 4) рубцовой деформацией глазного яблока;
- 5) длительной гипотонией.

При лечении ожогов век используются:

- 1) антигистаминные препараты;

- 2) антибиотики;
- 3) кортикостероиды;
- 4) диуретики;
- 5) гипотензивные препараты.

В диагностике внутриглазных инородных тел используется:

- 1) рентгенография;
- 2) биомикроскопия;
- 3) гониоскопия;
- 4) термография;
- 5) магнитнорезонансная томография.

Абсолютным признаком проникающего ранения является:

- 1) пузырек воздуха в стекловидном теле;
- 2) ущемление в ране внутренних оболочек глаза;
- 3) травматическая колобома радужки;
- 4) тотальный гемофтальм;
- 5) пониженное внутриглазное давления.

Для повреждения глаз ультрафиолетовым облучением характерно:

- 1) слезотечение;
- 2) фотофобия;
- 3) инъекция глазного яблока;
- 4) помутнение стекловидного тела;
- 5) воспаление глазодвигательных мышц.

Компьютерная томография позволяет:

- 1) определить перелом канала зрительного нерва;
- 2) охарактеризовать объем излившейся крови в стекловидное тело;
- 3) определить плотность инородного тела и расположение осколка по отношению к оболочкам глаза;
- 4) охарактеризовать состояние ретробульбарного пространства;
- 5) определить объем внутриглазного новообразования.

Врожденный амавроз Лебера характеризуется следующими симптомами:

- 1) кератоконус;
- 2) слепота;
- 3) значительное снижение ЭРГ;
- 4) атрофия зрительного нерва;
- 5) гипоплазия зрительного нерва.

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

- 1) извитость сосудов сетчатки в заднем полюсе;
- 2) экстраретинальная фиброваскулярная ткань в области гребня;
- 3) наличие гребня над поверхностью сетчатки;
- 4) помутнение роговицы;
- 5) помутнение хрусталика.

Электрофизиологические исследования в офтальмологии включают следующие методы:

- 1) компьютерная периметрия;
- 2) регистрация общей электроретинограммы;
- 3) нейросонография;
- 4) регистрация зрительных вызванных потенциалов;
- 5) реоэнцефалография.

Причиной развития церебральных зрительных поражений у детей раннего возраста могут быть:

- 1) черепно-мозговая травма;
- 2) внутриутробные инфекции ЦНС;
- 3) хромосомные aberrации;
- 4) интракраниальные новообразования;
- 5) перинатальная гипоксически-ишемическая энцефалопатия.

В стекловидное тело вводятся лекарственные препараты:

- 1) противовоспалительного действия;
- 2) антиглаукоматозного действия;
- 3) сосудорасширяющего действия;
- 4) миотики;
- 5) мидриатики.

Лечебная ретробульбарная (парабульбарная) блокада проводится при:

- 1) конъюнктивитах;
- 2) абсолютной болящей глаукоме;
- 3) дакриоцистите;
- 4) иритах;
- 5) невритах.

Инсулиновая мазь показана при состояниях:

- 1) диабетической ретинопатии;

- 2) дистрофических кератитах;
- 3) диабетическом иридоциклите;
- 4) конъюнктивите;
- 5) флегмоне слезного мешка.

Наиболее эффективно введение ферментного препарата в виде:

- 1) капель;
- 2) пара- и ретробульбарных инъекций;
- 3) мази;
- 4) электрофореза;
- 5) суспензии.

К средствам, влияющим на свертываемость крови, относятся:

- 1) мочевины;
- 2) фениллин, эскузан, гепарин;
- 3) ангины;
- 4) дицинон;
- 5) солкосерил.

Из перечисленных заболеваний применение лазера показано при:

- 1) диабетической флебопатии;
- 2) диабетическом ирите;
- 3) диабетическом рубеозе;
- 4) диабетическом конъюнктивите;
- 5) диабетическом блефарите.

В слезоотводящие пути лекарственные вещества вводятся всеми перечисленными путями:

- 1) через нижнюю слезную точку;
- 2) через верхнюю слезную точку;
- 3) эндоназально;
- 4) закапыванием в конъюнктивальный мешок;
- 5) субконъюнктивальных инъекций.

Показаниями для назначения солкосерила являются:

- 1) воспалительные заболевания переднего отрезка глаза;
- 2) заболевания слезоотводящих путей;
- 3) дегенеративные хориoretинальные заболевания;
- 4) проникающая травма с внутриглазным инородным телом;
- 5) внутриглазная опухоль.

Лидаза при диабетической ангиоретинопатии назначается при:

- 1) геморрагической форме;
- 2) пролиферативной ретинопатии;
- 3) склеротической форме;
- 4) отсутствии изменений сетчатки и сосудов;
- 5) флебопатии.

Жесткие контактные линзы могут изготавливаться из:

- 1) полиметилметакрилата (ПММА);
- 2) силикон-акрилата;
- 3) силиконовой резины;
- 4) полигидроксиэтилметакрилата (pHEMA);
- 5) нейлона.

Преимуществами жестких контактных линз являются:

- 1) дают хорошее зрение;
- 2) корригируют астигматизм;
- 3) легко сохраняются;
- 4) корригируют как миопию, так и гиперметропию;
- 5) низкая стоимость.

Стекловидное тело выполняет все функции:

- 1) трофическую функцию;
- 2) «буферную» функцию;
- 3) светопроводящую функцию;
- 4) опорную функцию;
- 5) поддержания офтальмотонуса.

Для каротидно-кавернозного соустья характерно:

- 1) развитие пульсирующего экзофтальма;
- 2) расширение эпibuльбарных сосудов;
- 3) сосудистый шум над глазом;
- 4) развитие конъюнктивита;
- 5) перикорнеальная инъекция.

При склерите характерно:

- 1) повреждение склерального покрова;
- 2) наличие боли;
- 3) болезнь соединительной ткани;
- 4) не требует срочного хирургического лечения;

5) истончение склеры.

Для пигментного кольца Кайзер-Флейшера при болезни Вильсона справедливо:

- 1) расположено в десцеметовой мембране;
- 2) является отложением меди;
- 3) эндотелий прозрачен;
- 4) не требует срочного хирургического лечения;
- 5) имеет диагностическое значение.

При увеитах поражается:

- 1) сетчатка;
- 2) зрительный нерв;
- 3) цилиарное тело;
- 4) слезная железа;
- 5) кости орбиты.

В патогенезе увеитов ведущее значение принадлежит:

- 1) генетическому предрасположению к иммунным расстройствам;
- 2) острым и хроническим инфекциям в организме;
- 3) физическим факторам воздействия;
- 4) психосоматическому состоянию;
- 5) возрасту человека.

Для туберкулезного увеита характерно:

- 1) острое течение;
- 2) подострое течение;
- 3) хроническое рецидивирующее течение;
- 4) полиморфное течение;
- 5) сочетание с внеглазными формами заболевания.

Лечение тромбозов вен сетчатки включает:

- 1) тромболитики;
- 2) антикоагулянты и антиагреганты;
- 3) ангиопротекторы;
- 4) мочегонные средства;
- 5) лазертерапию.

Рассечение силиконовой ленты при послеоперационной миопии по поводу отслойки сетчатки показано не ранее:

- 1) 6-го дня после операции;
- 2) 1 месяца после операции;

- 3) полугодом после операции;
- 4) 2-х месяцев после операции;
- 5) через год после операции.

Изменения в стекловидном теле при сахарном диабете касаются:

- 1) задней отслойки стекловидного тела;
- 2) неоваскуляризации;
- 3) геморрагий;
- 4) шварт;
- 5) деструкции стекловидного тела.

В случаях застойных дисков ведущая роль принадлежит:

- 1) офтальмологу;
- 2) невропатологу;
- 3) нейрохирургу;
- 4) терапевту;
- 5) эндокринологу.

При «зрачковом блоке» имеют место все перечисленные клинические симптомы:

- 1) повышение внутриглазного давления;
- 2) нарушение сообщения между передней и задней камерой;
- 3) передняя камера мелкая;
- 4) передняя камера глубокая;
- 5) угол передней камеры открыт.

Лазерные гипотензивные вмешательства включают:

- 1) лазерную трабекулопластику;
- 2) лазерную иридэктомию;
- 3) гониопластику;
- 4) лазерную кератокоагуляцию;
- 5) лазерную панкоагуляцию сетчатки.

При контузии глазного яблока возможны:

- 1) субконъюнктивальный разрыв склеры;
- 2) внутриглазная гипотония;
- 3) внутриглазная гипертензия;
- 4) люксация хрусталика;
- 5) берлиновское помутнение сетчатки.

При ранении конъюнктивы глазного яблока хирургу следует:

- 1) наложить швы на рану конъюнктивы более 5 мм;

- 2) произвести ревизию склеры в зоне ранения конъюнктивы;
- 3) сделать инъекцию антибиотика под конъюнктиву;
- 4) закапать дезинфицирующие средства;
- 5) провести профилактику от столбняка.

Признаками синдрома Ушера 1 и 2 типа являются следующие симптомы:

- 1) врожденный пигментный ретинит;
- 2) глиома зрительного нерва;
- 3) врожденная глухота;
- 4) помутнение роговицы;
- 5) отек диска зрительного нерва.