

Green Test



Тест по
офтальмологии

Тест по офтальмологии

Тест по офтальмологии достаточно большой, но не очень сложный. Ответов на каждый из вопросов может быть один или несколько.

1. Основные структурные оболочки глазного яблока:

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

2. Переднезадний размер глазного яблока при эметропии 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) Конъюнктура 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. Отек 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 иннервация 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 сальных 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 железы 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 sympathicus.

51. Иннервация дилатора зрачка осуществляется:

- 1) N. Oculomotorius.
- 2) N. Trigemini.
- 3) N. Nasociliaris.
- 4)+ Нервными волокнами truncus sympathicus.

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) Конъюнктив, 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 мясо.

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 раздельно 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) $Vis=d \times D$.
- 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 оптометров 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)+ Нистагмаппарата.
- 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) Протанопией.
- 3) Тританопией.
- 4)+ Протаномалией.
- 5) Дейтеранопией.

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 эметропического 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 эметропическом 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) Радиан.
- 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) Гиперметропия 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) Анизейкония.
- 4) Астигматизм.

186. Очки для работы вблизи 60-летнему эметропу:

- 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) Эметропию.
- 3) Гиперметропию.

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

- 1)+ Эметропической.
- 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 эметропии) 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 эмметропии):

- 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) Размёре зрачков.
- 4) Направлении зрительных осей.

216. Ближайшая точка ясного видения (в случае исходной эметропии) 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 эметропического 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 преломляющая 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 корректируется:

- 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 Cyl. convex +1.0 ax 90 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 n. 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) Анизийкония.
- 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) Птоз.

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)+ Гнобленнорея.
- 2) Блефарохлазис.
- 3) Птеригиум.
- 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 инстиллянии 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) Лагофталм.
- 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 инстиллянии антибактериальных капель.
- 4) Бинокулярная повязка.

279. Типичное проявление трахомы на роговице:

- 1) Преципитаты.
- 2) Бленнорея.
- 3)+ Пannус.
- 4) Птеригиум.
- 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) Птоз.

294. Аномалия положения век:

- 1)+ Выворот.
- 2) Птеригиум.
- 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)+ Птеригиум.
- 3) Фолликулез.
- 4) Гипосфагма.

299. Эпифора – это:

- 1) Гнойное отделяемое в конъюнктивальной полости.
- 2)+ Слезотечение.
- 3) Недостаток слезопroduкции.
- 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) Птоз.
- 2) Миоз.
- 3) Энофтальм.
- 4)+ Внутренняя офтальмоплегия.
- 5)+ Наружная офтальмоплегия.

304. Канальцевая проба позволяет определить:

- 1) Проходимость слезоотводящих 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) Птоз.
- 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, подрывтый.
- 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) Кератомаляция.
- 4) Мейбомит.
- 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 стекловидного 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) Птоз.
- 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)+ Эндофталмит.
- 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 абнотрофия 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)+ Древоидный.
- 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 геморрагии.

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. Экскавация 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) Пануеита.
- 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 инстилляци:

- 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 инъекции.
- 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 коллазином.
- 3)+ Лечение не требуется.
- 4) Показаны инстилляии кортикостероидов.

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

- 1) Симблефарон.
- 2) Хемоз.
- 3)+ Блефарохлазис
- 4) Халазион.

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)+ Ксантелазма.
- 2) Пингвекула.
- 3) Ксантома.
- 4) Эпикантус.

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

- 1) Колобома.
- 2)+ Тилоз.
- 3) Полиоз.
- 4) Мадароз.

393. Поседение ресниц на почве нейротрофических расстройств называется:

- 1) Трихиаз.
- 2)+ Полиоз.
- 3) Мадароз.
- 4) Стафилома.

394. Облысение ресниц вследствие хронического блефарита называется:

- 1) Полиоз.
- 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) Ксантелазма.
- 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 ксантелазмы возможно посредством:

- 1) Электрофореза протеолитических ферментов.
- 2)+ Диатермокоагуляции.
- 3)+ Операции.
- 4) Массаж век.

401. Устранение птериgiumа на глазу осуществляется посредством:

- 1) Электрофореза лидазы.
- 2) Инъекций в тело птериgiumа 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) Изэikonическими 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) Рекомендуются рассасывающая терапия.
- 2) Показана пересадка роговицы.
- 3)+ Лечение не показано.
- 4) Назначают инстилляцию кортикостероидов.

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

- 1) Кератофакция.
- 2) Кератоглобус.
- 3)+ Кератоконус.
- 4) Кератомилез.

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

- 1) Микрокорнеа.
- 2) Корэктопия.
- 3)+ Аркус сенилис.
- 4) Кератофакция.

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. Ксантелазма 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 факоемульсификации 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)+ Факоемульсификация 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 пластинкой сосудистой.

446. Достоверную информацию о площади отслойки сетчатки дает исследование:

- 1)+ Поля зрения.
- 2) Цветовосприятия.
- 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)+ Проллиферативной 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) Кривокоагуляция склеры в области разрыва.
- 4) Замена измененного стекловидного тела.

453. Характерным признаком пигментной абииотрофии 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)+ Кератомаляция.
- 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 анизэikonии.
- 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) Вителлиформной.

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 артификакией 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) Кератофакция.
- 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, иррадиирующая 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)+ T+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 метаморфопсий.
- 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) Рп.
- 2)+ Тп.
- 3) Дп.
- 4) Тп22.

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)+ Панретиальная 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)+ Прролиферативной 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, левомицетин.
- 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 выносится 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 выносится на основании:

- 1) Наличия скотом в зоне 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 гипфемы, 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 амвротического 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)+ Иридолиз.
- 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) Гемиянопсии.

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)+ Инстилляций 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) Гемианопсии.
- 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. Проллиферативная 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 гипфеме.
- 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. Опушение верхнего века может быть обусловлено повреждением нерва:

- 1) Блоковидного.
- 2)+ Глазодвигательного.
- 3) Лицевого.
- 4)+ Волокон *truncus simpaticus*.
- 5) Тройничного.

651. Лагофтальм 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) Лагофтальм.
- 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) Отслойкой 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) Иридолиз.
- 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) Черепа.
- 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) Дырчатыми.
- 2)+ Первичными.
- 3) Клапанными.
- 4) Отрывами от зубчатой линии.
- 5)+ Вторичными.

663. Показанием к первичной энуклеации является:

- 1) Вялотекущий увеит на амавротичном 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 века 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 флюоресцина.

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)+ Непроницающими.
- 2) Проницающими.
- 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 поражённым с угрозой:

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

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

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

697. При сочетанных поражениях в третью очередь необходимо оказать помощь поражённым 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 Х, вызывается:

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

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

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

702. Поражающим фактором, который обозначается символом Т, 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 купороса.
- 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 отравляющими 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 роговичного 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 роговичного 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) Нарастание фиброваскулярного pannusa 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-восстановительных реакций.
- 4)+** В период рубцов и поздних дистрофий.

759. Противопоказанием к операции лимбальной трансплантации не является:

- 1) Воспалительные явления на глазной поверхности.
- 2) Дефицит слезопroduкции.
- 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) Несовпадением 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) Покрывание 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 отдельно 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 pH.
- 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 дальновзоркости 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 дальновзоркости 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.