

федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности

О.Н. Барканова

«26»  2026 г.



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.59 Офтальмология

Квалификация (степень) выпускника: врач-офтальмолог

Кафедра: офтальмологии

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2025, 2026 годов поступления (актуализированная
редакция)

Волгоград, 2026

Разработчики:

Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
Гндоян И.А.	зав. кафедрой	д.м.н./доцент	Кафедра офтальмологии
Тришкин К.С.	доцент	к.м.н./доцент	Кафедра офтальмологии

Фонд оценочных средств для итоговой государственной аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.59 Офтальмология

Рецензент: Балалин Сергей Викторович – д.м.н., заведующий научным отделом Волгоградского филиала ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.

Рецензент: Ковылин Владимир Викторович – к.м.н., заведующий отделением микрохирургии глаза (детское) ГБУЗ ВОКБ № 1, главный внештатный детский офтальмолог комитета здравоохранения Волгоградской области.

Рецензент: Бреева Светлана Валерьевна – заведующая отделением микрохирургии глаза (взрослое) ГБУЗ ВОКБ № 1, главный внештатный офтальмолог комитета здравоохранения Волгоградской области.

Фонд оценочных средств рассмотрен на заседании кафедры офтальмологии, протокол № 14 от « 01 » 06 2026 г.

Заведующий кафедрой офтальмологии _____ И.А. Гндоян

Фонд оценочных средств согласован с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолГМУ, протокол № 1 от 25.08.2026 года

Председатель УМК _____ Н.И. Свиридова

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики _____ М.Л. Наumenко

1. Перечень вопросов для I этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.59 Офтальмология

1. Самой тонкой стенкой орбиты является:
внутренняя стенка
наружная стенка
верхняя стенка
нижняя стенка
верхняя и внутренняя
2. Канал зрительного нерва служит для прохождения:
зрительного нерва
отводящего нерва
глазодвигательный нерв
центральной вены сетчатки
лобной артерии
3. Слезный мешок расположен:
вне глазницы
внутри глазницы
частично внутри и частично вне глазницы
в гайморовой полости
в средней черепной ямке
4. При ранах век регенерация тканей:
выше чем других областей лица
высокая
низкая
существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица
ниже, чем других областей лица
5. К слезопродуцирующим органам относятся:
слезная железа и добавочные слезные железы
слезные точки
слезные каналы
носослезный канал
6. Носослезный канал открывается в:
нижний носовой ход
средний носовой ход
верхний носовой ход
в гайморову пазуху
в основную пазуху
7. Наибольшую толщину склера имеет в зоне:
лимба
экватора
диска зрительного нерва
под сухожилием прямых мышц
под сухожилием косых мышц
8. Роговая оболочка состоит из:

пяти слоев

двух слоев

трех слоев

четырёх слоев

шести слоев

9. Слои роговицы располагаются:

параллельно поверхности роговицы

хаотично

концентрично

в косом направлении

10. Питание роговицы осуществляется за счет:

краевой петливой сосудистой сети

центральной артерии сетчатки

слезной артерии

передними цилиарными артериями

надблоковой артерии

11. Диск зрительного нерва располагается:

в центре глазного дна

в носовой половине глазного дна

в височной половине глазного дна

в верхней половине глазного дна

за пределами глазного дна

12. Функциональным центром сетчатки является:

центральная ямка

диск зрительного нерва

зона зубчатой линии

сосудистый пучок

юстапапиллярная зона

13. Зрительный нерв выходит из орбиты через:

канал зрительного нерва

верхнюю глазничную щель

нижнюю глазничную щель

круглое отверстие

верхнечелюстную пазуху

14. Сосудистый тракт выполняет:

трофическую функцию

функцию преломления света

функцию восприятия света

защитную функцию

опорную функцию

15. Сетчатка выполняет функцию:

восприятия света

преломления света

трофическую

защитную функцию

опорную функцию

16. Внутриглазную жидкость вырабатывает в основном:
цилиарное тело
радужка
хориоидея
хрусталик
роговица
17. Тенонова капсула отделяет:
сосудистую оболочку от склеры
сетчатку от стекловидного тела
глазное яблоко от клетчатки орбиты
правильного ответа нет
роговицу от склеры
18. Боуменова мембрана находится между:
эпителием роговицы и стромой
стромой и десцеметовой оболочкой
десцеметовой оболочкой и эндотелием
слоями сетчатки
19. Хориоидея питает:
наружные слои сетчатки
внутренние слои сетчатки
всю сетчатку
зрительный нерв
склеру
20. Двигательный аппарат глаза состоит из экстраокулярных мышц:
шести
четырех
пяти
восьми
десяти
21. «Мышечная воронка» берет свое начало от:
круглого отверстия
зрительного отверстия
верхней глазничной щели
нижней глазничной щели
внутренней стенки глазницы
22. Артериальный круг Галлера образован:
короткими задними цилиарными артериями
длинными задними цилиарными артериями
решетчатыми артериями
мышечными артериями
всем перечисленным
23. Центральная артерия сетчатки питает:
внутренние слои сетчатки
хориоидею

наружные слои сетчатки
стекловидное тело
склеру

24. Глазничный нерв является:

чувствительным нервом
двигательным нервом
смешанным нервом
парасимпатическим нервом
симпатическим нервом

25. В области хиазмы перекрещивается % волокон зрительных нервов:

50 %
25%
75%
100 %
10%

26. Развитие глаза начинается на:

1-2-ой неделе внутриутробной жизни
3-ей неделе внутриутробной жизни
4-ой неделе внутриутробной жизни
г) 5-ой неделе внутриутробной жизни
д) 10-ой неделе внутриутробной жизни

27. Сосудистая оболочка образуется:

Мезодермы
Эктодермы
Смешанной природы
Нейроэктодермы
Энтодермы

28. Сетчатка образуется из:

Эктодермы
Нейроэктодермы
Мезодермы
Энтодермы
Смешанной природы

29. Основной функцией зрительного анализатора, без которой не могут развиваться все остальные его зрительные функции, является:

светоощущение
периферическое зрение
монокулярная острота зрения
цветоощущение
бинокулярное зрение

30. При остроте зрения выше 1,0 величина угла зрения равна:

меньше 1 минуты
1 минуте

- 1,5 минутам
- 2 минутам
- 2,5 минутам

31. Впервые таблицу для определения остроты зрения составил:

- Снеллен**
- Головин
- Сивцев
- Ландольт
- Орлова

32. При парафовеолярной фиксации острота зрения у ребёнка 10-12 лет соответствует следующим значениям:

- ниже 0,5**
- больше 1,0
- 1,0
- 0,8-0,9
- 0,5-0,6

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

- меньше 1 минуты**
- в 1 минуту
- в 2 минуты
- в 3 минуты
- более 3 минут

34. В том случае, если человек различает с расстояния в 1 метр только первую строчку таблицы для определения остроты зрения, то острота зрения у него равна:

- 0,02**
- 0,1
- 0,05
- 0,01
- 0,005

35. Светоощущение отсутствует у больного с:

- полной атрофией зрительного нерва**
- интенсивным тотальным помутнением роговицы
- тотальной катарактой
- центральной дегенерацией сетчатки
- разрывом сетчатки в макулярной зоне

36. Функциональное состояние колбочкового аппарата сетчатки глаза определяют по:
остроте зрения

светоощущению
состоянию световой адаптации
границам периферического зрения

37. Темповую адаптацию необходимо исследовать у больных с:

абиотрофией сетчатки
миопией слабой и средней степени
гиперметропией с астигматизмом
косоглазием
рефракционной амблиопией

38. Формирование бинокулярного зрения возможно только при сочетании высокого зрения правого и левого глаз с:

ортофорией
экзофорией
эзофорией
отсутствием фузии

39. Адаптационная способность зрительного анализатора определяется способностью:

приспосабливаться к свету различного уровня яркости
видеть предметов при слабом освещении
различать свет
видеть предметы на разном расстоянии
различать оттенки различных цветов

40. Фузионный рефлекс у здорового ребенка формируется уже в возрасте:

первых 5-6-ти месяцев жизни
1-ой недели жизни
первого месяца жизни
первых 2-х месяцев жизни
2-го года жизни

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

8 x 6 см
3 x 2 см
5 x 4 см
9 x 7 см
10 x 8 см

42. Гомонимная и гетерономная гемианопсия определяются у больных с:

патологическими изменениями зрительных путей
центральной дегенерацией сетчатки
анизометропией
патологическими процессами в области пучка Грациоле

атрофией папилломакулярных нервных волокон

43. Рефлекс фиксации формируется у здорового ребенка уже:

к 2 месяцам жизни

на первой недели жизни

на первом месяце жизни

к 6-ти месяцам жизни

к году жизни

44. Хлоропсия - это видение всех окружающих предметов в:

зелёном цвете

жёлтом цвете

красном цвете

синем цвете

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

15° с височной стороны

15° с носовой стороны

20° с носовой стороны

25° с височной стороны

30° с височной стороны

46. Эритропсия - это видение всех окружающих предметов в:

красном цвете

синем цвете

жёлтом цвете

зелёном цвете

47. Ксантопсия - это видение окружающих предметов в:

жёлтом цвете

синем цвете

зелёном цвете

красном цвете

48. Цианопсия - это видение окружающих предметов в:

синем цвете

жёлтом цвете

красном цвете

49. В норме самые малые размеры имеет поле зрения на:

зелёный цвет

белый цвет

красный цвет

жёлтый цвет

синий цвет

50. У здорового взрослого человека с нормально развитым зрительным анализатором индивидуальные колебания границ поля зрения на белый цвет не превышают:

5-10°

15°

20°

25°

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

белый цвет

красный цвет

жёлтый цвет

зелёный цвет

синий цвет

52. У взрослого человека с нормально развитым зрительным анализатором нижняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки

65-70°

45°

50°

55°

53. У взрослого человека с нормально развитым зрительным анализатором наружная (темпоральная) граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:

90°

60°

70°

100°

120°

54. У взрослого человека с нормально развитым зрительным анализатором внутренняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:

55°

25°

30-40°

65°

55. Для нормального формирования стереоскопического зрения необходимым условием является наличие:

бинокулярного зрения

нормальных границ периферического зрения

монокулярной остроты зрения не ниже 1,0

трихроматического зрения

нормальной адаптационной способности органа зрения

56. У взрослого человека внутриглазное давление в норме не должно превышать:

20-23 мм рт ст

10-12 мм рт ст

12-15мм рт ст

15-20 мм рт ст

57. Объективно оценивать патологическое изменение офтальмотонуса нельзя только по:

пальпаторному исследованию глаз

тонометрическому исследованию методом Маклакова-Поляка

тонометрическому исследованию глаза тонометром Дашевского

топографическому исследованию

эластотонометрии

58. Бактерицидное действие слезы обеспечивается наличием в ней:

лизоцима

лидазы

химопсина

фосфатазы

муцина

59. Число миганий веками достигает у детей нормальных 8-12 в 1 минуту к возрасту:

7-10 лет жизни

3 месяцев жизни

1 года жизни

5 лет жизни

14-15 лет жизни

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

6-7 минут дольше

1-2 минуты

2-3 минуты

3-4 минуты

4-5 минут

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

более чем за 10 минут

1 минуту

2 минуты

3 минуты

5-10 минут

62. Для контрастной рентгенографии слёзных путей используют одно из перечисленных веществ:

иодлипол

колларгол

флюоресцеин

водный раствор бриллиантовой зелени

водный раствор синьки

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

первых 2-3 месяцев жизни

первых 5-1 месяцев жизни

первых 6-8 месяцев жизни

1 года жизни

2-3 лет жизни

64. Мейбомиевы железы, расположенные в хрящевых пластинках век, выделяют:

сальный секрет

слезу

слизистый секрет

лимфу

водянистую влагу

65. Секрет мейбомиевых желез необходим для:

смазывания края век с целью предохранения их поверхности от мацерации

смазывания поверхности роговицы и конъюнктивы глаза

питания роговицы и конъюнктивы

профилактики развития воспалительного процесса в конъюнктиве

профилактики развития дистрофического процесса в роговице

66. Низкая чувствительность роговицы у детей первых месяцев жизни связана с:

ещё незавершённым формированием тройничного нерва

особенностью строения эпителия роговицы

особенностью функционирования слёзных желез

недостаточным функционированием слизистых желез

слишком глубоко расположенными в ткани роговицы чувствительными нервными окончаниями

67. Наиболее высокая чувствительность роговицы определяется в:

верхней её половине

области лимба

паралимбальной зоне

центральной зоне

парацентральной зоне

68. Чувствительность роговицы нарушается при поражении:

тройничного нерва

лицевого нерва

глазодвигательного нерва

блокового нерва

отводящего нерва

69. Преломляющая сила роговицы в норме составляет от всей преломляющей силы оптической системы глаза:

65-70%

20-30%

40-50%

80-85%

90%

70. На проходимость жидкостей, газов и электролитов через роговицу внутрь глаза основное влияние оказывает состояние её:

эпителия и эндотелия

стромы

десцеметовой мембраны

слёзной плёнки

71. Вода составляет во внутриглазной жидкости до:

99%

55%

65%

70-80%

100%

72. Вода составляет в хрусталике глаза ребёнка до:

50%

30%

60-70%

75-80%

90%

73. Основная роль в окислительно-восстановительных процессах белков хрусталика принадлежит:

цистеину

альбуминам

глобулинам

коллагену

74. Краевая сосудистая сеть роговицы на здоровом глазу не выявляется в связи с тем, что эти сосуды:

прикрыты непрозрачной склеральной тканью
не заполнены кровью
имеют очень малый калибр
по цвету сливаются с окружающими их тканями глаза

75. Появление перикорнеальной инъекции при некоторых патологических состояниях глаза объясняется:

расширением сосудов краевой петливой сети и усилившимся кровенаполнением этой части сосудистой сети глаза

обычной циркуляцией крови в сосудах краевой петливой сети
повышением внутриглазного давления
повышением кровяного давления в сосудистом русле глаза
значительным истончением стенок сосудов краевой петливой сети

76. Формирование нормальной четырехгранной формы глазницы отмечается у ребёнка уже в возрасте:

3-4 месяцев жизни

1-2 месяцев жизни

6-7 месяцев жизни

1 года жизни

2 лет жизни

77. Прямая и содружественная реакции зрачков на свет в норме формируются у детей к:

моменту рождения

2-3 месяцам жизни

6 месяцам жизни

1 году жизни

2-3 годам жизни

78. В ответ на инстилляцию мидриатиков максимальное расширение зрачка можно получить у ребёнка уже в возрасте:

3 лет жизни и старше

10 дней жизни

первого месяца жизни

первых 3-6 месяцев жизни

1 года жизни

79. Болевая чувствительность ресничного тела формируется у ребёнка только к:

5-7 годам жизни

6 месяцам жизни

1 году жизни

3 годам жизни

8-10 годам жизни

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

14-16 лет жизни

3 лет жизни

5-6 лет жизни

7-8 лет жизни

20 лет и старше

81. К субъективным методам исследования рефракции глаза относится:

определение остроты зрения коррекцией сменными оптическими линзами

скиаскопия

рефрактометрия

авторефрактометрия

82. Оптическую коррекцию гиперметропической рефракции необходимо назначать детям 3-5 лет при:

гиперметропии в 2,5-3,5 дптр в сочетании с постоянным или периодическим содружественным сходящимся косоглазием

гиперметропии в 1,5 дптр

гиперметропии в 1,0-1,5 дптр в сочетании с астигматизмом в 0,5 дптр

гиперметропии в 3,0 дптр в сочетании с расходящимся косоглазием

83. Для комфортной работы на близком расстоянии (чтения) пациенту 50 лет с гиперметропией в 1,0 дптр обычно требуются очки силой в:

+2,5-3,0 дптр

+1,0-1,5 дптр

+3,5-4,0 дптр

+4,0-5,0 дптр

+5,0 дптр и выше

84. Для комфортной работы на близком расстоянии (чтения) пациенту 60 лет с эметропией обычно требуются очки силой в:

+ 3,0 дптр

+ 1,0-1,5 дптр

+ 2,0 дптр

+ 4,0 дптр

+5,0 дптр

85. Абсолютная аккомодация - это аккомодация, измеренная при:

выключенной конвергенции (окклюзии одного из глаз)

двух открытых глазах

действующей конвергенции

частично выключенной конвергенции

86. Отрицательная часть относительной аккомодации у эметропа равна:

3,0 дптр

0,5 дптр

1,0 дптр

4,0 дптр

5,0 дптр

87. Положительная часть относительной аккомодации у школьников 8-10 лет не должна быть меньше:

3,0-5,0 дптр

6,0-8,0 дптр

9,0-10,0 дптр

11,0-12,0 дптр

88. Ближайшая точка ясного видения у школьника-эмметропа 10-12 лет в норме находится от глаза на расстоянии:

8-10 см

30 см

25 см

20 см

15 см

89. У школьника с гиперметропией в 3,5-4,0 дптр, редко пользующегося очками, часто выявляется астигматизм:

аккомодативная

мышечная

дисбинокулярная

неврогенная

симптоматическая

90. При параличе аккомодации у пациента обязательно выявляется:

резкое ухудшение зрения вблизи

замечное улучшение зрения вблизи

повышение зрения вдаль

сходящееся косоглазие

расходящееся косоглазие

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

рефракционная

анизометропическая

депривационная

дисбинокулярная

92. Основной причиной появления у ребёнка дисбинокулярной амблиопии является:

косоглазие

аномалии рефракции

анизометропия
помутнение оптических сред глаза
контузия глаза

93. К амблиопии очень высокой степени относятся следующие показатели остроты зрения:

0,04 и ниже

0,05-0,1

0,2-0,3

0,4-0,5

0,6-0,7

94. К амблиопии высокой степени относятся следующие показатели остроты зрения:

0,05-0,1

0,04

0,2-0,3

0,4-0,5

0,6-0,7

95. К амблиопии средней степени относятся следующие показатели остроты зрения:

0,2-0,3

0,04 и ниже

0,05-0,1

0,4-0,5

0,6-0,8

96. К амблиопии слабой степени относятся следующие показатели остроты зрения:

0,4-0,8

0,04 и ниже

0,05-0,1

0,2-0,3

0,9

97. Амблиопия дисбинокулярная чаще развивается у детей с:

монолатеральным постоянным косоглазием

альтернирующим сходящимся косоглазием

непостоянным расходящимся косоглазием

частично аккомодационным альтернирующим косоглазием

аккомодационным альтернирующим косоглазием

98. К остроте зрения, совместимой с бинокулярным зрением, относятся следующие показатели:

0,3

0,04 и ниже

0,05-0,1

0,2

0,4 и выше

99. Наиболее высокая острота зрения связана с нормальным функционированием:

фовеолярной области сетчатки

периферической области сетчатки

парамакулярной области сетчатки

макулярной области сетчатки

парапапиллярной области сетчатки

100. В норме зрительная фиксация должна быть:

центральной устойчивой

парацентральной устойчивой

парацентральной неустойчивой

устойчивой периферической

перемежающейся

101. При центральной устойчивой фиксации рассматриваемый объект относительно неподвижно установлен на:

фовеолярную область сетчатки

парафовеолярную область сетчатки

макулярную область сетчатки

парамакулярную область сетчатки

парапапиллярную область сетчатки

102. Для амблиопии с перемежающейся фиксацией характерно наличие:

чередования центральной (фовеолярной) и нецентральной фиксации

фиксации центральной областью сетчатки

чередования фиксации макулярной и парапапиллярной областями сетчатки

фиксации различными зонами периферии сетчатки

фиксации областью диска зрительного нерва и другими зонами периферии сетчатки

103. Для амблиопии с неустойчивой нецентральной фиксацией характерно наличие:

фиксации сменяющимися друг друга периферическими участками сетчатки

фовеолярной (центральной) фиксации

чередования центральной и нецентральной фиксации

фиксации областью жёлтого пятна

фиксации областью диска зрительного нерва

104. Характерным признаком амблиопии с устойчивой нецентральной фиксацией является наличие:

фиксации определенным периферическим участком сетчатки

фиксации центром сетчатки

чередования центральной и нецентральной фиксаций

фиксации областью диска зрительного нерва
фиксации сменяющимися периферическими участками сетчатки

105. Характерным признаком амблиопии с отсутствием фиксации является наличие:
полного отсутствия фиксации (на рассматриваемом объекте не задерживается ни один из участков сетчатки
чередования фиксации то центром сетчатки, то парапапиллярной зоной
чередования фиксации центральной с нецентральной
фиксации сменяющимися друг друга периферическими участками сетчатки
фиксации определенным периферическим участком сетчатки
106. Граница парафовеолярной фиксации находится:
на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна
в области центральной ямки сетчатки
по краю жёлтого пятна
на середине расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва
на периферии сетчатки
107. Граница макулярной фиксации находится:
по краю жёлтого пятна
в зоне фовеолы
на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна
на середине расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва
на периферии сетчатки
108. Граница парамаккулярной фиксации находится:
на середине расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва
в зоне фовеолы
на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна
по краю жёлтого пятна
на периферии сетчатки
109. Зона периферической фиксации находится:
за серединой расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва
в зоне фовеолы
на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна
по краю жёлтого пятна
110. Очки назначают ребёнку со сходящимся косоглазием и дальнозоркостью средней степени:
для постоянного ношения
только для работы на близком расстоянии

только для дали

только для проведения ортоптического лечения

только для проведения плеоптического лечения

111. Ребёнку с амблиопией и косоглазием необходимо корректировать выявленную аметропию очками в возрасте:

когда выявлено косоглазие

только 2-3 лет

только 4 лет

только 5 лет

только 6 лет и старше

112. Прямая окклюзия — это

выключение лучше видящего глаза

выключение хуже видящего глаза

попеременное выключение глаз (то правого, то левого)

окклюзия только наружных половин обоих глаз

окклюзия только внутренних половин обоих глаз

113. Прямая окклюзия в среднем назначается ребёнку на срок:

4 месяца, а для закрепления результатов — еще на 3 месяца

1/2 месяца

1 месяц

1-2 месяца

2-3 месяца

114. Локальное «слепящее» раздражение светом центральной ямки сетчатки проводят с помощью:

большого безрефлексного офтальмоскопа

рефрактометра

офтальмометра

щелевой лампы

зеркального офтальмоскопа

115. Локальные «слепающие» засветы назначают детям с амблиопией и:

центральной устойчивой и неустойчивой фиксацией, когда локальное воздействие света на сетчатку ещё возможно

центральной неустойчивой фиксацией

неустойчивой парамакулярной фиксацией

неустойчивой периферической фиксацией

перемежающейся фиксацией

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

большого безрефлексного офтальмоскопа

рефрактометра
офтальмометра
щелевой лампы
зеркального офтальмоскопа

117. Засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперу назначают при амблиопии с:

устойчивой фиксацией
перемежающейся фиксацией
нецентральной неустойчивой фиксацией
парацентральной неустойчивой фиксацией
периферической фиксацией

118. Основным признаком эмфиземы века:

крепитация
отек
гематома
инфильтрация
гиперемия

119. При аллергическом дерматите наблюдаются:

зуд, отек, гиперемия
герпетические высыпания
сосудистые «звездочки»
петехиальные кровоизлияния
шелушение

120. Травматический отек века сопровождается:

обширными подкожными кровоизлияниями с синюшным оттенком
блефароспазмом и слезотечением
зудом
крепитация
гиперемия

121. К клиническим признакам абсцесса века относятся:

разлитая гиперемия и инфильтрация века
кожные покровы обычной окраски
гематома века
крепитация
отсутствие флюктуации

122. Показаниями к вскрытию абсцесса века является:

появление флюктуации
выраженная гиперемия века
уплотнение ткани века

болезненность при пальпации
температурная реакция

123. При абсцессе века необходимо:

при наличии симптома «флюктуации» — вскрыть и дренировать гнойник

консервативная терапия
магнитотерапия
динамическое наблюдение
введение стероидов

124. Хроническое воспаление мейбомиевых желез - это:

халазион
ячмень
абсцесс века
внутренний ячмень
папиллома

125. При халазионе века необходимо:

ввести кеналог в патологический процесс или провести хирургическое лечение
проводить лечение токами УВЧ, электрофорез
проводить инстилляции дезинфицирующих капель
витаминотерапия

126. При поражении кожи век простым герпесом наблюдается:

на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью

гиперемия и отек век
появление резко гиперемизированных участков кожи и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела
пузыревидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд
шелушение

127. При поражении кожи век опоясывающим герпесом наблюдается:

пузыревидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд

гиперемия и отек век
появление резко гиперемизированных участков и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела
на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью
гематома век

128. При язвенном блефарите изменения век носят характер:

кровооточащих язвочек с гнойным налетом

заворота век
выворота века
пузыревидных высыпаний
гематомы век

129. Эпикантус — это:
кожная складка, соединяющая верхнее и нижнее веко
опущение верхнего века
узкая глазная щель
плотное образование на верхнем веке
симблефарон

130. При лагофтальме необходимо проводить:
использование глазных мазей
кератопластику
в некоторых случаях - блефароррафию
парабульбарные инъекции
физиотерапию

131. Спастический заворот век развивается при:
блефароспазме
трахоме
экзофтальме
блефарите
конъюнктивите

132. Старческий заворот развивается при:
растяжении кожи век
энофтальме
конъюнктивите
халазионе
трихиазе

133. Последствием трахомы и ожога конъюнктивы век являются:
рубцовый заворот
спастический заворот
бульварный заворот
старческий
врожденный

134. Врожденный заворот век возникает:
при гипертрофии ресничной части круговой мышцы
при растяжении кожи век
при недоразвитии или отсутствии хряща
у взрослых

при травме

135. Ксантоматоз может быть вызван:

нарушением обмена веществ

травмой

нарушением трофики

ожогом

операциями на веках

136. При блефарохалазисе наблюдается:

снижение зрения из-за опущения века

заворот

выворот

трихиаз

рубец на веке

137. При трихиазе необходимо проводить:

пластику века

биопокровение роговицы

физиотерапию

инсталляцию антибиотиков

закладывание актовегина

138. Врожденный птоз обусловлен:

колобомой века

спазмом аккомодации

неполноценностью развития мышцы, поднимающей верхнее веко

парезом ветвей тройничного нерва

спазмом круговой мышцы века

139. Спастический выворот века развивается при:

хроническом блефароконъюнктивите

трахоме

поражении тройничного нерва

снижении эластичности кожи

трихиазе

140. Атонический выворот возникает при:

конъюнктивите

парезе ветвей лицевого нерва

старческой атрофии круговой мышцы века

грыже нижнего века

халазионе

141. При параличе лицевого нерва развивается:

паралитический выворот века

спастический выворот века

атонический выворот века

рубцовый выворот века

врожденный выворот века

142. Ожоги век могут быть причиной:

рубцового выворота век

паралитического выворота век

атонического выворота век

спастического выворота век

врожденного выворота век

143. При подозрении на меланому конъюнктивы необходимо проводить:

радиоизотопное исследование опухоли

биопсию опухоли с морфологическим исследованием биоптата

биопсию опухоли с иммуногистохимическим исследованием биоптата

аспирационная биопсия с цитологическим исследованием пун-ктата

аспирационная биопсия с цитоиммунохимическим исследованием пунктата

144. При общем обследовании пациента с увеальной меланомой для исключения метастазирования необходимо проводить:

ультразвуковое исследование печени

сцинтиграфию костей скелета

стернальную пункцию

термографию периферических лимфоузлов

трепанобиопсию бедренной кости

145. Ложный экзофтальм наблюдается при:

односторонней высокой миопии

ретробульбарной гематоме

псевдотуморе

эндокринной офтальмопатии

лимфоме

146. Пониженное зрение при экзофтальме может быть вследствие:

непосредственного давления на зрительный нерв

давления на кровеносные сосуды

хемоза конъюнктивы

отека век

покраснения кожи век

147. Причиной билатерального экзофтальма являются

эндокринная офтальмопатия

тромбоз кавернозного синуса

аневризма глазничной артерии
рак слезной железы
абсцесс орбиты

148. Односторонний экзофтальм характерен для:

менингиома
миопия слабой степени
острый приступ глаукомы
дакриоцистит
птоз

149. Пульсирующий экзофтальм наблюдается при:

артерио-венозном соустье между внутренней сонной артерией и кавернозным синусом

мукоцеле
абсолютно болящей глаукоме
дакриoadените
остеосаркоме

150. Неотложная помощь при флегмоне:

вскрытие и дренирование орбиты
тепло
местно — кортикостероиды
динамическое наблюдение
ограничится пункцией орбиты

151. Диффузное острое воспаление орбитальной клетчатки — это:

флегмона
остеоperiостит
абсцесс
фурункул
ячмень

152. Ретракция верхнего века наблюдается при:

эндокринном экзофтальме
каротидно-кавернозном соустье
менингиоме
флегмоне орбиты
абсцесс верхнего века

153. Средний диаметр роговицы взрослого человека в норме равен:

11-12 мм
8-9 мм
10 мм
13-14 мм

15-16 мм

154. Средняя величина преломляющей силы роговицы взрослого человека равна:

43 диоптриям

23 диоптриям

30 диоптриям

50 диоптриям

53 диоптриям

155. Средняя величина радиуса кривизны передней поверхности роговицы взрослого человека составляет:

7,7-7,8 мм

9 мм

6,7-6,8 мм

5,5 мм

5 мм

156. Нормальная толщина центральной части роговицы взрослого человека равна:

0,5-0,6 мм

1,5 мм

1,2 мм

0,7-0,8 мм

0,4 мм

157. Для измерения радиуса кривизны и преломляющей силы роговицы применяется:

офтальмометр

рефрактометр

офтальмоскоп

ретинофот

диоптриметр

158. Для измерения толщины роговицы применяется:

кератопахиметр

офтальмометр

кератометр

рефрактометр

эстезиометр

159. Сочетание признаков - светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, боль в глазу — характерно для:

кератита

катаракты

отслойки сетчатки

атрофии зрительного нерва
тромбоза центральной вены сетчатки

160. Наличие перикорнеальной инъекции глазного яблока, шероховатой поверхности роговицы, нарушения тактильной чувствительности роговицы, инфильтратов в роговице и васкуляризации роговицы характерно для:

кератита

тромбоза центральной зоны сетчатки
дегенерации желтого пятна
катаракты
диабетической ретинопатии

161. При центральной язве роговицы с угрозой ее прободения показано:

срочное хирургическое лечение

хирургическое лечение в плановом порядке
консервативное лечение
динамическое наблюдение
инстилляций и инъекции кортикостероидов

162. При операциях на роговице предпочтительно накладывать швы из:

найлона

шелка туркменского
шелка виргинского
кетгута
любого из вышеперечисленных материалов

163. Оптимальный срок для снятия швов после субтотальной сквозной кератопластики:

6 месяцев и более

3-4 недели
1-2 месяца
3-4 месяца
4-5 месяцев

164. Сочетание признаков — снижение остроты зрения, невозможность коррекции зрения очковыми стеклами, уменьшение радиуса кривизны роговицы, наличие неправильного роговичного астигматизма характерно для:

кератоконуса

кератита
катаракты
склерита
пингвекулы

165. Для кератоконуса характерны:

неправильный астигматизм

гиперметропия
правильный астигматизм
повышенное внутриглазное давление
пониженное внутриглазное давление

166. При кератоконусе в далеко зашедшей стадии возможна коррекция зрения:

контактными линзами
сферическими очками
бифокальными очками
цилиндрическими очками
сферопризматическими очками

167. Поверхностная васкуляризация роговицы встречается при:

фликтенулезном кератите
аденовирусном конъюнктивите
склерите
эписклерите
кератоконусе

168. Проявлением болезни Сьегрена со стороны органа зрения является:

сухой кератоконъюнктивит
склерит
повышение внутриглазного давления
отслойка сетчатки
кератоконус

169. При пробе Ширмера нормальным результатом, не вызывающим подозрения на нарушение функции, является:

смачивание полоски фильтрованной бумаги 10 мм и более
смачивание полоски фильтрованной бумаги на 5 мм и меньше
смачивание полоски фильтрованной бумаги на 5-10 мм
полное отсутствие смачивания фильтрованной бумаги
смачивание полоски фильтровальной бумаги на 3 мм

170. При начальных проявлениях сухого кератоконъюнктивита предпочтительнее всего назначать инстилляцию:

препаратов искусственной слезы
кортикостероидов
антибиотиков
сульфаниламидов
миотиков

171. При болезни Вегенера (гранулематоз неинфекционный некротический) наиболее частым проявлением со стороны глаз является:

краевой язвенный кератит
кератоконус
микрокорнеа

врожденная катаракта
повышение ВГД

172. Отложения жира в роговице могут обнаружиться при:
старческой дуге
кольце Кайзер-Флейшера
линии Стоккера
линии Хадсон-Штали
кольце Флейшера
173. Жесткие контактные линзы эффективны при:
кератоконусе
рецидивирующей эрозии роговицы
буллезной кератопатии
сухом кератоконъюнктивите
язве роговицы
174. Противопоказанием к назначению контактных линз является
нарушение эпителия роговицы
гипертоническая болезнь
глазные операции в анамнезе
тромбоз центральной вены сетчатки в анамнезе
катаракта
175. Проведение микродиатермокоагуляции показано при:
поверхностных и глубоких поражениях роговицы, протекающих с изъязвлением
наличии у больных выраженных явлений местной медикаментозной аллергии
наличии признаков диффузной воспалительной инфильтрации захватывающей
большую часть площади роговицы
помутнении роговицы
десцеметите
176. В лечении поверхностных форм герпетического кератита наиболее
эффективно применение:
интерферонов и интерферогенов
кортикостероидов
антибиотиков
антиоксидантов
витаминов
177. Введение полудана в переднюю камеру показано при:
увеакератитах с изъязвлением задней поверхности роговицы
кератоиридоциклитах с изъязвлением передней поверхности роговицы
изолированных иридоциклитах и увеитах
наличии патогенной микрофлоры в посевах конъюнктив

вирусном конъюнктивите

178. Неспецифическая противовирусная терапия проводится:
полуданом
офтан-ИДУ
противогерпетической поливакциной
ацикловиром
дексаметазоном
179. Применение кортикостероидов показано при:
дисковидном кератите
древовидном кератите
ландкартообразном кератите
рецидивирующей эрозии роговицы
везикулезном кератите
180. В основе диабетических ангиопатий лежит:
нарушение обмена веществ
инсулинотерапия
повышенное внутриглазное давление
неадекватный контроль явлений диабета
рубцов радужки
181. К факторам, способствующим развитию диабетической ангиоретинопатии, относятся:
гипергликемия
гипоглобулинемия
миопия
гиперметропия
гипохолестеринемия
182. Для III стадии диабетической ангиоретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения:
кровоизлияния в стекловидное тело с началом пролиферации, неоваскуляризации неоваскуляризация на диске зрительного нерва
отслойка сетчатки
макулодистрофия
тромбоз полный или неполный центральной вены сетчатки или ее ветви
нарушение кровообращения в системе, питающей зрительный нерв
183. Основные биомикроскопические признаки начальной диабетической катаракты включают:
помутнение в зоне отщепления
помутнение под задней капсулой
помутнение под передней капсулой

уплотнение поверхности ядра

184. В выборе сроков хирургического лечения диабетической катаракты имеет значение:

степень зрелости катаракты

возраст пациента

острота зрения

биомикроскопический вариант катаракты

жалобы пациента

185. Оптимальным вариантом коррекции афакии у больного сахарным диабетом являются:

очки

жесткие контактные линзы

мягкие контактные линзы

интраокулярная линза

кератомилез

186. Рассасывающую терапию при геморрагии в сетчатку или стекловидное тело у больных диабетом следует начинать:

через 2-3 суток после кровоизлияния

в первые часы после кровоизлияния

через неделю

через 2 недели после кровоизлияния

через месяц

187. Курсовое лечение при пролиферативной диабетической ангиоретинопатии следует проводить:

1 раз в полугодие

1 раз в год

1 раз в 3 месяца

ежемесячно

1 раз в 2 месяца

188. К типичным изменениям при диабетической ангиоретинопатии в детском и юношеском возрасте относятся:

неоваскуляризация диска зрительного нерва, области желтого пятна

транссудативные очаги в сетчатке

отслойка сетчатки

артериовенозные анастомозы

189. У больных сахарным диабетом жировой обмен регулируют лекарственные препараты:

ютофибрат, липостабил

дицинон

клофеллин
эмоксипин
солкосерил

190. У больных сахарным диабетом регулируют белковый обмен:

ретаболил
пармидин
теоникол
трентал
дицинон

191. Глаукома при сахарном диабете встречается с частотой:

8%
5%
12%
20%
20%

192. Лазертерапия показана при:

пролиферация и неоваскуляризация сетчатки
грубом фиброзе сетчатки
рецидивирующих кровоизлияниях
высоких цифрах агрегации эритроцитов
при тракционной отслойке сетчатки

193. К факторам, способствующим развитию ангиопатии относятся:

гипергликемия
гиперметропия
миопия
кератопатия
кератоконъюнктивит

194. Для абсолютной гипогликемии характерно:

сахар крови ниже 3,5 ммоль/л
сахар крови выше 10 ммоль/л
холестерин в крови в пределах 9-10 ммоль/л
сахар крови ниже 6,1 ммоль/л
сахар крови ниже 5,8 ммоль/л

195. Основными процессами, происходящими в тканях глаза у больного сахарным диабетом, являются:

геморрагические
воспалительные
дегенеративные
дистрофические

онкологические

196. Воспалительный процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется в:
радужке
хрусталике
сетчатке
роговице
конъюнктиве
197. Основные процессы, происходящие в тканях глаза у больного сахарным диабетом можно характеризовать, как:
неоваскуляризацию
воспалительные
дистрофические
неопластические
травматические
198. Причиной неоваскуляризации у больного сахарным диабетом является:
гипоксия тканей
воспалительные процессы
сочетание сахарного диабета с гипертонической болезнью
сочетание сахарного диабета с атеросклерозом
сочетание сахарного диабета с нефропатией
199. Наиболее частым у больного сахарным диабетом является заболевание:
халазион, блефарит
ячмень
экзема кожи век
ксантомы век
папилломы век
200. Для больного сахарным диабетом типичными изменениями со стороны конъюнктивы являются:
отложения холестерина-белковых фракций, кровоизлияния
конъюнктивит
птеригиум
сужение артериол
расширение вен
201. Типичными изменениями со стороны роговицы для больного сахарным диабетом являются:
снижение чувствительности, эпителиальная дистрофия
вазуляризация
истончение роговицы и кератоконус

кератоконъюнктивит
изъязвление роговицы

202. Для больного сахарным диабетом основными изменениями радужки являются:

неоваскуляризация, вялое расширение зрачка

живая реакция на свет

поликория

аниридия

колобома радужки

203. Начальными биомикроскопическими признаками диабетической катаракты являются:

помутнения в зоне отщепления

помутнения в ядре хрусталика

помутнения в коре хрусталика

субкапсулярные вакуоли

помутнения под задней капсулой

204. Частота возникновения диабетических катаракт составляет:

от 2 до 6%

от 6 до 12%

от 12 до 25%

от 30 до 40%

свыше 40%

205. Характерными симптомами начальной диабетической катаракты являются:

снижение зрения, появление миопии или увеличение миопической рефракции

появление «летающих мушек» перед глазами

появление гиперметропии

появление феномена Тиндаля во влаге передней камеры

появление анизометропии

206. Основными признаками диабетического ирита являются:

выраженная смешанная инъекция, единичные преципитаты

застойная инъекция

цилиарная инъекция

выраженная экссудация

отсутствие рефлекса с глазного дна

207. Основными признаками диабетической ретинопатии склеротического типа являются:

отложение в сетчатку холестерина

отложение в сетчатку белка

геморрагии в сетчатку, стекловидное тело

геморрагии в стекловидное тело
перипапиллярный отек сетчатки

208. Способствуют рецидивам кровоизлияний при диабетической ангиоретинопатии:

абсолютные или относительные гипогликемии, окклюзия капилляров

глюкозурия

гипергликемия

альбуминурия

гиперхолестеринемия

209. Хрусталик человека имеет:

эктодермальное происхождение

мезодермальное происхождение

энтодермальное происхождение

эссенциально-криптогенное происхождение

возможно развитие хрусталика из различных субтратов

210. Питание хрусталика у взрослого человека осуществляется:

от внутриглазной влаги посредством диффузии

посредством цинковых связок

от цилиарного тела

от передней пограничной мембраны стекловидного тела

211. Рост хрусталика заканчивается:

не заканчивается

к 2-м годам

к 5-ти годам

к 18-ти годам

к 23-годам

212. В покое аккомодации преломляющая сила хрусталика составляет:

19-21 диоптрии

5-12 диоптрий

12-18 диоптрий

25-32 диоптрии

58-65 диоптрий

213. Механизм развития пресбиопии объясняется:

способность аккомодировать становится меньше

ухудшением эластичности хрусталика

ухудшается тонус цилиарной мышцы, нарушается целостность цинковых связок

склерозируется хрусталик

нарушением трофики плоской части цилиарного тела

214. Особенностью белкового строения хрусталика является:
чужеродность белков в сравнении с белками организма
превалирование альбуминовой фракции над глобулиновой
превалирование глобулиновой фракции
повышенное содержание белков в сравнении с другими структурами организма
преимущественное содержание гликопротеидов
215. К приобретенным заболеваниям хрусталика относятся:
помутнение хрусталика (катаракта)
воспаление
опухоли
«полярная» катаракта
микросферофакия
216. При любом воздействии хрусталик:
набухает и мутнеет
воспалется
сморщивается
в его ядро врастают сосуды
люксируется в стекловидное тело
217. К сосудам, питающим хрусталиковое вещество взрослого человека, относятся:
кровообращения нет
a. hyaloidea
передние ресничные артерии
короткие задние ресничные артерии
длинные задние ресничные артерии
218. Основным методом исследования глаза при определении клинической формы катаракты является:
биомикроскопия
визометрия
офтальмоскопия
ультразвуковая эхоофтальмография
рефрактометрия
219. Метод проверки ретиальной остроты зрения служит для:
определения возможного оптического исхода после операции
более точного определения рефракции у больного
исследования зрения до операции
исследования зрения после операции
определения рефракции ИОЛ
220. Эндотелиальная микроскопия проводится у больных с катарактой с целью:

определения плотности заднего эпителия роговицы в квадратном мм
определения хирургической тактики лечения
выборы метода экстракции катаракты
профилактики и выявления отдельных осложнений в роговице
определения полимегетизма клеток заднего эпителия роговицы

221. К прогрессирующей катаракте можно отнести:

приобретенную катаракту
врожденную слоистую катаракту
врожденную полную катаракту
веретенообразную катаракту
заднюю полярную катаракту

222. Диабетическая катаракта характеризуется:

наличием помутнений в зоне отщепления
истончением передней капсулы
сочетанием помутнений в хрусталике с изменением на глазном дне
сочетанием с офтальмогипертензией
врастанием сосудов с вещество хрусталика

223. К операции кератофакии прибегают с целью коррекции:

афакии
высокой степени миопии
гиперметропии
сложного миопического астигматизма
сложного гиперметропического астигматизма

224. Неправильная проекция света у больного с катарактой указывает на:

патологию сетчатки и зрительного нерва
наличие зрелой катаракты у больного
наличие незрелой катаракты
патологию роговицы
деструкцию стекловидного тела

225. Толщину хрусталика и длину передне-задней оси глаза можно определить:

посредством ультразвуковой эхоофтальмографии
с помощью биомикроскопии
с помощью пахиметрии
с помощью рентгенологического метода
с помощью рефрактометра

226. Электрофизиологические исследования сетчатки и зрительного нерва при катаракте необходимы для:

прогноза зрения после экстракции катаракты
определения хирургической тактики лечения

определения необходимости проведения курса консервативной терапии перед операцией

выработки постхирургической тактики лечения

выбора модели ИОЛ

227. К группе осложненных катаракт относится:

катаракта при пигментном ретините

фактопической катаракты

катаракта при глаукоме

набухающая катаракта

факолитической катаракты

228. При невритах зрительного нерва зрение:

снижается значительно и быстро

не изменяется

снижается незначительно

снижается медленно но значительно

имеет волнообразный тип течения

229. При неврите зрительного нерва проминенция диска:

незначительная, плоская

резко выражена

отсутствует

имеет место экскавация диска

формируется колобома диска

230. При неврите зрительного нерва цвет диска:

гиперемирован

не меняется

бледный

восковидный

серый

231. При неврите зрительного нерва со стороны ретинальных сосудов отмечается:

расширение артериол и венул

расширение артериол

расширение венул

сужение венул

сужение артериол и венул

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

расширение венул и сужение артериол

расширение артериол и венул

сужение артериол и венул
сужение венул и расширение артериол
сосуды не изменяются

233. При друзах зрительного нерва со стороны ретинальных сосудов отмечается:
сосуды сетчатки не изменены

расширение артериол и венул
сужение артериол и венул
расширение артериол и сужение венул
расширение венул и сужение артериол

234. При ишемической нейропатии со стороны ретинальных сосудов отмечается:
сужение артериол и расширение венул

расширение артериол и венул
сужение артериол и венул
расширение артериол и сужение венул д)сосуды сетчатки не изменены

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

имеет место экссудативный выпот
сохраняется интактным
имеют место кровоизлияния
формируется отслойка стекловидного тела
наблюдается витреофиброз

236. Кровоизлияния при неврите зрительного нерва локализуются:

на диске или около него
по всему глазному дну
на периферии глазного дна
по ходу ретинальных венул

237. При периферической форме ретробульбарных невритов наблюдается:

концентрическое сужение поля зрения
центральная скотома
секторальные выпадения
аркоподобные скотомы
поле зрения не изменено

238. При аксиальной форме ретробульбарных невритов наблюдается:

центральная скотома
концентрическое сужение поля зрения
секторальные выпадения
аркоподобные скотомы
поле зрения не изменено

239. При трансверзальной форме ретробульбарных невритов наблюдается:
комбинация концентрического сужения поля зрения с центральной скотомой
центральная скотома
концентрическое сужение поля зрения
секторальное выпадение
аркоподобные скотомы
240. При задней ишемической нейропатии наблюдается:
секторальное выпадение поля зрения
центральная скотома
концентрическое сужение поля зрения
аркоподобные скотомы
поле зрения не изменяется
241. Для оптической ишемической нейропатии характерно
резкое и значительное снижение зрения
постепенное но значительное снижение зрения
сохранение зрения неизменным
медленное незначительное снижение зрения
скачкообразный характер изменений
242. Диск зрительного нерва при ишемической оптической нейропатии имеет
бледный ишемический цвет
насыщенно розовый цвет
серый цвет
глубокую экскавацию
частичную атрофию
243. Кровоизлияния при оптической ишемической нейропатии локализуются преимущественно:
на диске или около диска зрительного нерва
по сему главному дну
в макулярной области
на периферии глазного дна
без выраженной закономерности
244. При задней ишемической оптической нейропатии наблюдается
отсутствие изменений на глазном дне
бледный отечный диск зрительного нерва
кровоизлияния на диске
отек сетчатки
твердые экссудаты
245. Лечение ишемической оптической нейропатии включает:
сосудистую терапию

противовоспалительную
гормональную
лазертерапию
электростимуляцию

246. Триада симптомов, характерных для глаукомы:

повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги, изменение полей зрения, сдвиг сосудистого пучка к носу

неустойчивость внутриглазного давления, гетерохромия, осложненная катаракта
повышение уровня внутриглазного давления, перикорниальная инъекция, отек роговицы

изменение поля зрения, побледнение дисков зрительных нервов, ангиоретиносклероз
анизокория, преципитаты, повышение внутриглазного давления

247. Биомикроскопическая картина переднего отрезка глаза при первичной открытоугольной глаукоме включает:

диффузная атрофия зрачкового пояса в сочетании с деструкцией пигментной каймы, широкий угол передней камеры

«чешуйки» по краю зрачка и на трабекулах в углу передней камеры, осложненная катаракта

зрачок расширен, «фигура подсолнечника»

закрытый угол передней камеры, дисперсия пигмента по передней поверхности радужки

колобома радужки, диффузное помутнение хрусталика

248. Для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы характерны:

отек роговицы, мелкая передняя камера, широкий эллипсовидной формы зрачок, застойная инъекция глазного яблока

зрачок узкий, реакция зрачка на свет сохранена, роговица про-зрачная, поверхностная инъекция бульбарной конъюнктивы

отек роговицы, глубокая передняя камера, иридофакодонез, застойная инъекция глазного яблока

светобоязнь, слезотечение, роговица тусклая, преципитаты, зрачок узкий

светобоязнь, боль в глазу, снижение зрения, субэпителиальные помутнения роговицы, перикорнеальная инъекция роговицы

249. Наиболее часто встречаемая форма первичной закрытоугольной глаукомы:

глаукома с относительным зрачковым блоком

глаукома с хрусталиковым блоком

глаукома с плоской радужкой

ползучая глаукома

синдром пигментной дисперсии

250. На основании каких методов исследования можно отличить органическую блокаду угла корнем радужной оболочки от функциональной:

гониоскопия с роговичной компрессией

гониоскопия с трансиллюминацией

тонография

суточная тонометрия

эластотонометрия

251. Изменения поля зрения, характерные для ранней стадии глаукомы:

дугообразные скотомы в области Бьеррума

концентрическое сужение поля зрения на 15°

секторальная гемианопсия

трубчатое поле зрения

секторальная темпоральная гемианопсия

252. Стадия глаукомы оценивается по показателю:

состоянию поля зрения

остроты зрения

отношению Э/Д

по величине легкости оттока

коэффициенту Беккера

253. На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика глаукоматозной и физиологической экскавации:

краевого характера экскавации

величины экскавации

цвета экскавации

глубины экскавации

величины В-зоны

254. Экскавация диска зрительного нерва при развитой стадии первичной глаукомы составляет:

Э/Д 0,3

Э/Д 0,5

Э/Д 0,8

Э/Д 0,4

Э/Д 0,1

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

открытие угла передней камеры

глубина передней камеры

состояние радужки

наличие псевдоэксфолиаций

состояние диска зрительного нерва

256. Наиболее значимым для диагностики первичной глаукомы является:

исследования центрального поля зрения

суточная тонометрия

топография

гониоскопия

исследование периферического поля зрения

257. Атрофия зрительного нерва при глаукоме зависит от:

соотношения внутриглазного давления и давления в сосудах, питающих диск зрительного нерва

степени повышения внутриглазного давления

уменьшения продукции внутриглазной жидкости

потери астроглиального слоя зрительного нерва

выраженности атрофии переднего отдела сосудистого тракта

258. О стабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:

нормальные цифры внутриглазного давления

сужение границ поля зрения по назальным меридианам

увеличение глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва

увеличение дефектов в слое нервных волокон сетчатки

усиление пигментации структур УПК

259. Тактика врача при факоморфической глаукоме:

экстракция катаракты

применение общей и местной гипотензивной терапии

базальная иридэктомия

синусотрабекулэктомия

лазерная трабекулопластика

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

преципитаты

жалобы

характер передней камеры

величина зрачка

состояние радужки

261. Первичная открытоугольная глаукома наиболее опасна в силу:

бессимптомного течения

ее частоты

внезапного начала

снижения темновой адаптации

262. Причины развития сегментарной атрофии радужки после острого приступа глаукомы:

странгуляция сосудов радужки

коллапс склерального синуса
паралич аккомодации
развитие синдрома сухого глаза
тромбоз вортикозных вен

263. Общее в течении первичной открытоугольной и закрытоугольной глауком:

развитие глаукоматозной атрофии зрительного нерва
миопизация рефракции
сужение зрачка
г) увеличение пигментации угла передней камеры
д) выбухания прикорневой части радужки

264. «Симптом кобры» указывает на:

повышение внутриглазного давления
нарушение кровообращения в сосудистой аркаде ЦАС
тромбоз ЦВС
гипертоническую ангиопатию
нарушении кровообращения в сосудах цилиарного тела

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

гониоскопии с компрессией роговицы
томографии
гониоскопии
ретроградном заполнении шлеммова канала кровью
гониоскопии с трансиллюминацией

266. Для факорморфической глаукомы характерна:

набухающая катаракта
корковая катаракта
перезревающая катаракта
ядерная катаракта
сублюксация хрусталика

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

особенностями хода аксонов ганглиозных клеток
особенностями кровообращения сетчатки
особенностями расположения нервных волокон на диске зрительного нерва
индивидуальными размерами диска зрительного нерва
особенностями биомеханики решетчатой пластинки

268. Стадия первичной глаукомы оценивается по показателям:

состояния поля зрения
остроты зрения

уровня внутриглазного давления
площади глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва
размаха суточных колебаний ВГД

269. Верхняя граница нормы внутриглазного давления при измерении тонометром Маклакова:

- 26 мм рт ст**
- 20 мм рт ст
- 24 мм рт ст
- 27 мм рт ст
- 32 мм рт ст

270. Верхняя граница истинного внутриглазного давления:

- 21 ммрт ст**
- 19 мм рт ст
- 25 мм рт ст
- 17 мм рт ст
- 15 мм рт ст

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

- 0,13 мм³ / (мм рт ст) мин**
- 0,17 мм³ / (мм рт ст) мин
- 0,20 мм³ / (мм рт ст) мин
- 0,25 мм³ / (мм рт ст) мин
- 0,31 мм³ / (мм рт ст) мин

272. Поле зрения в начальной стадии первичной глаукомы сужено до:

- не сужено**
- до 45°
- до 20°
- до 10°
- до 5°

273. Продукция водянистой влаги осуществляется:

- в отростках цилиарного тела**
- в плоской части цилиарного тела
- эпителием радужной оболочки
- всеми выше перечисленными структурами
- пигментным листком радужки

274. В основе патогенеза врожденной глаукомы лежит:

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

изменение в дренажной системе на уровне интрасклеральной зоны

275. Толерантность зрительного нерва к повышенному ВГД определяется:
интенсивностью кровоснабжения тканей диска и ретроламинарной области
степенью развития опорной ткани в диске зрительного нерва
размерами диска зрительного нерва
уровнем перфузионного давления
уровнем ликворного давления

276. В ранней диагностике глаукомы наименее информативны:
экзофтальмометрия
суточная тонометрия
топография
исследование поля зрения
биомикроскопия переднего отрезка глаза

277. О нестабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:
сужение поля зрения
снижение остроты зрения
появление болей в глазу
покраснение глаза
отек роговицы

278. Динамику глаукоматозного процесса характеризуют:
уровень метаболизма зрительного нерва
величина внутриглазного давления
величина коэффициента легкости оттока
состояние поля зрения
состояние гемодинамики

279. Злокачественная форма первичной закрытоугольной глаукомы может возникать:
при хрусталиковом блоке
при витреальном блоке
при блоке шлеммова канала
не связана с развитием блоков
при артификации

280. Различают следующие клинические формы первичной глаукомы:
закрытоугольная, открытоугольная
открытоугольная, псевдоэкссфолиативная
неоваскулярная, травматическая
смешанная, факогенная
афакическая, пигментная

281. Ко вторичной сосудистой глаукоме относят:
неоваскулярную
псевдогипертензию
глаукомоциклитический криз
гетерохромную увеопатию (Фукса)
экссудативную глаукому
282. Неоваскулярная глаукома возникает при следующих заболеваниях:
тромбоз центральной вены сетчатки
нейроретинит
артифакция
сенильной макулопатии
радиационного поражения глаз
283. Одна из форм офтальмогипертензии:
эссенциальная
открытоугольная
закрытоугольную
ювенильная
инфантильная
284. Тактика врача после постановки диагноза «офтальмогипертензия с факторами риска»:
назначение гипотензивных капель
никаких лечебных назначений, периодический осмотр
лазерная операция
хирургическое вмешательство
физиотерапевтическое лечение
285. Назначение тимолола больным глаукомой противопоказано при:
бронхиальной астме
гепатите
цистите
мочекаменной болезни
аденоме простаты
286. Побочное действие глазных капель с клофелином включает:
понижение артериального давления
брадикардия
бронхиальный спазм
возбуждение
развитие катаракты
287. Сочетанное повреждение глаза характеризуется:
повреждением органа зрения и травмой других органов

проникающим ранением глазного яблока с внутриглазным инородным телом
контузией глазного яблока, осложненной гемофтальмом и суб-люксацией
хрусталика
контузией глазного яблока в сочетании с проникающим ранением
всем перечисленным

288. Комбинированное повреждение глаза характеризуется:
одновременным воздействием на глаз нескольких повреждающих факторов
контузией глаза в сочетании с сублюксацией хрусталика
проникающим ранением глазного яблока и век
повреждением глазного яблока и других органов
ожогом конъюнктивы и роговицы

289. Хирургическая обработка раны называется первичной, если проводится:
в начале активного рубцевания
в первые 24 часа после травмы
через 24-48 часов после травмы
через 5 суток после травмы
после стихания острых воспалительных явлений

290. Хирургическая обработка раны называется первичной отсроченной, если
проводится:
через 24 часа после травмы
в первые 24 часа после травмы
через 3 суток после травмы
после стихания острых воспалительных явлений
в начале активного рубцевания

291. При первичной хирургической обработке раны края века в первую очередь
должно быть соблюдено:
восстановление маргинального края века
достижение полной герметизации раны
восстановление иннервации и кровоснабжения травмированного участка века
установление дренажа
восстановление слезного канальца

292. Факоденез определяется при:
сублюксации хрусталика
дистрофических изменениях в радужной оболочке
глаукоме
отслойке цилиарного тела
нарушении циркуляции водянистой влаги

293. Берлиновское помутнение характеризуется:
ограниченным помутнением сетчатки

эпителиально-эндотелиальной дистрофией
локальным помутнением хрусталика
развитием плавающих и фиксированных помутнений в стекловидном теле
всем перечисленным

294. При корнеосклеральном ранении с выпадением радужки необходимыми условиями операции являются:

иридотомия перед вправлением радужки

экстракция катаракты

введение антибиотиков в стекловидное тело

криокоагуляция в зоне травмы

все перечисленное

295. Перелом медиальной стенки глазницы обычно характеризуется:

смещением слезного мешка

экзофтальмом

отсутствием кожной чувствительности в надбровной зоне

смещением слезной железы

всем перечисленным

296. Диагноз сквозного ранения глазного яблока бесспорно устанавливается при:

наличии входного и выходного отверстия

наличии внутриорбитального инородного тела

гемофтальме

наличии двух отверстий в глазном яблоке

травматической катаракте

297. Профилактикой выпадения стекловидного тела входе экстракции катаракты является:

наложение кольца Флиринга

наложение предварительных швов на рану

создание медикаментозной гипотонии

анестезия и акинезия

298. С помощью А-метода ультразвуковой диагностики невозможно определить:

пузырек воздуха в стекловидном теле

внутриорбитальное инородное тело

толщину хрусталика

внутриглазное инородное тело

внутриглазное новообразование

299. Протез Комберга-Болтина служит для:

рентгенлокализации инородного тела

исключения внутриглазных инородных тел на рентгеновских снимках

подшивания к конъюнктиве с целью профилактики выпадения стекловидного тела в ходе операции

проведения магнитных проб

все перечисленное верно

300. Клиническая картина металлоза глаза может быть вызвана:

внедрившимся в глазное яблоко инородным телом

пищевым отравлением солями тяжелых металлов

особенностями работы на вредном производстве

последствиями гемолиза при гемофтальме

все перечисленное верно

301. Фигура «подсолнечника» в хрусталике характерна для:

халькоза

хориоретинита

сидероза глазного яблока

длительных дистрофических заболеваний роговицы

диабетической катаракты

302. Обзорные снимки глазницы при проникающем ранении глазного яблока проводятся:

только при наличии в анамнезе данных о внедрении инородного тела

только в случаях, где имеются симптомы перелома стенок орбиты

при локализации осколка за глазом

только в случаях, когда невозможно использовать протез Комберга-Балтина

303. Абсолютно достоверным методом определения металлоза на ранних стадиях является:

электрофизиологическое исследование

гониоскопия

эндотелиальная микроскопия

ультразвуковая эхоофтальмография

офтальмоскопия

304. Кардинальным клиническим признаком эндофтальмита, отличающим его от травматического иридоциклита, является:

сильные боли в глазу и в половине головы на стороне ранения

полная потеря зрения раненого глаза

умеренный отек век и хемоз конъюнктивы

отсутствие рефлекса с глазного дна либо желтоватый рефлекс в области зрачка

все перечисленное

305. СВЧ-поле может приводить к:

развитию катаракты

хемозу конъюнктивы

асептическому увеиту
образованию хориоретинальных очагов
сморщиванию стекловидного тела

306. При правильном подшивании имплантата после энуклеации:

движение культи в полном объеме

культи неподвижна

движение культи ограничено

в каждом случае отмечаются индивидуальные особенности ее движения

культи не выражена

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

наложении асептической повязки и срочной транспортировки в офтальмологическое отделение

вправлении выпавших оболочек

в обильном промывании раны и инъекции антибиотиков

иссечении выпавших оболочек и герметизации раны

необходимы все перечисленные мероприятия

308. При энуклеации подшивание имплантата проводится к:

к четырем прямым мышцам

верхней и нижней косой мышцам

верхней и нижней прямым мышцам

внутренней и наружной прямым мышцам

ко всем шести глазодвигательным мышцам

309. Рана роговицы подлежит ушиванию:

атравматической нитью 10/00

атравматической нитью 6/00

шелковой нитью 8/00

кетгутовой нитью 8/00

можно использовать весь перечисленный шовный материал

310. Рана склеры может быть ушита:

шелковой нитью 8/00

супраимидной нитью 10/00

супраимидной нитью 8/00

супраимидной нитью 6/00

311. При проникающих ранениях роговицы с разрушением хрусталика необходимо:

при хирургической обработке удалить хрусталик

провести миоз, антибактериальную терапию и не удалять хрусталик

можно ограничиться только вымыванием хрусталиковых масс из передней камеры

хрусталик удалить после стихания воспалительных процессов
проводить рассасывание хрусталика ферментами

312. Подшивание имплантата в ходе энуклеации противопоказано:

больным с опухолью глаза

детям

больным после проникающего ранения глаза

больным с абсолютной болящей глаукомой

больным с тяжелыми соматическими заболеваниями

2. Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.59 Офтальмология:

1. Техника исследования глаза при боковом освещении;
2. Техника исследования глаза в проходящем свете;
3. Техника исследования глаза при биомикроскопии;
4. Техника исследования глаза офтальмоскопии;
5. Исследование остроты зрения;
6. Исследование цветового зрения;
7. Исследование поля зрения;
8. Исследование светоощущения;
9. Исследование бинокулярного зрения;
10. Техника скиаскопии;
11. Принципы диагностики астигматизма;
12. Определение ближайшей точки ясного видения, вычисление объема аккомодации;
13. Определение положительной и отрицательной части относительной аккомодации;
14. Правила подбора очков при гиперметропии;
15. Правила подбора очков при миопии;
16. Правила подбора очков при астигматизме;
17. Исследование характера зрения на приборе «Цветотест»;
18. Осмотр лицевых структур и оценка положения глаз по отношению к ним;
19. Определение угла косоглазия по методу Гиршберга;
20. Определение угла косоглазия на синоптофоре;
21. Исследование конвергенции;
22. Исследование глазодвигательного аппарата;
23. Исследования фузионной способности и фузионных резервов;
24. Определение зрительной фиксации;
25. Техника внешнего осмотра век при естественном освещении;
26. Техника простого выворота век;
27. Осмотр век боковым освещением и комбинированным методом;
28. Биомикроскопическое исследование края век;
29. Наружный осмотр слезных органов;
30. Пальпация области слезной железы, канальцев, слезного мешка;
31. Проба Ширмера;
32. Носовая проба;
33. Промывание слезоотводящих путей;
34. Зондирование слезных канальцев и слезно-носового канала;
35. Рентгенография слезоотводящих путей – анализ рентгенограмм;
36. Наружный осмотр слезопroduцирующих органов;

37. Подготовка ребенка к осмотру слезных органов, методика фиксации;
38. Наружный осмотр, пальпация области слезного мешка новорожденного;
39. Методика массажа слезного мешка;
40. Методика зондирования и промывания слезных путей;
41. Подготовка ребенка к осмотру конъюнктивы, методика фиксации;
42. Исследование конъюнктивы при боковом освещении, биомикроскопия;
43. Методика применения векоподъемников;
44. Подготовка ребенка к осмотру склеры, методика фиксации;
45. Исследование склеры при боковом освещении, биомикроскопия;
46. Лучевые методы исследования орбиты: рентгенография, компьютерная томография, ядерная магнитно-резонансная томография, радиоизотопное исследование.
47. Методика определения подвижности глазного яблока;
48. Методика экзофтальмометрии;
49. Методика осмотра роговицы при боковом освещении, в проходящем свете, при биомикроскопии у детей и взрослых;
50. Определение чувствительности роговицы;
51. Методика офтальмометрии, кератометрии и кератографии;
52. Методика осмотра хрусталика при боковом освещении, в проходящем свете, при биомикроскопии у детей и взрослых;
53. Биомикроофтальмоскопия с линзой Гольдманна, бесконтактной линзой;
54. Методика проведения флюоресцентной ангиографии глазного дна;
55. Методика проведения оптической когерентной томографии сетчатки;
56. Методика измерения слепого пятна;
57. Электрофизиологическое исследование органа зрения;
58. Методика биомикроскопии радужки у детей и взрослых;
59. Методика пальпации глаза в проекции ресничного тела;
60. Методика проведения и оценка результатов УЗИ и УБМ глаза;
61. Методика тонометрии. суточная тонометрия;
62. Методика тонографии;
63. Методика гониоскопии;
64. Методики исследования поля зрения и слепого пятна (периметрия, кампиметрия) при глаукоме;
65. Методика проведения нагрузочных проб;
66. Методика оценки состояния диска зрительного нерва при офтальмоскопии, биомикроофтальмоскопии;
67. Методика выполнения и оценка результатов ОКТ диска зрительного нерва;
68. Техника промывания конъюнктивальной полости;
69. Техника удаления поверхностных инородных тел конъюнктивы и роговицы;
70. Техника наложения различных видов повязок.

3. Перечень вопросов для III этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.59 Офтальмология

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ

1. Офтальмоскопия: методики. Световые рефлексы глазного дна и их клиническое значение.
2. Офтальмохромоскопия: оптико-физические основы, методики, клинические возможности.
3. Флюоресцентная ангиография: оптико-физические основы, методики, клиническое значение.

4. Биомикроскопия: методики, клинические возможности.
5. Гониоскопия: анатомические элементы иридо-корнеального угла, методики, клинические возможности.
6. Биомикроскопия с линзой Гольдмана: методики, клинические возможности.
7. Диафаноскопия: методики, клинические возможности.
8. Тонометрия, тонография: методики, клинические возможности.
9. Толерантное внутриглазное давление (давление цели): основные понятия, методики, клиническое значение.
10. Ранняя диагностика глаукомы: принципы организации, методики.
11. Рентгенодиагностика инородных тел глаза и орбиты: методики, клинические возможности.
12. Электрофизиологические методы исследования: основные методики, клиническое значение.
13. Ультразвуковая диагностика: методики, клинические возможности.
14. Центральное зрение: принципы и методы исследования, клиническое значение.
15. Периферическое зрение: методы исследования, клиническое значение.
16. Цветовое зрение: физиология цветоощущения, методы исследования, клиническое значение.
17. Бинокулярное зрение: анатомо-физиологические основы, методы исследования, клиническое значение.
18. Глазодвигательный аппарат глаза: анатомо-функциональные особенности, методы исследования, клиническое значение.
19. Рефракция, аккомодация глаза: оптико-физические основы, методы исследования, клиническое значение.

КЛИНИКА

20. Прогрессирующая миопия: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
21. Воспалительные заболевания век: дифференциальная диагностика, лечение.
22. Трахома: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
23. Острые конъюнктивиты: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
24. Воспалительные заболевания слёзных путей у детей и взрослых: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
25. Флегмона орбиты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
26. Герпетические кератиты: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
27. Паренхиматозные кератиты: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
28. Врождённая катаракта: классификация, этиология, клиника, дифференциальная диагностика, показания к хирургическому лечению.
29. Инволюционные катаракты: классификация, патогенез, клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению.
30. Дифференциальная диагностика закрытоугольной и открытоугольной глаукомы. Тактика офтальмолога при сочетании катаракты и глаукомы.
31. Диагностика и лечение иридоциклита и острого приступа глаукомы.

32. Увеиты: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
33. Увеопатии (увеит Фукса, глаукомоциклитические кризы): этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Новообразования радужной оболочки и цилиарного тела: клиника, диагностика, показания, принципы оперативного лечения.
35. Хориоретиниты: этиология, дифференциальная диагностика, лечение.
36. Центральная серозная хориоретинопатия: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
37. Инволюционные макулодистрофии: дифференциальная диагностика, лечение.
38. Периферические витреохориоретинодистрофии: дифференциальная диагностика, лечение.
39. Пигментные тапеторетинальные абнотрофии: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
40. Новообразования хориоидеи: клиника, диагностика, принципы современных методов лечения.
41. Новообразования сетчатки: клиника, дифференциальная диагностика, принципы современных методов лечения.
42. Изменения глазного дна при сахарном диабете: этиопатогенез, клиника, диагностика, современные методы лечения.
43. Изменения глазного дна при патологии беременности: клиника, диагностика, лечение.
44. Изменения глазного дна при гипертонической болезни, поражении почек: клиника, диагностика, лечение.
45. Непроходимость вен сетчатки: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения.
46. Отслойка сетчатки: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
47. Неврит зрительного нерва: этиология, клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
48. Застойный и псевдозастойный сосок зрительного нерва: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
49. Врожденная глаукома: классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
50. Первичная глаукома: классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, раннее выявление, консервативное лечение.
51. Косоглазие: классификация, патогенез, клиника, объем обследования, консервативное лечение, показания к оперативным вмешательствам.
52. Офтальмологические проявления СПИДа.
53. Экзофтальм: причины, дифференциальная диагностика, клинико-диагностическое значение.
54. Экспертная работа офтальмолога: КЭК, МСЭ, медицинские комиссии.
55. Принципы диспансеризации офтальмологических больных.
56. Правила и порядок выдачи документов о временной нетрудоспособности.

ОФТАЛЬМОХИРУРГИЯ

57. Подготовка больного к операции. Ведение послеоперационного периода. Анестезия в офтальмохирургии.
58. Хирургическое лечение деформаций и дефектов век. Показания. Способы.
59. Хирургическое лечение блефароптозов. Показания. Способы.
60. Дакриоцисториностомия. Показания. Способы.
61. Дакриоцистэктомия. Показания. Способы.
62. Хирургическое лечение птеригиума. Показания. Способы.
63. Лечебная кератопластика. Показания. Способы.
64. Оптическая кератопластика. Показания. Способы.
65. Хирургическое и лазерное лечение аметропии, в зависимости от возраста. Показания. Способы. Осложнения.
66. Хирургическое лечение прогрессирующей миопии. Показания. Способы.
67. Хирургическое лечение содружественного косоглазия. Показания. Способы.
68. Хирургическое лечение паралитического косоглазия. Показания. Способы.
69. Хирургическое лечение врождённых катаракт. Показания. Способы.
70. Пред- и послеоперационное ведение больных с катарактой.
71. Интракапсулярная экстракция катаракты. Показания. Способы.
72. Экстракапсулярная экстракция катаракты. Показания. Способы.
73. Хирургическое лечение катаракт с интраокулярной коррекцией. Показания. Способы.
74. Операционные и послеоперационные осложнения экстракции катаракты.
75. Пред- и послеоперационное ведение больных с глаукомой.
76. Хирургическое лечение врождённой глаукомы. Показания. Способы.
77. Хирургическое лечение первичной глаукомы. Показания. Способы.
78. Лазерное лечение глауком. Показания. Способы.
79. Операционные и послеоперационные осложнения хирургии глауком.
80. Хирургическое лечение отслойки сетчатой оболочки. Показания. Способы. Ведение послеоперационного периода.
81. Энуклеация, экзисцерация. Показания. Способы. Осложнения.
82. Первичная хирургическая обработка проникающих ранений глазного яблока.

ОСТРЫЕ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

83. Тактика офтальмолога при нарушениях кровообращения в центральной артерии сетчатки.
84. Тактика офтальмолога при нарушениях кровообращения в центральной вене сетчатки.
85. Тактика офтальмолога при нарушениях кровообращения в сосудах зрительного нерва.
86. Тактика офтальмолога при неврите зрительного нерва.
87. Тактика офтальмолога при остром иридоциклите.
88. Тактика офтальмолога при остром приступе закрытоугольной глаукомы.
89. Тактика и техника обработки ранений век с повреждением ресничного края и (или) с повреждением слёзных канальцев.
90. Тактика и техника удаления инородных тел из глубоких слоев роговицы.

91. Тактика и техника хирургического лечения при ранениях глазного яблока с внедрением инородного тела.
92. Тактика и техника хирургической обработки разнообразных ран роговой оболочки.
93. Тактика офтальмолога при контузиях глазного яблока.
94. Тактика офтальмолога при ожогах роговицы. Показания к стационарному и хирургическому лечению.
95. Тактика офтальмолога при острых и хронических дакриоциститах.
96. Тактика офтальмолога при флегмоне орбиты.
97. Организация офтальмологической помощи и тактика офтальмолога при сочетано-комбинированных повреждениях глаз.

4. Перечень ситуационных задач для III этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.59 Офтальмология

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Мать с ребенком (мальчик 4-х лет) обратилась к офтальмологу с жалобами на появление у сына необычного желтого свечения зрачка правого глаза. Данный симптом родители заметили у малыша несколько дней назад, наблюдая за ним во время игры вечером. Кроме того, мать отмечает, что правый глаз все чаще отклоняется в сторону виска.

Из анамнеза выяснено, что ребенок первый в семье. Матери 23 года, отцу 27 лет. Беременность и роды протекали нормально. Из детских инфекций мальчик перенес ветряную оспу полгода назад. У родителей глазных заболеваний не отмечено. Информации о случаях косоглазия у родственников нет.

Объективные данные Правый глаз: острота зрения 0,01 не корректируется. Девиация к виску глазного яблока до 30°. Объем движений глазного яблока полный. Глаз спокоен. Роговица прозрачна. Передняя камера нормальной глубины, влага прозрачна. Радужка спокойна, зрачок широкий, d=5 мм, реакции на свет резко ослаблены, цвет зрачка желтоватый. Хрусталик, стекловидное тело прозрачны. Рефлекс с глазного дна в центральной области отсутствует, при отведениях глазного яблока сохранен. Офтальмоскопически определяется наличие проминирующего желтоватого образования бугристого характера размером в 5 диаметров диска зрительного нерва, локализирующегося в центральной и парацентральной областях глазного дна. Диск зрительного нерва обычного цвета и размеров, признаков инвазии его новообразованием нет.

Левый глаз: острота зрения 0,6. Глаз спокоен, Передний отрезок без патологии. Глубокие среды прозрачны. Глазное дно без патологии.

При осмотре регионарных лимфатических узлов увеличения околоушных, подчелюстных и шейных узлов не обнаружено.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз применительно к данному клиническому случаю.
4. Какова лечебная тактика при подтверждении стадии I ретинобластомы с учетом размеров опухоли у данного ребенка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Мальчик К., 8 лет, в школе на перемене подрался с одноклассником, в результате ударился об угол парты. Удар пришелся на область левого глаза и виска. В медпункте произвели обработку ссадины на коже и отправили мальчика домой. Через несколько дней он стал жаловаться на двоение предметов, родители заметили, что он натывается на окружающие предметы, плохо ориентируется в пространстве. Объективно: Vis OD = 1,0; Vis OS = 1,0.

Кожа век левого глаза слегка отечна, на коже виска и надбровной области ссадины. Отклонение левого глаза к носу до 10 градусов по Гиршбергу. Подвижность глазного яблока ограничена к виску и несколько кверху. Роговица, среды прозрачны, глазное дно без патологии.

Правый глаз – здоров.

Со стороны других органов и систем патологии не выявлено. Из детских инфекций мальчик перенес ветряную оспу в возрасте 4 лет. Имеет лекарственную непереносимость антибиотиков пенициллинового ряда.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика данного состояния.
3. Лечение.
4. Прогноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Мать привела на прием к офтальмологу сына 8-ми лет после майского воскресного дня, проведенного на даче. День был солнечный, мальчик провел его на открытом воздухе, много загорал, помогал матери при посадке растений. Утром в понедельник пожаловался на слабость, усталость, затруднение при открытии глаз, слезотечение, светобоязнь, ощущение инородного тела за веками обоих глаз.

Из анамнеза выяснено, что эпизоды с покраснениями глаз, сопровождающиеся чувством дискомфорта, жжения беспокоят ребенка в весенне-летнее время уже 3 года.

При осмотре: Мальчик вялый, жалуется на утомление, слабость, головную боль и головокружение. Кожные покровы ребенка гиперемированы, температура их на ощупь повышена, потоотделение усилено. Носовое дыхание с обеих сторон слегка затруднено. Признаков гиперемии зева, глотки нет. Глотание не затруднено. АД=100/60 мм.рт.ст. Пульс 94 в мин. ЧДД=20 в мин. Температура тела 37,2°.

В отношении офтальмологического статуса ребенка установлено следующее:

Выраженное слезотечение и светобоязнь обоих глазных яблок. При открытии глазной щели определяется гиперемия конъюнктивы нижнего века и бульбарной конъюнктивы. Верхнее веко выворачивается с трудом, на его хряще удаётся сосочковые разрастания, напоминающие по виду "бульбозную мостовую". Наличия гнойного или слизистого отделяемого в конъюнктивальной полости не отмечено.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

У новорожденного мальчика в возрасте 10 дней установлено наличие острого гнойного конъюнктивита обоих глаз, первые признаки которого появились на 4-ый день после рождения. При выписке из роддома были рекомендованы инстиллянии 20% альбукцида, однако мать лечение не начинала.

Ребенок из неблагополучной семьи. Мать до родов женскую консультацию посещала нерегулярно.

Офтальмоустатус: Большое количество густого сливкообразного гноя по краям век обоих глаз и в конъюнктивальной полости. Веки плотные на ощупь, раскрыть их удается с трудом. Выраженный хемоз бульбарной конъюнктивы, на дне которого утопают роговицы, детально их состояние оценить не удастся из-за покрытия их гнойным секретом и отеочной конъюнктивой.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

К вам на прием обратился мальчик П., 10-ти лет, Жалуется на покраснение и утолщение края верхнего века правого глаза, зуд. Свое заболевание ни с чем не связывает.

Из анамнеза установлено, что 2 дня назад имело место значительное переохлаждение организма. После этого появился зуд верхнего века правого глаза. Через день появилась гнойная «головка». Месяц назад переболел ангиной. Страдает хроническим гастродуоденитом. Подобное состояние на нижнем веке левого глаза отмечал полгода назад.

Объективно: острота зрения обоих глаз = 1,0.

Правый глаз: Верхнее веко отеочно, кожа гиперемирована, реберный край утолщен. При пальпации определяется болезненность. В области века его ресничного края отмечается гнойная пустула диаметром около 3 мм, окруженная зоной реактивной гиперемии. Глазная щель несколько сужена по сравнению с левым глазом. Отделяемого из конъюнктивального мешка нет. Конъюнктивка век гиперемирована, отеочна. Слезные органы не изменены. Роговица гладкая, прозрачная. Передняя камера средней глубины, влага ее прозрачная. Радужка спокойная, зрачок диаметром 3 мм, живо реагирует на свет. Область зрачка черного цвета.

При осмотре левого глаза – легкое утолщение краев век. Конъюнктивка, слезные органы не изменены. Роговица гладкая, прозрачная. Передняя камера средней глубины, влага ее прозрачная. Радужка спокойная, зрачок диаметром 3 мм, живо реагирует на свет. . Область зрачка черного цвета.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует предположить?
2. Какие лечебно-диагностические мероприятия должен осуществить врач-офтальмолог?
3. Возможные исходы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

У Вас на приеме девочка 7 лет в сопровождении матери. Девочка жалуется на боль, резь, чувство инородного тела, светобоязнь правого глаза. Со слов мамы 4 дня назад младший годовалый брат девочки случайно попал ей пальцем в левый глаз. Сразу к офтальмологу не обратились, лечения не проводили. Вчера острота зрения правого глаза снизилась, глаз начал сильно болеть.

При осмотре: **Правый глаз.** Vis OD = 0,01 не корригирует (счет пальцев на 50 см.). Веки отечны. Выраженный блефароспазм. Из глазной щели – гнойно-слизистое отделяемое. Выраженная смешанная инъекция глазного яблока с отеком конъюнктивы, вплоть до хемоза. Роговица отечная. В пареооптической зоне роговицы (от 2-х до 5 часов) – желтоватый инфильтрат неправильной формы, размером 3х4 мм, прокрашивается раствором флюоресцеина. Формирующаяся язва имеет два края: один - приподнят, подрыт, под него заходит раствор флюоресцеина; второй – пологий. Передняя камера средней глубины, влага мутная, гипопион высотой 3 мм. Зрачок узкий, на свет не реагирует, фибриновые пленки в просвете зрачка. Радужная оболочка изменена в цвета, отечная. С глазного дна – ослабленный розовый рефлекс. Детали сетчатки не просматриваются.

Левый глаз. Vis OS = 1,0. ВГД норма (пальпаторно) Глаз спокоен, среды прозрачны, с глазного дна – равномерный розовый рефлекс.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз ребенку. Назовите триаду симптомов характеризующих данный диагноз?
2. Какое исследование следует провести для верификации этиологии до начала лечения?
3. Принципы лечения и оказания неотложной помощи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Студентка медуниверситета, 19 лет, заметила внезапное понижение зрения на правом глазу с темным пятном в центре поля зрения, боли при движении глазного яблока, легкую светобоязнь. Жалобы появились накануне вечером. Только что перенесла на ногах грипп, лечилась дома. Объективно:

Vis OD = 0.06 не корр. ВГД = 20 мм рт. ст.

Vis OS = 1,0 ВГД = 20 мм рт. ст.

Правый глаз: спокоен (белый), не болит, но при надавливании на него отмечается легкая болезненность в глубине орбиты. Оптические среды прозрачны. На глазном дне легкое побледнение височной половины диска зрительного нерва, границы четкие, экскавация физиологическая. Ход и калибр сосудов не изменен, макулярная область и периферия сетчатки без патологии. В поле зрения – центральная скотома.

Левый глаз здоров.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует предположить? Какова локализация очагов поражения?
2. Наиболее частые причины этого заболевания? Основной метод диагностики.
3. Каких специалистов необходимо привлечь для консультации и лечения?
4. Лечение и прогноз?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

На прием к офтальмологу мать привела сына 11-ти лет, с жалобами на покраснение правого глаза, боль при движениях глазного яблока и при дотрагивании до него, слезотечение, светобоязнь, снижение зрения. Кроме того, мать отмечает, что изменился цвет больного глаза с голубого на зеленый. Данные жалобы беспокоят мальчика более недели, появились после перенесенной ОРВИ с высокой температурной реакцией и признаками интоксикации в виде тошноты, рвоты, выраженных диспепсических явлений. В течение недели мать капала в больной глаз альбуцид 4-5 раз.

Офтальмоистатус:

Правый глаз: VOD=0,3 не корректируется. При открытии глазной щели - слезотечение, светобоязнь. Умеренная гиперемия глазного яблока, с наличием инъекции вокруг роговицы. Роговица прозрачна. В нижнем отделе - на эндотелии мелкие множественные преципитаты. Передняя камера мельче средней, влага слегка опалесцирует. Радужка грязно-зеленого цвета (на здоровом левом глазу - радужка голубая), рисунок ее ступенчатый. Зрачок узкий, неправильной формы, сероватого оттенка, реакции зрачка на свет отсутствуют.

Пальпаторно болезненность в проекции цилиарного тела. Тонус глаза повышен.

Левый глаз: VOS=1,0. Глаз спокоен. Роговица прозрачна. Передняя камера нормальной глубины, влага прозрачна. Радужка в цвете и рисунке не изменена. Зрачок диаметр 3-4 мм, черный, круглый, реакции на свет живые.

Пальпаторно глаз безболезненный. Тонус глаза нормальный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Во время вашего ночного дежурства у санитарки – женщины 61 года, внезапно появился приступ головной боли с тошнотой и однократной рвотой, давящей болью в правом глазу. По её словам, правым глазом в последние месяцы стала видеть плохо. При осмотре: Правым глазом считает пальцы на расстоянии 0,5 метра. Офтальмоистатус: Выраженная застойная инъекция глазного яблока, роговица диффузно мутная как «запотевшее стекло», передняя камера мелкая, зрачок широкий овальной формы, рефлекс с глазного дна тускло-розовый. Пальпаторно глаз «твердый, как камень». Левый глаз видит далеко. Глаз спокоен, роговица прозрачная сферическая, передняя камера средней

глубины, влага прозрачная. Зрачок правильной формы, хорошо реагирует на свет. Область зрачка слегка сероватого цвета. Пальпаторно глаз в нормотонусе. Общее состояние средней тяжести. Отмечается суебливое поведение больной, речь торопливая. Кожные покровы и видимые слизистые бледные сухие. Пульс 64 удара в минуту, ритмичный. АД 160/90 мм рт. ст., что является рабочим давлением для больной.

Вопросы:

1. Какой диагноз следует предположить?
2. Какие исследования предпринять для его уточнения?
3. Какие лечебные мероприятия провести?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
5. Дальнейшая тактика.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

К врачу обратилась мать с 6-месячным ребенком с жалобами на увеличение у него размеров глаз, светобоязнь, слезотечение. Ребенок отворачивается от источника света, трет правый глаз; наряду с этим отмечаются беспокойство, нарушения сна и аппетита. При осмотре: Правый глаз. Веки не изменены. Глазное яблоко немного увеличено по сравнению с левым. Застойная инъекция глазного яблока. Диаметр роговицы 13 мм. Строма роговицы отечна, видны разрывы десцеметовой оболочки. Передняя камера глаза глубокая, радужка субатрофичная. Диаметр зрачка – 5 мм, он вяло реагирует на свет. Хрусталик, стекловидное тело прозрачны.. При пальпаторном определении внутриглазного давления повышено (+2). Левый глаз. Веки, конъюнктивa, слезные органы не изменены. Роговица прозрачная, диаметром около 11 мм Передняя камера глубже средней, влага ее прозрачная. Радужка спокойная, зрачок средний, живо реагирует на свет. Область зрачка черного цвета. Внутриглазное давление пальпаторно – норма.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует предположить?
2. Какие дополнительные методы исследования следует предпринять для его уточнения. Патогенез данного заболевания?
3. В чем принцип хирургического лечения данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

Девочка 6 лет наблюдала за работой сварщиков, которые по окончании сварки металлических деталей отбивали со швов окалину. Кусочек металла отскочил от детали и ударил по левому глазу девочки. Она почувствовала резкую боль, а затем не смогла открыть глаз, так как у нее появилось ощущение инородного тела вместе с болью колющего характера. Мать привезла ребенка к окулисту в поликлинику через час после травмы. При осмотре: Правый глаз: Vis OD = 0,7 не корр. Умеренные блефароспазм и слезотечение. Передний отрезок, среды без патологии. Глазное дно не офтальмоскопируется из-за беспокойного поведения ребенка. Левый глаз: Остроту зрения проверить не удастся из-за выраженного блефароспазма. Слезотечение, светобоязнь. Геморрагическое отделяемое по краю век. При осмотре с векоподъемниками: во внутреннем отделе в 3 мм от лимба в меридианах 6.00-8.30. инородное тело в склеральном раневом канале,

выстоящее из фиброзной оболочки на 3-4 мм. Вокруг раны склеры гипосфагма. Роговица прозрачна. Передняя камера глубже средней, гифема 3 мм. Зрачок слегка деформирован, подтянут к 8 часам, диаметр 3-4 мм, реакции на свет сохранены. В проходящем свете – рефлекс с глазного дна розовый, ослабленный во внутреннем отделе. В стекловидном теле в медиальном отделе – массивное полуфиксированное помутнение. Глазное дно осмотреть не удастся из-за поведения ребенка. Пальпаторно ВГД – (-1).

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных анамнеза и офтальмоистатуса можно поставить?
2. Какой объем первой врачебной помощи должен оказать пациенту врач-окулист поликлиники?
3. Какова должна быть тактика врача поликлиники по отношению к инородному телу, торчащему из склеральной раны?
4. Какие специальные методы исследования должны быть проведены в специализированном стационаре для уточнения диагноза?
5. Какова должна быть лечебная тактика врача офтальмологического стационара в отношении данного пациента быть проведены.
6. Какие ранние и отдаленные осложнения травмы могут возникнуть у данного пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

В поликлинику обратилась мама с девочкой Н., 6 лет. Ребёнка беспокоит жжение, чувство инородного тела, светобоязнь, слезотечение в правом глазу. Из анамнеза стало известно, что минут 30 назад девочка случайно задела открытый флакон белизны и жидкость попала в глаз. Мама ребенку промыла глаз водой и на попутной машине были доставлены в поликлинику. Vis OD = 0,2; Vis OS = 0,7. При осмотре: гиперемия, легкий отек век, выраженная светобоязнь, слезотечение, блефароспазм правого глаза. Конъюнктивита гиперемирована, отечна, у лимба в нижнем отделе «тусклая» с серым оттенком роговица отечная, шероховатая. На роговице в параоптической зоне в нижне-внутреннем отделе участок эрозированной поверхности. Общее состояние девочки относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 ударов в минуту, АД 80/60 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, диурез в норме. Лабораторные показатели крови и мочи в пределах возрастной нормы.

Вопросы:

1. Какой диагноз следует предположить?
2. Первая врачебная помощь.
3. Ваша тактика и лечебные мероприятия.
4. Какие осложнения данной патологии можно ожидать?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

На приеме у невролога находился пациент 54 лет, предъявлявший жалобы на постоянную головную боль, беспокоящую его в течение последних 2-х месяцев, плохо поддающуюся действию различных анальгетиков. Невролог назначил консультацию офтальмолога и получили следующую запись в мед.карте больного:

«VOU= 1,0 Глаза спокойны, преломляющие среды прозрачны. На глазном дне справа диск зрительного нерва увеличен в размерах, границы его ступены, вены

значительно расширены и извиты. Отмечается перипапиллярный отёк сетчатки, в этой зоне мелкие штрихообразные кровоизлияния.

Данные кампиметрии: размеры слепых пятен: справа – 16×22 см, слева – 8×12 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные методы исследования показаны пациенту?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

На приеме у оториноларинголога находилась пациентка 32 лет по поводу правостороннего гайморэтомидита после перенесенного гриппа. Поскольку пациентка попутно пожаловалась на значительное снижение зрения правого глаза, она была направлена на консультацию к офтальмологу. Данные обследования у офтальмолога следующие:

«VOD = 0,08 не корректируется.

VOS = 1,0. Передние отрезки глаз не изменены, среды прозрачны.

На глазном дне справа отмечено, что диск зрительного нерва гиперемирован, по цвету почти сливается с фоном глазного дна. Артерии слегка расширены, калибр вен не изменен. Отмечается перипапиллярный отёк сетчатки, единичные мелкие кровоизлияния.

На глазном дне левого глаза патологических изменений не отмечено.

Данные периметрии: Поле зрения правого глаза концентрически сужено на $10-15^\circ$, отмечается центральная абсолютная скотома. Поле зрения левого глаза в норме».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какова дальнейшая тактика ведения данной больной?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

Женщина 63 лет обследуется эндокринологом по поводу сахарного диабета II типа, инсулинпотребного, средней тяжести, субкомпенсированного. Стаж заболевания 10 лет. За последний год пациентка отметила постепенное снижение зрения обоих глаз, особенно левого. Эндокринолог направил ее к офтальмологу.

Данные обследования:

VOD=0,1 sph.-3,5D=0,4.

VOS=0,05 не корректируется.

В хрусталиках – начальные помутнения в ядерной зоне.

Глазное дно правого глаза: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Имеется сеть новообразованных сосудов в перипапиллярной зоне и по ходу сосудистых пучков. Визуализируются глиозные тяжи по ходу ретинальных сосудов. В центральной области имеются множественные петехиальные геморрагии, микроневризмы и восковидные экссудаты. Нижняя часть глазного дна экранируется обширной геморрагией.

Глазное дно левого глаза не видно из-за массивного кровоизлияния в стекловидное тело.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие лечебные мероприятия должен рекомендовать офтальмолог?
3. Какой прогноз в отношении зрения имеется у пациентки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16

Кардиолог направил пациентку 58 лет с кризовым течением гипертонической болезни на консультацию к окулисту и получил следующую запись в истории болезни:

«**VOD=0,3 sph.+2,5D=1,0.**

VOS=0,4 sph.+2,0D=1,0.

Передние отрезки глаз не изменены. Преломляющие среды прозрачны. Диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие. Артерии сужены, отмечается симптомы медной и серебряной проволоки, симптом Салюса I-II-III. Вокруг диска зрительного нерва и в центральной области глазного дна - множественные твердые восковидные и мягкие экссудаты. Паравазально кровоизлияния в виде мазков».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какова дальнейшая тактика ведения данной больной?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17

Пациент 76 лет пожаловался своему доктору-кардиологу на низкое зрение обоих глаз, которое ухудшалось постепенно в течение последних 4-х лет. Наблюдается у кардиолога по поводу ИБС со стенокардией и артериальной гипертензией. Он был направлен на консультацию к офтальмологу. Запись офтальмолога после осмотра в истории болезни: «**VOD=0,3 не корректируется.**

VOS=0,1 не корректируется.

В поле зрения обоих глаз имеется биназальная гемианопсия.

Передние отрезки глаз не изменены, в хрусталиках начальные помутнения в коре по экватору. Рефлекс с глазного дна розовый в центральной области. ослаблен по периферии.

Глазное дно обоих глаз: Диск зрительного нерва бледный, границы четкие. Артерии резко сужены, склерозированы, местами полностью облитерированы, ход артерий спрямлен. Симптом Salus I,II. Симптом серебряной проволоки. Местами на артериальных ветвях имеются белесоватые муфты. Макулярная область правого глаза без видимых изменений, левого глаза - имеется скопление твердых липидных экссудатов».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. О каком системном патологическом процессе свидетельствует диагноз офтальмолога?
3. Какой прогноз в отношении зрения имеется у пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18

Больной 28 лет пришел на прием к офтальмологу с жалобами на резкое снижение остроты зрения правого глаза, появление темного пятна перед правым глазом и на умеренную боль в правом глазу, усиливающуюся при движениях глазного яблока. Данные жалобы отметил через неделю после острой респираторной вирусной инфекции с высокой температурой до 39⁰С. До заболевания зрение обоих глаз было абсолютно нормальным.

Данные осмотра:

Правый глаз: VOD=0,06 не корректируется. В поле зрения – центральная скотома.

Передний отрезок не изменен. Оптические среды прозрачны. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие. Ход и калибр сосудов не изменен. Макулярная область без особенностей.

Левый глаз: VOS=1,5. Поле зрения в норме.

Передний отрезок не изменен. Оптические среды прозрачны. Глазное дно: диск зрительного нерва не изменен. Ход и калибр сосудов не изменен. Макулярная область без особенностей.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза необходимо провести?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19

К врачу-офтальмологу поликлиники обратился пациент 73 лет с жалобой на слепоту левого глаза, возникшую внезапно утром после подъема с постели 2 дня назад. Со слов больного, глаз не болел, поэтому он надеялся, что зрение восстановится, и к врачу не обращался.

Данные офтальмологического осмотра:

VOD=0,2 с sph.+2,5D=0,8. VOS= правильная светопроекция.

Признаков воспаления в переднем отрезке обоих глаз нет. Хрусталики – начальные помутнения в коре в виде спиц.

Глазное дно правого глаза: ДЗН с четкими границами, слегка деколорирован с височной стороны. Артерии резко сужены, симптом серебряной и медной проволоки, симптом Салюса I. Вены обычного калибра. Макулярная область без очаговой патологии.

Глазное дно левого глаза: ДЗН бледный, границы четкие. Ветви центральной артерии сетчатки нитевидные, местами кровоток прерывается, на нижних ветвях белесоватые муфты. Просвет верхне-височной ветви закрыт кристаллом холестерина. В центральной области выраженный отек сетчатки с картиной «вишневой косточки».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какова тактика офтальмолога поликлиники?
3. Какие срочные терапевтические мероприятия показаны пациенту по его заболеванию?
4. Какой прогноз в отношении восстановления зрения имеется у пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20

К врачу-офтальмологу поликлиники обратился пациент 73 лет с жалобой на слепоту левого глаза, возникшую внезапно утром после подъема с постели 2 дня назад. Со слов больного, глаз не болел, поэтому он надеялся, что зрение восстановится, и к врачу не обращался.

Данные офтальмологического осмотра:

VOD=0,2 с sph.+2,5D=0,8. VOS= правильная светопроекция.

Признаков воспаления в переднем отрезке обоих глаз нет. Хрусталики – начальные помутнения в коре в виде спиц.

Глазное дно правого глаза: ДЗН с четкими границами, слегка деколорирован с височной стороны. Артерии резко сужены, симптом серебряной и медной проволоки, симптом Салюса I. Вены обычного калибра. Макулярная область без очаговой патологии.

Глазное дно левого глаза: ДЗН бледный, границы четкие. Ветви центральной артерии сетчатки нитевидные, местами кровотоки прерываются, на нижних ветвях белесоватые муфты. Просвет верхне-височной ветви закрыт кристаллом холестерина. В центральной области выраженный отек сетчатки с картиной «вишневой косточки».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какова тактика офтальмолога поликлиники?
3. Какие срочные терапевтические мероприятия показаны пациенту по его заболеванию?
4. Какой прогноз в отношении восстановления зрения имеется у пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21

Вы работаете офтальмологом в областной больнице. К вам направлен на консультацию пациент 52 лет из кардиологического отделения с жалобами на резкое безболезненное снижение зрения до светоощущения на левом глазу, которое случилось вчера. Пациент страдает гипертонической болезнью II ст., в течение последнего месяца имеет частые кризы.

Данные офтальмологического осмотра:

VOD=0,5 с sph.+1,0=1,0

ОД: ДЗН обычного цвета и размера, границы четкие. Центральная область без патологических изменений. Артерии сужены, вены расширены, полнокровны, извиты, соотношение диаметров a/v= 1/3. Симптомы Salus I,II,III.

VOS= 1/∞ **pr.lucis certa**

ОС: ДЗН слегка бледноват, обычного размера, границы ступенчаты с височной стороны. Задний полюс глазного дна отечен, молочного цвета. В центральной области имеется округлая зона ярко-красного цвета диаметром около 2 мм. Артерии сетчатки резко сужены, местами ход их прерывается. Вены расширены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие диагностические и лечебные мероприятия следует провести?
3. Каков прогноз в отношении зрения левого глаза ?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

На прием к офтальмологу обратился мужчина 45 лет с жалобами на резкое снижение зрения левого глаза, случившееся две недели назад. Пациент страдает гипертонической болезнью, принимает по назначению терапевта гипотензивные препараты. Отмечает, что в течение последнего месяца АД, несмотря на терапию, было повышенным.

Офтальмостатус:

Правый глаз: VOD= 1,0. Глаз спокоен. Передний отрезок без патологии. Среды прозрачны. Глазное дно: Диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие. Артерии резко сужены, вены расширены полнокровны, извиты. Имеются симптомы Salus I,II, обратного перекреста. симптом Гвиста. Макулярная область без патологии.

Левый глаз: VOS=0,05 не корректируется. Глаз спокоен. Передний отрезок не изменен. Оптические среды прозрачны. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы с височной стороны слегка ступеваны. Сосудистые изменения аналогичны таковым на OD. По ходу верхне-височной ветви центральной вены сетчатки имеются шриховидные кровоизлияния, сетчатка ниже верхней аркады отечна, отек захватывает макулярную область.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие лечебные мероприятия следует провести?
3. Каков прогноз в отношении восстановления зрения у пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 23

Вы работаете врачом-офтальмологом в отделении неотложной помощи. К вам обратился пациент 47-лет с жалобами на внезапное и резкое снижение зрения левого глаза, возникшее час назад после значительной физической нагрузки (передвигал дома тяжелый книжный шкаф).

Данные обследования:

Правый глаз: VOD= sph.-4,5D=1,0. Передний отрезок не изменен. Глубокие оптические среды прозрачны. Глазное дно: Диск зрительного нерва бледно-розовый с четкими границами. Зона перипапиллярной атрофии сосудистой с височной стороны диска, имеющая серповидную форму. Центральная область без патологии. Ход и калибр сосудов не изменен.

Левый глаз: VOS=0,05 не корректируется. Передний отрезок не изменен. Хрусталик прозрачен. В стекловидном теле множественные плавающие помутнения ("зерна табака").

Глазное дно: Высокие пузыри ретиальной ткани в нижнем отделе, множественные невысокие складки в центральной области. Клапанный разрыв сетчатки в меридиане 8-ми часов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие лечебные мероприятия следует провести?
3. Каков прогноз в отношении восстановления зрения у пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 24

Вечером в терапевтическое отделение многопрофильной больницы машиной «Скорой помощи» доставлен пациент 58 лет с жалобами на головную боль, шум в голове, головокружение, слабость, учащенное сердцебиение, появившиеся после полудня. Кроме данных жалоб больной указал на резкое снижение остроты зрения левого глаза, наступившее внезапно на фоне плохого общего самочувствия около 2 часов назад. Из данных осмотра дежурным терапевтом в приемном покое: PS=ЧСС=88 в мин. АД=170/100 мм рт.ст.

К пациенту был вызван офтальмолог-консультант, оставивший в истории болезни следующую запись: «VOD=0,5 с sph. – 1,5D=1,0. VOS= 0,01 не корректируется. Передний отрезок обоих глаз спокоен. Среды прозрачны. Глазное дно правого глаза: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Артерии сужены, умеренно склерозированы. Вены извиты, расширены, полнокровны. Симптом Гвиста. Симптом тюльпана. Симптом Салюса I,II. Макулярная область без патологии. Глазное дно левого глаза: ДЗН, сосудистые стволы почти не дифференцируются в массивных ретинальных кровоизлияниях. Картина «раздавленного помидора».

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании описания офтальмолога можно поставить?
2. Какой прогноз в отношении восстановления зрения имеется у пациента?
3. Какие срочные терапевтические мероприятия показаны пациенту по его офтальмологическому заболеванию?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 25

К офтальмологу направлен пациент приема эндокринолога для осмотра глазного дна. Пациент, 68 лет, наблюдается в течение 7 лет по поводу сахарного диабета II типа, средней тяжести, субкомпенсированный. Помимо сахарного диабета имеет гипертоническую болезнь II стадии, артериальную гипертензию II, риск III.

Данные осмотра глазного дна:

«Диск зрительного нерва (ДЗН) бледно-розовый, границы четкие, вокруг него - сеть новообразованных сосудов. Артерии сужены, склерозированы, вены расширены, полнокровны, симптом Salus I,II. Имеются множественные микроаневризмы и петехиальные геморрагии. В макулярной зоне правого глаза – крупное неправильной формы кровоизлияние размером с 1,5 диаметра ДЗН».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какова тактика ведения данного больного?
3. Какие рекомендации получит ваш пациент у офтальмолога?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 26

Дежурному офтальмологу вечером в 16.30 часов машиной "Скорой помощи" доставлен пациент 12 лет, ученик 6 класса, обучающийся во вторую смену. Мальчик получил травму правого глаза на уроке полчаса назад: соседка по парте ударила его шариковой ручкой в лицо. Со слов пациента, зрение правого глаза снизилось незначительно.

При осмотре: Правый глаз: Глазная щель закрыта. У внутреннего угла глазной щели торчит обломок пластиковой ручки длиной до 6 см, выступающий между сомкнутыми веками и не смещающийся при мигательных движениях век, что говорит о том, что он жестко фиксирован. Веки слегка отечны, при пальпации нижнего века

определяется симптом крепитации. После открывания глазной щели приблизительно удается определить направление вклинения пластикового обломка ручки во внутреннюю сторону. Во внутреннем отделе бульбарной конъюнктивы имеется гиперемия. В остальном передний отрезок глазного яблока без каких-либо признаков повреждения. Подвижность глазного яблока проверить не удастся из-за боязни пациента двигать им. Пальпаторно тонус глаза нормальный. **Левый глаз** : осмотру доступен, спокоен. Передний отрезок без видимых изменений. Пальпаторно тонус глаза нормальный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 27

На приеме у детского офтальмолога мама с дочкой 5 лет. Мать отмечает, что с рождения у дочери были большие выразительные глаза, но за последний год у матери появилось впечатление выпирания глазных яблок ребенка из орбит, необыкновенного синеватого цвета склер обоих глаз. Девочка учится читать и во время чтения держит книгу очень близко к лицу. Периодически ребенок жалуется на слезотечение.

Общее состояние девочки удовлетворительное. Отклонений развития от возрастных нормативов не наблюдается. Беременность и роды (вторые) у матери прошли без осложнений.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 28

Мальчик, 14 лет, обратился к окулисту с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, которое отметил 2 дня назад. Неделю назад перенес острый правосторонний гайморит.

При осмотре:

Правый глаз: Vis OD = 0,02 не. корр., T = 20 мм рт. ст. Глаз спокоен, оптические среды прозрачные.

Глазное дно: диск зрительного нерва гиперемирован, границы его ступены, отечен, несколько проминирует в стекловидное тело. Артерии расширены, калибр вен не изменен, сосудистая воронка заполнена экссудатом. Макулярная область и периферия – без патологии.

Левый глаз: Vis OS = 1,0, T = 19 мм рт. ст. Глаз спокоен.

Глазное дно: диск зрительного нерва розового цвета, границы его четкие. Сосуды сетчатки не изменены. Макулярная область без патологии.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует предположить?
2. Какие дополнительные методы исследования следует предпринять для его уточнения?
3. Каких специалистов необходимо привлечь для консультации и лечения?
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечебные мероприятия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 29

Пациент 76 лет пожаловался своему доктору-кардиологу на низкое зрение обоих глаз, которое ухудшалось постепенно в течение последних 4-х лет. Наблюдается у кардиолога по поводу ИБС со стенокардией и артериальной гипертензией. Он был направлен на консультацию к офтальмологу. Запись офтальмолога после осмотра в истории болезни: «**VOD=0,3 не корректируется.**

VOS=0,1 не корректируется.

В поле зрения обоих глаз имеется биназальная гемианопсия.

Передние отрезки глаз не изменены, в хрусталиках начальные помутнения в коре по экватору. Рефлекс с глазного дна розовый в центральной области. ослаблен по периферии.

Глазное дно обоих глаз: Диск зрительного нерва бледный, границы четкие. Артерии резко сужены, склерозированы, местами полностью облитерированы, ход артерий спрямлен. Симптом Salus I,II. Симптом серебряной проволоки. Местами на артериальных ветвях имеются белесоватые муфты. Макулярная область правого глаза без видимых изменений, левого глаза - имеется скопление твердых липидных экссудатов».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. О каком системном патологическом процессе свидетельствует диагноз офтальмолога?
3. Какой прогноз в отношении зрения имеется у пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 30

Вечером в терапевтическое отделение многопрофильной больницы машиной «Скорой помощи» доставлен пациент 58 лет с жалобами на головную боль, шум в голове, головокружение, слабость, учащенное сердцебиение, появившиеся после полудня. Кроме данных жалоб больной указал на резкое снижение остроты зрения левого глаза, наступившее внезапно на фоне плохого общего самочувствия около 2 часов назад. Из данных осмотра дежурным терапевтом в приемном покое: PS=ЧСС=88 в мин. АД=170/100 мм рт.ст.

К пациенту был вызван офтальмолог-консультант, оставивший в истории болезни следующую запись: «VOD=0,5 с sph. – 1,5D=1,0. VOS= 0,01 не корректируется. Передний отрезок обоих глаз спокоен. Среды прозрачны. Глазное дно правого глаза: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Артерии сужены, умеренно склерозированы. Вены извиты, расширены, полнокровны. Симптом Гвиста. Симптом тюльпана. Симптом Салюса I,II. Макулярная область без патологии. Глазное дно левого глаза: ДЗН, сосудистые стволы

почти не дифференцируются в массивных ретинальных кровоизлияниях. Картина «раздавленного помидора».

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании описания офтальмолога можно поставить?
2. Какой прогноз в отношении восстановления зрения имеется у пациента?
3. Какие срочные терапевтические мероприятия показаны пациенту по его офтальмологическому заболеванию?

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "ВОЛГОГРАДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**, Барканова Ольга
Николаевна

27.08.26 15:24 (MSK)

Простая подпись