



GEE!TEST

тест по
офтальмологии

by oldkyx



Тест по офтальмологии

система подготовки к тестам Gee Test
oldkyx.com

Список вопросов по офтальмологии

1. Основные структурные оболочки глазного яблока:

- 1) [+]Фиброзная капсула, хориоидея, сетчатка.
 - 2) [-]Конъюнктивa, роговица, радужка.
 - 3) [-]Веки, тенонова капсула, экстраокулярные мышцы.
 - 4) [-]Роговица, хрусталик, стекловидное тело
-

2. Переднезадний размер глазного яблока при эмметропии в среднем равен:

- 1) [-]20 мм.
 - 2) [-]26 мм.
 - 3) [+]24 мм.
 - 4) [-]28 мм.
-

3. Слабое место в переднем отрезке глазного яблока при его контузиях:

- 1) [-]Склера в зоне проекции выхода из глаза вортикозных вен. *2. Лимб в зоне проекции венозного склерального синуса (Шлеммова канала).
 - 2) [+]Роговица в оптической зоне.
 - 3) [-]Конъюнктивa в области сводов.
 - 4) [+]Склера на участках между местами прикрепления экстраокулярных мышц.
-

4. Толщина роговицы от центра к периферии:

- 1) [+]Увеличивается.
- 2) [-]Уменьшается.
- 3) [-]Не изменяется.

5. Наиболее тонкая часть склеры в заднем отрезке глазного яблока:

- 1) [-]В проекции плоской части цилиарного тела.
 - 2) [-]Места прикрепления экстраокулярных мышц.
 - 3) [+]Решетчатая пластинка.
 - 4) [-]В проекции макулы.
-

6. Функция роговицы:

- 1) [+]Оптическая.
 - 2) [-]Секреторная.
 - 3) [-]Трофическая.
 - 4) [-]Аккомодативная.
 - 5) [+]Защитная
-

7. Функция склеры:

- 1) [-]Оптическая.
 - 2) [+]Каркасная.
 - 3) [-]Трофическая.
 - 4) [-]Аккомодативная.
 - 5) [+]Защитная.
-

8. Функция ресничного тела:

- 1) [-]Оптическая.
 - 2) [-]Каркасная.
 - 3) [-]Защитная.
 - 4) [+]Аккомодативная.
 - 5) [+]Продукция внутриглазной жидкости.
-

9. Функция радужки:

- 1) [-]Светопреломление.
 - 2) [-]Аккомодация.
 - 3) [+]Диафрагмирование.
 - 4) [-]Световосприятие.
-

10. Функция хориоидеи:

- 1) [-]Защитная.
 - 2) [-]Опорная.
 - 3) [+]Трофическая.
 - 4) [-]Секреторная.
-

11. Функция сетчатки:

- 1) [+]Световосприятие.
 - 2) [-]Диафрагмирование.
 - 3) [-]Аккомодация.
 - 4) [-]Светопреломление.
 - 5) [+]Цветовосприятие.
-

12. Функция хрусталика:

- 1) [-]Световосприятие.
 - 2) [-]Диафрагмирование.
 - 3) [+]Аккомодация.
 - 4) [+]Светопреломление.
-

13. Преломляющая сила роговицы:

- 1) [-]20 Д.
- 2) [-]30 Д.
- 3) [+]40 Д.
- 4) [-]50 Д.

14. Преломляющая сила хрусталика в покое аккомодации:

- 1) [+] 20 Д.
- 2) [-] 30 Д.
- 3) [-] 40 Д.
- 4) [-] 50 Д.

15. К методам оценки прозрачности преломляющих сред глаза не относится:

- 1) [-]Биомикроскопия.
- 2) [-]Боковое (фокальное) освещение.
- 3) [-]Исследование в проходящем свете
- 4) [+]Рефрактометрия.
- 5) [+]Скиаскопия

16. Горизонтальный диаметр роговицы в норме:

- 1) [+] 12 мм.
- 2) [-] 14 мм.
- 3) [-] 10 мм.
- 4) [-] 9 мм.

17. Прозрачность роговицы обусловлена:

- 1) [-]Диффузией влаги из передней камеры.
- 2) [+]Упорядоченным гистологическим строением.
- 3) [-]Богатой иннервацией.
- 4) [+]Отсутствием кровеносных сосудов.
- 5) [-]Содержанием мукополисахаридов.

18. Метод исследования хрусталика:

- 1) [+]В проходящем свете.
 - 2) [-]Офтальмоскопия.
 - 3) [-]Гониоскопия.
 - 4) [-]Циклоскопия.
 - 5) [+]Биомикроскопия.
-

19. Питание роговицы происходит через:

- 1) [+]Краевую петлистую сосудистую сеть.
 - 2) [-]Влагу передней камеры.
 - 3) [-]Передние конъюнктивальные артерии.
 - 4) [-]Задние короткие ресничные артерии.
-

20. Эмбриогенетическая структура, из которой развивается роговица:

- 1) [-]Мезодерма.
 - 2) [-]Наружная эктодерма.
 - 3) [-]Нервная эктодерма.
 - 4) [-]Энтодерма.
 - 5) [+]Наружная эктодерма и мезодерма.
-

21. Эмбриогенетическая структура, из которой развивается хрусталик:

- 1) [-]Мезодерма.
 - 2) [+]Наружная эктодерма.
 - 3) [-]Нервная эктодерма.
 - 4) [-]Энтодерма.
-

22. Отёк век при травмах быстро развивается

Вследствие:

- 1) [-]Обильной васкуляризации.
 - 2) [-]Тонкой кожи.
 - 3) [+]Рыхлой, лишенной жира подкожной клетчатки.
 - 4) [-]Отсутствия подкожной клетчатки.
-

23. Ксероз роговицы - это:

- 1) [+]Высыхание поверхности.
 - 2) [-]Нарушение прозрачности.
 - 3) [-]Снижение чувствительности.
 - 4) [-]Нарушение сферичности.
-

24. Нерв, иннервирующий мышцу, поднимающую верхнее веко (m. levator palpebrae superior):

- 1) [-]N. Facialis.
 - 2) [-]N. Nasociliaris.
 - 3) [-]N. Opticus.
 - 4) [+]N. Oculomotorius.
 - 5) [+]Нервные волокна truncus simpaticus.
-

25. Порция круговой мышцы век, участвующая в смыкании глазной щели при мигании:

- 1) [+]Пальпебральная.
 - 2) [-]Орбитальная.
 - 3) [-]Слезная.
 - 4) [-]Конъюнктивальная.
-

26. Нерв, иннервирующий круговую мышцу

глаза (m. orbicularis oculi):

- 1) [+]N. Facialis.
 - 2) [-]N. Nasociliaris.
 - 3) [-]N. Opticus.
 - 4) [-]N. Oculomotorius.
-

27. Лимфатические сосуды верхнего века впадают в лимфатические узлы:

- 1) [+]Предушные.
 - 2) [-]Подчелюстные.
 - 3) [-]Затылочные.
 - 4) [-]Шейные.
-

28. Лимфатические сосуды нижнего века впадают в лимфатические узлы:

- 1) [-]Предушные.
 - 2) [+]Подчелюстные.
 - 3) [-]Затылочные.
 - 4) [-]Шейные.
-

29. Чувствительная иннервация роговицы осуществляется:

- 1) [-]N. Facialis.
 - 2) [-]N. Nasociliaris.
 - 3) [+]N. Ophthalmicus.
 - 4) [-]N. Oculomotorius.
-

30. Двигательная иннервацию век осуществляется:

- 1) [+]N. Facialis.
 - 2) [-]N. Nasociliaris.
 - 3) [-]N. Ophthalmicus.
 - 4) [+]N. Oculomotorius.
-

31. Нерв, не участвующий в чувствительной иннервации конъюнктивы:

- 1) [-]N. Maxillaris.
 - 2) [-]N. Nasociliaris.
 - 3) [-]N. Lacrimalis.
 - 4) [+]N. Frontalis.
-

32. Метод исследования конъюнктивы:

- 1) [-]Диафаноскопия. *2. Боковое (фокальное) освещение.
 - 2) [+]Офтальмоскопия.
 - 3) [-]В проходящем свете.
 - 4) [+]Биомикроскопия.
-

33. Расположение мейбомиевых желез:

- 1) [+]В толще хряща.
 - 2) [-]По краю век.
 - 3) [-]В нижней переходной складке.
 - 4) [-]В верхней переходной складке.
-

34. Расположение слюнных и потовых желез на веках:

- 1) [-]В толще хряща.
- 2) [+]По краю век.
- 3) [-]В нижней переходной складке.

4) [-]В верхней переходной складке.

35. Двигательная иннервация мышечного аппарата глаза осуществляется:

- 1) [-]N. Maxillaris.
 - 2) [+]N. Trochlearis.
 - 3) [-]N. Lacrimalis.
 - 4) [+]N. Oculomotorius.
 - 5) [-]N. Ophthalmicus.
-

36. Большинство глазных мышц начинается от:

- 1) [+]Сухожильного кольца Цинна.
 - 2) [-]Foramen rotundum.
 - 3) [-]Верхней глазничной щели.
 - 4) [-]Нижней глазничной щели.
-

37. иннервирует все экстраокулярные мышцы, кроме:

- 1) [-]Внутренней прямой.
 - 2) [+]Верхней косой.
 - 3) [-]Нижней прямой.
 - 4) [+]Наружной прямой.
 - 5) [-]Нижней косой.
-

38. Мышцы глазного яблока, не являющиеся антагонистами:

- 1) [-]Верхняя косая и нижняя косая.
- 2) [-]Наружная прямая и внутренняя прямая.
- 3) [-]Верхняя прямая и нижняя прямая.

4) [-]Верхняя косая и верхняя прямая.

5) [+]Верхняя косая и нижняя прямая.

39. Мышцы глазного яблока, являющиеся синергистами:

1) [+]Нижняя косая и наружная прямая.

2) [-]Наружная прямая и внутренняя прямая.

3) [-]Верхняя прямая и наружная прямая.

4) [+]Нижняя прямая и верхняя косая.

40. Глазная мышца, начинающаяся не от сухожильного кольца Цинна:

1) [-]Наружная прямая.

2) [-]Внутренняя прямая.

3) [-]Верхняя прямая.

4) [-]Нижняя прямая.

5) [-]Верхняя косая.

6) [+]Нижняя косая.

41. Клеточные элементы сетчатки, не являющиеся нейронами:

1) [-]Фоторецепторы.

2) [+]Глиальные клетки Мюллера.

3) [-]Биполярные клетки.

4) [-]Ганглиозные клетки.

42. Анатомическое образование, не участвующее в образовании угла передней камеры:

- 1) [-]Трабекулярная сеточка.
 - 2) [-]Радужная оболочка.
 - 3) [-]Цилиарное тело.
 - 4) [+]Циннова связка.
 - 5) [-]Склеральная шпора.
-

43. Глазодвигательная мышца, отводящая глаз:

- 1) [+]Наружная прямая.
 - 2) [-]Нижняя прямая.
 - 3) [-]Верхняя прямая.
 - 4) [-]Внутренняя прямая.
 - 5) [+]Верхняя косая.
-

44. Глазодвигательная мышца, приводящая глаз:

- 1) [-]Наружная прямая.
 - 2) [-]Верхняя косая.
 - 3) [-]Нижняя косая.
 - 4) [+]Внутренняя прямая.
 - 5) [+]Верхняя прямая
-

45. Глазодвигательная мышца, поднимающая глаз:

- 1) [-]Наружная прямая.
 - 2) [+]Нижняя косая.
 - 3) [+]Верхняя прямая.
 - 4) [-]Внутренняя прямая.
 - 5) [-]Верхняя косая.
-

46. Глазодвигательная мышца, опускающая

глаз:

- 1) [-]Наружная прямая.
 - 2) [+]Нижняя прямая.
 - 3) [-]Верхняя прямая.
 - 4) [-]Внутренняя прямая.
 - 5) [+]Верхняя косая.
-

47. Функции верхней косой мышцы:

- 1) [+]Опускание, отведение.
 - 2) [-]Поднимание, отведение.
 - 3) [-]Поднимание, приведение.
 - 4) [-]Опускание, приведение.
-

48. Функции верхней прямой мышцы:

- 1) [-]Опускание, отведение.
 - 2) [-]Поднимание, отведение.
 - 3) [+]Поднимание, приведение.
 - 4) [-]Опускание, приведение.
-

49. Слезоотводящий аппарат включает:

- 1) [-]Слезная железа, слезное озеро, слезный мешок, носослезный канал.
 - 2) [-]Слезные железки Краузе, слезная железа, слезные точки.
 - 3) [+]Слезные точки, слезные канальцы, слезный мешок, носослезный канал.
-

50. Иннервация сфинктера зрачка осуществляется:

- 1) [+]N. Oculomotorius.
 - 2) [-]N. Trigemini.
 - 3) [-]N. Nasociliaris.
 - 4) [-]Нервными волокнами truncus sympaticus.
-

51. Иннервация диллятатора зрачка осуществляется:

- 1) [-]N. Oculomotorius.
 - 2) [-]N. Trigemini.
 - 3) [-]N. Nasociliaris.
 - 4) [+]Нервными волокнами truncus sympaticus.
-

52. Сужение зрачка - это:

- 1) [+]Миоз.
 - 2) [-]Мидриаз.
 - 3) [-]Анизокория.
 - 4) [-]Поликория.
-

53. Расширение зрачка - это:

- 1) [-]Миоз.
 - 2) [+]Мидриаз.
 - 3) [-]Анизокория.
 - 4) [-]Поликория.
-

54. Основные структурные оболочки глазного яблока:

- 1) [+]Фиброзная капсула, хориоидея, сетчатка.
- 2) [-]Конъюнктивa, роговица, радужка.
- 3) [-]Веки, тенонова капсула, экстраокулярные мышцы.

4) [-]Роговица, хрусталик, стекловидное тело.

55. Поликория - это:

1) [-]Неодинаковый диаметр зрачков.

2) [+]Множество сквозных дефектов в радужке вследствие ее дистрофии.

3) [-]Сужение зрачка.

4) [-]Зрачок в виде вертикального овала.

56. Анизокория - это:

1) [+]Неодинаковый диаметр зрачков.

2) [-]Множество зрачков в радужке.

3) [-]Сужение зрачка.

4) [-]Дефект ткани радужки.

57. Латинское название хрусталика:

1) [-]Phacus.

2) [+]Lens.

3) [-]Vitreum.

4) [-]Cornea.

58. Ресничные артерии, образующие хориоидею:

1) [-]Задние длинные.

2) [-]Передние длинные.

3) [+]Задние короткие.

4) [-]Передние короткие.

59. Цилиарное тело кровоснабжается:

1) [+]Art. Ciliaris posteriores longa.

- 2) [-]Art. Centralis retinae.
 - 3) [-]Art. Ciliaris posteriores breves.
 - 4) [-]Art. Supraorbitalis.
-

60. Слой хориоидеи, осуществляющий барьерную функцию:

- 1) [+]Базальная пластинка.
 - 2) [-]Хориокапиллярный.
 - 3) [-]Средние сосуды хориоидеи.
 - 4) [-]Крупные сосуды хориоидеи.
-

61. Название дефекта ткани радужки:

- 1) [+]Колобома.
 - 2) [-]Аниридия.
 - 3) [-]Гетерохромия.
 - 4) [-]Рубеоз.
-

62. Латинское название отсутствия радужки :

- 1) [-]Колобома.
 - 2) [+]Аниридия.
 - 3) [-]Гетерохромия.
 - 4) [-]Рубеоз.
-

63. Латинское название изменения радужки в цвете:

- 1) [-]Колобома.
- 2) [-]Аниридия.
- 3) [+]Гетерохромия.
- 4) [-]Рубеоз .

64. Рубеоз - это патология радужки, означающая:

- 1) [-]Отсутствие мышц, управляющих зрачком.
 - 2) [+]Появление новообразованных сосудов.
 - 3) [-]Разрастание эпителия пигментной каймы.
 - 4) [-]Неравномерная ширина зрачков.
-

65. Латинское название радужки:

- 1) [-]Chorioidea.
 - 2) [-]Retina.
 - 3) [-]Cornea.
 - 4) [+]Iris.
-

66. Оптически деятельная часть сетчатки расположена:

- 1) [+]От диска зрительного нерва до зубчатой линии.
 - 2) [-]От диска зрительного нерва до экватора.
 - 3) [-]От диска зрительного нерва до макулы.
 - 4) [-]От диска зрительного нерва до радужки.
-

67. Минимальная толщина сетчатки:

- 1) [-]У места прикрепления к диску зрительного нерва.
 - 2) [-]У зубчатой линии.
 - 3) [+]В макулярной области.
 - 4) [-]В экваториальной зоне.
-

68. Основные места прикрепления сетчатки к хориоидее:

- 1) [-]Зубчатая линия, проекция выхода вортикозных вен.

- 2) [-]По ходу крупных сосудов сетчатки.
 - 3) [+]Зубчатая линия, диск зрительного нерва.
 - 4) [-]Внутренняя поверхность цилиарного тела, макула.
-

69. Фоторецепторы сетчатки - это:

- 1) [-]Мюллеровские клетки.
 - 2) [-]Клетки пигментного эпителия.
 - 3) [-]Биполярные клетки.
 - 4) [+]Палочки и колбочки.
-

70. Область доминирования колбочек в сетчатке:

- 1) [+]Макула.
 - 2) [-]Экватор.
 - 3) [-]Периферия.
 - 4) [-]У диска зрительного нерва.
-

71. Область доминирования палочек в сетчатке:

- 1) [-]Макула.
 - 2) [-]Экватор.
 - 3) [+]Периферия.
 - 4) [-]У диска зрительного нерва.
-

72. Область сетчатки с наибольшей разрешающей способностью:

- 1) [-]Макула.
- 2) [-]Фовеа.
- 3) [+]Фовеола.
- 4) [-]Парамакула.

73. Метод исследование диска зрительного нерва:

- 1) [-]Гониоскопия.
 - 2) [+]Офтальмоскопия.
 - 3) [-]Циклоскопия.
 - 4) [-]Диафаноскопия.
 - 5) [+]Оптическая когерентная томография.
-

74. Метод исследование угла передней камеры:

- 1) [-]Офтальмоскопия.
 - 2) [-]Биомикроскопия.
 - 3) [+]Гониоскопия.
 - 4) [-]Циклоскопия.
-

75. Средняя глубина передней камеры в норме:

- 1) [-]1 мм.
 - 2) [-]2 мм.
 - 3) [+]3 мм.
 - 4) [-]4 мм.
-

76. Отсутствие хрусталика называется:

- 1) [+]Афакия.
 - 2) [-]Анизометропия.
 - 3) [-]Анизокория.
 - 4) [-]Артифакия.
-

77. Через верхнюю глазничную щель проходят :

- 1) [+]N. Oculomotorius, n. Trochlearis, n. Abducens, v. Ophthalmica superior, ветви n. Trigemini.

2) [-]N. Oculomotorius, n. Trochlearis, n. Abducens, v. Ophthalmica superior.

3) [-]N. Oculomotorius, n. Trochlearis, n. Abducens, v. Ophthalmica superior, n. Opticus.

4) [-]N. Oculomotorius, n. Trochlearis, n. Abducens, v. Ophthalmica superior, ветви n. Trigemini, n. Opticus.

78. «Слепое пятно» - это физиологическое выпадение поля зрения в проекции:

1) [-]Крупных сосудов сетчатки.

2) [-]Макулы.

3) [+]Диска зрительного нерва.

4) [-]Экватора.

79. Метод исследования, позволяющий охарактеризовать функцию верхних отделов слезоотводящих путей:

1) [-]Цветная слезно-носовая проба.

2) [+] "Насосная" проба.

3) [-]Промывание слезных путей.

4) [-]Рентгенография слезных путей.

80. В слезоотводящие пути не входят:

1) [-]Слезные канальцы.

2) [-]Слезный мешок.

3) [-]Носо-слезный канал.

4) [+]Слезные железы. *5 Слезное мяско.

81. Название выраженного отека конъюнктивы:

1) [-]Рубеоз.

2) [-]Колобома.

3) [+]Хемоз.

4) [-]Анизокория.

82. Черепно-мозговой нерв, не участвующий в иннервации экстраокулярных мышц:

1) [-]N. Oculomotorius.

2) [-]N. Trochlearis.

3) [+]N. Opticus.

4) [-]N. Abducens.

5) [-]N. Facialis.

83. Метод исследования роговицы:

1) [+]Боковое (фокальное) освещение.

2) [-]Тонометрия.

3) [-]Офтальмоскопия.

4) [-]Диафаноскопия.

5) [+]Биомикроскопия.

84. Метод исследования склеры:

1) [+]Боковое (фокальное) освещение.

2) [-]В проходящем свете.

3) [-]Офтальмоскопия.

4) [-]Циклоскопия.

5) [+]Биомикроскопия.

85. Метод исследования радужки:

1) [+]Боковое (фокальное) освещение.

2) [-]В проходящем свете.

3) [-]Офтальмоскопия.

4) [-]Диафаноскопия.

5) [+]Биомикроскопия.

86. Метод исследования хориоидеи:

1) [-]Боковое (фокальное) освещение.

2) [-]Биомикроскопия.

3) [+]Офтальмоскопия.

4) [-]В проходящем свете.

87. Метод детального исследования сетчатки:

1) [-]Боковое (фокальное) освещение.

2) [-]В проходящем свете.

3) [+]Офтальмоскопия.

4) [-]Диафаноскопия.

5) [+]Оптическая когерентная томография.

88. Способность заметить объект обозначается как:

1) [-]Minimum separabile.

2) [+]Minimum visibile.

3) [-]Minimum cognoscibile.

4) [-]Minimum deformabile.

89. Способность различить детали замеченного объекта обозначается как:

1) [+]Minimum separabile.

2) [-]Minimum visibile.

3) [-]Minimum cognoscibile.

4) [-]Minimum deformabile

90. Способность опознать зрительный образ обозначается как:

- 1) [-]Minimum separabile.
 - 2) [-]Minimum visibile.
 - 3) [+]Minimum cognoscibile.
 - 4) [-]Minimum deformabile.
-

91. Максимальная величина зрительного угла в норме:

- 1) [-]1 градус.
 - 2) [-]1 угловая секунда.
 - 3) [+]1 угловая минута.
 - 4) [-]1 диоптрия.
-

92. Если две точки видны отдельно при зрительном угле в 0,5 угловой минуты, то острота зрения равна:

- 1) [-]Vis=1,0.
 - 2) [-]Vis=0,1.
 - 3) [+]Vis=2,0.
 - 4) [-]Vis=0,5.
-

93. При зрительном угле в 2 угловые минуты острота зрения равна:

- 1) [-]Vis=1,0.
- 2) [-]Vis=0,1.
- 3) [-]Vis=2,0.

4) [+]Vis=0,5.

94. Между остротой зрения и зрительным углом имеется математическая зависимость (связь):

- 1) [+]Обратно пропорциональная.
 - 2) [-]Прямо пропорциональная.
 - 3) [-]Регрессионно-корреляционная.
 - 4) [-]Геометрическая прогрессия.
-

95. Острота зрения по формуле Снеллена рассчитывается следующим образом:

- 1) [+]Vis=d/D.
 - 2) [-]Vis=d x D.
 - 3) [-]Vis=D/d .
-

96. Остроту зрения рассчитывают по:

- 1) [-]Таблицам Рабкина.
 - 2) [-]Уравнению Релея.
 - 3) [+]Формуле Снеллена.
-

97. Для исследования остроты зрения для дали используют:

- 1) [-]Таблицы Рабкина.
 - 2) [-]Скиаскопические линейки.
 - 3) [-]Таблицы Юстовой-Волкова и соавт.
 - 4) [+]Таблицу Головина-Сивцева.
 - 5) [+]Проектор испытательных знаков.
-

98. Для исследования остроты зрения у детей дошкольного возраста используют:

- 1) [-]Таблицы Рабкина.
 - 2) [-]Скиаскопические линейки.
 - 3) [-]Таблицы Юстовой.
 - 4) [-]Таблицу Головина-Сивцева.
 - 5) [+]Таблицу Орловой.
-

99. Аппарат Рота используют для:

- 1) [-]Исследования цветового зрения.
 - 2) [-]Исследования бинокулярного зрения.
 - 3) [+]Освещения визометрических таблиц.
 - 4) [-]Измерения внутриглазного давления.
 - 5) [-]Исследования темновой адаптации.
-

100. Визометрия с помощью таблицы Головина-Сивцева проводится с расстояния:

- 1) [-]10 м.
 - 2) [-]6 м.
 - 3) [+]5 м.
 - 4) [-]3 м.
-

101. Метода, с помощью которого нельзя измерить остроту зрения ниже 0,1:

- 1) [+]Приближение пациента к таблице Рабкина.
 - 2) [-]Использование опто типов Поляка.
 - 3) [-]Счет пациентом пальцев врача.
 - 4) [-]Приближение пациента к таблице Головина-Сивцева.
-

102. Если с 5 м пациент не видит первую строку таблицы Головина-Сивцева, то острота зрения у него:

- 1) [+]Ниже 0.1.
 - 2) [-]Равна 0.1.
 - 3) [-]Выше 0.1.
-

103. Если пациент правильно считает пальцы врача с расстояния 2,5 м, то острота зрения у него равна:

- 1) [-]0.1.
 - 2) [+]0.05.
 - 3) [-]0.01.
 - 4) [-]0.005.
 - 5) [-]0.001.
-

104. Если пациент различает направление движения руки врача у своего лица, то острота зрения равна:

- 1) [-]0.01.
 - 2) [-]0.005.
 - 3) [+]0.001.
 - 4) [-]Светоощущение.
-

105. Если пациент способен отличить свет от темноты, то остроту зрения обозначают как:

- 1) [-]0.01.
 - 2) [-]0.05.
 - 3) [-]0.001.
 - 4) [+]Светоощущение.
 - 5) [-]Амавроз.
-

106. Амавроз - это:

- 1) [-]Отсутствие глазного яблока.
 - 2) [+]Слепота.
 - 3) [-]Отсутствие хрусталика.
 - 4) [-]Слабовидение.
-

107. Термином proectio certa обозначают:

- 1) [-]Нормальные границы поля зрения.
 - 2) [+]Правильную проекцию света.
 - 3) [-]Неправильную проекцию света.
-

108. Термином proectio incerta обозначают:

- 1) [-]Нормальные границы поля зрения.
 - 2) [-]Правильную проекцию света.
 - 3) [+]Неправильную проекцию света.
-

109. Правильная проекция света обозначается как:

- 1) [-]Minimum visibile.
 - 2) [+]Proectio lucis certa.
 - 3) [-]Proectio lucis incerta.
-

110. Неправильная проекция света обозначается как:

- 1) [-]Minimum visibile.
 - 2) [-]Proectio lucis certa.
 - 3) [+]Proectio lucis incerta.
-

111. Объективно остроту зрения можно определить с помощью:

- 1) [-]Таблицы Головина-Сивцева.

- 2) [+]Нистагмааппарата.
 - 3) [-]Оптотипов Поляка.
 - 4) [-]Таблиц Рабкина.
 - 5) [-]Скиаскопической линейки. .
-

112. Остроту зрения для близи исследуют с расстояния:

- 1) [-]20 см.
 - 2) [+]33 см.
 - 3) [-]50 см.
 - 4) [-]1 м.
-

113. Наружная (височная) граница поля зрения составляет:

- 1) [-]60 град.
 - 2) [-]70 град.
 - 3) [+]90 град.
 - 4) [-]180 град.
-

114. Внутренняя (носовая) граница поля зрения составляет:

- 1) [+]60 град.
 - 2) [-]70 град.
 - 3) [-]90 град.
 - 4) [-]180 град.
-

115. Верхняя граница поля зрения в норме составляет:

- 1) [+]50 град.

- 2) [-]70 град.
 - 3) [-]90 град.
 - 4) [-]180 град.
-

116. Нижняя граница поля зрения составляет:

- 1) [-]60 град.
 - 2) [+]70 град.
 - 3) [-]90 град.
 - 4) [-]180 град.
-

117. Границы поля зрения можно измерить с помощью:

- 1) [-]Аппарата Рота.
 - 2) [+]Периметра Гольдманна.
 - 3) [-]Адаптометра.
 - 4) [-]Аномалоскопа.
 - 5) [+]Контрольного метода (по Дондерсу).
-

118. Периметрия неподвижными объектами с изменяющейся величиной и яркостью называется:

- 1) [+]Статической.
 - 2) [-]Кинетической
 - 3) [-]Квантитативной.
-

119. Метод исследования поля зрения на плоскости называется:

- 1) [-]Статической периметрией.
- 2) [-]Кинетической периметрией.

3) [-]Квантитативной периметрией.

4) [+]Кампиметрией.

120. Для исследования цветоощущения нельзя использовать:

1) [-]Таблицы Рабкина.

2) [-]Аномалоскоп Раутиана.

3) [+]Цветотест.

4) [-]Таблицы Юстовой-Волкова и соавт.

121. Для исследования бинокулярного зрения следует использовать:

1) [-]Таблицы Рабкина.

2) [-]Таблицы Сивцева.

3) [-]Аномалоскоп Раутиана.

4) [+]Цветотест.

5) [-]Таблицы Юстовой-Волкова и соавт.

122. Таблицы Рабкина являются:

1) [+]Полихроматическими.

2) [-]Пороговыми.

3) [-]Контрольными.

123. Таблицы Юстовой-Волкова и соавт. являются:

1) [-]Полихроматическими.

2) [+]Пороговыми.

3) [-]Контрольными.

124. Слепота на красный цвет называется:

- 1) [-]Дейтераномалией.
 - 2) [+]Протанопией.
 - 3) [-]Тританопией.
 - 4) [-]Протаномалией.
 - 5) [-]Дейтеранопией.
-

125. Слепота на зеленый цвет называется:

- 1) [-]Дейтераномалией.
 - 2) [-]Протанопией
 - 3) [-]Тританопией
 - 4) [-]Протаномалией.
 - 5) [+]Дейтеранопией.
-

126. Слепота на синий цвет называется:

- 1) [-]Дейтераномалией.
 - 2) [-]Протанопией.
 - 3) [+]Тританопией.
 - 4) [-]Протаномалией.
 - 5) [-]Дейтеранопией.
-

127. В различной степени слабое восприятие зеленого цвета называется:

- 1) [+]Дейтераномалией.
 - 2) [-]Протанопией.
 - 3) [+]Дейтеродефицитом.
 - 4) [-]Протаномалией.
 - 5) [-]Дейтеранопией.
-

128. В различной степени слабое восприятие красного цвета называется:

- 1) [+]Протодефицитом.
 - 2) [-]Протаноопией.
 - 3) [-]Тританоопией.
 - 4) [+]Протаномалией.
 - 5) [-]Дейтераноопией.
-

129. Наиболее выраженная степень патологии при аномальной трихромазии по Рабкину обозначается типом:

- 1) [+]А.
 - 2) [-]В.
 - 3) [-]С.
-

130. Наименее выраженная степень патологии при аномальной трихромазии по Рабкину обозначается типом:

- 1) [-]А.
 - 2) [-]В.
 - 3) [+]С.
-

131. При исследовании цветоощущения с помощью таблиц Юстовой-Волкова и соавт. можно определить наличие:

- 1) [-]Протаномалии, дейтераномалии, тританомалии.
- 2) [-]Протодефицита, дейтеродефицита, тритодефицита.
- 3) [-]Протаномалии, дейтераномалии, тританомалии с определением ее типа А, В или С.
- 4) [+]Протодефицита, дейтеродефицита, тритодефицита с определением его степени 1, 2 или 3.

132. При монокулярном зрении при исследовании на приборе «Цветотест» пациент будет видеть:

- 1) [-]4 кружка.
 - 2) [-]5 кружков.
 - 3) [+]2 зеленых, либо 3 красных кружка.
-

133. Если пациент сам видит скотому в виде темного пятна, то она называется:

- 1) [-]Относительной.
 - 2) [-]Абсолютной.
 - 3) [+]Положительной.
 - 4) [-]Отрицательной.
-

134. Если пациент сам не видит скотому, которая выявляется врачом при периметрии, то скотома называется:

- 1) [-]Относительной.
 - 2) [-]Абсолютной.
 - 3) [-]Положительной.
 - 4) [+]Отрицательной.
-

135. Если в зоне скотомы восприятие стимула при периметрии ослаблено, то скотому называют:

- 1) [+]Относительной.
- 2) [-]Абсолютной.
- 3) [-]Положительной.
- 4) [-]Отрицательной.

136. Если в зоне скотомы стимул при периметрии полностью пропадает, то скотому называют:

- 1) [-]Относительной.
 - 2) [+]Абсолютной.
 - 3) [-]Положительной.
 - 4) [-]Отрицательной.
-

137. Гомонимные гемианопсии делятся на:

- 1) [-]Биназальные и битемпоральные.
 - 2) [+]Право- и левосторонние.
 - 3) [-]Квадрантные и секторальные.
-

138. Гетеронимные гемианопсии делятся на:

- 1) [+]Биназальные и битемпоральные.
 - 2) [-]Право- и левосторонние.
 - 3) [-]Квадрантные и секторальные.
-

139. Визометрия - это методика исследования:

- 1) [-]Полей зрения.
 - 2) [+]Остроты зрения.
 - 3) [-]Бинокулярного зрения.
 - 4) [-]Аккомодации.
-

140. Амблиопия – это:

- 1) [-]Сужение полей зрения.
- 2) [+]Понижение остроты зрения без анатомических изменений в сетчатке.
- 3) [-]Отсутствие глазного яблока.

4) [-]Различная рефракция в правом и левом глазах.

141. При поражении правого зрительного тракта у пациента будет наблюдаться:

- 1) [-]Гомонимная правосторонняя гемианопсия.
 - 2) [+]Гомонимная левосторонняя гемианопсия.
 - 3) [-]Гетеронимная биназальная гемианопсия.
 - 4) [-]Гетеронимная битемпоральная гемианопсия.
-

142. Ночное зрение называется:

- 1) [-]Фотопическим.
 - 2) [-]Мезопическим.
 - 3) [+]Скотопическим.
-

143. Дневное зрение называется:

- 1) [+]Фотопическим.
 - 2) [-]Мезопическим.
 - 3) [-]Скотопическим.
-

144. Наиболее высокая острота зрения обусловлена особенностью анатомического строения:

- 1) [+]В макулярной области.
 - 2) [-]Вокруг диска зрительного нерва.
 - 3) [-]В 15 град. от макулы.
-

145. К физиологическим скотомам относят:

- 1) [+]Слепое пятно, ангиоскотомы.
- 2) [-]Выпадения участков поля зрения размером до одного диаметра диска зрительного нерва.

3) [-]Выпадения участков поля зрения размером до 5 град.

146. Скотома – это:

- 1) [+]Выпадение участка поля зрения.
 - 2) [-]Слепота на какой-либо цвет.
 - 3) [-]Полная слепота.
 - 4) [-]Выпадение половины поля зрения.
-

147. Расстройство сумеречного зрения называют:

- 1) [-]Амблиопией.
 - 2) [+]Гемералопией.
 - 3) [-]Скотомой.
 - 4) [-]Гемианопсией.
 - 5) [+]«Куриной слепотой».
-

148. Колбочковый аппарат сетчатки не обеспечивает:

- 1) [-]Дневное зрение.
 - 2) [-]Предметное зрение.
 - 3) [-]Цветовое зрение.
 - 4) [+]Сумеречное зрение.
-

149. Синонимом термина палочковое зрение является:

- 1) [+]Скотопическое зрение.
- 2) [+]Мезопическое зрение.
- 3) [-]Цветовое зрение.
- 4) [-]Фотопическое зрение.

150. При монокулярном зрении невозможным является:

- 1) [-]Высокая острота зрения.
- 2) [-]Полный объем аккомодации.
- 3) [-]Восприятие изображения в цвете.
- 4) [+]Восприятие изображения в трехмерном пространстве.

151. При наличии гомонимной гемианопсии наиболее вероятна локализация патологического очага в:

- 1) [-]Сетчатке.
- 2) [-]Зрительном нерве.
- 3) [-]Хиазме.
- 4) [+]Зрительном тракте.

152. Острота зрения у пациента, читающего буквы 10 ряда таблицы Головина-Сивцева с расстояния 3 метра, равна:

- 1) [+]0,06.
- 2) [-]0,3.
- 3) [-]0,6.
- 4) [-]0,03.

153. Правым глазом пациент считает пальцы врача с расстояния 2-х метров. Острота зрения этого глаза равна:

- 1) [-]0,02.
- 2) [+]0,04.
- 3) [-]0,08.

4) [-]0,2.

154. Единица измерения остроты зрения в нашей стране:

- 1) [-]Угловая секунда.
 - 2) [-]Диоптрия.
 - 3) [-]Градус.
 - 4) [+]Относительная единица.
-

155. Пациент читает буквы 1-й строки таблицы Головина-Сивцева с расстояния 2,5 м. Его острота зрения равна:

- 1) [-]0,1.
 - 2) [+]0,05.
 - 3) [-]0,5.
 - 4) [-]0,01.
-

156. Пациент читает буквы первой строки таблицы Головина-Сивцева с расстояния 1,0 м. Его острота зрения равна:

- 1) [+]0,02.
 - 2) [-]0,05.
 - 3) [-]0,2.
 - 4) [-]0,1.
-

157. Понятие клиническая рефракция глаза характеризует:

- 1) [-]Преломляющую силу оптической системы глаза.
- 2) [-]Длину переднезадней оси глазного яблока.
- 3) [+]Положение заднего фокуса по отношению к сетчатке.

4) [-]Объем аккомодации оптической системы глаза.

158. Самая сильная клиническая рефракция:

- 1) [-]Эмметропия.
 - 2) [-]Гиперметропия.
 - 3) [+]Миопия.
-

159. Дальнейшая точка ясного зрения эмметропического глаза:

- 1) [-]Отсутствует.
 - 2) [+]Расположена в бесконечности.
 - 3) [-]Расположена за глазом.
 - 4) [-]Находится перед глазом.
-

160. Дальнейшая точка ясного зрения миопического глаза:

- 1) [-]Отсутствует.
 - 2) [-]Расположена в бесконечности.
 - 3) [-]Расположена за глазом.
 - 4) [+]Находится перед глазом.
-

161. Дальнейшая точка ясного зрения гиперметропического глаза:

- 1) [-]Отсутствует.
 - 2) [-]Расположена в бесконечности.
 - 3) [+]Расположена за глазом.
 - 4) [-]Находится перед глазом.
-

162. Световые лучи при прохождении через призму:

- 1) [-]Не меняют своего направления.
 - 2) [+]Отклоняются к основанию призмы.
 - 3) [-]Отклоняются к вершине призмы.
 - 4) [-]Полностью отражаются от поверхности призмы.
-

163. Световые лучи при прохождении через двояковыпуклую линзу:

- 1) [-]Не меняют своего направления.
 - 2) [-]Рассеиваются.
 - 3) [+]Собираются в фокусе.
 - 4) [-]Полностью отражаются от поверхности линзы.
-

164. Световые лучи при прохождении через двояковогнутую линзу:

- 1) [-]Не меняют своего направления.
 - 2) [+]Рассеиваются.
 - 3) [-]Собираются в фокусе.
 - 4) [-]Полностью отражаются от поверхности линзы.
-

165. Параллельные световые лучи в эмметропическом глазу:

- 1) [-]Фокусируются перед сетчаткой.
 - 2) [+]Фокусируются на сетчатке.
 - 3) [-]Фокусируются за сетчаткой.
 - 4) [-]Не имеют реального фокуса.
-

166. Параллельные световые лучи в миопическом глазу:

- 1) [+]Фокусируются перед сетчаткой.

- 2) [-]Фокусируются на сетчатке.
- 3) [-]Фокусируются за сетчаткой.
- 4) [-]Не имеют реального фокуса.

167. Параллельные световые лучи в гиперметропическом глазу:

- 1) [-]Фокусируются перед сетчаткой.
- 2) [-]Фокусируются на сетчатке.
- 3) [+]Фокусируются за сетчаткой.
- 4) [-]Не имеют реального фокуса.

168. Единица измерения преломляющей силы оптических стекол:

- 1) [-]Градус.
- 2) [-]Радиян.
- 3) [+]Диоптрия.
- 4) [-]Длина фокусного расстояния.

169. К оптической системе глаза не относится:

- 1) [-]Роговица.
- 2) [-]Влага передней камеры.
- 3) [-]Хрусталик.
- 4) [-]Стекловидное тело.
- 5) [+]Сосудистая оболочка.
- 6) [+]Склера.

170. Кривизна передней поверхности хрусталика при аккомодации:

- 1) [-]Уменьшается.

2) [+]Увеличивается.

3) [-]Не изменяется.

171. Кривизна задней поверхности хрусталика при аккомодации:

1) [-]Уменьшается.

2) [+]Увеличивается.

3) [-]Не меняется.

172. Толщина хрусталика при аккомодации:

1) [+]Увеличивается.

2) [-]Уменьшается.

3) [-]Не меняется.

173. Аккомодация у лиц пожилого возраста:

1) [-]Усиливается.

2) [+]Ослабевает.

3) [-]Не меняется.

174. Дальнейшая точка ясного зрения у миопы 5,0 Дптр. расположена:

1) [-]В бесконечности.

2) [+]В 20 см перед глазом.

3) [-]В 5 см перед глазом.

4) [-]В 20 см за глазом.

175. Фокусное расстояние сферической линзы силой +2,5 Дптр. равно:

1) [-]25 см.

2) [+]40 см.

3) [-]50 см.

4) [-]75 см.

176. Преломляющая сила сферической линзы с фокусным расстоянием 50 см равна:

1) [-]0,5 Дптр.

2) [-]0,25 Дптр.

3) [+]**2,0** Дптр.

4) [-]5,0 Дптр.

177. Клиническая рефракция, требующая напряжения аккомодации и вблизи, и вдаль:

1) [-]Эмметропия.

2) [-]Миопия.

3) [+]**Гиперметропия.**

178. Фокусное расстояние сферической линзы силой +0,5 Дптр. равно:

1) [-]0,5 м

2) [-]1,0 м

3) [-]1,5 м

4) [+]**2,0** м

5) [-]5,0 м

179. Дальнейшая точка ясного зрения пациента находится в 20 см перед каждым глазом. Его клиническая рефракция:

1) [+]**Миопия 5** Дптр.

2) [-]Миопия 2 Дптр.

3) [-]Гипреметропия 2 Дптр.

4) [-]Эмметропия.

180. У гиперметропа в 2,0 Дптр. ближайшая точка ясного зрения - в 10 см перед глазом. Объем аккомодации равен:

1) [-]8 Дптр.

2) [-]10 Дптр.

3) [+]12 Дптр.

4) [-]14 Дптр.

181. У пациента в вертикальном меридиане эмметропия, в горизонтальном – гиперметропия. Вид астигматизма:

1) [+]Простой.

2) [-]Сложный.

3) [-]Смешанный.

182. У пациента в вертикальном меридиане эмметропия, в горизонтальном – гиперметропия. Тип астигматизма:

1) [+]Прямой.

2) [-]Обратный.

3) [-]С косыми осями.

183. У пациента в вертикальном меридиане эмметропия, в горизонтальном - гиперметропия силой +2,5 Дптр. Для коррекции необходимо взять:

1) [-]Сферу +2,5 Дптр.

- 2) [-]Сферу -2,5 Дптр.
- 3) [+]Цилиндр +2,5 Дптр.
- 4) [-]Цилиндр -2,5 Дптр.

184. У пациента в вертикальном меридиане эмметропия, в горизонтальном - гиперметропия силой +2,5 Дптр. Как расположить ось корригирующего цилиндра:

- 1) [-]180 градусов.
- 2) [+]90 градусов.
- 3) [-]Не имеет значения.

185. У пациента на одном глазу - миопия 3 Дптр., на другом глазу - миопия 6 Дптр. Это состояние называется:

- 1) [+]Анизометропия.
- 2) [-]Анизокория.
- 3) [-]Анизэйкония.
- 4) [-]Астигматизм.

186. Очки для работы вблизи 60-летнему эмметропу:

- 1) [-]Не нужны.
- 2) [-]Нужны сферические +2,0 Дптр.
- 3) [+]Нужны сферические +3,0 Дптр.
- 4) [-]Нужны сферические +4,0 Дптр.

187. У пациента 50 лет острота зрения каждого глаза равна 1,0. Можно исключить:

- 1) [+]Миопию.

2) [-]Эмметропию.

3) [-]Гиперметропию.

188. Сферическая линза +0,5 Дптр. пациенту с остротой зрения 1,0 ухудшает зрение. Его клиническая рефракция:

1) [+]Эмметропической.

2) [-]Миопической.

3) [-]Гиперметропической.

4) [-]Астигматической.

189. Очки для чтения 50-летнему эметропу:

1) [-]Не нужны.

2) [+]Нужны сферические +2,0 Дптр.

3) [-]Нужны сферические +3,0 Дптр.

4) [-]Нужны сферические +4,0 Дптр.

190. Клиническая рефракция глаза определяется с помощью:

1) [-]Гониоскопии.

2) [-]Визометрии.

3) [+]Скиаскопии.

4) [-]Периметрии.

5) [+]Рефрактометрии.

191. На эметропическом глазу удалена катаракта. После операции рефракция глаза:

1) [-]Не изменилась.

2) [+]Стала гиперметропической.

3) [-]Стала миопической.

4) [-]Стала астигматической.

192. Пациенту 35 лет. Аккомодация у него будет сильнее при:

1) [-]Афакии.

2) [-]Артифакии.

3) [+]Гиперметропии.

193. Параллельные световые лучи (в случае исходной эмметропии) при афакии фокусируются:

1) [-]На сетчатке.

2) [-]Перед сетчаткой.

3) [-]Перед глазом.

4) [+]За сетчаткой.

194. Аккомодация глаза при артифакии:

1) [+]Ослабевает.

2) [-]Усиливается.

3) [-]Не изменяется.

195. При коррекции анизометропии у взрослых людей допустимая разница в силе стекол для обоих глаз не более:

1) [-]1 Дптр.

2) [+]2 Дптр.

3) [-]3 Дптр.

4) [-]0,5 Дптр.

196. Структуры глаза, принимающие наибольшее участие в аккомодации:

- 1) [-]Роговица и хрусталик.
 - 2) [+]Хрусталик и цилиарная мышца.
 - 3) [-]Склера и роговица.
 - 4) [-]Цилиарная мышца и роговица.
-

197. Преломляющая сила хрусталика в процессе аккомодации вблизи:

- 1) [+]Усиливается.
 - 2) [-]Уменьшается.
 - 3) [-]Не изменяется.
-

198. Очки для чтения 45-летнему гиперметропу с гиперметропией в 1,0 Дптр.:

- 1) [-]Не нужны.
 - 2) [-]Нужны сферические +1,0.
 - 3) [-]Нужны сферические +2,0.
 - 4) [+]Нужны сферические +2,5.
 - 5) [-]Нужны сферические -1,0.
-

199. Основным фактором, влияющим на объем аккомодации, является:

- 1) [-]Острота зрения.
 - 2) [-]Поле зрения.
 - 3) [-]Внутриглазное давление.
 - 4) [+]Возраст пациента.
-

200. У пациента в вертикальном меридиане

миопия, в горизонтальном меридиане – эмметропия. Тип астигматизма:

- 1) [+]Прямой
 - 2) [-]Обратный
 - 3) [-]Простой
 - 4) [-]Сложный
 - 5) [-]Смешанный
-

201. У пациента в вертикальном меридиане миопия, в горизонтальном меридиане – эмметропия. Вид астигматизма:

- 1) [-]Прямой
 - 2) [-]Обратный
 - 3) [+]Простой
 - 4) [-]Сложный
 - 5) [-]Смешанный
-

202. У пациента в вертикальном меридиане – миопия 3,0 Дптр., в горизонтальном меридиане – эмметропия. Для его коррекции необходимо использовать:

- 1) [-]Сферу -3,0 Дптр.
 - 2) [-]Сферу +3,0 Дптр.
 - 3) [+]Цилиндр -3,0 Дптр.
 - 4) [-]Цилиндр +3,0 Дптр.
-

203. У пациента в вертикальном меридиане миопия 3,0 Дптр., в горизонтальном меридиане – эмметропия. Корректирующий цилиндр

располагается по оси:

- 1) [-]45 град
 - 2) [-]90 град
 - 3) [-]135 град
 - 4) [+]180 град
-

204. Миопия корректируется оптическими стеклами:

- 1) [+]Сферическими отрицательными.
 - 2) [-]Сферическими положительными.
 - 3) [-]Цилиндрическими отрицательными.
 - 4) [-]Цилиндрическими положительными.
-

205. Гиперметропия корректируется оптическими стеклами:

- 1) [-]Сферическими отрицательными.
 - 2) [+]Сферическими положительными.
 - 3) [-]Цилиндрическими отрицательными.
 - 4) [-]Цилиндрическими положительными.
-

206. Наиболее эффективный способ оптической коррекции неправильного астигматизма:

- 1) [-]Мягкие контактные линзы.
 - 2) [+]Жесткие контактные линзы.
 - 3) [-]Сферические стекла.
 - 4) [-]Цилиндрические стекла.
-

207. Наибольшей преломляющей

способностью обладает:

- 1) [-]Хрусталик.
 - 2) [-]Влага передней камеры.
 - 3) [-]Стекловидное тело.
 - 4) [+]Роговица.
-

208. Дальнейшая точка ясного видения миопы в 4,0 Дптр. располагается перед глазом на расстоянии:

- 1) [-]400 см
 - 2) [-]40 см
 - 3) [+]25 см
 - 4) [-]2,5 см
-

209. При параличе аккомодации положение ближайшей точки ясного видения:

- 1) [-]Приближается к глазу.
 - 2) [-]Остается на прежней позиции.
 - 3) [+]Удаляется от глаза.
-

210. При спазме аккомодации положение дальнейшей точки ясного видения:

- 1) [+]Приближается к глазу.
 - 2) [-]Остается на прежней позиции.
 - 3) [-]Удаляется от глаза.
-

211. Рефракция глаза при спазме аккомодации (при исходной эметропии):

- 1) [-]Не изменяется.

- 2) [+]Становится миопической.
- 3) [-]Становится гиперметропической.
- 4) [-]Становится астигматической.

212. Наиболее рациональный способ коррекции зрения при начальном кератоконусе:

- 1) [-]Сферические стекла.
- 2) [-]Цилиндрические стекла.
- 3) [-]Мягкие контактные линзы.
- 4) [+]Жесткие контактные линзы.

213. В процессе аккомодации преломляющая сила роговицы:

- 1) [-]Усиливается.
- 2) [-]Ослабевает.
- 3) [+]Не изменяется.

214. Дальнейшая точка ясного видения миопы в 5,0 Дптр. располагается перед глазом на расстоянии:

- 1) [-]500 см
- 2) [-]50 см
- 3) [-]200 см
- 4) [+]20 см

215. Анизометропия - это разница между правым и левым глазом в:

- 1) [-]Остроте зрения.
- 2) [+]Рефракции.

3) [-]Размере зрачков.

4) [-]Направлении зрительных осей.

216. Ближайшая точка ясного видения (в случае исходной эмметропии) при афакии находится:

1) [-]Перед глазом.

2) [-]На сетчатке.

3) [+]За глазом.

217. Наиболее сильное преломление в двояковыпуклой линзе происходит:

1) [-]В центральном отделе.

2) [+]В периферическом отделе.

3) [-]Равномерно во всех отделах.

218. Наиболее сильное преломление в хрусталике происходит:

1) [+]В ядре.

2) [-]В кортикальных слоях.

3) [-]В зоне полюсов.

4) [-]Равномерно во всех отделах.

219. С развитием пресбиопии рефракция эмметропического глаза:

1) [-]Усиливается.

2) [-]Ослабевает.

3) [+]Не изменяется.

220. При закапывании в глаз 1% раствора пилокарпина преломляющая сила хрусталика:

- 1) [-]Не изменяется.
 - 2) [+]Усиливается.
 - 3) [-]Ослабевает.
-

221. При закапывании в глаз 1% раствора атропина преломляющая сила хрусталика:

- 1) [-]Не изменяется.
 - 2) [+]Ослабевает.
 - 3) [-]Усиливается.
-

222. При закапывании в глаз раствора дексаметазона преломляющая сила хрусталика:

- 1) [+]Не изменяется.
 - 2) [-]Ослабевает.
 - 3) [-]Усиливается.
-

223. Ближайшая точка ясного зрения у пациента находится в 10 см. В каком случае объем аккомодации будет больше:

- 1) [-]При эметропии.
 - 2) [-]При миопии.
 - 3) [+]При гиперметропии.
-

224. Ближайшая точка ясного зрения у пациента находится в 10 см. В каком случае длина аккомодации больше:

- 1) [-]При эметропии.
- 2) [-]При миопии.
- 3) [+]При гиперметропии.

225. Чтобы близорукий глаз смог ясно видеть дальние предметы необходимо:

- 1) [-]Усилить его рефракцию.
 - 2) [+]Ослабить его рефракцию.
 - 3) [-]Усилить аккомодацию.
-

226. Простой астигматизм корректируется:

- 1) [-]Одним сферическим стеклом.
 - 2) [+]Одним цилиндрическим стеклом.
 - 3) [-]Сфероцилиндрическим стеклом.
 - 4) [-]Плоским стеклом.
-

227. Если в переднюю камеру глаза ввести воздух, то преломляющие сила глаза:

- 1) [-]Увеличится.
 - 2) [+]Уменьшится.
 - 3) [-]Не изменится.
 - 4) [-]Будет равна нулю.
-

228. При прогрессирующей миопии переднезадний размер глаза:

- 1) [+]Увеличивается.
 - 2) [-]Уменьшается.
 - 3) [-]Не изменяется.
-

229. При погружении человека в прозрачную воду острота зрения уменьшается из-за:

- 1) [-]Усиления рефракции.
- 2) [+]Ослабления рефракции.

- 3) [-]Повышения офтальмотонуса.
 - 4) [-]Деформации глазного яблока.
-

230. Смешанный астигматизм корригируется:

- 1) [-]Одним цилиндрическим стеклом.
 - 2) [-]Одним сферическим стеклом.
 - 3) [+]Сфероцилиндрическим стеклом.
 - 4) [-]Плоским стеклом.
-

231. Чтобы гиперметропический глаз лучше видел необходимо:

- 1) [-]Ослабить его рефракцию.
 - 2) [+]Усилить его рефракцию.
 - 3) [-]Ослабить его аккомодацию.
-

232. Сферическая аметропия глаза - это:

- 1) [+]Миопия.
 - 2) [-]Правильный астигматизм.
 - 3) [-]Сферическая абберация.
 - 4) [-]Неправильный астигматизм.
 - 5) [+]Гиперметропия.
-

233. Аномалия рефракции глаза - это:

- 1) [+]Сферическая аметропия.
 - 2) [+]Правильный астигматизм.
 - 3) [-]Эмметропия.
 - 4) [-]Неправильный астигматизм.
-

234. При прохождении лучей через оптическую систему глаза сильнее всего преломляются:

- 1) [-]Красные лучи.
 - 2) [-]Зеленые лучи.
 - 3) [-]Желтые лучи.
 - 4) [+]Синие лучи.
-

235. При спазме аккомодации острота зрения вдаль у миопы:

- 1) [-]Увеличивается.
 - 2) [+]Снижается.
 - 3) [-]Не изменяется.
-

236. При параличе аккомодации острота зрения вдаль у гиперметропа:

- 1) [-]Не изменяется.
 - 2) [+]Снижается.
 - 3) [-]Увеличивается.
-

237. Термин, не относящийся к аномалиям рефракции:

- 1) [-]Миопия
 - 2) [-]Анизометропия
 - 3) [-]Гиперметропия
 - 4) [-]Астигматизм
 - 5) [-]Аметропия
 - 6) [+]Анизокория
-

238. У пациента физическая рефракция составляет 62 Дптр. Какой вариант клинической рефракции можно исключить:

- 1) [-]Миопию.
- 2) [-]Эмметропию.
- 3) [-]Гиперметропию.
- 4) [+]Ни один нельзя.

239. Очки для близи силой +2.0 Дптр. не нужны:

- 1) [-]55-летнему эмметропу.
- 2) [+]50-летнему миопу в 2 диоптрии.
- 3) [-]40-летнему гиперметропу в 1 диоптрию.
- 4) [-]70-летнему миопу в 2 диоптрии.

240. Правильный рецепт на очки для близи 40-летнему гиперметропу в 2 Дптр.:

- 1) [-]Sphera concav -2.0 D
- 2) [-]Sphera convex +2.0 D
- 3) [-]Sphera concav -3.0 D
- 4) [+]Sphera convex +3.0 D

241. Диагнозу сложный миопический астигматизм прямого типа степенью 2 Дптр, с общим сферическим компонентом в 1 Дптр, соответствует пропись:

- 1) [+]Sphera concav -1.0 D = Cyl. concav -2.0 D ax 0 TABO.
- 2) [-]Sphera convex +1.0 D = Cyl. convex +2.0 D ax 90 TABO.
- 3) [-]Sphera concav -1.0 D = Cyl. convex +2.0 D ax 0 TABO.
- 4) [-]Sphera convex +1.0 D = Cyl. concav -2.0 D ax 90 TABO.

242. Ближайшая точка ясного зрения пациента в 10 см. При этом наибольший объем аккомодации у него будет, если он:

- 1) [-]Эмметроп.
 - 2) [-]Миоп в 1 диоптрию.
 - 3) [+]Гиперметроп в 2 диоптрии.
 - 4) [-]Миоп в 2 диоптрии.
 - 5) [-]Гиперметроп в 1 диоптрию.
-

243. Очки для чтения силой +2.5 Дптр. нужны:

- 1) [-]50-летнему эмметропу.
 - 2) [+]55-летнему эмметропу.
 - 3) [-]40-летнему гиперметропу в 1 Дптр.
 - 4) [-]60-летнему гиперметропу в 3 Дптр.
-

244. Диагноз при рецептурной прописи аметропии $C_{yl. convex} +1.0 \text{ ax } 90 \text{ TABO}$:

- 1) [-]Миопия степенью 1 диоптрия.
 - 2) [-]Простой миопический астигматизм прямого типа степенью 1 диоптрия.
 - 3) [+]Простой гиперметропический астигматизм прямого типа степенью 1 диоптрия.
 - 4) [-]Простой гиперметропический астигматизм обратного типа степенью 1 диоптрия.
 - 5) [-]Простой миопический астигматизм обратного типа степенью 1 диоптрия.
-

245. К понятию аметропия не относится:

- 1) [-]Миопия.
- 2) [-]Гиперметропия.
- 3) [-]Астигматизм.
- 4) [+]Пресбиопия.

5) [+]Диплопия.

246. Степень соответствия размеров глазного яблока физической рефракции глаза характеризует понятие:

- 1) [-]Объема аккомодации.
 - 2) [-]Астигматизма.
 - 3) [-]Пресбиопии.
 - 4) [+]Клинической рефракции.
 - 5) [-]Физической рефракции.
-

247. У 50-летнего пациента полная острота зрения достигается при коррекции сферой -2,0 Дптр. на правом глазу и сферой -3,0 Дптр. на левом глазу. У него нет:

- 1) [-]Аметропии
 - 2) [-]Миопии
 - 3) [-]Пресбиопии
 - 4) [+]Астигматизма
 - 5) [+]Гиперметропии
-

248. Пропись, соответствующая диагнозу смешанный астигматизм:

- 1) [-]Sph.convex+1.0 D=Cyl.convex+1.0 D ax 0 TABO.
 - 2) [-]Sph.concav-1.0 D=Cyl.concav-1.0 D ax 90 TABO.
 - 3) [+]Sph.convex+1.0 D=Cyl.concav-2.0 D ax 0 TABO.
 - 4) [-]Cyl.concav-1.0 D ax 0 TABO.
 - 5) [-]Cyl.convex+1.0 D ax 90 TABO.
-

249. Наибольшей преломляющей силой

обладает:

- 1) [-]Хрусталик.
 - 2) [+]Роговица.
 - 3) [-]Влага передней камеры.
 - 4) [-]Стекловидное тело.
 - 5) [-]Сетчатка.
-

250. Под аккомодацией понимают:

- 1) [-]Способность глаза хорошо видеть на близком расстоянии.
 - 2) [+]Способность глаза хорошо видеть на любом расстоянии.
 - 3) [-]Способность глаза хорошо видеть вдаль.
-

251. Дальнейшая точка ясного зрения – это:

- 1) [+]Характеристика статической рефракции.
 - 2) [-]Характеристика динамической рефракции.
 - 3) [-]Характеристика физической рефракции.
-

252. Ближайшая точка ясного зрения – это:

- 1) [-]Характеристика статической рефракции.
 - 2) [+]Характеристика динамической рефракции.
 - 3) [-]Характеристика физической рефракции.
-

253. Противопоказания для наложения первичного шва на рану век:

- 1) [-]Отсутствие адаптации краев раны.
- 2) [+]Начавшееся нагноение в ране.
- 3) [-]Повреждение глазного яблока.

254. При параличе п. Trochlearis нарушается функция мышцы:

- 1) [-]Внутренней прямой.
- 2) [-]Наружной прямой.
- 3) [-]Нижней косой.
- 4) [+]Верхней косой.

255. При параличе отводящего нерва нарушается функция мышцы:

- 1) [-]Внутренняя прямая.
- 2) [-]Верхняя прямая.
- 3) [+]Наружная прямая.
- 4) [-]Верхняя косая.

256. Термин, не относящийся к видам косоглазия:

- 1) [-]Мнимое.
- 2) [-]Скрытое.
- 3) [-]Содружественное.
- 4) [-]Паралитическое.
- 5) [+]Сложное.

257. Понятия, не относящиеся к клинической классификации содружественного косоглазия:

- 1) [-]Расходящееся, сходящееся.
- 2) [-]Постоянное, периодическое.
- 3) [-]Одностороннее, альтернирующее.
- 4) [-]Аккомодационное.
- 5) [+]Астигматическое.

258. К этиологии страбизма не относится:

- 1) [-]Снижение зрения одного глаза.
 - 2) [-]Анизэйкония.
 - 3) [-]Аметропия при слабой фузионной способности.
 - 4) [-]Парез нервов, иннервирующих экстраокулярные мышцы.
 - 5) [+]Анофтальм.
-

259. Полный птоз может привести к:

- 1) [+]Амблиопии.
 - 2) [-]Образованию ячменя.
 - 3) [-]Кератиту.
 - 4) [-]Конъюнктивиту.
-

260. Острый конъюнктивит сопровождается инъекцией глазного яблока:

- 1) [-]Глубокой.
 - 2) [+]Поверхностной.
 - 3) [-]Застойной.
 - 4) [-]Смешанной.
-

261. Облысение ресниц - это:

- 1) [+]Мадароз.
 - 2) [-]Трихиаз.
 - 3) [-]Анофтальм.
 - 4) [-]Амавроз.
-

262. Признак гиперхолестеринемии на коже век:

- 1) [-]Блефарохлазис.

2) [-]Халязион.

3) [+]Ксантелазма.

4) [-]Лагофтальм.

263. Хроническое воспаление мейбомиевой железы называется:

1) [-]Блефарохлазис.

2) [+]Халязион.

3) [-]Пингвекула.

4) [-]Ксантелазма.

264. Воспалительное заболевание век:

1) [-]Лагофтальм.

2) [-]Ксантелазма.

3) [+]Блефарит.

4) [-]Гтоз.

265. Конъюнктивит, сопровождающийся появлением фолликулов:

1) [+]Трахома.

2) [-]Дифтерийный.

3) [-]Демодекозный.

4) [-]Гонорейный.

5) [+]Аденовирусный.

266. Воспалительное заболевание слезного мешка:

1) [-]Дакриоаденит.

2) [+]Дакриоцистит.

3) [-]Каналикулит.

4) [-]Конъюнктивит.

267. При аденовирусном кератоконъюнктивите характерно появление:

1) [-]Преципитатов.

2) [-]Бленнореи.

3) [+]«Монетовидных» помутнений роговицы

4) [+]Фолликулов.

268. Невоспалительное заболевание век:

1) [-]Ячмень.

2) [-]Трахома.

3) [+]Лагофтальм.

4) [-]Блефарит.

5) [+]Птоз.

269. Возможное осложнение заворота век:

1) [+]Эрозия роговицы.

2) [-]Экзофтальм.

3) [-]Косоглазие.

4) [-]Дакриоцистит.

5) [+]Кератит.

270. Воспаление слезной железы называется:

1) [-]Дакриоцистит.

2) [-]Лимфаденит.

3) [+]Дакриоаденит.

4) [-]Каналикулит.

271. Заболевание, относящееся к острым конъюнктивитам:

- 1) [+]Гонобленнорея.
 - 2) [-]Блефарохлалязис.
 - 3) [-]Птериgium.
 - 4) [-]Трахома.
 - 5) [+]Конъюнктивит Коха-Уикса.
-

272. Халязион - это:

- 1) [-]Доброкачественное новообразование.
 - 2) [+]Хроническое воспаление мейбомиевой железы.
 - 3) [-]Злокачественное новообразование.
 - 4) [-]Наружный ячмень.
-

273. Лечение острого бактериального конъюнктивита:

- 1) [+]Частые инстилляциии антибактериальных капель.
 - 2) [-]Конъюнктивотомия.
 - 3) [+]Закладывание мази с антибиотиком.
 - 4) [-]Массаж век.
-

274. Дифференциальный признак, отличающий паралитическое косоглазие от содружественного:

- 1) [+]Нарушение подвижности глазного яблока.
- 2) [-]Птоз.
- 3) [-]Лагофталъм.
- 4) [+]Диплопия.
- 5) [-]Угол косоглазия 60°.

275. В тактику войскового врача при рецидивирующих множественных ячменях не входит:

- 1) [-]Противорецидивное профилактическое лечение в весенне-осенний период.
 - 2) [-]Поиск и санация очагов инфекции.
 - 3) [-]Витаминотерапия.
 - 4) [-]Исследование концентрации глюкозы в крови.
 - 5) [+]**Осмотр всего личного состава.**
-

276. Патология аллергического происхождения:

- 1) [+]**Сезонный конъюнктивит с выраженным отеком век, хемозом.**
 - 2) [-]Блефарохлазис.
 - 3) [-]Трихиаз.
 - 4) [-]Халязион.
-

277. Способ диагностики хронического конъюнктивита:

- 1) [-]Тонометрия.
 - 2) [+]**Посев на флору и (или) цитология соскоба.**
 - 3) [-]Цветная слезно-носовая проба.
 - 4) [-]Проба Зейделя.
-

278. Основной способ местного лечения острых конъюнктивитов:

- 1) [-]Блефарорафия.
- 2) [-]Монокулярная повязка.
- 3) [+]**Частые инстилляциии антибактериальных капель.**

4) [-]Биноккулярная повязка.

279. Типичное проявление трахомы на роговице:

- 1) [-]Преципитаты.
 - 2) [-]Бленнорея.
 - 3) [+]Паннус.
 - 4) [-]Птериgium.
 - 5) [-]Пингвекула.
-

280. Конъюнктивит, характеризующийся бленнореей:

- 1) [+]Гонорейный.
 - 2) [-]Артефициальный.
 - 3) [-]Аллергический.
 - 4) [-]Эпидемический геморрагический.
-

281. Конъюнктивит, характеризующийся увеличением регионарных лимфоузлов:

- 1) [-]Аллергический.
 - 2) [-]Артефициальный.
 - 3) [+]Вирусный.
 - 4) [-]Ангулярный.
-

282. Метод диагностики трахомы:

- 1) [-]Офтальмоскопия.
- 2) [+]Цитология соскоба с конъюнктивы.
- 3) [-]Рентгенография.
- 4) [-]Промывание слезоотводящих путей.

283. Воспалительное заболевание края век называется:

- 1) [-]Птоз.
 - 2) [-]Лагофтальм.
 - 3) [-]Заворот.
 - 4) [-]Выворот.
 - 5) [+]Блефарит.
-

284. К осложнениям трахомы не относится:

- 1) [-]Помутнение роговицы.
 - 2) [-]Трихиаз.
 - 3) [-]Мадароз.
 - 4) [-]Рубцовая деформация век.
 - 5) [+]Катаракта.
-

285. При лечении наружного и внутреннего ячменя используют:

- 1) [-]Антикоагулянты.
 - 2) [-]Ферментативные препараты.
 - 3) [+]Антибактериальные капли и мази.
 - 4) [-]Противовирусные капли и мази.
-

286. Способ лечения халязиона:

- 1) [+]Хирургический.
- 2) [-]Криотерапия.
- 3) [-]Ультразвуковой.
- 4) [-]Массаж век.
- 5) [+]Введение в капсулу халязиона раствора кортикостероида.

287. Исследование, не относящееся к определению проходимости слезоотводящих путей:

- 1) [-]Насосная (канальцевая) проба.
 - 2) [-]Цветная слезно-носовая проба.
 - 3) [-]Зондирование слезных канальцев.
 - 4) [-]Промывание.
 - 5) [+]Боковое (фокальное) освещение.
-

288. Симптом, не относящийся к объемным орбитальным процессам:

- 1) [-]Диплопия.
 - 2) [+]Застойная инъекция.
 - 3) [-]Экзофтальм.
 - 4) [-]Ограничение подвижности и затруднение репозиции.
 - 5) [+]Наличие преципитатов на роговице.
-

289. К вспомогательным органам глаза относится:

- 1) [+]Конъюнктива.
 - 2) [-]Цилиарное тело.
 - 3) [-]Зрительный нерв.
 - 4) [-]Склера.
 - 5) [+]Слезный аппарат.
-

290. Последствием трахомы не может быть:

- 1) [-]Бельмо.
- 2) [-]Заворот век.
- 3) [-]Синдром «сухого глаза».

4) [+]Пингвекула.

291. Конъюнктивит, чаще возникающий в весеннее-летний период:

- 1) [-]Эпидемический геморрагический.
 - 2) [-]Ангулярный.
 - 3) [+]Аллергический.
 - 4) [-]Хламидийный.
-

292. Метод осмотра вспомогательного аппарата глаза:

- 1) [+]Бокового фокального освещения.
 - 2) [-]В проходящем свете.
 - 3) [-]Офтальмоскопия. .
 - 4) [+]Биомикроскопия
-

293. Осложнение при гнойном дакриоцистите:

- 1) [-]Катаракта.
 - 2) [+]Кератит.
 - 3) [-]Халязион.
 - 4) [-]Гтоз.
-

294. Аномалия положения век:

- 1) [+]Выворот.
 - 2) [-]Гтеригиум.
 - 3) [-].Халязион.
 - 4) [-]Страбизм.
 - 5) [+]Заворот
-

295. К каким осложнениям могут привести

аномалии положения век:

- 1) [-]Катаракта.
 - 2) [+]Кератит.
 - 3) [-]Ячмень.
 - 4) [-]Блефарохлазис.
 - 5) [+]Ксероз.
-

296. Метод, не относящийся к исследованию конъюнктивы:

- 1) [-]Бокового (фокального) освещения.
 - 2) [-]Биомикроскопия.
 - 3) [+]Офтальмоскопия.
 - 4) [-]Исследование микрофлоры (посев, соскоб).
 - 5) [+]Осмотр в проходящем свете.
-

297. Конъюнктивит, относящийся к туберкулезно-аллергическому процессу:

- 1) [-]Аденовирусный.
 - 2) [-]Фолликулярный.
 - 3) [-]Эпидемический геморрагический.
 - 4) [+]Фликтенулезный.
-

298. К дистрофиям конъюнктивы относится:

- 1) [-]Хемоз.
 - 2) [+]Птериgium.
 - 3) [-]Фолликулез.
 - 4) [-]Гипосфагма.
-

299. Эпифора – это:

- 1) [-]Гнойное отделяемое в конъюнктивальной полости.
 - 2) [+]Слезотечение.
 - 3) [-]Недостаток слезопродукции.
 - 4) [-]Воспаление эписклеры.
-

300. Положительная цветная слезно-носовая проба показывает:

- 1) [+]Наличие активной проходимости слезоотводящих путей.
 - 2) [-]Наличие пассивной проходимости слезоотводящих путей.
 - 3) [-]Наличие препятствия слезооттоку в носослезном протоке.
 - 4) [-]Наличие препятствия слезооттоку в устье слезных канальцев.
-

301. С помощью диагностического промывания слезных путей можно определить:

- 1) [+]Уровень препятствия слезооттоку в слезных путях.
 - 2) [+]Отсутствие препятствия слезооттоку в слезных путях.
 - 3) [-]Наличие сужения слезных точек.
 - 4) [-]Наличие патологии слезной железы.
-

302. Зондирование слезных путей позволяет диагностировать патологию:

- 1) [-]Слезных точек.
- 2) [+]Слезных канальцев.
- 3) [-]Слезного мешка.
- 4) [+]Устья слезных канальцев.

303. Синдром Бернара-Горнера не включает в себя:

- 1) [-]Гтоз.
- 2) [-]Миоз.
- 3) [-]Энофтальм.
- 4) [+]**Внутренняя офтальмоплегия.**
- 5) [+]**Наружная офтальмоплегия.**

304. Канальцевая проба позволяет определить:

- 1) [-]Проходимость сезоотводящих путей
- 2) [+]**Присасывающую функцию слезных канальцев.**
- 3) [-]Наличие носовой аспирации.
- 4) [-]Состояние слезопродукции.

305. Поверхностная инъекция сосудов наблюдается при:

- 1) [+]**Конъюнктивите.**
- 2) [-]Кератите.
- 3) [-]Иридоциклите.
- 4) [-]Хориоретините.

306. Лечение хронического дакриоцистита не предусматривает:

- 1) [-]Лечебные промывания слезоотводящих путей.
- 2) [-]Создание нового соустья между слезным мешком и полостью носа.
- 3) [-]Восстановление проходимости носослезного протока.
- 4) [+]**Экстирпацию слезного мешка**
- 5) [-]Лечение патологии носа и его придаточных пазух.

307. Проба Норна показывает:

- 1) [-]Избыток слезопродукции
 - 2) [-]Недостаток слезопродукции.
 - 3) [-]Уровень высоты слезного мениска.
 - 4) [+]Время разрыва слезной пленки
-

308. Синдром верхнеглазничной щели не включает в себя:

- 1) [-]Гтоз.
 - 2) [-]Полная офтальмоплегия.
 - 3) [-]Мидриаз.
 - 4) [+]Энофтальм.
 - 5) [-]Застойная инъекция.
-

309. Воспалительный процесс роговицы называется:

- 1) [-]Циклит.
 - 2) [-]Увеит.
 - 3) [+]Кератит.
 - 4) [-]Папиллит.
-

310. Признак, отличающий старое помутнение роговицы от инфильтрата при кератите:

- 1) [-]Отсутствие блеска и зеркальности.
- 2) [-]Наличие роговичного синдрома.
- 3) [+]Не прокрашивается раствором флюоресцеина.
- 4) [+]Отсутствие перикорнеальной инъекции.
- 5) [-]Прокрашивается раствором флюоресцеина.

311. Причиной кератита не может являться:

- 1) [-]Травма.
 - 2) [-]Вирусный конъюнктивит.
 - 3) [-]Дакриоцистит.
 - 4) [+]Косоглазие.
-

312. Понятие роговичный синдром не включает:

- 1) [+]Двоение.
 - 2) [-]Светобоязнь.
 - 3) [-]Блефароспазм.
 - 4) [+]Страбизм.
 - 5) [-]Слезотечение.
-

313. К поверхностным кератитам относится:

- 1) [-]Туберкулезный.
 - 2) [+]Туберкулезно-аллергический.
 - 3) [-]Сифилитический.
 - 4) [+]Герпетический древовидный.
-

314. Симптом, не характерный для ползучей язвы роговицы:

- 1) [-]Один край язвы более высокий, подрытый.
 - 2) [-]Наличие иридоциклита.
 - 3) [-]Наличие гипопиона.
 - 4) [+]Помутнение хрусталика.
-

315. Инъекция глазного яблока при кератитах может быть:

- 1) [+]Перикорнеальной.
 - 2) [-]Конъюнктивальной.
 - 3) [-]Застойной.
 - 4) [+]Смешанной.
-

316. Нарастание конъюнктивы на роговицу - это:

- 1) [+]Птериgium.
 - 2) [-]Пингвекула.
 - 3) [-]Кератомалация.
 - 4) [-]Мейбомии.
 - 5) [+]Псевдоптериgium.
-

317. Клиническим проявлением нарушения метаболизма в роговице не является:

- 1) [-]Старческая дуга.
 - 2) [-]Кератоконус.
 - 3) [-]Эндотелиально-эпителиальная дистрофия.
 - 4) [+]Кератит.
 - 5) [+]Паннус.
-

318. Причиной мидриаза не может явиться:

- 1) [-]Амавроз.
 - 2) [-]Паралич сфинктера зрачка.
 - 3) [+]Закапывание пилокарпина.
 - 4) [-]Закапывание мезатона.
-

319. Травматическая отслойка цилиарного тела - это:

- 1) [+]Циклодиализ.
 - 2) [-]Циклоплегия.
 - 3) [-]Циклит.
 - 4) [-]Циклодукция.
-

320. К эндогенным кератитам относится:

- 1) [+]Герпетический.
 - 2) [-]Ползучая язва.
 - 3) [-]Краевой.
 - 4) [-]Травматический.
 - 5) [+]Нейропаралитический.
-

321. Воспалительный процесс в переднем отделе сосудистой оболочки:

- 1) [+]Иридоциклит.
 - 2) [-]Хориоретинит.
 - 3) [-]Склерит.
 - 4) [-]Панувеит.
-

322. Симптом, не характерный для ирита:

- 1) [-]Перикорнеальная инъекция.
 - 2) [-]Изменение цвета радужки.
 - 3) [+]Отек роговицы.
 - 4) [-]Изменение рисунка радужки.
 - 5) [+]Поверхностная инъекция.
-

323. Симптом, не характерный для циклита:

- 1) [+]Помутнение роговицы.
- 2) [-]Преципитаты.

3) [-]Помутнение стекловидноо тела.

4) [-]Цилиарная болезненность.

5) [+]Поверхностная инъекция.

324. Воспалительный процесс в заднем отделе сосудистой оболочки:

1) [+]Хориоидит.

2) [-]Панувеит.

3) [-]Ирит.

4) [-]Циклит.

325. Травматическим изменением сосудистого тракта является:

1) [+]Иридодиализ.

2) [-]Хемоз.

3) [-]Мадароз.

4) [-]Блефароспазм.

326. Для местного лечения увеита не показано применение в каплях:

1) [-]Атропина.

2) [-]Антибиотиков.

3) [+]Пилокарпина.

4) [-]Кортикостероидов.

327. Симптом, характерный для переднего увеита:

1) [+]Преципитаты.

2) [-]Гтоз.

3) [-]Застойная инъекция глазного яблока.

4) [-]Подвывих хрусталика.

5) [+]Гипопион.

328. При переднем увеите нарушается:

1) [+]Центральное зрение.

2) [-]Периферическое зрение.

3) [-]Цветовосприятие.

4) [-]Темновая адаптация.

329. Наиболее информативный метод исследования для диагностики хориоидита:

1) [-]Гониоскопия.

2) [-]Диафаноскопия.

3) [+]Офтальмоскопия.

4) [-]Биомикроскопия.

330. Злокачественная опухоль сосудистой оболочки называется:

1) [+]Меланобластома.

2) [-]Циститома.

3) [-]Аденома.

4) [-]Атерома.

331. Симптом, наличие которого необходимо для постановки диагноза иридоциклит:

1) [+]Преципитаты.

2) [-]Конъюнктивальная инъекция.

3) [-]Глубокая передняя камера.

4) [-]Отек роговицы.

5) [+]Цилиарная болезненность.

332. Признаками переднего увеита могут быть:

1) [+]Задние синехии.

2) [+]Преципитаты.

3) [-]Снижение чувствительности роговицы.

4) [-]Экзофтальм.

333. Причиной вторичной глаукомы в исходах передних увеитов является:

1) [-]Гиперпродукция внутриглазной жидкости.

2) [+]Мощные задние синехии.

3) [-]Нарушение аккомодации.

4) [+]Множественные гониосинехии.

334. В исходе иридоциклита можно наблюдать:

1) [+]Задние синехии.

2) [-]Пингвекулу.

3) [-]Кератоконус.

4) [-]Птериgium.

5) [+]Осложненную катаракту.

335. Метод исследования целостности эпителия роговицы:

1) [+]Прокрашивание раствором флюоресцеина.

2) [-]Офтальмоскопия.

3) [-]Диафаноскопия.

4) [-]Осмотр в проходящем свете.

336. Кератит, сопровождающийся снижением чувствительности роговицы:

- 1) [-]Туберкулезно-аллергический.
 - 2) [-]Аллергический.
 - 3) [+]Нейропаралитический.
 - 4) [-]Грибковый.
 - 5) [+]Герпетический.
-

337. Скопление гноя в передней камере - это:

- 1) [-]Гифема.
 - 2) [+]Гипопион.
 - 3) [-]Гипосфагма.
 - 4) [-]Ксероз.
-

338. Возможное осложнение гнойной язвы роговицы:

- 1) [-]Гетерохромия.
 - 2) [+]Перфорация.
 - 3) [+]Эндофтальмит.
 - 4) [-]Анизокория.
 - 5) [-]Хемоз.
-

339. Клиническая форма глубокого герпетического кератита:

- 1) [+]Дисковидный.
- 2) [-]Фликтенулезный.
- 3) [-]Паннус.

4) [-]Древовидный.

5) [+]Метагерпетический.

340. Порок развития сосудистого тракта:

1) [-]Иридодиализ.

2) [+]Аниридия.

3) [-]Циклодиализ.

4) [-]Иридоциклит.

341. Порок развития сосудистого тракта:

1) [+]Колобома хориоидеи.

2) [-]Иридодиализ.

3) [-]Циклодиализ.

4) [-]Иридоциклит.

342. Локализация преципитатов при иридоциклите:

1) [-]Передняя поверхность роговицы.

2) [+]Задняя поверхность роговицы.

3) [-]В толще роговицы.

4) [-]Передняя поверхность радужки.

343. Метод диагностики ретинита:

1) [+]Офтальмоскопия.

2) [-]Биомикроскопия.

3) [-]Гониоскопия.

4) [-]Рентгенография.

5) [+]Флюоресцентна ангиография.

344. Характерный признак ретинита при

офтальмоскопии:

- 1) [+]Очаговые изменения на глазном дне.
 - 2) [-]Побледнение диска зрительного нерва.
 - 3) [-]Колобома собственной сосудистой оболочки.
 - 4) [-]Выраженный ангиосклероз.
-

345. Жалоба, не характерная для хориоидита:

- 1) [-]Понижение зрения.
 - 2) [-]Метаморфопсии.
 - 3) [-]Микропсии.
 - 4) [+]Боль в глазу.
 - 5) [+]Покраснение глаза.
-

346. Метод исследования, наименее информативный для диагностики иридоциклита:

- 1) [+]Офтальмоскопия.
 - 2) [-]Боковое (фокальное) освещение..
 - 3) [-]Пальпация через веки.
 - 4) [-]Биомикроскопия.
-

347. Метод исследования, наиболее информативный для диагностики неврита зрительного нерва:

- 1) [-]Биомикроскопия.
- 2) [-]Исследование в проходящем свете.
- 3) [-]Диафаноскопия.
- 4) [+]Офтальмоскопия.
- 5) [+]Периметрия.

348. Окклюзия центральной артерии сетчатки отличается от окклюзии центральной вены сетчатки:

- 1) [+]Офтальмоскопической картиной.
 - 2) [-]Наличием экзофтальма.
 - 3) [-]Нарушением глазодвигательных функций.
 - 4) [-]Наличием гифемы.
-

349. При остром нарушении кровообращения в сетчатке:

- 1) [+]Зрение резко снижается.
 - 2) [-]Зрение не изменяется.
 - 3) [-]Нарушается только цветоощущение.
-

350. Значительное снижение сумеречного зрения наблюдается при:

- 1) [+]Пигментной абиотрофия сетчатки.
 - 2) [-]Пигментном невусе сетчатки.
 - 3) [-]Кератите.
 - 4) [-]Иридоциклите.
-

351. Поле зрения страдает при:

- 1) [+]Отслойке сетчатки.
 - 2) [-]Кератите.
 - 3) [-]Иридоциклите.
 - 4) [-]Эписклерите.
 - 5) [+]Неврите зрительного нерва.
-

352. Симптом, не являющийся характерным при

заболеваниях и повреждениях склеры:

- 1) [-]Изменения в окраске фиброзной капсулы.
 - 2) [-]Стафилома.
 - 3) [-]Дефекты ткани фиброзной капсулы.
 - 4) [+]Гетерохромия.
-

353. Зрительные функции при эписклерите:

- 1) [-]Характеризуются снижением центрального зрения.
 - 2) [-]Характеризуются нарушением цветоощущения.
 - 3) [-]Характеризуются сужением поля зрения.
 - 4) [+]Не изменяются.
-

354. Характер покраснения глазного яблока при склерите:

- 1) [+]Локальная гиперемия.
 - 2) [-]Конъюнктивальная инъекция.
 - 3) [-]Перикорнеальная инъекция.
 - 4) [-]Застойная инъекция.
-

355. Характерным симптомом заболевания роговицы не является:

- 1) [-]Утрата зеркального блеска.
 - 2) [-]Светобоязнь.
 - 3) [-]Слезотечение.
 - 4) [-]Нарушение прозрачности.
 - 5) [+]Конъюнктивальная инъекция.
 - 6) [-]Блефароспазм.
-

356. Помутнение роговицы, не различимое

глазом, называется:

- 1) [-]Leucoma.
 - 2) [+]Nubecula.
 - 3) [-]Macula.
-

357. Утрата зеркального блеска роговицей возникает вследствие:

- 1) [-]Гипопродукции водянистой влаги .
 - 2) [-]Образования передних синехий.
 - 3) [+]Отека эпителия роговицы.
 - 4) [-]Отека конъюнктивы.
-

358. Термины, не относящиеся к клинической классификации кератитов:

- 1) [+]Локальный, диффузный.
 - 2) [-]Поверхностный, глубокий.
 - 3) [-]Язвенный, неязвенный.
 - 4) [-]Сосудистый, бессосудистый.
-

359. Форма поверхностного герпетического кератита:

- 1) [-]Дисковидный.
 - 2) [-]Краевой.
 - 3) [+]Древовидный.
 - 4) [-]Метагерпетический.
-

360. Внезапная потеря зрительных функций (амавроз) может возникнуть при:

- 1) [-]Хориоретините.

- 2) [-]Неврите зрительного нерва.
- 3) [+]Окклюзии центральной артерии сетчатки.
- 4) [-]Диабетической ретинопатии.

361. Признак, отличающий свежий хориоретинальный очаг от старого:

- 1) [-]Наличие четких границ.
- 2) [-]Белый цвет.
- 3) [+]Отсутствие четких границ.
- 4) [-]Наличие пигментных отложений.
- 5) [+]Наличие кровоизлияний в очаге и вокруг него.

362. Термин, не относящийся к клинической классификации хориоретинитов:

- 1) [-]Центральный.
- 2) [+]Тотальный.
- 3) [-]Юкстапапиллярный.
- 4) [+]Смешанный.
- 5) [-]Периферический.

363. Наличие в старых хориоретинальных очагах включений черного цвета - это:

- 1) [-]Склера, которая просвечивает через участки атрофии сосудистой.
- 2) [-]Очаги организовавшегося экссудата.
- 3) [+]Скопления глыбок пигмента.
- 4) [-]Локальные гемorragии.

364. Для старого хориоретинального очага не характерно:

- 1) [-]Наличие четких границ.
 - 2) [-]Чередование участков черного и белого цвета.
 - 3) [+]Наличие проминенции в стекловидное тело.
 - 4) [+]Наличие кровоизлияний и экссудата.
-

365. Отек сетчатки в зоне хориоретинального очага клинически будет проявляться:

- 1) [+]Локальным ослаблением рефракции.
 - 2) [-]Ограничением подвижности глазного яблока.
 - 3) [-]Появлением ретробульбарных болевых ощущений.
 - 4) [-]Повышением внутриглазного давления.
-

366. Для центральных хориоретинитов не характерна жалоба на:

- 1) [-]Метаморфопсии.
 - 2) [+]Гемералопию.
 - 3) [-]Фотопсии.
 - 4) [-]Снижение остроты зрения.
-

367. Эксакация диска зрительного нерва считается физиологической при ее величине:

- 1) [-]до 1/10.
 - 2) [-]до 2/10.
 - 3) [+]до 3/10.
 - 4) [-]до 4/10.
 - 5) [-]до 5/10.
-

368. Характерным симптомом заболевания зрительного нерва не является:

- 1) [-]Понижение остроты зрения.
 - 2) [-]Изменения поля зрения.
 - 3) [-]Периодические боли за глазом при его движении.
 - 4) [+]Повышение внутриглазного давления.
 - 5) [+]Понижение внутриглазного давления.
-

369. При атрофии зрительного нерва цвет диска зрительного нерва:

- 1) [-]Становится красным.
 - 2) [+]Становится белым.
 - 3) [-]Характеризуется чередованием красных и белых участков.
 - 4) [-]Не изменяется.
-

370. Рутинный метод определения степени выстояния диска зрительного нерва в стекловидное тело при его отеке:

- 1) [-]Биомикроскопия.
 - 2) [-]Офтальмоскопия.
 - 3) [+]Скиаскопия.
 - 4) [-]Исследование в проходящем свете.
-

371. Для лечения неврита зрительного нерва не показано применение:

- 1) [+]Миотиков.
- 2) [-]Кортикостероидов.
- 3) [-]Антибиотиков.
- 4) [-]Осмопрепаратов.
- 5) [-]Сосудистых препаратов.

372. Диагноз меланобластомы II стадии ставится в случае распространения опухоли:

- 1) [-]В пределах сосудистой оболочки диаметром до 5 мм.
 - 2) [+]На склере или в сетчатку независимо от размера.
 - 3) [-]Образования опухолевого узла на поверхности глазного яблока.
 - 4) [-]До диаметра более 15 мм.
-

373. Фестончатый вид зрачка не характерен для:

- 1) [+]Конъюнктивита.
 - 2) [-]Панувеита.
 - 3) [+]Кератита.
 - 4) [-]Острого иридоциклита.
-

374. Феномен Тиндаля:

- 1) [+]Опалесценция влаги передней камеры.
 - 2) [-]Преципитаты на заднем эпителии роговицы.
 - 3) [-]Прокрашивание роговицы раствором флюоресцеина.
 - 4) [-]Пигмент на передней капсуле хрусталика.
-

375. Неотложным мероприятием первой врачебной помощи при остром иридоциклите являются инстилляции:

- 1) [+]Атропина.
- 2) [-]Пилокарпина.
- 3) [-]Дикаина (инокаина).
- 4) [+]Раствора антибиотика.

376. Закапывание атропина при остром иридоциклите производят для:

- 1) [-]Улучшения обзора внутриглазных структур при офтальмоскопии.
 - 2) [+]Профилактики образования задних синехий.
 - 3) [-]Закрытия угла передней камеры.
 - 4) [+]Обеспечения покоя цилиарному телу.
-

377. Для клинической картины диффузного хориоидита не характерно:

- 1) [+]Появление преципитатов.
 - 2) [-]Помутнение стекловидного тела.
 - 3) [+]Покраснение и боль в глазу.
 - 4) [-]Снижение зрения.
-

378. Ретробульбарный неврит:

- 1) [-]Протекает бессимптомно.
 - 2) [-]Сопровождается полной офтальмоплегией.
 - 3) [+]Начинается с падения зрительных функций.
 - 4) [-]Всегда поражает оба зрительных нерва.
-

379. Эписклерит:

- 1) [-]Приводит к временному снижению остроты зрения.
 - 2) [+]Сопровождается локальной гиперемией глазного яблока.
 - 3) [-]Нередко возникает при лагофтальме.
 - 4) [-]Может закончиться образованием симблефарона.
-

380. Синдром красного глаза не возникает при:

- 1) [-]Остром конъюнктивите.
 - 2) [-]Остром приступе глаукомы.
 - 3) [-]Остром иридоциклите.
 - 4) [+]Остром хориоретините.
-

381. Общим симптомом кератита и иридоциклита является:

- 1) [+]Наличие перикорнеальной инъеции.
 - 2) [-]Образование преципитатов.
 - 3) [-]Образование инфильтратов в роговой оболочке.
 - 4) [-]Образование задних синехий.
-

382. К дистрофиям относятся процессы деструкции тканей на почве:

- 1) [-]Острого инфекционного процесса.
 - 2) [+]Нарушения трофической иннервации.
 - 3) [-]Общего переохлаждения.
 - 4) [+]Нарушений гемодинамики.
-

383. К абиотрофиям относятся процессы деструкции тканей на почве:

- 1) [+]Врожденной патологии.
 - 2) [-]Общего истощения.
 - 3) [+]Наследственной неполноценности.
 - 4) [-]Приобретенных нарушений гемодинамики.
-

384. К атрофиям относятся изменения в тканях в исходе:

- 1) [+]Абиотрофии.

- 2) [-]Гиперпигментации и отека.
 - 3) [-]Перенапряжения аккомодации.
 - 4) [+]Дистрофий и воспалений.
-

385. К заболеваниям, вызванным нарушениями обменных процессов в глазу, относятся:

- 1) [-]Острые и хронические воспаления.
 - 2) [+]Дистрофии, абиотрофии.
 - 3) [+]Атрофии.
 - 4) [-]Ожоги и отморожения.
-

386. Сущность дистрофии и абиотрофии заключается в:

- 1) [-]Увеличении объема ткани.
 - 2) [+]Нарушении воспроизводства ткани на клеточном уровне.
 - 3) [-]Понижении тактильной чувствительности.
 - 4) [+]Повреждении внутриклеточных структур.
-

387. Существенные звенья патогенеза деструктивных процессов при дистрофиях и абиотрофиях:

- 1) [+]Нарушение клеточных мембран, митохондрий и генетического аппарата.
 - 2) [-]Повышенная экссудация во влагу передней камеры.
 - 3) [-]Увеличение продукции внутриглазной жидкости.
 - 4) [-]Функциональный зрачковый блок.
-

388. При наличии на глазу пингвекулы:

- 1) [-]Необходима операция по ее иссечению.

2) [-]Показан электрофорез с коллализином.

3) [+]Лечение не требуется.

4) [-]Показаны инстилляции кортикостероидов.

389. Свисающая в виде складки дряблая кожа верхнего века, прикрывающая его край, называется:

1) [-]Симблефарон.

2) [-]Хемоз.

3) [+]Блефарохлазис

4) [-]Халязион.

390. Для устранения блефарохлазиса необходимо выполнить:

1) [-]Инъекцию в толщу века протеолитических ферментов.

2) [+]Операцию.

3) [-]Электрофорез с йодистым калием.

4) [-]Массаж век.

391. Отложение холестерина в виде бляшек желтого цвета в толще кожи век называется:

1) [+]Ксантелязма.

2) [-]Пингвекула.

3) [-]Ксантома.

4) [-]Эпикантус.

392. Утолщение и отвисание края века вследствие хронического блефарита называется:

1) [-]Колобома.

2) [+]Тилоз.

3) [-]Полиоэ.

4) [-]Мадароз.

393. Поседение ресниц на почве нейротрофических расстройств называется:

1) [-]Трихиаз.

2) [+]Полиоэ.

3) [-]Мадароз.

4) [-]Стафилома.

394. Облысение ресниц вследствие хронического блефарита называется:

1) [-]Полиоэ.

2) [-]Эпикантус.

3) [-]Трихиаз.

4) [+]Мадароз.

395. При поверхностном ксерозе конъюнктивы образуются белесоватые пятнышки, напоминающие пену - это:

1) [-]Пятна Коплика.

2) [+]Бляшки Искерского-Бито.

3) [-]Инфаркты мейбомиевых желез.

4) [-]Друзы.

396. Неправильный рост ресниц вследствие рубцовой деформации ресничных волосяных мешочков – это:

1) [+]Трихиаз.

- 2) [-]Тилоз.
- 3) [-]Мадароз.
- 4) [-]Эпикантус.

397. Локальное гиалиновое перерождение конъюнктивы вблизи внутренней части лимба называется:

- 1) [-]Птериgium.
- 2) [-]Ксантелезма.
- 3) [+]Пингвекула.
- 4) [-]Ксантома.

398. Дегенеративное разрастание конъюнктивы на роговицу со стороны лимба называется:

- 1) [-]Эпикантус.
- 2) [+]Птериgium.
- 3) [-]Пингвекула.
- 4) [-]Птоз.

399. Удаление (эпиляция) ресниц, растущих неправильно, с помощью пинцета:

- 1) [+]Имеет временный эффект, т.к. ресницы вырастут вновь.
- 2) [-]Радикально устраняет трихиаз.
- 3) [-]Не эффективно.
- 4) [-]Противопоказано, т.к. провоцирует усиленный рост ресниц.

400. Устранение ксантелезмы возможно посредством:

- 1) [-]Электрофореза протеолитических ферментов.
 - 2) [+]Диатермкоагуляции.
 - 3) [+]Операции.
 - 4) [-]Массажа век.
-

401. Устранение птеригиума на глазу осуществляется посредством:

- 1) [-]Электрофореза лидазы.
 - 2) [-]Инъекций в тело птеригиума кортикостероидов.
 - 3) [+]Операции.
 - 4) [-]Инстилляций цитостатических средств.
-

402. Оптимальная коррекция остроты зрения при кератоконусе достигается:

- 1) [-]Сферическими очками.
 - 2) [-]Интраокулярными линзами.
 - 3) [+]Жесткими контактными линзами.
 - 4) [-]Изэйконическими очками.
-

403. При прогрессировании птеригиума рефракция роговицы чаще всего:

- 1) [-]Не изменяется.
 - 2) [-]Становится миопической.
 - 3) [-]Становится гиперметропической.
 - 4) [+]Приобретается неправильный астигматизм.
-

404. Эндотелиально-эпителиальная дистрофия роговицы ведет к:

- 1) [+]Нарушению ее прозрачности.

- 2) [-]Изменению кривизны роговицы.
- 3) [-]Увеличению размеров роговицы.
- 4) [-]Усилению рефракции.

405. При наличии старческой дуги в роговице:

- 1) [-]Рекомендуется рассасывающая терапия.
- 2) [-]Показана пересадка роговицы.
- 3) [+]Лечение не показано.
- 4) [-]Назначают инстилляции кортикостероидов.

406. Состояние, когда роговица приобретает конусовидную форму, называется:

- 1) [-]Кератофакия.
- 2) [-]Кератоглобус.
- 3) [+]Кератоконус.
- 4) [-]Кератомилез.

407. Кольцевидное помутнение роговицы вдоль лимба у пожилых людей называется:

- 1) [-]Микрокорнеа.
- 2) [-]Корэктопия.
- 3) [+]Аркус сенилис.
- 4) [-]Кератофакия.

408. При наличии на глазу старческой дуги поле зрения:

- 1) [+]Не изменяется.
- 2) [-]Концентрически суживается.
- 3) [-]Изменяется по типу гемианопсии.

4) [-]Суживается с носовой стороны.

409. Ведущим симптомом для всех дистрофических помутнений роговицы является:

- 1) [-]Выраженный роговичный синдром.
 - 2) [-]Увеличение размеров роговицы.
 - 3) [-]Усиление рефракции роговицы.
 - 4) [+]Медленное прогрессирование.
 - 5) [+]Отсутствие признаков воспаления глаза.
-

410. Спаянное с радужкой бельмо роговицы является следствием:

- 1) [+]Перфорации роговицы.
 - 2) [-]Глубокого стромального кератита.
 - 3) [-]Фиброзного иридоциклита.
 - 4) [-]Глубокого ожога роговицы.
-

411. Ксантелизама на коже век беспокоит пациента как:

- 1) [-]Очаг рубцевания кожи.
 - 2) [-]Очаг изъязвления кожи.
 - 3) [-]Деформация переходной складки.
 - 4) [+]Косметический дефект.
-

412. Подсыхание конъюнктивы и роговицы на фоне гипопродукции слезы называется:

- 1) [-]Хемоз.
- 2) [-]Артроз.
- 3) [+]Ксероз.

4) [-]Кератоз.

413. Выпячивание растянутого бельма роговицы называется:

- 1) [+]Стафилома.
 - 2) [-]Склерома.
 - 3) [-]Кератоконус.
 - 4) [-]Кератоз.
-

414. При тотальном помутнении роговицы восстановление предметного зрения возможно посредством:

- 1) [+]Операции кератопластики.
 - 2) [-]Рассасывающей терапии.
 - 3) [-]Электрофореза протеолитических ферментов.
 - 4) [-]Инстилляций этилморфина гидрохлорида.
-

415. Различие в цвете радужек обоих глаз называется:

- 1) [-]Ахроматопсия.
 - 2) [-]Дихромазия.
 - 3) [+]Гетерохромия.
 - 4) [-]Гетерофория.
-

416. Помутнение хрусталика называется:

- 1) [-]Корэктопия.
- 2) [-]Кератофакия.
- 3) [+]Катаракта.
- 4) [-]Факодонез.

417. Врожденные катаракты, как правило:

- 1) [-]Прогрессируют до полного помутнения хрусталика.
 - 2) [+]Не прогрессируют.
 - 3) [-]Прогрессируют только до помутнения ядра хрусталика.
 - 4) [-]Прогрессируют только в детском возрасте.
-

418. Приобретенные катаракты:

- 1) [+]Прогрессируют до полного помутнения хрусталика.
 - 2) [-]Не прогрессируют.
 - 3) [-]Прогрессируют по мере действия этиологического фактора.
 - 4) [-]Прогрессирует или нет в зависимости от этиологического фактора.
-

419. Травматическая катаракта возникает вследствие:

- 1) [-]Повреждения волокон цинновой связки.
 - 2) [+]Повреждения капсулы хрусталика.
 - 3) [-]Контузии цилиарного тела.
 - 4) [-]Повреждения стекловидного тела.
-

420. Лучевая катаракта возникает от воздействия:

- 1) [-]Ультрафиолетовых лучей.
 - 2) [-]Лучей видимого света.
 - 3) [+]Ионизирующей радиации.
 - 4) [-]Слабых доз ультразвукового излучения.
-

421. По локализации помутнения в хрусталике катаракты различают:

- 1) [+]Капсулярные, полярные, ядерные.
 - 2) [-]Межслойные, центральные.
 - 3) [-]Эпикапсулярные, субкортикальные.
 - 4) [-]Периферические, интракортикальные.
-

422. Помутнение задней капсулы хрусталика после факоэмульсификации катаракты называется:

- 1) [-]Ложной катарактой.
 - 2) [-]Осложненной катарактой.
 - 3) [+]Вторичной катарактой.
 - 4) [-]Задней капсулярной катарактой.
-

423. Отсутствие в глазу хрусталика называется:

- 1) [+]Афакия.
 - 2) [-]Аниридия.
 - 3) [-]Анизометропия.
 - 4) [-]Амблиопия.
-

424. Устранение катаракты возможно с помощью:

- 1) [-]Электрофореза протеолитических ферментов.
 - 2) [-]Инстилляций витаминных капель.
 - 3) [+]Операции.
 - 4) [-]Осмотерапии.
-

425. Операция устранения мутного хрусталика называется:

- 1) [-]Эксцизия катаракты.

- 2) [-]Эвакуация катаракты.
 - 3) [+]Экстракция катаракты.
 - 4) [-]Элевация катаракты.
 - 5) [+]Факоэмульсификация катаракты.
-

426. Экстракция катаракты бывает:

- 1) [-]Эпикапсулярной.
 - 2) [-]Транскапсулярной.
 - 3) [+]Экстракапсулярной..
 - 4) [-]Субкапсулярной.
 - 5) [+]Интракапсулярной.
-

427. Интракапсулярной называется экстракция катаракты при удалении хрусталика:

- 1) [-]Вместе с передней капсулой.
 - 2) [-]Вместе с задней капсулой.
 - 3) [+]В капсуле.
 - 4) [-]Без капсулы.
-

428. При экстракапсулярной экстракции катаракты необходимо сохранить:

- 1) [-]Переднюю капсулу хрусталика.
 - 2) [+]Заднюю капсулу хрусталика.
 - 3) [-]Оба листка капсулы хрусталика.
 - 4) [-]Частично заднюю капсулу.
-

429. Восстановление бинокулярного зрения при монокулярной афакии возможно при коррекции:

- 1) [-]Простым цилиндрическим стеклом.

2) [-]Обычным сферическим стеклом.

3) [+]Контактной линзой.

4) [+]Интраокулярной линзой.

430. При коррекции монокулярной афакии обычными очковыми стеклами бинокулярное зрение невозможно по причине:

1) [-]Слепящего действия очкового стекла на афакичный глаз.

2) [-]Выраженных явлений диплопии.

3) [+]Высокой анизометропии.

4) [-]Появления хроматических аберраций.

431. При исследовании в проходящем свете при зрелой катаракте рефлекс с глазного дна:

1) [-]Остается равномерно розовым.

2) [-]Приобретает желтоватый оттенок.

3) [+]Отсутствует.

4) [-]Различается только в оптической зоне.

432. Прогрессирующая близорукость приводит к:

1) [+]Деструкции стекловидного тела.

2) [-]Увеличению объема аккомодации глаза.

3) [+]Истончению склеры.

4) [-]Расширению поля зрения.

433. Наиболее тяжелым проявлением миопической болезни является:

1) [-]Патологическое увеличение переднезадней оси глаза.

2) [-]Усиление клинической рефракции.

3) [+]Вторичная дистрофия сетчатки и сосудистой оболочки.

4) [+]Разжижение или отслойка стекловидного тела.

434. При миопической болезни с целью профилактики разрывов сетчатки рекомендуется:

1) [-]Ограничение потребления жидкости.

2) [-]Уменьшение в суточном рационе острых блюд.

3) [-]Избегание стрессовых ситуаций.

4) [+]Ограничение физических и зрительных нагрузок.

435. Деструкция стекловидного тела проявляется в виде его:

1) [-]Обызвествления и гиперпигментации.

2) [+]Разжижения, отслойки, фиброза.

3) [-]Появления патологического окрашивания.

4) [-]Усиления клинической рефракции глаза.

436. Грубое швартообразование в стекловидном теле является следствием:

1) [-]Хронического иридоциклита.

2) [-]Перенапряжения аккомодации.

3) [+]Внутриглазных кровоизлияний, нагноений и травм.

4) [-]Химических ожогов глазного яблока.

437. Ощущение летающих мушек перед глазом возникает при:

1) [+]Деструкции стекловидного тела.

- 2) [-]Начальном помутнении хрусталика.
- 3) [-]Наличии преципитатов на эндотелии роговицы.
- 4) [-]Серозной экссудации в передней камере.

438. Патологическое увеличение глазного яблока в размерах называется:

- 1) [-]Анофтальм.
- 2) [-]Офтальмопатия.
- 3) [+]**Буфтальм.**
- 4) [-]Офтальмия.

439. Процесс атрофии ткани внешне проявляется:

- 1) [+]**Уменьшением ее объема и снижением жизнедеятельности.**
- 2) [-]Выраженной неоваскуляризацией.
- 3) [-]Патологической гиперпигментацией.
- 4) [-]Повышением функциональных возможностей.

440. При атрофии зрительного нерва его диск:

- 1) [-]Приобретает синюшную окраску.
- 2) [+]**Бледнеет.**
- 3) [-]Краснеет.
- 4) [-]Изменяет форму.

441. При первичной атрофии зрительного нерва границы его диска:

- 1) [-]Становятся размытыми.
- 2) [+]**Остаются четкими.**
- 3) [-]Приобретают фестончатый вид.

4) [-]Имеют полигональные очертания.

442. При вторичной атрофии зрительного нерва границы его диска:

- 1) [+]Остаются размытыми.
 - 2) [-]Приобретают фестончатый вид.
 - 3) [-]Имеют полигональные очертания.
 - 4) [-]Становятся четкими.
-

443. Основными причинами разрывов сетчатки являются:

- 1) [+]Дистрофия сетчатки. фиброз стекловидного тела.
 - 2) [-]Офтальмогипертензия.
 - 3) [-]Внутриглазные опухоли.
 - 4) [-]Парез, паралич аккомодации.
 - 5) [+]Фиброз стекловидного тела.
-

444. Офтальмоскопически разрыв сетчатки виден как участок с четкими контурами:

- 1) [-]Белого цвета.
 - 2) [+]Ярко-красного цвета.
 - 3) [-]Серого цвета.
 - 4) [-]Бесцветный.
-

445. Отслойка сетчатки происходит на уровне:

- 1) [-]Наружного плексиформного слоя.
- 2) [+]Между фоторецепторами и пигментным эпителием.
- 3) [-]Внутреннего плексиформного слоя.
- 4) [-]Между пигментным эпителием и стекловидной

446. Достоверную информацию о площади отслойки сетчатки дает исследование:

- 1) [+]Поля зрения.
 - 2) [-]Цветоощущения.
 - 3) [-]Остроты зрения.
 - 4) [-]Темновой адаптации.
 - 5) [+]Ультразвуковое, В-скан.
-

447. Главным условием для возникновения отслойки сетчатки является наличие:

- 1) [+]Разрыва сетчатки.
 - 2) [-]Отека сетчатки.
 - 3) [-]Помутнений стекловидного тела.
 - 4) [-]Субретинального кровоизлияния.
 - 5) [+]Пролиферативной витреоретинопатии
-

448. Разрывы сетчатки по их форме делятся на:

- 1) [-]Эллипсовидный, прямоугольный.
 - 2) [+]Клапанный, дырчатый, отрыв от зубчатой линии.
 - 3) [-]Трапецевидный, круглый, овальный.
 - 4) [-]Клиновидный, звездчатый.
-

449. Острота зрения глаза резко понижается, если отслойка сетчатки локализуется:

- 1) [-]На периферии глазного дна.
- 2) [-]В парацентральной зоне.
- 3) [-]В области экватора глаза.

4) [+]Захватывает область желтого пятна.

450. Устранение отслойки сетчатки возможно:

- 1) [-]Медикаментозными средствами.
 - 2) [-]Физиотерапевтическими методами.
 - 3) [+]Хирургическим путем и с помощью лазера.
 - 4) [+]Иногда самопроизвольным прилеганием .
-

451. При сахарном диабете главной причиной отслойки сетчатки является:

- 1) [-]Появление в сетчатке микроаневризм
 - 2) [+]Витреоретинальная пролиферация.
 - 3) [-]Отек сетчатки
 - 4) [-]Трофические нарушения в сосудистой оболочке
-

452. Главной задачей операции по поводу отслойки сетчатки является:

- 1) [-]Удаление субретинальной жидкости.
 - 2) [+]Блокада разрыва сетчатки.
 - 3) [-]Криокоагуляция склеры в области разрыва.
 - 4) [-]Замена измененного стекловидного тела.
-

453. Характерным признаком пигментной абитрофии сетчатки на глазном дне являются:

- 1) [-]Обширные белого цвета атрофические хориоретинальные очаги.
- 2) [-]Множественные красного цвета микроаневризмы.
- 3) [+]Множественные очажки пигмента по типу "костных телец".
- 4) [-]Ишемический отек сетчатки.

454. При периферической пигментной абииотрофии сетчатки характерна жалоба больных на:

- 1) [-]Понижение остроты зрения.
 - 2) [-]Расстройство цветоощущения.
 - 3) [+]Ухудшение зрения в сумерках.
 - 4) [-]Искажение величины и формы предметов.
-

455. Лечение пигментной абииотрофии сетчатки:

- 1) [-]Может привести к полному выздоровлению.
 - 2) [-]Обеспечивает длительную стабилизацию процесса.
 - 3) [+]Малоэффективно.
 - 4) [-]Нецелесообразно.
-

456. Патологическое уменьшение размеров глазного яблока:

- 1) [+]Микрофтальм.
 - 2) [-]Анофтальм.
 - 3) [-]Офтальмопатия.
 - 4) [-]Буфтальм.
-

457. При макулодистрофии нарушение зрительных функций проявляется:

- 1) [-]Сужением поля зрения.
 - 2) [+]Понижением остроты зрения.
 - 3) [-]Расстройством темновой адаптации.
 - 4) [-]Нарушением аккомодации.
-

458. Расплавление роговицы на почве

авитаминоза А называется:

- 1) [+]Кератомалация.
 - 2) [-]Кератофакия.
 - 3) [-]Кератомилез.
 - 4) [-]Дискератоз.
-

459. Катаракта не бывает:

- 1) [-]Осложненной.
 - 2) [-]Травматической.
 - 3) [+]Частичной.
 - 4) [-]Вторичной.
-

460. При лучевой катаракте начальное помутнение формируется:

- 1) [-]В ядре хрусталика.
 - 2) [-]Под передней капсулой.
 - 3) [-]Вдоль экватора.
 - 4) [+]Под задней капсулой.
-

461. При монокулярной афакии восстановление бинокулярного зрения невозможно с помощью:

- 1) [-]Интраокулярной коррекции.
 - 2) [+]Обычной очковой коррекции.
 - 3) [-]Контактной коррекции.
 - 4) [+]Призматической коррекции.
-

462. Бинокулярное зрение невозможно при полной коррекции монокулярной афакии обычными очками из-за:

- 1) [-]Выраженных сферических аберраций.
 - 2) [+]Высокой анизэйкони.
 - 3) [-]Выраженных хроматических аберраций.
 - 4) [-]Усиления явлений дифракции.
-

463. Средством, замедляющим развитие катаракты, не является:

- 1) [-]Сенкаталин.
 - 2) [+]Солкосерил.
 - 3) [-]Витайодурол.
 - 4) [+]Флюоресцин.
 - 5) [-]Квинакс.
-

464. Согласно классификации не бывает катаракты:

- 1) [-]Лучевой.
 - 2) [+]Воспалительной.
 - 3) [-]Травматической.
 - 4) [-]Приобретенной.
 - 5) [-]Врожденной.
 - 6) [+]Рефракционной.
-

465. Рефракция глаза в процессе развития катаракты:

- 1) [+]Усиливается.
 - 2) [-]Ослабевает.
 - 3) [-]Становится астигматической.
 - 4) [-]Не изменяется.
-

466. Минимальная катарактогенная доза для

рентгеновского облучения составляет:

- 1) [+]2 Гр.
 - 2) [-]4 Гр.
 - 3) [-]6 Гр.
 - 4) [-]8 Гр.
-

467. Наиболее важным в ходе диагностики отслойки сетчатки является:

- 1) [-]Определение площади отслойки.
 - 2) [-]Определение высоты отслойки.
 - 3) [+]Обнаружение разрыва сетчатки.
 - 4) [-]Определение степени вовлечения макулярной области.
-

468. Изменения на глазном дне в виде костных телец чаще всего выявляются при абиотрофии:

- 1) [-]Белоточечной.
 - 2) [+]Пигментной.
 - 3) [-]Штаргардта.
 - 4) [-]Вителиформной.
-

469. Эндотелиально-эпителиальная дистрофия роговицы является следствием:

- 1) [-]Трофической язвы роговицы.
 - 2) [-]Рецидивирующей эрозии роговицы.
 - 3) [+]Повреждения заднего эпителия.
 - 4) [-]Авитаминоза "А".
-

470. Консервативное лечение катаракты:

- 1) [-]Обеспечивает полное восстановление прозрачности

хрусталика.

- 2) [+]Замедляет процесс помутнения хрусталика.
- 3) [-]Останавливает процесс помутнения.
- 4) [-]Практически неэффективно.

471. Военнослужащие срочной службы с односторонней афакией или артифакцией к военной службе:

- 1) [-]Годны.
- 2) [-]Годны с незначительными ограничениями.
- 3) [+]Ограниченно годны.
- 4) [-]Не годны.

472. Военнослужащие срочной службы после успешно оперированной отслойки сетчатки к военной службе:

- 1) [-]Годны.
- 2) [-]Годны с незначительными ограничениями.
- 3) [+]Ограниченно годны.
- 4) [-]Не годны.

473. Локальное выпячивание склеры вследствие трофических нарушений называется:

- 1) [-]Склерома.
- 2) [+]Стафилома.
- 3) [-]Склеродерма.
- 4) [-]Колобома.

474. Операция пересадки роговицы называется:

- 1) [-]Кератофакия.
 - 2) [-]Кератопротезирование.
 - 3) [+]Кератопластика.
 - 4) [-]Кератомилез.
-

475. При тотальном сосудистом бельме роговицы в сочетании с синдромом «сухого глаза» более перспективно выполнение:

- 1) [+]Кератопротезирования.
 - 2) [-]Послойной кератопластики.
 - 3) [-]Барьерной кератопластики.
 - 4) [-]Сквозной кератопластики.
-

476. Пересадка роговицы может быть:

- 1) [-]Поверхностная.
 - 2) [-]Периферическая.
 - 3) [+]Послойная.
 - 4) [-]Наружная.
 - 5) [+]Сквозная.
-

477. Причиной отслойки сетчатки не может быть:

- 1) [-]Кистовидная дегенерация сетчатки.
 - 2) [-]Посттравматический разрыв сетчатки.
 - 3) [+]Неврит зрительного нерва.
 - 4) [-]Витреоретинальная пролиферация.
-

478. Ксероз роговицы может быть по причине

- 1) [-]Авитаминоза "Е".

2) [-]Хронического воздействия на глаз пыли и ветра.

3) [+]Лагофталма.

4) [-]Поверхностного термического ожога.

479. При прогрессировании близорукости показана операция:

1) [-]Кератотомия.

2) [-]Склеротомия.

3) [-]Кератофакия.

4) [+]Склеропластика.

480. Офтальмоскопический симптом острого нарушения кровообращения в центральной артерии сетчатки:

1) [-]«Штопора».

2) [+]«Вишневой косточки».

3) [-]«Медной проволоки».

4) [-]«Серебряной проволоки».

481. Соотношение калибра артерий и вен сетчатки в норме:

1) [-]1:1.

2) [-]3:1.

3) [+]2:3.

4) [-]2:1.

482. Офтальмоскопический признак ангиосклероза сетчатки:

1) [+]Симптом «серебряной проволоки».

- 2) [-]Наличие микроаневризм.
 - 3) [-]Симптом Гвиста.
 - 4) [+]Симптом «медной проволоки».
-

483. Начальные изменения на глазном дне вследствие сахарного диабета:

- 1) [+]Микроаневризмы.
 - 2) [-]Отслойка сетчатки.
 - 3) [-]Витреоретинальная пролиферация.
 - 4) [-]Новообразованные сосуды.
-

484. Глазничная артерия является веточкой:

- 1) [+]Внутренней сонной артерии.
 - 2) [-]Передней мозговой артерии.
 - 3) [-]Наружной сонной артерии.
 - 4) [-]Верхнечелюстной артерии.
-

485. Окклюзия центральной артерии сетчатки не может быть причиной:

- 1) [-]Центральной скотомы.
 - 2) [-]Амавроза.
 - 3) [-]Снижения остроты зрения.
 - 4) [+]Офтальмоплегии.
-

486. При гипертонической ангиопатии сетчатки вены:

- 1) [-]Извиты и сужены.
- 2) [+]Извиты и расширены.
- 3) [-]Склерозированы.

4) [-]Обтурированы.

487. Патогенез острого нарушения кровообращения в центральной вене сетчатки:

1) [-]Ангиоспазм.

2) [+]Тромбоз.

3) [-]Эмболия.

488. Симптом артериовенозного перекреста характерен для:

1) [-]Васкулита.

2) [-]Сахарного диабета.

3) [+]Гипертонической болезни.

4) [-]Хориоидита.

489. Острое нарушение кровообращения в центральной вене сетчатки не может быть причиной:

1) [-]Гемофтальма.

2) [-]Кровоизлияний по ходу вен.

3) [-]Отека диска зрительного нерва.

4) [+]Отслойки сетчатки.

490. Для острого нарушения кровообращения в центральной артерии сетчатки характерно наличие:

1) [+]Ишемического отека сетчатки.

2) [-]Субретинальных кровоизлияний.

3) [-]Микроаневризм.

4) [+]Симптома «вишневой косточки».

491. Скоротечность необратимых изменений при окклюзии центральной артерии сетчатки обусловлена:

- 1) [+]Концевым характером артерий сетчатки.
 - 2) [-]Наличием коллатералей и анастомозов.
 - 3) [-]Состоянием сосудистой оболочки.
 - 4) [-]Состоянием краевой петливой сосудистой сети.
-

492. Состояние сосудов сетчатки оценивается с помощью:

- 1) [+]Офтальмоскопии.
 - 2) [+]Флюоресцентной ангиографии.
 - 3) [-]Рентгенографии с контрастированием.
 - 4) [-]Эхографии.
-

493. Застойный диск зрительного нерва характерен для:

- 1) [+]Повышения внутричерепного давления.
 - 2) [-]Офтальмогипертензии.
 - 3) [-]Нарушения кровообращения в центральной артерии сетчатки.
 - 4) [+]Синдрома верхней глазничной щели.
-

494. Симптомом Гвиста на глазном дне - это:

- 1) [-]Артериовенозный перекрест 1 степени.
- 2) [+]Штопорообразная извитость мелких венул в макулярной области.
- 3) [-]Изгиб вены от сдавления артерией.
- 4) [-]Изменение соотношения артерий и вен.

495. Офтальмоскопический симптом острого нарушения кровообращения в центральной вене сетчатки:

- 1) [-]«Вишневой косточки».
 - 2) [+]«Раздавленного помидора».
 - 3) [-]«Медной проволоки».
 - 4) [-]«Серебряной проволоки».
-

496. При системной артериальной гипотензии артерии сетчатки:

- 1) [+]Расширены.
 - 2) [-]Сужены.
 - 3) [-]Запустевшие.
 - 4) [-]Не изменены.
-

497. Сужение вены под артерией сетчатки называется:

- 1) [+]Симптом артериовенозного перекреста 1 степени.
 - 2) [-]Симптом артериовенозного перекреста 2 степени.
 - 3) [-]Симптом артериовенозного перекреста 3 степени.
-

498. Причиной неоваскуляризации сетчатки при сахарном диабете является:

- 1) [-]Отслойка стекловидного тела.
 - 2) [-]Гиалиноз сосудов.
 - 3) [+]Тканевая гипоксия.
 - 4) [-]Отслойка сетчатки.
-

499. Препараты выбора неотложной помощи

при окклюзии центральной артерии сетчатки:

- 1) [-]Вазотоники.
 - 2) [+]Спазмолитики.
 - 3) [+]Фибринолитики.
 - 4) [-]Бета-адреноблокаторы.
-

500. Отдаленным последствием окклюзии центральной вены сетчатки может быть:

- 1) [-]Субатрофия глазного яблока.
 - 2) [+]Вторичная глаукома.
 - 3) [-]Отслойка сетчатки.
 - 4) [-]Офтальмоплегия.
-

501. Рубеозом радужки называется:

- 1) [+]Наличие новообразованных сосудов.
 - 2) [-]Надрывы по зрачковому краю.
 - 3) [-]Дистрофия пигментной каймы.
 - 4) [-]Паралитический мидриаз.
-

502. Симптом «вишневой косточки» обусловлен:

- 1) [+]Анатомическим строением сетчатки в области макулы.
 - 2) [-]Гиперемией диска зрительного нерва.
 - 3) [-]Субретинальным кровоизлиянием в месте обтурации сосуда.
 - 4) [-]Кровоизлияниями по ходу сосудов сетчатки.
-

503. Водянистая влага продуцируется:

- 1) [-]Стекловидным телом.

- 2) [-]Задним эпителием роговицы.
 - 3) [+]Отростками цилиарного тела.
 - 4) [-]Радужкой.
-

504. Основной путь оттока водянистой влаги осуществляется через:

- 1) [-]Сосудистую оболочку.
 - 2) [+]Угол передней камеры.
 - 3) [-]Центральную вену сетчатки.
 - 4) [-]Супрахориоидальное пространство.
-

505. Водянистая влага попадает в венозный синус склеры через:

- 1) [+]Трабекулярную сеточку.
 - 2) [-]Цилиарное тело.
 - 3) [-]Склеру.
 - 4) [-]Склеральную шпору.
-

506. Острый приступ характерен для:

- 1) [+]Закрытоугольной глаукомы.
 - 2) [-]Открытоугольной глаукомы.
 - 3) [-]Глаукомы с псевдонормальным давлением.
-

507. При остром приступе закрытоугольной глаукомы зрачок:

- 1) [-]Сужен.
- 2) [+]Расширен.
- 3) [-]Фестончатой формы.
- 4) [-]Не изменен.

508. Дифференцировать форму глаукомы позволяет:

- 1) [-]Статическая периметрия.
 - 2) [-]Тонометрия.
 - 3) [+]Гониоскопия.
 - 4) [-]Офтальмоскопия.
-

509. Обратиться к врачу при остром приступе закрытоугольной глаукомы заставляет:

- 1) [-]Слезотечение.
 - 2) [-]Отек век.
 - 3) [+]Выраженный болевой синдром.
 - 4) [-]Экзофтальм.
 - 5) [+]Снижение остроты зрения.
-

510. Лекарственные препараты, используемые для купирования острого приступа закрытоугольной глаукомы:

- 1) [+]Диакарб.
 - 2) [+]Пилокарпин.
 - 3) [-]Дексаметазон.
 - 4) [-]Атропин.
-

511. Характер инъекции глазного яблока при остром приступе закрытоугольной глаукомы:

- 1) [+]Застойная.
- 2) [-]Перикорнеальная.
- 3) [-]Конъюнктивальная.
- 4) [-]Смешанная.

512. Жалобы на появление радужных кругов вокруг источника света характерны для:

- 1) [+]Повышенного внутриглазного давления.
- 2) [-]Повышенного внутричерепного давления.
- 3) [-]Пониженного внутриглазного давления.
- 4) [-]Гипертонического криза.

513. Роговица при остром приступе закрытоугольной глаукомы:

- 1) [-]С преципитатами.
- 2) [-]С эрозиями.
- 3) [+]Отечная.
- 4) [-]Прозрачная.

514. При остром приступе закрытоугольной глаукомы передняя камера:

- 1) [+]Мелкая.
- 2) [-]Глубокая.
- 3) [-]Неравномерная.
- 4) [-]Средней глубины.

515. Боль, иррадирующая в соответствующую половину головы, тошнота, рвота характерны для:

- 1) [-]Острого иридоциклита.
- 2) [+]Острого приступа закрытоугольной глаукомы.
- 3) [-]Кератоувеита.
- 4) [-]Острого конъюнктивита.

516. Стадия глаукомы определяется по:

- 1) [-]Уровню внутриглазного давления.
 - 2) [-]Остроте зрения.
 - 3) [+]Состоянию поля зрения.
 - 4) [-]Гониоскопической картине.
 - 5) [+]Состоянию диска зрительного нерва.
-

517. Для обнаружения точечных скотом в центральном поле зрения используют периметрию:

- 1) [-]Кинетическую.
 - 2) [+]Статическую.
 - 3) [-]Квантитативную.
 - 4) [-]По Дондерсу.
-

518. Стабилизация глаукоматозного процесса определяется по:

- 1) [+]Состоянию поля зрения.
 - 2) [-]Уровню внутриглазного давления.
 - 3) [-]Остроте зрения.
 - 4) [+]Состоянию диска зрительного нерва.
-

519. Информативными в диагностике глаукомы при офтальмоскопии являются изменения:

- 1) [-]Макулярной зоны.
- 2) [+]Диска зрительного нерва.
- 3) [-]Сосудов сетчатки.
- 4) [-]Периферии сетчатки.

520. Нормальный диапазон внутриглазного давления, измеренного по Маклакову, составляет:

- 1) [-]5-10 мм рт. ст.
 - 2) [-]23-32 мм рт. ст.
 - 3) [+]17-26 мм рт. ст.
 - 4) [-]33-42 мм рт. ст.
-

521. Условной периметрической границей между развитой и далеко зашедшей стадиями глаукомы является:

- 1) [-]25 градусов.
 - 2) [+]15 градусов.
 - 3) [-]10 градусов.
 - 4) [-]5 градусов.
-

522. Нарушения в полях зрения при глаукоме наступают вследствие:

- 1) [+]Атрофии диска зрительного нерва.
 - 2) [-]Ишемии сетчатки.
 - 3) [-]Нарушения венозного оттока
 - 4) [-]Неоваскуляризации диска зрительного нерва.
-

523. Символом «с» обозначается уровень внутриглазного давления, превышающий:

- 1) [-]26 мм рт. ст.
- 2) [+]32 мм рт. ст.
- 3) [-]45 мм рт. ст.
- 4) [-]55 мм рт. ст.

524. Сущность глаукомы заключается в:

- 1) [-]Повышении внутриглазного давления.
 - 2) [-]Нарушении гемодинамики в сетчатке.
 - 3) [+]Специфической дистрофии и атрофии зрительно-нервных волокон.
 - 4) [-]Гибели фоторецепторов.
-

525. Глаукоматозные изменения на глазном дне:

- 1) [-]Дистрофические изменения в макулярной области.
 - 2) [-]Ишемический отек сетчатки.
 - 3) [+]Расширенная экскавация диска зрительного нерва.
 - 4) [-]Гиперемия и нечеткие границы диска зрительного нерва.
-

526. Для измерения внутриглазного давления используют прибор:

- 1) [+]Маклакова.
 - 2) [-]Гольдманна.
 - 3) [-]Ферстера.
 - 4) [-]Хартингера.
-

527. Капли, используемые при измерении внутриглазного давления:

- 1) [-]Пилокарпин.
 - 2) [-]Атропин.
 - 3) [-]Мидриацил.
 - 4) [+]Инокаин.
-

528. Линейкой Б.Л. Поляка измеряют:

- 1) [-]Ширину зрачка.
 - 2) [-]Величину экскавации диска зрительного нерва.
 - 3) [+]Диаметр отпечатка тонометра Маклакова.
 - 4) [-]Величину экзофтальма.
 - 5) [-]Межзрачковое расстояние.
-

529. Главная цель антиглаукомных операций:

- 1) [-]Улучшение кровообращения в сетчатке.
 - 2) [+]Снижение внутриглазного давления.
 - 3) [-]Восстановление утраченного поля зрения.
 - 4) [-]Восстановление утраченной остроты зрения.
-

530. Наиболее распространенная операция при глаукоме:

- 1) [-]Циркляж.
 - 2) [-]Витрэктомия.
 - 3) [+]Синусотрабекулэктомия.
 - 4) [-]Удаление хрусталика.
-

531. При выполнении синусотрабекулэктомии:

- 1) [-]Улучшается кровоснабжение глазного яблока.
 - 2) [-]Подавляется продукция внутриглазной жидкости.
 - 3) [+]Создаются дополнительные пути оттока внутриглазной жидкости.
-

532. Правильное обозначение нормального и слегка повышенного уровня офтальмотонуса при пальпаторной оценке:

- 1) [-]Pn+1.
- 2) [+]Tn.

3) [-]ВГДп.

4) [+]Т+1.

5) [-]Pn+1

533. Наиболее информативный метод диагностики сосудистых изменений при сахарном диабете:

1) [-]Электроретинография.

2) [+]Флюоресцентная ангиография.

3) [-]Визоконтрастометрия.

4) [-]Эхография.

534. Симптом «серебряной проволоки» возникает вследствие:

1) [+]Фиброза сосудистой стенки.

2) [-]Отложения липидов в сосудистой стенке.

3) [-]Гиалиноза сосудистой стенки.

4) [-]Диспротеинемии.

535. Хориоидея образуется:

1) [-]Передними цилиарными артериями.

2) [-]Задними длинными цилиарными артериями.

3) [+]Задними короткими цилиарными артериями.

4) [-]Центральной артерией сетчатки.

536. Первоначальное сужение границ поля зрения при глаукоме наблюдается:

1) [+]С носовой стороны.

2) [-]Снизу.

3) [-]Сверху.

4) [-]С височной стороны.

537. Форма глаукомы, для которой характерно отсутствие жалоб у больного в начале заболевания:

1) [+]Открытоугольная.

2) [-]Закрытоугольная.

3) [-]Смешанная.

538. Цель применения пилокарпина при лечении острого приступа закрытоугольной глаукомы:

1) [+]Открытие угла передней камеры.

2) [-]Закрытие угла передней камеры.

3) [-]Уменьшение секреции водянистой влаги.

4) [-]Улучшение кровообращения в диске зрительного нерва.

539. Действие диакарба при купировании острого приступа закрытоугольной глаукомы:

1) [+]Снижение секреции внутриглазной жидкости.

2) [-]Увеличение секреции внутриглазной жидкости.

3) [-]Открытие угла передней камеры.

4) [-]Уменьшение отека роговицы.

540. Характерная жалоба при эмболии центральной артерии сетчатки:

1) [+]Моментальное снижение зрения вплоть до полной его потери на один глаз.

- 2) [-]Снижение или потеря зрения на оба глаза.
- 3) [-]Возникновение метаморфозий.
- 4) [-]Постепенное снижение зрения на одном глазу.

541. Характерная жалоба при остром нарушении кровообращения в центральной артерии сетчатки по типу спазма:

- 1) [+]Эпизоды снижения и восстановления зрения.
- 2) [-]Потеря зрения на оба глаза.
- 3) [-]Появление боли в глазу.
- 4) [-]Возникновение гемианопсии.

542. Симптом «раздавленного помидора» является признаком острого нарушения кровообращения в:

- 1) [-]Центральной артерии сетчатки.
- 2) [+]Центральной вене сетчатки.
- 3) [-]Стволе зрительного нерва.
- 4) [-]Глазничной артерии.

543. Инструментальный контроль внутриглазного давления в ВС РФ обязателен для лиц старше:

- 1) [-]30 лет.
- 2) [-]35 лет.
- 3) [+]40 лет.
- 4) [-]45 лет.
- 5) [-]50 лет.

544. Впервые в России классификацию

глаукомы разработал:

- 1) [+]Профессор Б.Л. Поляк.
 - 2) [-]Профессор В.В. Волков.
 - 3) [-]Академик М.Л. Краснов.
 - 4) [-]Профессор Э.В. Беллярминов.
-

545. Способ обозначения нормального ВГД, измеренного пальпаторно:

- 1) [-]Pn.
 - 2) [+]Tn.
 - 3) [-]Дn.
 - 4) [-]Tn22.
-

546. Нарушение гидродинамики глаза проявляется в виде:

- 1) [+]Повышения внутриглазного давления.
 - 2) [-]Ангиопатии сетчатки.
 - 3) [-]Анизокории.
 - 4) [-]Спазма аккомодации.
-

547. Зрачок при остром приступе закрытоугольной глаукомы:

- 1) [-]Суживается.
 - 2) [+]Расширяется.
 - 3) [-]Не изменяется.
-

548. Признаком нарушения гидродинамики глаза является:

- 1) [+]Гипотония глаза.

2) [-]Витреоретинальная пролиферация.

3) [-]Помутнение хрусталика.

4) [-]Паралич аккомодации.

549. Причиной вторичной глаукомы не является:

1) [+]Анизометропия.

2) [-]Смещение хрусталика.

3) [-]Заращение зрачка.

4) [-]Неоваскуляризация радужки и угла передней камеры

550. К нарушению гидродинамики глаза не относится:

1) [-]Гипотония.

2) [+]Гетерохромия.

3) [-]Офтальмогипертензия.

4) [+]Гетерофория.

551. При окклюзии центральной артерии сетчатки госпитализация по скорой помощи в глазное отделение целесообразна не позднее:

1) [+]1 суток.

2) [-]3 суток.

3) [-]5 суток.

4) [-]7 суток.

552. При окклюзии центральной вены сетчатки госпитализация по скорой помощи в глазное отделение целесообразна не позднее:

1) [-]1 суток.

2) [+]3 суток.

3) [-]5 суток.

4) [-]7 суток.

553. При окклюзии центральной артерии сетчатки неотложная офтальмологическая помощь наиболее эффективна в течение первых:

1) [-]24 часов.

2) [-]12 часов.

3) [-]6 часов.

4) [+]3 часов.

554. Питание сетчатки осуществляется из:

1) [-]Краевой петливой сосудистой сети.

2) [+]Центральной артерии сетчатки.

3) [-]Большого артериального круга радужки.

4) [+]Хориоидея.

555. Источник питания слоя ганглиозных клеток сетчатки:

1) [-]Короткие задние цилиарные артерии.

2) [-]Длинные задние цилиарные артерии.

3) [-]Передние цилиарные артерии.

4) [+]Центральная артерия сетчатки.

5) [-]Хориоидея.

556. Источник питания фоторецепторного слоя сетчатки:

1) [-]Краевая петлистая сосудистая сеть.

- 2) [-]Центральная артерия сетчатки.
 - 3) [-]Большой артериальный круг радужки.
 - 4) [+]Хориоидея.
-

557. Основные венозные коллекторы глаза и глазницы:

- 1) [+]Верхняя и нижняя глазничные вены.
 - 2) [-]Водянистые вены.
 - 3) [-]Вортикозные вены.
 - 4) [-]Передние цилиарные вены.
-

558. Наиболее эффективной профилактикой слепоты от диабетической ретинопатии является:

- 1) [-]Применение ангиопротекторов.
 - 2) [-]Использование комплексной антиоксидантной терапии.
 - 3) [+]Панретинальная лазерная коагуляция сетчатки.
 - 4) [-]Применение адекватных доз инсулина.
-

559. не являются:

- 1) [+]Нечеткость границ ДЗН.
 - 2) [+]Наличие геморрагий на ДЗН.
 - 3) [-]Разница в изменении цвета ДЗН.
 - 4) [-]Состояние зрительных функций.
-

560. Ближайший исход неврита и застойного диска зрительного нерва (ДЗН):

- 1) [-]Первичная атрофия ДЗН.
- 2) [-]Колобома ДЗН.
- 3) [+]Вторичная атрофия ДЗН.

4) [-]Смешанная атрофия ДЗН.

561. Витреоретинальное хирургическое вмешательство показано при:

- 1) [+]Пролиферативной диабетической ретинопатии.
 - 2) [-]Непролиферативной диабетической ретинопатии.
 - 3) [-]Застойном диске зрительного нерва.
 - 4) [-]Эмболии центральной артерии сетчатки.
-

562. При гипертонической болезни соотношение калибра артерий и вен:

- 1) [-]Не изменяется.
 - 2) [-]Увеличивается.
 - 3) [+]Уменьшается.
-

563. Панретиальная лазерная коагуляция сетчатки может быть показана при:

- 1) [-]Гипертонической ретинопатии.
 - 2) [+]Диабетической ретинопатии.
 - 3) [-]Гипертоническом ангиосклерозе сетчатки.
 - 4) [-]Васкулите сетчатки.
-

564. Цель панретиальной лазерной коагуляции сетчатки:

- 1) [+]Подавление зон ишемии в сетчатке.
 - 2) [-]Улучшение гемодинамики в сетчатке.
 - 3) [-]Улучшение гидродинамики в глазу.
 - 4) [-]Укрепление связи между сетчаткой и хориоидеей.
-

565. Обязательный комплекс медикаментозных

препаратов при окклюзии центральной артерии сетчатки:

- 1) [+]Спазмолитики, антикоагулянты, антиоксиданты.
- 2) [-]Спазмолитики, кортикостероиды, витамины группы В.
- 3) [-]Антикоагулянты, антибиотики, осмопрепараты.
- 4) [-]Антиоксиданты, ангиопротекторы, вазотоники.

566. Застойный диск зрительного нерва наблюдается при:

- 1) [-]Ишемическом инсульте.
- 2) [-]Атеросклерозе сосудов головного мозга.
- 3) [+]Геморрагическом инсульте.
- 4) [-]Рассеянном склерозе.
- 5) [+]Интракраниальной опухоли.

567. Больной, перенесший тромбоз центральной вены сетчатки, должен наблюдаться:

- 1) [-]Терапевтом и нейрохирургом.
- 2) [-]Нейрохирургом и офтальмологом.
- 3) [+]Терапевтом и офтальмологом.
- 4) [-]Невропатологом и офтальмологом.
- 5) [-]Терапевтом и невропатологом.
- 6) [-]Прибор для осмотра угла передней камеры называется:

568. Прибор для осмотра угла передней камеры называется:

- 1) [-]Диафаноскоп.

2) [-]Аномалоскоп.

3) [-]Офтальмоскоп.

4) [+]Гониоскоп

569. Появление радужных кругов вокруг источника света при глаукоме объясняется:

1) [-]Величиной зрачка.

2) [-]Уменьшением глубины передней камеры.

3) [+]Отеком роговицы.

4) [-]Сдавлением диска зрительного нерва.

570. Стабилизация глаукоматозного процесса определяется состоянием:

1) [+]Поля зрения и диска зрительного нерва.

2) [-]Поля зрения и остроты зрения.

3) [-]Диска зрительного нерва и внутриглазного давления.

4) [-]Поля зрения и внутриглазного давления.

571. Стадия глаукомы определяется в соответствии с:

1) [-]Изменениями поля зрения и уровнем внутриглазного давления.

2) [-]Изменениями поля зрения и остроты зрения.

3) [+]Изменениями поля зрения и величиной экскавации диска зрительного нерва.

4) [-]Величиной экскавации диска зрительного нерва и уровнем внутриглазного давления

572. Препараты неотложной помощи для купирования острого приступа закрытоугольной

глаукомы:

- 1) [+]Пилокарпин, диакарб, пиявка на область виска.
 - 2) [-]Пилокарпин, фуросемид, дексаметазон.
 - 3) [-]Диклофинак, пилокарпин, левомецетин.
 - 4) [-]Анальгин, бета-адреноблокатор, атропин.
-

573. Диагностически значимые методы исследования при подозрении на глаукому:

- 1) [-]Визометрия, периметрия, тонометрия.
 - 2) [-]Периметрия, адаптометрия, визометрия.
 - 3) [-]Тонометрия, рефрактометрия, эхография.
 - 4) [+]Офтальмоскопия, периметрия, тонометрия.
-

574. Основной критерий при оценке глаукоматозных изменений диска зрительного нерва:

- 1) [-]Нечеткость границ диска.
 - 2) [-]Форма диска.
 - 3) [+]Величина экскавации.
 - 4) [-]Соотношение калибра артерий и вен.
-

575. «Слепое пятно» - это скотома:

- 1) [-]Патологическая относительная положительная.
 - 2) [+]Физиологическая абсолютная отрицательная.
 - 3) [-]Физиологическая абсолютная положительная.
 - 4) [-]Патологическая относительная отрицательная.
-

576. «Слепое пятно» располагается:

- 1) [-]В центральной зоне поля зрения.

2) [+]В зоне Бьеррума в височной половине поля зрения.

3) [-]На периферии в височной половине поля зрения.

4) [-]В зоне Бьеррума в носовой половине поля зрения.

577. Для острого приступа закрытоугольной глаукомы характерны:

1) [-]Поверхностная инъекция, мелкая передняя камера, отек эпителия роговицы, миоз.

2) [-]Глубокая инъекция, средняя глубина передней камеры, преципитаты на роговице, фестончатый зрачок.

3) [-]Отек эпителия роговицы, средняя глубина передней камеры, нормальный диаметр зрачка.

4) [+]Застойная инъекция, отек эпителия роговицы, мелкая передняя камера, мидриаз.

578. I стадия глаукомы выносятся на основании:

1) [-]Повышения внутриглазного давления выше 26 мм рт. ст.

2) [+]Наличия скотом в зоне Бьеррума, соотношения Э/Д=0,4-0,5.

3) [-]Сужения периферической границы поля зрения с носовой стороны на 10-15 градусов.

4) [-]Концентрического сужения периферических границ поля зрения на 20 градусов.

5) [-]Наличия скотом в зоне Бьеррума, соотношения Э/Д=0,8-0,9.

579. II стадия глаукомы выносятся на основании:

1) [-]Наличия скотом в зонэ Бьеррума, соотношения Э/Д=0,4-0,5.

2) [-]Повышения внутриглазного давления до 35 мм рт. ст.

3) [-]Сужения периферической границы поля зрения с носовой стороны до 10 градусов от точки фиксации

4) [+]Сужения периферической границы поля зрения с носовой стороны не более чем до 15 градусов от точки фиксации, расширения экскавации до 0,6-0,7.

580. Симптомы, позволяющие войсковому врачу заподозрить глаукому:

1) [-]Светобоязнь, слезотечение, блефароспазм.

2) [+]Жалобы на периодическое затуманивание зрения, наличие радужных кругов при взгляде на источник света.

3) [-]Снижение остроты зрения, метаморфопсии, фотопсии.

4) [-]Покраснение глазного яблока, гетерохромия.

581. Первичная атрофия диска зрительного нерва (ДЗН) – это конечный исход:

1) [-]Неврита зрительного нерва.

2) [-]Застойного ДЗН.

3) [+]Глаукомной оптической нейропатии.

4) [+]Оптико-хиазмального арахноидита.

582. Непрободные ранения глазного яблока классифицируют по:

1) [+]Локализации раны, отсутствию или наличию инородных тел.

2) [-]Наличию гифемы, гемофтальма.

3) [-]Отсутствию или наличию инородных тел.

4) [-]Состоянию зрительных функций.

583. К прободным ранениям глазного яблока не относится:

- 1) [-]Разрушение глазного яблока.
 - 2) [+]Отрыв века.
 - 3) [-]Сквозное ранение глазного яблока.
 - 4) [-]Проникающее ранение глазного яблока.
-

584. По механизму возникновения контузии органа зрения бывают:

- 1) [-]Сочетанные и комбинированные.
 - 2) [-]Легкие, средней тяжести и тяжелые.
 - 3) [+]Прямые и не прямые.
 - 4) [-]Первичные и вторичные.
-

585. Контузии органа зрения по тяжести классифицируют как:

- 1) [+]Легкие, средней тяжести, тяжелые.
 - 2) [-]Легкие, средней тяжести, тяжелые, очень тяжелые.
 - 3) [-]Легчайшие, легкие, средней степени, тяжелые.
 - 4) [-]Легчайшие, легкие, средней тяжести, тяжелые, особо тяжелые.
-

586. По классификации ранения век делятся на:

- 1) [-]Прямые и не прямые.
- 2) [+]Сквозные и несквозные.
- 3) [-]С наличием инородных тел и без инородных тел.
- 4) [-]Рвано-ушибленные и колото-резанные.

587. Прободным ранением считается повреждение роговицы:

- 1) [-]До средних слоев стромы.
 - 2) [-]До задней пограничной пластинки.
 - 3) [-]До передней пограничной пластинки.
 - 4) [+]Через все ее слои.
-

588. При разрывах века ушивают:

- 1) [-]Только свободный край века.
 - 2) [-]Только кожно-мышечную пластину.
 - 3) [-]Только тарзально-конъюнктивальную пластину.
 - 4) [+]Послойно.
-

589. Противопоказанием для закрытия швами раны века наглухо является:

- 1) [-]Наличие прободного ранения глазного яблока.
 - 2) [-]Разрушение глазного яблока.
 - 3) [-]Ранение века без повреждения слезных канальцев.
 - 4) [+]Нагноение в ране.
-

590. При наличии множественных инородных тел в различных слоях роговицы войсковой врач должен удалить:

- 1) [-]Все инородные тела как можно раньше.
 - 2) [-]Только глубоколежащие инородные тела.
 - 3) [-]Все инородные тела, но «поэтапно».
 - 4) [+]Только поверхностно лежащие инородные тела.
-

591. При контузиях глазного яблока разрывы

склеры чаще встречаются:

- 1) [-]В зоне проекции выхода из глаза вортикозных вен.
 - 2) [-]В зоне выхода зрительного нерва из глаза.
 - 3) [-]На участках между местами прикрепления экстраокулярных мышц.
 - 4) [+]В зоне проекции венозного склерального синуса (Шлеммова канала).
-

592. При прободном роговичном ранении положительна проба:

- 1) [-]Геликмана.
 - 2) [+]Зейделя.
 - 3) [-]Ширмера.
 - 4) [-]Нормана.
-

593. Абсолютным признаком прободного ранения глазного яблока не является:

- 1) [-]Наличие внутриглазного инородного тела.
 - 2) [-]Выпадение внутренних оболочек глазного яблока в рану.
 - 3) [+]Наличие гемофтальма.
 - 4) [-]Положительная проба Зейделя.
 - 5) [+]Наличие гифемы.
-

594. Относительным признаком прободного ранения не является:

- 1) [-]Наличие гемофтальма.
- 2) [+]Наличие раны, проходящей через все слои фиброзной капсулы глаза.

3) [-]Наличие гипосфагмы.

4) [-]Гипотония глазного яблока.

5) [+]Наличие внутриглазного инородного тела.

595. Медный осколок, находящийся в глазу, является причиной развития:

1) [-]Астигматизма.

2) [+]Халькоза.

3) [-]Сидероза.

4) [-]Трихиаза.

5) [-]Мадароза.

596. Железосодержащий осколок, находящийся в глазу, вызывает развитие:

1) [-]Астигматизма.

2) [-]Халькоза.

3) [+]Сидероза.

4) [-]Мадароза.

5) [-]Косоглазия.

597. Для закрытого перелома костного края нижней стенки глазницы наиболее характерен:

1) [-]Хемоз.

2) [-]Симптом «очков».

3) [+]Симптом «ступеньки».

4) [-]Симптом «скрипа снега».

598. Для закрытого перелома внутренней стенки глазницы характерен:

- 1) [+]Симптом «скрипа снега».
 - 2) [-]Хемоз.
 - 3) [-]Симптом «очков».
 - 4) [-]Синдром красного глаза.
-

599. Подкожная эмфизема век указывает на перелом:

- 1) [+]Внутренней стенки глазницы.
 - 2) [-]Большого крыла основной кости.
 - 3) [-]Малого крыла основной кости.
 - 4) [-]Височной кости.
-

600. Симпатическая офтальмия, как правило, после прободного ранения развивается через:

- 1) [-]4 дня.
 - 2) [-]1 неделю.
 - 3) [+]2 недели.
 - 4) [-]1 месяц.
-

601. Профилактическая энуклеация травмированного глаза выполняется с целью:

- 1) [-]Предупреждения сепсиса.
 - 2) [-]Удаления разрушенного глаза.
 - 3) [+]Предупреждения симпатической офтальмии.
 - 4) [-]Удаления амавротического глаза.
-

602. Положительная проба Зейделя характерна для:

- 1) [-]Эрозии роговицы.

2) [+]Проникающего ранения роговицы.

3) [-]Глубокого кератита.

4) [-]Непрободного ранения роговицы.

603. Для диагностики внутриглазного инородного тела не применяется:

1) [-]Офтальмоскопия.

2) [-]Биомикроскопия.

3) [-]Рентгенография.

4) [-]Исследование в проходящем свете.

5) [+]Проба Зейделя.

604. Для перелома костей глазницы не характерно наличие:

1) [-]Диплопии.

2) [-]Ограничения подвижности глазного яблока.

3) [-]Симптома «ступеньки».

4) [-]Энофтальма.

5) [+]Цилиарной болезненности.

6) [-]Подкожной эмфиземы.

605. Для удаления поверхностного инородного тела роговицы врачу части не понадобится:

1) [-]Раствор местного анестетика.

2) [-]Раствор левомицетина.

3) [+]Пинцет.

4) [-]Лупа.

5) [-]Банничек, игла от одноразового шприца.

606. Гемофтальм - это:

- 1) [+]Наличие крови в стекловидном теле.
 - 2) [-]Наличие крови в передней камере.
 - 3) [-]Кровоизлияние под кожу век.
 - 4) [-]Кровоизлияние под конъюнктиву.
-

607. Гипосфагма - это:

- 1) [-]Наличие крови в стекловидном теле.
 - 2) [-]Наличие крови в передней камере.
 - 3) [-]Кровоизлияние под кожу век.
 - 4) [+]Кровоизлияние под конъюнктиву.
-

608. Наличие крови в передней камере - это:

- 1) [-]Гипопион.
 - 2) [+]Гифема
 - 3) [-]Гемофтальм.
 - 4) [-]Гипосфагма.
-

609. В лазарете части допустимо лечение пострадавшего с:

- 1) [-]Тяжелой контузией глазного яблока.
 - 2) [-]Переломом костей глазницы.
 - 3) [-]Травматической катарактой.
 - 4) [+]Травматической эрозией роговицы.
 - 5) [-]Гемофтальмом.
-

610. Врач части должен уметь удалять инородные тела роговицы:

- 1) [+]Поверхностно лежащие.
- 2) [-]Выступающие в переднюю камеру.

3) [-]Лежащие в глубоких слоях стромы.

4) [-]Из раны, проникающей через все слои роговицы.

611. Одним из признаков металлоза может быть:

1) [-]Птериgium.

2) [-]Косоглазие.

3) [+]Гетерохромия.

4) [-]Бельмо.

612. Показанием к первичной энуклеации глазного яблока является:

1) [-]Амавроз.

2) [+]Разрушение.

3) [-]Сквозное ранение.

4) [-]Угроза симпатической офтальмии.

613. Диагностика внутриглазного инородного тела возможна с помощью:

1) [+]Офтальмоскопии.

2) [+]Гониоскопии.

3) [-]Периметрии.

4) [-]Тонометрии.

614. Профилактической энуклеации подлежит глаз с:

1) [-]Некупирующимся, несмотря на лечение, гнойным воспалением.

2) [+]Амаврозом или светоощущением с неправильной светопроекцией, гипотонией и некупирующимся

иридоциклитом.

3) [-]Разрушением.

4) [-]Наличием прободной раны склеры протяженностью более 15 мм.

615. Для уточнения локализации внутриглазного инородного тела выполняют рентгенографию:

1) [-]Обзорную черепа.

2) [-]Обзорную глазниц.

3) [+]Глазных яблок с протезом Комберга-Балтина.

4) [+]В виде компьютерной томографии глазных яблок.

616. Внутриглазное магнитное тело, прилежащее к оболочкам глаза на расстоянии 14 мм от лимба, целесообразно:

1) [+]Удалить диасклерально.

2) [-]Удалить трансквитреально через плоскую часть цилиарного тела.

3) [-]Удалить передним путем с помощью магнита.

4) [-]Не удалять.

617. Циклодиализ - это отслойка:

1) [-]Сетчатки.

2) [-]Стекловидного тела.

3) [-]Десцеметовой оболочки.

4) [+]Цилиарного тела.

618. При контузионном повреждении сфинктера зрачка возникает:

1) [+]Анизокория.

2) [-]Миоз.

3) [-]Спазм аккомодации.

4) [-]Гетерохромия.

619. Дрожание радужки при контузионном подвывихе хрусталика называется:

1) [+]Иридодонез.

2) [-]Аниридия.

3) [-]Поликория.

4) [-]Иридодиализ.

620. Травматическая отслойка сетчатки может быть диагностирована с помощью:

1) [+]Офтальмоскопии.

2) [-]Рентгенографии.

3) [+]Эхографии (В-сканировании).

4) [-]Диафаноскопии.

621. При частичном отрыве века с большим дефектом ткани врач части перед эвакуацией должен:

1) [-]Надеть на роговицу контактную линзу.

2) [+]Обильно заложить антибактериальную мазь и наложить монокулярную повязку.

3) [-]Наложить направляющие (ситуационные) швы.

4) [-]Обильно заложить антибактериальную мазь и наложить бинокулярную повязку.

622. Признаком тяжелой контузии глазницы не является:

- 1) [-]Экзофтальм.
 - 2) [+]Гипосфагма.
 - 3) [-]Диплопия.
 - 4) [-]Перелом костных стенок глазницы.
-

623. Признаком тяжелой контузии глазного яблока не является:

- 1) [-]Разрыв сосудистой оболочки.
 - 2) [-]Отслойка сетчатки.
 - 3) [+]Травматический мидриаз.
 - 4) [-]Гемофтальм.
-

624. Признаком перелома костных стенок глазницы не является:

- 1) [+]Анофтальм.
 - 2) [-]Экзофтальм.
 - 3) [-]Энофтальм.
 - 4) [-]Диплопия.
-

625. Гемофтальм может привести к:

- 1) [+]Фиброзу стекловидного тела.
 - 2) [+]Отслойке сетчатки в отдаленном периоде.
 - 3) [-]Частичной атрофии диска зрительного нерва.
 - 4) [-]Гемианопсии.
-

626. Бинокулярная повязка в ходе эвакуации обязательна при:

- 1) [+]Прободных ранениях глазного яблока.
- 2) [-]Отрыве века на одном глазу.

3) [+]Тяжелых контузиях глазного яблока.

4) [-]Остром конъюнктивите.

627. При контузии глаза катаракта развивается из-за:

1) [-]Офтальмогипертензии.

2) [-]Травматического мидриаза.

3) [+]Повреждения капсулы хрусталика.

4) [-]Травматической эрозии роговицы.

628. Повреждение заднего эпителия роговицы ведет к развитию:

1) [-]Передних синехий.

2) [-]Роговичного астигматизма.

3) [+]Эндотелиально-эпителиальной дистрофии роговицы

4) [-]Задних синехий.

629. При прободных ранениях глазного яблока антибактериальная терапия врачом части назначается:

1) [+]С момента постановки диагноза.

2) [-]Перед первичной хирургической обработкой.

3) [-]После первичной хирургической обработки.

4) [-]При появлении признаков инфицированности раны.

630. При травматической эрозии роговицы для купирования роговичного синдрома не эффективно применение:

1) [-]Инстилляций раствора местного анестетика.

2) [-]Мягкой контактной линзы.

3) [-]Очков-консервов.

4) [+]Инстилляциии мидриатика.

631. В триаду симптомов, необходимых для обоснования профилактической энуклеации, не входит:

1) [-]Нарастающая гипотония глазного яблока.

2) [-]Амавроз, светоощущение с неправильной светопроекцией.

3) [+]Острота зрения ниже 0,02.

4) [-]Некупирующийся на фоне лечения иридоциклит.

632. Наиболее информативный метод исследования для диагностики афакии:

1) [-]Визометрия.

2) [-]Офтальмоскопия.

3) [+]Биомикроскопия.

4) [-]Рефрактометрия.

633. Признаком сидероза в глазу не является:

1) [+]Острый конъюнктивит.

2) [-]Изменение цвета радужки..

3) [-]Помутнение хрусталика.

4) [-]Дистрофия сетчатки.

634. Контузия цилиарного тела может привести к:

1) [-]Гетерохромии.

2) [+]Гипотонии.

3) [-]Гемиянопсии.

4) [-]Гемералопии.

635. При металлозе не изменяется:

- 1) [-]Поле зрения.
 - 2) [-]Темновая адаптация.
 - 3) [-]Острота зрения.
 - 4) [+]Рефракция.
-

636. К прободным ранениям глазного яблока не относится:

- 1) [-]Разрушение глазного яблока.
 - 2) [+]Субконъюнктивальный разрыв склеры.
 - 3) [-]Сквозное ранение глазного яблока.
 - 4) [-]Проникающее ранение.
-

637. Абсолютным признаком прободного ранения глазного яблока является:

- 1) [-]Гипотония глазного яблока.
 - 2) [+]Наличие пузырька воздуха в передней камере.
 - 3) [-]Глубокая передняя камера.
 - 4) [-]Вывих хрусталика.
 - 5) [+]Положительная проба Зейделя.
-

638. При подвывихе хрусталика наблюдается:

- 1) [+]Неравномерная передняя камера.
 - 2) [-]Кератоконус.
 - 3) [-]Афакия.
 - 4) [+]Факодонез.
-

639. Симптомом перерыва зрительного нерва

является:

- 1) [+]Амавроз.
 - 2) [-]Энофтальм.
 - 3) [+]Отсутствие прямой реакции зрачка на свет.
 - 4) [-]Экзофтальм.
-

640. Прлиферативная витреоретинопатия после склерального прободного ранения, как правило, развивается:

- 1) [-]На 1-3 сутки.
 - 2) [+]На 10-14 сутки.
 - 3) [-]Не ранее 1 месяца.
 - 4) [-]Не ранее 2 месяца.
-

641. Симптом ступеньки - это:

- 1) [-]Выпадение в рану склеры внутренних оболочек.
 - 2) [-]Расхождение краев раны свободного края века.
 - 3) [+]Пальпируемый участок перелома орбитального края со смещением.
 - 4) [-]Выстояние одного из краев проникающей роговичной раны.
-

642. Для диагностики гемофтальма не будет информативным исследование:

- 1) [-]В проходящем свете.
 - 2) [+]В боковом фокальном освещении.
 - 3) [-]Офтальмоскопия.
 - 4) [-]В-сканирование.
 - 5) [-]Биомикроскопия.
-

643. Ослабления рефлекса с глазного дна не будет наблюдаться при:

- 1) [-]Гемофтальме.
 - 2) [-]Тотальной гифеме.
 - 3) [-]Эндофтальмите.
 - 4) [-]Травматической катаракте.
 - 5) [+]Гипосфагме.
-

644. При отрыве века врач части обязан выполнить все, кроме:

- 1) [-]Введения столбнячного анатоксина.
 - 2) [-]Надевания на глаз контактной линзы
 - 3) [+]Наложения бинокулярной повязки.
 - 4) [-]Закладывания в глаз антибактериальной мази.
 - 5) [-]Наложения монокулярной повязки.
-

645. Симпатическая офтальмия после ранения может развиваться не ранее:

- 1) [+]10-14 дней.
 - 2) [-]3-4 недель.
 - 3) [-]3 месяца.
 - 4) [-]7 дней.
-

646. Признаком травматического иридоциклита не является:

- 1) [-]Перикорнеальная инъекция глазного яблока.
- 2) [-]Цилиарная болезненность.
- 3) [+]Мидриаз.
- 4) [-]Светобоязнь.

5) [+]Поверхностная инъекция глазного яблока.

647. Наиболее информативный метод диагностики травматической эрозии роговицы для врача части:

1) [-]Исследование в проходящем свете.

2) [-]Визометрия.

3) [-]Офтальмоскопия.

4) [-]Исследование в боковом освещении

5) [+]Исследование в фокальном освещении после закапывание раствора флюоресцеина.

648. По классификации ранения век не бывают:

1) [-]Несквозные.

2) [+]Несквозные без повреждения свободного края.

3) [-]Сквозные без повреждения свободного края.

4) [-]Разрыв века.

649. Повреждение передней капсулы хрусталика ведет к:

1) [+]Развитию травматической катаракты.

2) [-]Подвывиху хрусталика.

3) [-]Выпадению стекловидного тела.

4) [-]Вывиху хрусталика.

650. Опущение верхнего века может быть обусловлено повреждением нерва:

1) [-]Блоковидного.

2) [+]Глазодвигательного.

3) [-]Лицевого.

4) [+]Волокон truncus simpaticus.

5) [-]Тройничного.

651. Лагофталм может быть обусловлен повреждением нерва:

1) [-]Глазодвигательного.

2) [-]Тройничного.

3) [+]Лицевого.

4) [-]Блоковидного.

5) [-]Отводящего.

652. Признаком перерыва зрительного нерва не является:

1) [-]Амавроз.

2) [-]Отсутствие прямой реакции зрачка на свет.

3) [+]Отсутствие содружественной реакции зрачка на свет.

4) [-]Отсутствие бинокулярного зрения.

653. Признаком повреждения тройничного нерва является:

1) [-]Лагофталм.

2) [+]Снижение вплоть до полного отсутствия роговичного рефлекса.

3) [-]Блефароспазм.

4) [-]Стойкое слезотечение.

654. К тяжелым контузиям не относятся контузии глазного яблока с:

1) [-]Повреждением хрусталика.

2) [+]Гифемой.

- 3) [-]Отсложкой сетчатки.
- 4) [-]Разрывом внутренних оболочек.
- 5) [+]Травматическим мидриазом

655. По классификации ранения глазницы не могут быть:

- 1) [-]Прямыми.
- 2) [+]Косвенными.
- 3) [-]Непрямыми.
- 4) [-]Касательными.

656. Частичный отрыв радужки от корня - это:

- 1) [+]Иридодиализ
- 2) [-]Иридоноз.
- 3) [-]Аниридия.
- 4) [-]Циклодиализ.

657. При травматической эрозии роговицы не показаны инстилляции:

- 1) [-]Антибиотиков.
- 2) [+]Кортикостероидов.
- 3) [-]Сульфаниламидов.
- 4) [-]Средств, стимулирующих регенерацию эпителия.

658. В офтальмохирургической помощи по неотложным показаниям не нуждаются пострадавшие с:

- 1) [-]Прободными ранениями глазного яблока.
- 2) [-]Ранениями глазницы с продолжающимся кровотечением

3) [+]Электроофтальмией.

4) [-]Отрывами век и обнажением роговицы.

5) [-]Внутриглазными инородными телами.

659. Сочетанным не является повреждение роговицы с травмой:

1) [+]Глазницы.

2) [-]Околоносовых пазух.

3) [-]Черепе.

4) [-]Нижних конечностей.

660. Симпатическая офтальмия не может развиваться в форме:

1) [-]Иридоциклита.

2) [+]Кератита.

3) [-]Нейроретинита.

4) [+]Макулодистрофии.

5) [-]Увеита.

661. Берлиновское помутнение при контузии глазного яблока - это:

1) [-]Помутнение роговицы.

2) [-]Преретинальное кровоизлияние.

3) [-]Дистрофия сетчатки.

4) [+]Ограниченный отек сетчатки.

5) [-]Помутнение стекловидного тела.

662. По классификации разрывы сетчатки не бывают:

- 1) [-]Дырчатými.
 - 2) [+]Первичными.
 - 3) [-]Клапанными.
 - 4) [-]Отрывами от зубчатой линии.
 - 5) [+]Вторичными.
-

663. Показанием к первичной энуклеации является:

- 1) [-]Вялотекущий увеит на амавротическом гипотоничном глазу.
 - 2) [+]Невозможность восстановить форму и тургор раненого глаза при его разрушении.
 - 3) [-]Выпадение в рану хрусталика, сосудистой оболочки, сетчатки
 - 4) [-]Невозможность (по общему состоянию раненого) эвакуации в специализированный офтальмологический стационар
-

664. В классификации прободных ранений глазного яблока не учитывается:

- 1) [-]Локализация раны.
 - 2) [-]Наличие инородных тел.
 - 3) [-]Наличие входного и выходного отверстия.
 - 4) [+]Обстоятельства травмы.
-

665. Гифема - это наличие крови:

- 1) [-]В стекловидном теле.
- 2) [+]В передней камере.
- 3) [-]Под конъюнктивой.
- 4) [-]Под сетчаткой.

666. Признаком контузии глазного яблока не является:

- 1) [-]Гемофтальм.
 - 2) [-]Иридодиализ.
 - 3) [-]Факодонез.
 - 4) [+]Положительная проба Зейделя.
 - 5) [+]Пузырек воздуха в передней камере.
-

667. Гипопион - это:

- 1) [-]Кровоизлияние в переднюю камеру.
 - 2) [-]Отек роговицы.
 - 3) [+]Гнойный экссудат в передней камере.
 - 4) [-]Гнойное расплавление роговицы.
-

668. К первоочередным задачам первичной хирургической обработки ранений глазного яблока не относится:

- 1) [-]Удаление инородных тел.
 - 2) [-]Устранение патологической фиксации тканей.
 - 3) [+]Интраокулярная коррекция.
 - 4) [-]Восстановление целостности фиброзной капсулы.
-

669. Наиболее тяжелым из ранений век является:

- 1) [-]Несквозное ранение в средней трети века.
- 2) [-]Сквозное ранение в наружной трети века.
- 3) [+]Разрыв века с повреждением слезного канальца.
- 4) [-]Разрыв свободного края века.

670. При проникающем роговичном ранении противопоказано исследование:

- 1) [-]Остроты зрения.
 - 2) [-]Поля зрения.
 - 3) [+]Внутриглазного давления по Маклакову.
 - 4) [-]Пробы Зейделя.
 - 5) [-]В проходящем свете.
 - 6) [-]В боковом фокальном освещении.
-

671. Диагноз «разрушение глазного яблока» выставляется:

- 1) [-]При массивном выпадении стекловидного тела.
 - 2) [+]Только офтальмохирургом в ходе выполнения первичной хирургической обработки.
 - 3) [-]При выпадении радужки в рану.
 - 4) [-]При выпадении сосудистой и сетчатой оболочек в рану.
-

672. К осложнениям проникающих ранений глазного яблока без наличия инородного тела не относится:

- 1) [-]Травматическая катаракта.
 - 2) [-]Гемофтальм.
 - 3) [-]Симпатическая офтальмия.
 - 4) [+]Халькоз.
 - 5) [-]Травматический иридоциклит.
 - 6) [-]Эндофтальмит.
-

673. Травматическая эрозия роговицы характеризуется:

1) [-]Частым формированием помутнения роговицы в исходе.

2) [+]Выраженным роговичным синдромом.

3) [-]Гипопионом.

4) [+]Прокрашиванием раствором флюоресциина.

674. Травматическая катаракта отличается от возрастной (сенильной):

1) [-]Локализацией помутнения в хрусталике.

2) [+]Этиологическим и патогенетическим фактором развития помутнения хрусталика.

3) [-]Интенсивностью помутнения хрусталика.

4) [-]Обратимостью помутнения в хрусталике.

675. Возможность имплантации заднекамерной интраокулярной линзы при удалении травматической катаракты определяется:

1) [-]Сохранностью передней капсулы хрусталика.

2) [+]Сохранностью задней капсулы хрусталика.

3) [-]Отсутствием задних синехий.

4) [-]Отсутствием сопутствующего повреждения радужки.

676. Отслойка сетчатки в первые трое суток после травмы чаще всего развивается вследствие:

1) [+]Наличия разрыва в сетчатке.

2) [-]Развития травматического увеита.

3) [-]Возникновения преретинального кровоизлияния.

4) [-]Возникновения субретинального кровоизлияния.

677. К осложнениям прободных ранений глазного яблока не относится:

- 1) [-]Травматический иридоциклит.
 - 2) [-]Вторичная глаукома.
 - 3) [-]Симпатическая офтальмия.
 - 4) [-]Эндофтальмит.
 - 5) [+]Гипертоническая ретинопатия.
-

678. При наличии осколка стекла в передней камере глаза врач части должен выполнить все мероприятия, кроме:

- 1) [-]Закапывания антибактериальных капель.
 - 2) [-]Наложения бинокулярной повязки.
 - 3) [+]Закапывания раствора атропина.
 - 4) [-]Внутримышечной инъекции антибиотика.
 - 5) [-]Эвакуации в госпиталь в положении лежа.
 - 6) [-]Закапывания раствора пилокарпина.
-

679. Для определения наличия травматической отслойки сетчатки не будет информативным исследование:

- 1) [-]Офтальмоскопия.
 - 2) [+]В боковом фокальном освещении.
 - 3) [-]Эхография.
 - 4) [-]Кинетическая периметрия.
-

680. Для выявления признаков металлоза не будет информативным исследование:

- 1) [+]Рефракции.

2) [-]Темновой адаптации.

3) [-]Порогов на цвета.

4) [+]Пробы Зейделя.

5) [-]Поля зрения.

681. Гемофтальм при травме глазного яблока относится к тяжелым повреждениям вследствие:

1) [-]Трудности диагностики.

2) [-]Трудности полного излечения.

3) [+]Возможности развития витреоретинальной пролиферации.

4) [+]Возможности выраженного снижения зрения в исходе.

682. Наиболее тяжелым последствием отрыва верхнего века является:

1) [-]Косметический дефект.

2) [-]Нарушение слезоотведения

3) [+]Ксероз роговицы с исходом в бельмо.

4) [-]Кровотечение из раны.

683. По классификации Б.Л. Поляка ранения глазного яблока не бывают:

1) [+]Непроникающими.

2) [-]Проникающими.

3) [-]Непрободными.

4) [-]Прободными.

684. Развитию витреоретинальной пролиферации в посттравматическом периоде не способствует:

- 1) [-] Посттравматическая гипотония.
 - 2) [-] Трудно купируемый вялотекущий иридоциклит.
 - 3) [+] Травматическая катаракта.
 - 4) [-] Некачественно выполненная первичная хирургическая обработка.
 - 5) [-] Гемофтальм.
-

685. Огнестрельное проникающее склеральное ранение чаще всего осложняется:

- 1) [-] Эндофтальмитом.
 - 2) [-] Симпатической офтальмией.
 - 3) [-] Страбизмом.
 - 4) [+] Развитием витреоретинальной пролиферации.
-

686. Наименее вероятно развитие витреоретинальной пролиферации в случае:

- 1) [-] Контузии с гемофтальмом.
 - 2) [-] Контузии с отрывом сетчатки от зубчатой линии.
 - 3) [+] Проникающего роговичного ранения с инородным телом в углу передней камеры.
 - 4) [-] Проникающего склерального ранения с выпадением внутренних оболочек.
 - 5) [-] Проникающего роговичного ранения с инородным телом в заднем полюсе глаза.
-

687. К повреждениям органа зрения тяжелой степени не относится:

- 1) [-] Точечное роговичное ранение с положительной пробой Зейделя и остротой зрения 0,9.
- 2) [+] Протяженная рана конъюнктивы длиной 2,5 см и

обширной гипосфагмой.

3) [-]Контузия глазницы с переломом костей нижней стенки и остротой зрения 0.7.

4) [-]Прободное ранение с инородным телом в стекловидном теле и остротой зрения 0.7.

688. В медпункте части недопустимо лечение пострадавшего с:

1) [-]Травматической эрозией роговицы.

2) [+]Контузией глазного яблока с гифемой.

3) [-]Травматической подкожной гематомой век.

4) [+]Кератитом.

689. Признаком перелома стенок глазницы не является:

1) [-]Диплопия.

2) [-]Ограничение подвижности глазного яблока.

3) [+]Появление содружественного косоглазия.

4) [-]Изменение положения глазного яблока.

5) [-]Подкожная эмфизема.

690. Состояние после энуклеации называется:

1) [-]Энофтальм.

2) [-]Офтальмия.

3) [+]Анофтальм.

4) [-]Буфтальм.

5) [-]Офтальмоплегия.

691. Комбинированные поражения характеризуются:

- 1) [+]Количеством поражающих факторов.
 - 2) [-]Количеством поражённых органов.
 - 3) [-]Количеством ран.
 - 4) [-]Количеством поражённых областей тела.
-

692. Сочетанные поражения характеризуются:

- 1) [-]Количеством поражающих факторов.
 - 2) [+]Количеством поражённых органов и областей тела.
 - 3) [-]Количеством ран.
 - 4) [-]Повреждением различных структур глаза.
-

693. Всего основных повреждающих факторов, учитываемых при комбинированном поражении, существует:

- 1) [-]Три.
 - 2) [-]Четыре.
 - 3) [-]Пять.
 - 4) [+]Шесть.
 - 5) [-]Семь.
-

694. Укажите фактор, не принятый в оценке комбинированного поражения:

- 1) [-]Термический.
 - 2) [-]Химический.
 - 3) [+]Огнестрельный.
 - 4) [-]Радиационный.
 - 5) [-]Биологический.
 - 6) [-]Фото-фактор.
-

695. При сочетанных поражениях в первую

очередь необходимо оказать помощь
поражённным с угрозой:

- 1) [-]Для зрения.
- 2) [+]Для жизни.
- 3) [-]Инфекционных осложнений.

696. При сочетанных поражениях во вторую очередь необходимо оказать помощь поражённным с угрозой:

- 1) [+]Для зрения.
- 2) [-]Для жизни.
- 3) [-]Инфекционных осложнений.

697. При сочетанных поражениях в третью очередь необходимо оказать помощь поражённным с угрозой:

- 1) [-]Для зрения.
- 2) [-]Для жизни.
- 3) [+]Инфекционных осложнений.

698. Поражение является сочетанным, если:

- 1) [-]Оно вызвано одним поражающим фактором.
- 2) [-]Оно вызвано несколькими поражающими факторами.
- *3. Поражено несколько органов (областей тела).
- 3) [+]Поражено несколько структур глаза.

699. Комбинация различных поражающих факторов влияет на тяжесть поражения следующим образом:

- 1) [-]Не оказывает влияния.
 - 2) [-]Облегчает течение.
 - 3) [+]Отягощает течение.
 - 4) [-]Не изменяет процесс рубцевания.
-

700. Поражающим фактором, который обозначается символом X, вызывается:

- 1) [-]Контузия глазного яблока.
 - 2) [-]Ожог роговицы пламенем.
 - 3) [+]Отравление ФОВ.
 - 4) [-]Лучевая катаракта.
-

701. Поражающим фактором, который обозначается символом M, вызывается:

- 1) [+]Контузия глазного яблока.
 - 2) [-]Ожог роговицы пламенем.
 - 3) [-]Отравление метиловым спиртом.
 - 4) [-]Временное ослепление.
-

702. Поражающим фактором, который обозначается символом T, вызывается:

- 1) [-]Контузия глазного яблока.
 - 2) [+]Ожог роговицы пламенем.
 - 3) [-]Отравление метиловым спиртом.
 - 4) [-]Заражение сибирской язвой.
-

703. Автором классификации ожогов органа зрения, принятой в ВС РФ, является:

- 1) [-]Б.Л. Поляк.

2) [-]С.Н. Фёдоров.

3) [-]Н.А. Пучковская.

4) [-]Н.А. Ушаков.

5) [+]В.В. Волков.

704. Определяющим для определения тяжести ожога не является:

1) [-]Глубина ожога.

2) [-]Площадь ожога.

3) [-]Вероятный функциональный исход.

4) [+]Время действия обжигающего агента.

705. Диагностический признак ожога органа зрения, который не используется для оценки его тяжести:

1) [-]Глубина.

2) [-]Локализация.

3) [-]Протяжённость.

4) [+]Болевой синдром.

5) [-]Вероятный функциональный исход.

706. К легчайшим ожогам органа зрения относятся ожоги, которые в исходе предполагают:

1) [-]Инвалидность, но с перспективой на частичное восстановление функции.

2) [-]Снижение функции, существенно не влияющее на трудоспособность.

3) [-]Потерю зрения или глазного яблока.

4) [+]Полное выздоровление.

707. К легким ожогам органа зрения относятся ожоги, которые в исходе предполагают:

1) [-]Инвалидность, но с перспективой на частичное восстановление функции.

2) [-]Снижение функции, существенно не влияющее на трудоспособность.

3) [-]Потерю зрения или глазного яблока.

4) [+]Полное выздоровление.

708. К ожогам органа зрения средней тяжести относятся ожоги, которые в исходе предполагают:

1) [-]Инвалидность, но с перспективой на частичное восстановление функции.

2) [+]Снижение функции, существенно не влияющее на трудоспособность.

3) [-]Потерю зрения или глазного яблока.

4) [-]Полное выздоровление.

709. К тяжёлым ожогам органа зрения относятся ожоги, которые в исходе предполагают:

1) [+]Инвалидность, но с перспективой на частичное восстановление функции.

2) [-]Снижение функции, существенно не влияющее на трудоспособность.

3) [-]Потерю зрения или глазного яблока.

4) [-]Полное выздоровление.

710. К особо тяжёлым ожогам органа зрения относятся ожоги, которые в исходе предполагают:

- 1) [-]Инвалидность, но с перспективой на частичное восстановление функции.
 - 2) [-]Снижение функции, существенно не влияющее на трудоспособность.
 - 3) [+]Потерю зрения или глазного яблока.
 - 4) [-]Полное выздоровление.
-

711. Изменения, характерные для ожога роговицы первой степени:

- 1) [-]Помутнение стромы с изменениями в радужке.
 - 2) [-]Складки десцеметовой оболочки.
 - 3) [-]Глубокое помутнение стромы.
 - 4) [+]Островковое прокрашивание эпителия.
 - 5) [-]Легко снимаемая плёнка.
-

712. Изменения, характерные для ожога роговицы второй степени:

- 1) [-]Помутнение стромы с изменениями в радужке.
 - 2) [-]Складки десцеметовой оболочки.
 - 3) [-]Глубокое помутнение стромы.
 - 4) [-]Островковое прокрашивание эпителия. *5. Эрозия (дефект эпителия) роговицы.
 - 5) [+]Эрозия (дефект эпителия) роговицы
-

713. Изменения, характерные для ожога роговицы третьей а степени:

- 1) [-]Помутнение стромы с изменениями в радужке.
 - 2) [+]Складки десцеметовой оболочки.
 - 3) [-]Глубокое помутнение стромы.
 - 4) [-]Островковое прокрашивание эпителия.
 - 5) [+]Поверхностное помутнение стромы.
-

714. Изменения, характерные для ожога роговицы третьей б степени:

- 1) [-]Помутнение стромы с изменениями в радужке.
 - 2) [-]Складки десцеметовой оболочки.
 - 3) [+]Глубокое помутнение стромы.
 - 4) [-]Островковое прокрашивание эпителия.
 - 5) [+]Резкое нарушение чувствительности по лимбу.
-

715. Изменения, характерные для ожога роговицы четвертой степени:

- 1) [+]Помутнение стромы с экссудатом в передней камере и изменениями в радужке.
 - 2) [-]Складки десцеметовой оболочки.
 - 3) [-]Глубокое помутнение стромы.
 - 4) [-]Островковое прокрашивание эпителия.
 - 5) [-]Тотальная эрозия роговицы
-

716. Повреждающий фактор при воздействии пламенем:

- 1) [+]Термический.
- 2) [-]Биологический.
- 3) [-]Фото-фактор.
- 4) [-]Химический.

717. Повреждающий фактор при воздействии горящим фосфором:

- 1) [-]Термический.
 - 2) [-]Радиационный.
 - 3) [-]Фото-фактор.
 - 4) [-]Химический.
 - 5) [+]Термохимический.
-

718. Повреждающий фактор при воздействии щёлочью:

- 1) [-]Термический.
 - 2) [-]Биологический.
 - 3) [-]Фото-фактор.
 - 4) [+]Химический.
 - 5) [-]Повреждающий фактор, вызывающий электроофтальмию:
-

719. Повреждающий фактор, вызывающий электроофтальмию:

- 1) [-]Термический.
 - 2) [-]Термохимический.
 - 3) [+]Фото-фактор.
 - 4) [-]Химический.
-

720. Патологическое состояние, вызванное термическим фактором:

- 1) [+]Ожог роговицы напалмом.
- 2) [-]Электроофтальмия.
- 3) [-]Ожог кожи век кислотой.

4) [-]Лучевая катаракта.

5) [-]Эпидемический конъюнктивит.

721. Патологическое состояние, вызванное химическим фактором:

1) [-]Ожог роговицы напалмом.

2) [-]Электроофтальмия.

3) [+]Ожог кожи век гидропиритом.

4) [-]Лучевая катаракта.

5) [+]Ожог кожи век и роговицы ракетным топливом.

722. Патологическое состояние, вызванное фото-фактором:

1) [-]Ожог роговицы напалмом.

2) [+]Электроофтальмия.

3) [-]Ожог кожи век кислотой.

4) [-]Лучевая катаракта.

5) [+]Снежная слепота.

723. Патологическое состояние, вызванное биологическим фактором:

1) [-]Ожог роговицы напалмом.

2) [-]Электроофтальмия.

3) [-]Ожог кожи век кислотой.

4) [-]Лучевая катаракта.

5) [+]Эпидемический конъюнктивит.

724. Первичной называется хирургическая обработка комбинированных поражений, выполненная:

- 1) [-]При наличии грануляций, но до начала рубцевания.
 - 2) [+]В первые сутки после травмы.
 - 3) [-]Позже суток, но до появления грануляций.
 - 4) [-]При наличии формирующихся рубцов.
-

725. Ранней вторичной называется хирургическая обработка комбинированных поражений, выполненная:

- 1) [+]При наличии грануляций, но до начала рубцевания.
 - 2) [-]В первые сутки после травмы.
 - 3) [-]Позже суток, но до появления грануляций.
 - 4) [-]При наличии формирующихся рубцов.
-

726. Отсроченной первичной называется хирургическая обработка комбинированных поражений, выполненная:

- 1) [-]При наличии грануляций, но до начала рубцевания.
 - 2) [-]В первые сутки после травмы.
 - 3) [+]Позже суток, но до появления грануляций.
 - 4) [-]При наличии формирующихся рубцов.
-

727. Поздней вторичной называется хирургическая обработка комбинированных поражений, выполненная:

- 1) [-]При наличии грануляций, но до начала рубцевания.
 - 2) [-]В первые сутки после травмы.
 - 3) [-]Позже суток, но до появления грануляций.
 - 4) [+]При наличии формирующихся рубцов.
-

728. Важнейшим фактором профилактики

комбинированных поражений органа зрения в мирное время является:

- 1) [-]Наличие средств первой помощи.
- 2) [+]Соблюдение правил техники безопасности.
- 3) [-]Хорошее освещение рабочего места.
- 4) [-]Санитарно-просветительная работа.

729. Важнейшим фактором профилактики комбинированных поражений органа зрения в военное время является:

- 1) [-]Применение антидотов.
- 2) [-]Наличие средств первой помощи.
- 3) [-]Своевременно оказанная медицинская помощь.
- 4) [+]Использование средств индивидуальной защиты.

730. Антидотом при химических поражениях фосфорорганическими отравляющими веществами является:

- 1) [-]2% раствор соды.
- 2) [-]2% раствор борной кислоты.
- 3) [-]1% раствор медного купороса.
- 4) [-]2% раствор трилона "Б".
- 5) [+]1% раствор атропина.
- 6) [-]5% раствор унитиола.

731. Антидотом при химических поражениях люизитом является:

- 1) [-]2% раствор соды.
- 2) [-]2% раствор борной кислоты.

3) [-]1% раствор медного купроса.

4) [-]2% раствор трилона "Б".

5) [-]1% раствор атропина.

6) [+]5% раствор унитиола.

732. Первым периодом ожоговой болезни является:

1) [-]Период защитно-восстановительных реакций.

2) [+]Период первичного некроза.

3) [-]Период рубцов и поздних дистрофий.

4) [-]Период вторичного некроза.

733. Вторым периодом ожоговой болезни является:

1) [-]Период защитно-восстановительных реакций.

2) [-]Период первичного некроза.

3) [-]Период рубцов и поздних дистрофий.

4) [+]Период вторичного некроза.

734. Третьим периодом ожоговой болезни является:

1) [+]Период защитно-восстановительных реакций.

2) [-]Период первичного некроза.

3) [-]Период рубцов и поздних дистрофий.

4) [-]Период вторичного некроза.

735. Четвертым периодом ожоговой болезни является:

1) [-]Период защитно-восстановительных реакций.

- 2) [-]Период первичного некроза.
 - 3) [+]Период рубцов и поздних дистрофий.
 - 4) [-]Период вторичного некроза.
-

736. К эпидермальным относятся ожоги кожи век:

- 1) [+]I и II степени.
 - 2) [-]III «а» степени.
 - 3) [-]IV степени.
 - 4) [-]III «б» степени.
-

737. К дермальным относятся ожоги кожи век:

- 1) [-]I и II степени.
 - 2) [+]III «а» степени.
 - 3) [-]IV степени.
 - 4) [+]III «б» степени.
-

738. К глубоким относятся ожоги кожи век:

- 1) [-]I и II степени.
 - 2) [-]III «а» степени.
 - 3) [+]IV степени.
 - 4) [+]III «б» степени.
-

739. Тяжелые ожоги кожи век заканчиваются:

- 1) [-]Заворотом.
- 2) [+]Выворотом.
- 3) [-]Птозом.
- 4) [-]Блефароспазмом.
- 5) [+]Анкилоблефароном.

740. Тяжелые ожоги конъюнктивы ведут к формированию:

- 1) [+]Симблефарона.
 - 2) [-]Выворота век.
 - 3) [+]Заворота век.
 - 4) [-]Птоза.
-

741. Тяжелые ожоги конъюнктивы ведут к:

- 1) [+]Рубцеванию конъюнктивы.
 - 2) [-]Образованию фолликулов.
 - 3) [+]Нарушению увлажнения глазной поверхности.
 - 4) [-]Сосочковым разрастаниям слизистой.
-

742. К эпителиальным ожогам роговицы относятся ожоги:

- 1) [+]I и II степени.
 - 2) [-]III«а» степени.
 - 3) [-]IV степени.
 - 4) [-]III «б» степени.
-

743. К стромальным ожогам роговицы относятся ожоги:

- 1) [-]I и II степени.
 - 2) [+]III «а» степени.
 - 3) [-]IV степени.
 - 4) [+]III «б» степени.
-

744. Ожоги роговицы, сопровождающиеся повреждением глубже лежащих структур глазного

яблока:

- 1) [-]I и II степени.
 - 2) [-]III «б» степени.
 - 3) [+]IV степени.
-

745. Ведущий глазной симптом при поражении фосфорорганическими отравляющими веществами:

- 1) [+]Выраженный миоз.
 - 2) [-]Отёк и побледнение диска зрительного нерва.
 - 3) [-]Слезотечение, блефароспазм.
 - 4) [+]Спазм аккомодации.
 - 5) [-]Помутнение роговицы.
-

746. Ведущий глазной симптом при отравлении метиловым спиртом:

- 1) [-]Ограниченный глубокий некроз с распадом тканей.
 - 2) [+]Отёк и побледнение диска зрительного нерва.
 - 3) [-]Слезотечение, блефароспазм.
 - 4) [-]Миоз, спазм аккомодации.
 - 5) [-]Помутнение роговицы.
-

747. К повреждениям глаз ультрафиолетовым облучением не относится:

- 1) [-]Электроофтальмия.
- 2) [+]Симпатическая офтальмия.
- 3) [+]Куриная слепота.
- 4) [-]Снежная слепота.

748. К повреждениям глаз видимым светом не относятся повреждения:

- 1) [-]Лучами лазера.
 - 2) [-]Лучами солнца.
 - 3) [+]Лучами электросварки.
 - 4) [-]Ядерной вспышкой.
 - 5) [+]Лучами кварцевой лампы.
-

749. В мирное время чаще встречаются ожоги органа зрения:

- 1) [-]Термические.
 - 2) [+]Химические.
 - 3) [-]Радиационные.
 - 4) [-]Световые.
-

750. Рефракция глаза при поражении фосфорорганическими веществами становится:

- 1) [-]Эмметропической.
 - 2) [-]Гиперметропической.
 - 3) [+]Миопической.
 - 4) [-]Астигматической.
-

751. Стволовые клетки роговичного эпителия расположены:

- 1) [-]В конъюнктивальных сводах.
- 2) [-]В перилимбальной конъюнктиве.
- 3) [+]В роговичной части лимба.
- 4) [-]В оптической зоне роговицы.

752. Стволовые клетки роговического эпителия сконцентрированы преимущественно в:

- 1) [-]В наружном секторе лимба.
- 2) [-]Только в верхнем секторе лимба.
- 3) [-]Во внутреннем секторе.
- 4) [+]В верхнем и нижнем секторах лимба.

753. Полная гибель стволовых клеток роговического эпителия в лимбе называется:

- 1) [-]Лимбальным дефицитом.
- 2) [-]Лимбальной дисплазией.
- 3) [-]Лимбальной дегенерацией.
- 4) [+]Лимбальной недостаточностью.

754. Лимбальная недостаточность бывает:

- 1) [+]Первичной.
- 2) [-]Ранней.
- 3) [-]Идиопатической.
- 4) [+]Вторичной.

755. Клиническим признаком лимбальной недостаточности не является:

- 1) [-]Отсутствие палисада Фогта в лимбе.
- 2) [-]Наращение фиброваскулярного паннуса на роговицу.
- 3) [+]Помутнение стромы роговицы.
- 4) [-]Наличие персистирующей эрозии роговицы.

756. Операция пересадки стволовых клеток лимба называется:

- 1) [+]Лимбальной трансплантацией.
 - 2) [-]Лимбальной пересадкой.
 - 3) [-]Лимбальной пластикой.
 - 4) [-]Лимбальной мобилизацией.
-

757. Альтернативой операции лимбальной трансплантации при частичной лимбальной недостаточности является:

- 1) [-]Конъюнктивальная пластика.
 - 2) [-]Пересадка слизистой полости рта.
 - 3) [+]Трансплантация амниотической мембраны.
 - 4) [-]Покрытие роговицы конъюнктивой по Кунту.
-

758. Лимбальная трансплантация при ожоговой болезни глаз проводится:

- 1) [-]В период первичного некроза.
 - 2) [-]В период вторичного некроза.
 - 3) [-]В период защитно-востановительных реакций.
 - 4) [+]В период рубцов и поздних дистрофий.
-

759. Противопоказанием к операции лимбальной трансплантации не является:

- 1) [-]Воспалительные явления на глазной поверхности.
 - 2) [-]Дефицит слезопродукции.
 - 3) [+]Васкуляризация стромы роговицы.
 - 4) [-]Неполное смыкание век.
 - 5) [-]Офтальмогипертензия.
-

760. Недостаточная эффективность аллогенной лимбальной трансплантации

обусловлена, главным образом:

- 1) [+]Проблемами гистосовместимости тканей пациента и трансплантата.
 - 2) [-]Пониженным регенерационным потенциалом чужеродной ткани.
 - 3) [-]Несовпадение донора реципиента по группе крови.
 - 4) [-]Различием реципиента и донора в возрасте.
-

761. Зрительная реабилитация пациентов с тотальными послеожоговыми бельмами роговицы возможна посредством:

- 1) [-]Послойной кератопластики.
 - 2) [-]Сквозной кератопластики.
 - 3) [+]Сквозной кератопластики в сочетании с лимбальной трансплантацией.
 - 4) [-]Поверхностной кератэктомии в сочетании с лимбальной трансплантацией.
-

762. При ожогах глаз применение инстилляций дексаметазона показано:

- 1) [+]В первые 10 – 14 дней после ожога.
 - 2) [-]Только после завершения эпителизации роговицы.
 - 3) [-]Не показано.
 - 4) [-]В течение всего срока лечения.
-

763. Для ускорения эпителизации роговицы после ожогов не показаны:

- 1) [-]Актовегин.
- 2) [-]Мягкая контактная линза.

3) [-]Временная блефарорафия.

4) [-]Покрытие роговицы амнионом.

5) [+]Диклофенак в каплях.

764. Для ожога роговицы средней тяжести характерны:

1) [-]Понижение чувствительности в лимбе.

2) [-]Поверхностное помутнение всей роговицы.

3) [+]Поверхностное помутнение вне оптической зоны.

4) [+]Складки десцеметовой мембраны по всей роговице.

5) [-]Гипопион.

765. Для тяжелого ожога роговицы не характерны:

1) [-]Резкое понижение чувствительности в лимбе.

2) [-]Поверхностное помутнение с захватом оптической зоны.

3) [-]Глубокое помутнение роговицы по типу «матового стекла».

4) [+]Отслойка десцеметовой мембраны.

5) [+]Поверхностное помутнение вне оптической зоны.

766. Для особо тяжелого ожога роговицы не характерны:

1) [-]Глубокое помутнение всех слоев роговицы.

2) [-]Наличие экссудата во влаге передней камеры.

3) [-]Отсутствие или резкое понижение чувствительности в лимбе.

4) [-]Деформация и неподвижность зрачка.

5) [-]Помутнение хрусталика.

6) [+]Гиперемия радужки.

767. При ВВЭ острота зрения определяется:

1) [-]В затемненном помещении с расстояния не менее 2 м.

2) [+]В освещенном рассеянным светом помещении с расстояния 5 м.

3) [-]Всегда с использованием скиаскопических линеек.

768. При ВВЭ для проведения офтальмоскопии, скиаскопии необходимо иметь:

1) [-]Прямой офтальмоскоп и автоматический рефрактометр.

2) [-]Светлое помещение с яркими источниками света.

3) [+]Смежную затемненную комнату (кабину).

4) [-]Аномалоскоп Раутиана.

769. При ВВЭ острота зрения определяется по таблицам:

1) [-]Юстовой- Волкова и соавт.

2) [-]Рабкина (8 издание)

3) [+]Головина-Сивцева.

770. При ВВЭ полной остротой зрения считается:

1) [-]Если правильно читаются все знаки в строке с наименьшей величиной знаков, соответствующей остроте зрения от 0,1 до 1,0.

2) [+]Если правильно читаются все знаки в строке с наименьшей величиной знаков, соответствующих остроте

зрения от 0,1 до 0,7 и ошибочном чтении не более одного знака в строке, соответствующей остроте зрения от 0,7 до 1,0.

3) [-]Если ошибочно читаются не более 2 знаков в строке с наименьшей величиной знаков.

4) [-]При ошибочном чтении не более одного знака в строке с наименьшей величиной знаков, соответствующей остроте зрения от 0,7 до 1,0.

771. При ВВЭ острота зрения в пределах 0,09-0,01 проверяется с помощью:

1) [+]Оптотипов Б.Л. Поляка.

2) [-]Скиаскопических линеек.

3) [-]Синоптофора.

4) [-]Аномалоскопа Раутиана.

772. При ВВЭ острота зрения для близи

1) [-]Исследуется бинокулярно.

2) [+]Исследуется раздельно для каждого глаза.

3) [-]Вообще не исследуется.

773. При ВВЭ аномалия рефракции и ее степень определяются

1) [-]Субъективным методом подбора очковых стекол.

2) [-]Скиаскопией, рефрактометрией и офтальмометрией.

3) [+]Скиаскопией или рефрактометрией и субъективным методом подбора очковых стекол.

774. При ВВЭ циклоплегия проводится:

1) [-]Пилокарпином.

2) [+]Мидриацилом.

3) [-]Инокаином.

775. При ВВЭ циклоплегия

1) [-]Обязательна для всех призывников.

2) [+]Показана при степенях аметропии, близких к установленным пределам годности к военной службе.

3) [-]Необязательна.

776. При ВВЭ исследование остроты зрения при зрачках, расширенных мидриатиком, как правило, проводится:

1) [-]Без диафрагмы.

2) [+]С дырчатой диафрагмой (диаметр отверстия равен 3 мм).

3) [-]С щелевой диафрагмой.

777. Какой основной приказ МО РФ регламентирует порядок проведения ВВЭ:

1) [-]№ 315 – 95 г.

2) [-]№ 260 – 85

3) [-]№ 299 – 95

4) [+]№ 200 – 2003 г.

778. Лица, перенесшие оптикореконструктивные операции на роговице:

1) [-]Годны к поступлению в военно-учебные заведения.

2) [+]Годны к поступлению в военно-учебные заведения не ранее одного года после операции.

3) [-]Не годны.

779. Лица после оптикореконструктивных операций на роговице и склере временно не годны к военной службе:

- 1) [-]В течение 3 месяцев.
 - 2) [+]В течение 6 месяцев.
 - 3) [-]В течение 1 года.
-

780. Дикаин (инокаин) применяют для:

- 1) [-]Расширения зрачка.
 - 2) [+]Поверхностной анестезии.
 - 3) [-]Диагностического прокрашивания роговицы.
 - 4) [-]Циклоплегии.
-

781. Атропин применяют для:

- 1) [+]Расширения зрачка.
 - 2) [-]Поверхностной анестезии.
 - 3) [-]Диагностического прокрашивания роговицы.
 - 4) [+]Циклоплегии.
-

782. Флюоресцеин применяют для:

- 1) [-]Расширения зрачка.
 - 2) [-]Поверхностной анестезии.
 - 3) [+]Диагностического прокрашивания роговицы.
 - 4) [+]Дифференциальной диагностики прободного и непрободного ранения.
-

783. В инфекционном отделении госпиталя лечат:

- 1) [+]Острые конъюнктивиты.

- 2) [-]Кератиты.
 - 3) [-]Иридоциклиты.
 - 4) [-]Эндофтальмиты.
 - 5) [-]Все перечисленное.
-

784. Врач части при появлении случаев острого конъюнктивита среди личного состава должен проводить ежедневно:

- 1) [+]Активный опрос жалоб.
 - 2) [-]Термометрию.
 - 3) [+]Осмотр конъюнктивы.
 - 4) [-]Все перечисленное.
-

785. При случаях химического ожога глаз необходимо оказать неотложную помощь:

- 1) [-]Закапать пилокарпин.
 - 2) [+]Обильно промыть глаза проточной водой.
 - 3) [+]Заложить глазную антибактериальную мазь.
 - 4) [-]Наложить монокулярную повязку.
 - 5) [-]Выполнить все перечисленное.
-

786. Офтальмологическое рабочее место организовывается:

- 1) [+]На ПМП части.
 - 2) [-]В офтальмологическом отделении госпиталя.
 - 3) [-]В приемном отделении госпиталя.
-

787. Набор инвентарных и расходных средств на ПМП части для диагностики и оказания неотложной офтальмологической помощи,

называется:

- 1) [-]Глазной уголок.
 - 2) [+]Офтальмологическое рабочее место.
 - 3) [-]Уголок офтальмолога.
-

788. Врач части должен уметь:

- 1) [-]Закапывать глазные капли.
 - 2) [-]Закладывать глазные мази.
 - 3) [-]Проводить массаж краев век.
 - 4) [+]Выполнять все перечисленные процедуры.
-

789. При ранении век с повреждением свободного края врач части должен:

- 1) [+]Обработать края раны раствором бриллиантовой зелени, наложить асептическую повязку, ввести противостолбнячную сыворотку и направить к офтальмологу.
 - 2) [-]Наложить швы на рану.
 - 3) [-]Лечить до полного выздоровления.
-

790. При прободных ранениях глаз транспортировка раненого должна осуществляться в положении:

- 1) [-]Сидя.
 - 2) [+]Лежа «лицом вверх».
 - 3) [-]Лежа "лицом вниз".
-

791. При прободных ранениях глаз необходимо:

- 1) [-]Промыть конъюнктивальную полость антисептиком.
- 2) [+]Закапать глазные антибактериальные капли.

3) [-]Измерить пальпаторно внутриглазное давление.

4) [+]Наложить бинокулярную повязку.

792. При ранении глазницы пострадавший:

1) [-]Наблюдается врачом части в лазарете.

2) [+]Немедленно направляется в офтальмологическое отделение госпиталя.

3) [-]Может лечиться как в части, так и в госпитале.

793. При химических ожогах глаз необходимо:

1) [+]Промыть глаз большим количеством проточной воды.

2) [+]Промыть глаз антидотом, если известен показатель рН.

3) [-]Закапать атропин.

4) [-]Наложить повязку.

794. При электроофтальмии врач части должен закапать:

1) [+]Инокаин (новокаин, тримекаин или др.) анестетик.

2) [-]Атропин.

3) [-]Дексаметазон.

4) [-]Пилокарпин.

795. Векоподъемники применяют в случае:

1) [-]Ранения век.

2) [-]Несмыкания глазной щели.

3) [-]Химических ожогов

4) [+]Всего перечисленного.

796. Острый вирусный конъюнктивит лечат:

- 1) [-]Амбулаторно в части.
 - 2) [-]В лазарете части.
 - 3) [+]В инфекционном отделении госпиталя.
 - 4) [-]В офтальмологическом отделении госпиталя.
-

797. Гнойную язву роговицы лечат:

- 1) [-]Амбулаторно в части.
 - 2) [-]В инфекционном отделении госпиталя.
 - 3) [+]В офтальмологическом отделении госпиталя.
-

798. Иридоциклит лечат:

- 1) [-]Амбулаторно в части.
 - 2) [-]В лазарете части.
 - 3) [-]В инфекционном отделении госпиталя.
 - 4) [+]В офтальмологическом отделении госпиталя.
-

799. Отслойку сетчатки лечат:

- 1) [-]Амбулаторно в части.
 - 2) [-]В лазарете части.
 - 3) [-]В инфекционном отделении госпиталя.
 - 4) [+]В офтальмологическом отделении госпиталя.
-

800. Электроофтальмию лечат:

- 1) [-]Амбулаторно в части.
 - 2) [+]В лазарете части.
 - 3) [-]В инфекционном отделении госпиталя.
 - 4) [-]В офтальмологическом отделении госпиталя.
-

801. Какая минимальная острота зрения для дали с коррекцией не препятствует прохождению

военной службы для лиц, освидетельствуемых по графам I, II приказа № 200 – 2003 г.:

- 1) [+] Не ниже 0,5 на один и 0,1 на другой глаз.
- 2) [-] Не ниже 0,8 на один и 0,2 на другой глаз.
- 3) [-] Не ниже 0,7 на один и 0,3 на другой глаз.
- 4) [-] Не ниже 0,9 на один и 0,5 на другой глаз.

802. Сколько граф Расписания болезней предусмотрено в приказе № 200 – 2003 г.:

- 1) [-] I графа.
- 2) [-] I - II графы.
- 3) [-] I - III графы.
- 4) [+] I - IV графы.
- 5) [-] I - V графы.
- 6) [-] I - VI графы.

803. По какой графе Расписания болезней освидетельствуются военнослужащие, проходящие военную службу по призыву:

- 1) [-] по I.
- 2) [+] по II.
- 3) [-] по III.
- 4) [-] по VI.
- 5) [-] по IV.

804. Какая минимальная острота зрения для дали с коррекцией не препятствует прохождению военной службы для лиц, освидетельствуемых по графам I, II приказа № 200 – 2003 г.:

- 1) [-]Не ниже 1,0 на каждый глаз.
 - 2) [+]Не ниже 0,4 на каждый глаз.
 - 3) [-]Не ниже 0,3 на каждый глаз.
 - 4) [+]Не ниже 0,5 на один глаз и 0,1 на другой глаз.
-

805. При какой максимально допустимой степени близорукости военнослужащие, освидетельствуемые по II графе Расписания болезней, признаются годными к военной службе:

- 1) [-]3,0 диоптрии.
 - 2) [-]4,0 диоптрии.
 - 3) [-]5,0 диоптрий.
 - 4) [+]6,0 диоптрий.
 - 5) [-]2,0 диоптрии.
-

806. При какой максимально допустимой степени дальнозоркости военнослужащие, освидетельствуемые по II графе, признаются годными к военной службе:

- 1) [-]3,0 диоптрии.
 - 2) [-]4,0 диоптрии.
 - 3) [-]5,0 диоптрий.
 - 4) [-]6,0 диоптрий.
 - 5) [+]8,0 диоптрий.
-

807. При какой максимально допустимой степени астигматизма военнослужащие, освидетельствуемые по II графе, признаются годными к военной службе:

- 1) [-]3,0 диоптрии.
 - 2) [+]4,0 диоптрии.
 - 3) [-]5,0 диоптрий.
 - 4) [-]6,0 диоптрий .
-

808. При какой максимально допустимой степени близорукости военнослужащие, освидетельствуемые по III графе Расписания болезней, признаются годными к военной службе

- 1) [-]3,0 диоптри.
 - 2) [-]4,0 диоптри.
 - 3) [-]5,0 диоптрий.
 - 4) [-]6,0 диоптрий.
 - 5) [-]10,0 диоптрий.
 - 6) [+]12,0 диоптрий.
-

809. При какой максимально допустимой степени дальнозоркости военнослужащие, освидетельствуемые по III графе, признаются годными к военной службе

- 1) [-]3,0 диоптрии.
 - 2) [-]4,0 диоптрии.
 - 3) [-]5,0 диоптрий.
 - 4) [-]6,0 диоптрий.
 - 5) [-]8,0 диоптрий.
 - 6) [-]10 диоптрий.
-

810. При какой максимально допустимой степени астигматизма военнослужащие,

освидетельствуемые по III графе, признаются годными к военной службе:

- 1) [-]3,0 диоптрии.
- 2) [-]4,0 диоптрии.
- 3) [-]5,0 диоптрий.
- 4) [+]6,0 диоптрий.
- 5) [-]2,0 диоптрии.