Офтальмология 3курс

1. Самой тонкой стенкой орбиты является:

а) наружная стенка

б) верхняя стенка

в) внутренняя стенка

г) нижняя стенка

2. Канал зрительного нерва служит для прохождения:

а) зрительного нерва

б) отводящего нерва

в) глазодвигательного нерва

г) центральной вены сетчатки

3. Слезный мешок расположен:

а) внутри глазницы

б) вне глазницы

в) частично внутри и частично вне глазницы

г) в гайморовой полости

4. К слезопродуцирующим органам относятся:

а) слезная железа и добавочные слезные железки

б) слезные точки

в) слезные канальцы

г) носослезный канал

5. Носослезный канал открывается в:

а) нижний слезный канал

б) средний носовой ход

в) верхний носовой ход

г) в гайморову пазуху

6. Наибольшую толщину склера имеет в зоне:

а) лимба

б) экватора

в) диска зрительного нерва

г) под сухожилием прямых мышц

7. Роговая оболочка состоит из:

а) двух слоев

б) трех слоев

в) четырех слоев

г) пяти слоев

8. Слои роговицы располагаются:

а) параллельно поверхности роговицы

б) хаотично

в) концентрично

г) в косом направлении

9. Питание роговицы осуществляется за счет:

а) краевой петлистой сосудистой сети

б) центральной артерии сетчатки

в) слезной артерии

г) передними цилиарными артериями

10. Диск зрительного нерва располагается:

а) в центре глазного дна

б) в носовой половине глазного дна

в) в височной половине глазного дна

г) в верхней половине глазного дна

11. Функциональным центром сетчатки является:

а) диск зрительного нерва

б) центральная ямка

в) зона зубчатой линии

г) сосудистый пучок

12. Зрительный нерв выходит из орбиты через

а) верхнюю глазничную щель

б) for. Opticum

в) нижнюю глазничную щель

г) круглое отверстие

13. Сосудистый тракт выполняет:

а) трофическую функцию

б) функцию преломления света

в) функцию восприятия света

г) защитную функцию

14. Сетчатка выполняет функцию:

а) преломление света

б) трофическую

в) восприятие света

г) защитную функцию

15. Внутриглазную жидкость вырабатывает в основном:

а) радужка

б) хориоидея

в) хрусталик

г) цилиарное тело

16. Боуменова мембрана находится между:

а) эпителием роговицы и стромой

б) стромой и десцеметовой оболочкой

в) десцеметовой оболочкой и эндотелием

г) слоями сетчатки

17. Хориоидея питает:

а) наружные слои сетчатки

б) внутренние слои сетчатки

в) всю сетчатку

г) зрительный нерв

18. Двигательный аппарат глаза состоит из - ... экстраокулярных мышц

а) четырех

б) пяти

в) шести

г) восьми

19. "Мышечная воронка" берет свое начало от:

а) круглого отверстия

б) зрительного отверстия

в) верхней глазничной щели

г) нижней глазничной щели

20. Артериальный круг Галлера образован:

а) длинными задними цилиарными артериями

б) короткими задними цилиарными артериями

в) решетчатыми артериями

г) мышечными артериями

21. Центральная артерия сетчатки питает:

а) хориоидею

б) внутренние слои сетчатки

в) наружные слои сетчатки

г) стекловидное тело

22. Глазничный нерв является:

а) чувствительным нервом

б) двигательным нервом

в) смешанным нервом

г) парасимпатическим нервом

23. В области хиазмы перекрещивается ...% волокон зрительных нервов

а) 25%

б) 50%

в) 75%

г) 100%

24. Развитие глаза начинается на:

а) 1-2-й неделе внутриутробной жизни

б) 3-й недели внутриутробной жизни

в) 4-й неделе внутриутробной жизни

г) 5-й неделе внутриутробной жизни

25. Сосудистая оболочка образуется:

а) мезодермы

б) эктодермы

в) смешанной природы

г) нейроэектодермы

26. Сетчатка образуется из:

а) эктодермы

б) нейроэктодермы

в) мезодермы

г) энтодермы

27. Веки являются:

а) вершина орбиты

б) придаточная, защитная часть органа зрения

в) все перечисленное

г) боковой стенкой орбиты

28. Отток крови из век направляется:

а) в сторону вен глазницы, лицевых вен, в оба направления

б) в сторону лицевых вен

в) в оба направления

г) в сторону верхней челюсти

29. Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:

а) конъюнктивите, повышенном ВГД, воспалении сосудистого тракта

б) повышенном внутриглазном давлении

в) воспалении сосудистого тракта

г) поражении слезопродуцирующих органов

30. Иннервация слезной железы осуществляется:

а) параси мпатической нервной системой

б) симпатической нервной системой

в) по смешанному типу

г) лицевым и тройничным нервами

31. Отток жидкости из передней камеры осуществляется через:

а) область зрачка

б) капсулу хрусталика

в) цинновы связки

г) зону трабекулы

32. Положение зубчатой линии соответствует:

а) зоне проекции лимба

б) месту прикрепления сухожилий прямых мышц

в) зоне проекции трабекулы

г) за зоной проекции цилиарного тела

33. Хориоидея состоит из слоя:

а) мелких, средних, крупных сосудов сосудов

б) средних сосудов

в) крупных сосудов

г) нервных волокон

34. Зрительный нерв имеет оболочки:

а) мягкую оболочку, паутинную, внутреннюю эластичную

б) паутинную оболочку

в) внутреннюю эластичную

г) твердую оболочку

35.Ткани глазницы получают питание из источников:

а) решетчатых артерий, слезной, глазничной артерии

б) слезной артерии

в) глазничной артерии

г) центральной артерии сетчатки

36. Короткие задние цилиарные артерии питают:

а) роговицу

б) радужку

в) склеру

г) наружные слои сетчатки

37. Кровоснабжение цилиарного тела и радужки осуществляется:

а) длинными задними цилиарными артериями

б) длинными задними цилиарными артериями, передними цилиарными

в) передними цилиарными артериями

г) решетчатыми артериями

38. Двигательную иннервацию экстраокулярных мышц осуществляют через структуры:

а) глазодвигательного, отводящего, блокового нерва

б) отводящего нерва

в) блокового нерва

г) тройничного нерва

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

а) меньше 1 минуты

б) 1 минуте

в) 1,5 минутам

г) 2 минутам

40. Впервые таблицу для определения осторты зрения составил:

а) Головин

б) Сивцев

в) Снеллен

г) Ландольт

41. При парафовеальной фиксации острота зрения у ребенка 10-12 лет соответствует следующим значениям:

а) больше 1,0

б) 1

в) 0,8-0,9

г) 0,5-0,6

д) ниже 0,5

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

а) меньше 1 минуты

б) в 1 минуту

в) в 2 минуты

г) в 3 минуты

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

а) 0,1

б) 0,05

в) 0,02

г) 0,01

44. Светоощущение отсутствует у больного с:

а) интенсивным тотальным помутнением роговицы

б) тотальной катарактой

в) центральной дегенерацией сетчатки

г) полной атрофией зрительного нерва

45. Темновую адаптацию необходимо исследовать у больных с:

а) абиотрофией сетчатки

б) миопией слабой и средней степени

в) гиперметропией с астигматизмом

г) косоглазием

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

а) ортофорией

б) экзофорией

в) эзофорией

г) отсутствием фузии

47. Адаптационная способность зрительного анализатора определяется способностью:

а) видеть предметы при слабом освещении

б) различать свет

в) приспосабливаться к свету различного уровня яркости

г) видеть предметы на разном расстоянии

48. Фузионный рефлекс у здорового ребенка формируется уже в возрасте

а) 1-щй недели жизни

б) первого месяца жизни

в) первых 2-ух месяцев жизни

г) первых 5-6-ти месяцев жизни

49. Величина слепого пятна, определяется кампиметрически, в норме у взрослого человека равна:

а) 3х2

б) 5х4

в) 8х6

г) 9х7

50. Рефлекс фиксации формируется у здорового ребенка уже:

а) на первой недели жизни

б) на первом месяце жизни

в) к 2 месяцам жизни

г) к 6-ти месяцам жизни

51. Хлоропсия - это видение всех окружающих предметов в:

а) желтом цвете

б) красном цвете

в) зеленом цвете

г) синем цвете

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

а) 15 градусах с носовой стороны

б) 20 градусах с носовой стороны

в) 15 градусах с височной стороны

г) 25 градусах с височной стороны

53. Эритропсия - это видение всех окружающих предметов в:

а) синем цвете

б) желтом цвете

в) красном цвете

г) зеленом цвете

54. Ксантопсия - это видение окружающих предметов в:

а) синем цвете

б) желтом цвете

в) зеленом цвете

г) красном цвете

55. Цианопсия - это видение окружающих предметов в:

а) желтом цвете

б) синем цвете

в) красном цвете

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

а) белый цвет

б) красный цвет

в) зеленый цвет

г) желтый цвет

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

а) 5-10 градусов

б) 15 градусов

в) 20 градусов

г) 25 градусов

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

а) красный цвет

б) желтый цвет

в) зеленый цвет

г) синий цвет

д) белый цвет

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

а) 45 градусах

б) 50 градусах

в) 55 градусах

г) 65-70 градусах

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

а) 60 градусах

б) 70 градусах

в) 90 градусах

г) 100 градусах

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

а) 25 градусах

б) 30-40 градусах

в) 55 градусах

г) 65 градусах

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

а) нормальных границ периферического зрения

б) монокулярной остроты зрения не ниже 1,0

в) трихроматического зрения

г) бинокулярного зрения

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

а) 10-12мм рт. Ст

б) 12-15мм рт.ст

в) 15-20мм рт.ст

г) 20-23мм рт.ст.

64. Объективно оценивать патологическое изменение офтальмотонуса нельзя только по:

а) тонометрическому исследованию методом Маклакова-Поляка

б) пальпаторному исследованию глаз

в) тонометрическому исследованию глаза тонометром Дашевского

г) тонографическому исследованию

65. Бактерицидное действие слезы обеспечивается наличием в ней:

а) лидазы

б) химопсина

в) лизоцима

г) фосфотазы

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

а) 3 месяцев жизни

б) 1 года жизни

в) 5 лет жизни

г) 7-10 лет жизни

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

а) 1 минуту

б) 2 минуты

в) 3 минуты

г) 5-10 минут

д) более чем за 10 минут

68. Для контрастной рентгенографии слезных путей используют одно из перечисленных веществ:

а) колларгол

б) флюоресцеин

в) иодлипол

г) водный раствор брилиантовой зелени

69. Нормальное функционирование слезных желез(выделение слезы) формируется у детей в возрасте:

а) первых S-1 месяцев жизни

б) первых 2-3 месяцев жизни

в) первых 6-8 месяцев жизни

г) 1 года жизни

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

а) слезу

б) слизистый секрет

в) сальный секрет

г) лимфу

71. Секрет мейбомиевых желез необходим для:

а) смазывания поверхности роговицы и конъюнктивы глаза

б) смазывания края век с целью предохранения их поверхности от мацерации

в) питания роговицы и конъюнктивы

г) профилактики развития воспалительного процесса в конъюнктиве

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

а) особенностью строения эпителия роговицы

б) особенностью функционирования слезных желез

в) еще незавершенным формированием тройничного нерва

г) недостаточным функционированием слизистых желез

73. Чувствительность роговицы нарушается при поражении

а) лицевого нерва

б) глазодвигательного нерва

в) тройничного нерва

г) блокового нерва

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

а) 20-30%

б) 40-50%

в) 65-70%

г) 80-85%

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

а) эпителия и эндотелия

б) стромы

в) десцеметовой мембраны

г) слезной пленки

76. Вода составляет во внутриглазной жидкости до:

а) 55%

б) 65%

в) 70-80%

г) 99%

77. Вода составляет в хрусталике глаза ребенка до:

а) 30%

б) 50%

в) 69-70%

г) 75-80%

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

а) альбуминам

б) глобулинам

в) цистеину

г) коллагену

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

а) не заполнены кровью

б) прикрыты непрозрачной склеральной тканью

в) имеет очень малый калибр

г) по цвету сливаются с окружающими тканями глаза

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

а) обычной циркуляцией крови в сосудах краевой петлистой сети

б) повышением внутриглазного давления

в) повышением кровяного давления в сосудистом русле глаза

г) расширением сосудов краевой петлистой сети и усилившимся кровенаполнением этой части сосудистой сети глаза

81. Формирование нормальной четырехгранной формы глазницы отмечается у ребенка уже в возрасте:

а) 1-2 месяцев жизни

б) 3-4 месяцев жизни

в) 6-7 месяцев жизни

г) 1 года жизни

82. Прямая и содружественная реакции зрачков на свет в норме формируется у детей к:

а) моменту рождения

б) 2-3 месяцам жизни

в) 6 месяцам жизни

г) 1 году жизни

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

а) 10 дней жизни

б) первого месяца жизни

в) первых 3-6 месяцев жизни

г) 1 года жизни

д) 3 лет жизни и старше

84. Болевая чувствительность ресничного тела формируется у ребенка только к:

а) 6 месяцам жизни

б) 1 году жизни

в) 3 годам жизни

г) 5-7 годам жизни

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

а) 3 лет жизни

б) 5-6 лет жизни

в) 7-8 лет жизни

г) 14-16 лет жизни

86. У здорового ребенка с нормальным(физиологическим) ростом глазного яблока сагитальный размер глаза увеличивается за первый год жизни в среднем на:

а) 1мм

б) 2мм

в) 3-3,5мм

г) 4-5мм

87. Тактика врача при набухающей катаракте предусматривает:

а) частое динамическое наблюдение с контролем ВГД и коррекцией его медикаментозно

б) немедленную экстракцию катаракты

в) больной не нуждается в наблюдении и лечении

г) антиглаукоматозную операцию

88. При факолитической глаукоме тактика врача должна включать:

а) проведение консервативного лечения, направленного на снижение ВГД

б) экстракцию хрусталика

в) экстракцию хрусталика с антиглаукоматозным компонентом

г) антиглаукоматозную операцию

89. Сенкаталин тормозит развитие старческой катаракты за счет:

а) действия, стабилизирующего мембрану

б) снижения ВГД

в) действия, направленного на улучшение микроциркуляции

г) подавление карбоангидразы

90. Витайодурол противопоказан при:

а) ядерных катарактах

б) задних чашеобразных катарактах

в) помутнениях под передней капсулой хрусталика

г) перивентикулярных лейкомаляциях

91. Наиболее эффективным методом введения препаратов для профилактики прогрессирования катаракты является:

а) инстилляции

б) пероральное применение

в) внутривенные вливания

г) физиотерапевтические методы

92. Основным методом лечения катаракты является:

а) консервативная терапия

б) оперативное лечение

в) лечения не требуется

г) лазерное лечение

93. Абсолютным медицинским условием и показанием к хирургическому лечению катаракт является:

а) зрелая катаракта

б) начальная катаракта

в) невозможность выполнения больным своей обычной работы

г) передняя катаракта без гипертензии

д) сублюксация мутного хрусталика

94. При двусторонней катаракте операции подлежит:

а) лучше видящий глаз

б) хуже видящий глаз

в) правый глаз

г) левый глаз

95. Травматическая катаракта без явлений набухания и иридоциклита должна оперироваться:

а) по неотложным показаниям в процессе первичной хирургической обработки

б) через 3-7 дней после травмы

в) через 2-4 недели после травмы

г) через 8-12 месяцев после травмы

д) лучше решать вопрос в каждом случае индивидуально

96. Пациент обратился с клиникой острого приступа глаукомы. При этом определяется набухающая катаракта того же глаза. Тактика врача:

а) проведение консервативного лечения амбулаторно

б) проведение консервативного лечения в условиях стационара

в) направление в стационар для оперативного лечения по поводу острого приступа глаукомы

г) срочное направление в стационар для экстракции катаракты

97. У пациента двусторонняя катаракта : незрелая - на правом глазу (острота зрения = 0,1), начальная - на левом глазу ( острота зрения = 0,5). Больному целесообразно предположить:

а) наблюдаться и ждать созревания катаракты

б) операцию- экстракцию катаракты на правом глазу

в) операцию - экстракцию катаракты на правом глазу с имплантацией ИОЛ

г) решать вопрос в зависимости от профессии больного

98. У больного односторонняя катаракта (острота зрения =0,2). Пациент - водитель автотранспорта. Тактика лечения предполагает:

а) консервативное лечение

б) операцию экстракции катаракты с последующей оптической коррекцией очками

в) экстракцию катаракты с последующей коррекцией контактными линзами

г) экстракцию катаракты с имплантацией ИОЛ

99. Предпочитаемый вид коррекции при односторонней афакии:

а) очковая

б) контактная коррекция зрения

в) интраокулярная

г) кератофакия

100. Тактика офтальмолога при сочетании катаракты с глаукомой предусматривает:

а) экстракапсулярную экстракцию катаракты

б) интракапсулярную экстракцию катаракты

в) факоэмульсификацию

г) экстракапсулярную экстракцию катаракты с антиглаукоматозным компонентом

101. При синдроме Фукса определяется следующая последовательность развития осложненной катаракты:

а) гетерохромия, атрофия радужки, катаракта, вторичная глаукома

б) втроичная глаукома, гетерохромия, катаракты, атрофия радужки

в) атрофия радужки без гетерохромии, вторичная глаукома, катаракта

г) катаракта, вторичная глаукома, гетерохромия, атрофия радужки

д) может развиваться в различной последовательности

102. Экстракцию катаракты лучше проводить под:

а) местным обезболиванием

б) местным обезболиванием с предварительной премедикацией

в) в/венным наркозом

г) эпибульбарным обезболиванием

103. Одним из показаний к интракапсулярному методу экстракции катаракты является:

а) плотность заднего эпителия роговицы ниже 1800 клеток на кв.мм

б) "зрелость" хрусталика

в) помутнение стекловидного тела

г) глаукома

д) иридофакодонез

104. Эктракапсулярная экстракция катаракты является операцией выбора при:

а) плотности заднего эпителия роговицы выше 1800 клеток на кв.мм

б) смещении хрусталика

в) эхографически неоднородном стекловидном теле

г) у пожилых людей

105. Реклинация в хирургии катаракты:

а) в настоящее время не применяется

б) возможна при отсутствии криоэкстрактора

в) применяется в экономически отсталых странах

г) возможна при тяжелых соматических заболеваниях

106. ИАГ- лазеры применяются в офтальмологии для:

а) лечения зрелых катаракт

б) рассечения вторичных катаракт

в) лазеркоагуляции сетчатки

г) инкапсуляции инородных тел

107. При выпадении стекловидного тела в ходе экстракции катаракты:

а) выпавшее стекловидное тело следует вправить

б) выпавшее стекловидное тело необходимо иссечь

в) иссечение выпавшего стекловидного тела не требуется

г) вопрос решается индивидуально

108. При положительной пробе Зайделя после экстракции катаракты требуется:

а) консервативное лечение

б) дополнительное наложение корнео-склеральных, либо роговичных швов

в) удаление старых и наложение новых швов

г) послойная кератопластика

109. Неосложненная грыжа стекловидного тела возникает после:

а) экстракции хрусталика у близоруких

б) витреоленсэктомии

в) факоэмульсификации

г) интракапсулярной экстракции катаракты

110. Синдром Ирвин-Гасса характеризуется:

а) изменениями в области хрусталика

б) разрастанием в области угла передней камеры

в) атрофией радужки

г) отслойкой цилиарного тела

д) развитием макулярного отека

111. Отслойка сетчатки, развившаяся на 8-10 день после экстракции катаракты:

а) должна лечиться консервативно

б) требует лазерного лечения

в) подлежит как можно более раннему хирургическому лечению

г) возможна баллонная хирургия

д) подход индивидуальный

112. Наиболее оптимальным вмдом оптической коррекции афакии является:

а) очковая коррекция

б) контактная коррекция зрения

в) кератофакия

г) интраокулярная коррекция

113. При коррекции односторонней афакии у больных с иридоцилиарными дистрофиями преимущество имеет:

а) мягкая контактная линза

б) жесткая контакная линза

в) коррекция очками

г) интраокулярная линза

114. Тактика врача при набухающей катаракте предусматривает:

а) частое динамическое наблюдение с контролем ВГД и коррекцией его медикаментозно

б) немедленную экстракцию катаракты

в) больной не нуждается в наблюдении и лечении

г) антиглаукоматозную операцию

115. При факолитической глаукоме тактика врача должна включать:

а) проведение консервативного лечения, направленного на снижение ВГД

б) экстракцию хрусталика

в) экстракцию хрусталика с антиглаукоматозным компонентом

г) антиглаукоматозную операцию

116. Сенкаталин тормозит развитие старческой катаракты за счет:

а) действия, стабилизирующего мембрану

б) снижения ВГД

в) действия, направленного на улучшение микроциркуляции

г) подавление карбоангидразы

117. Витайодурол противопоказан при:

а) ядерных катарактах

б) задних чашеобразных катарактах

в) помутнениях под передней капсулой хрусталика

г) перивентикулярных лейкомаляциях

118. Наиболее эффективным методом введения препаратов для профилактики прогрессирования катаракты является:

а) инстилляции

б) пероральное применение

в) внутривенные вливания

г) физиотерапевтические методы

119. Основным методом лечения катаракты является:

а) консервативная терапия

б) оперативное лечение

в) лечения не требуется

г) лазерное лечение

120. Абсолютным медицинским условием и показанием к хирургическому лечению катаракт является:

а) зрелая катаракта

б) начальная катаракта

в) невозможность выполнения больным своей обычной работы

г) передняя катаракта без гипертензии

д) сублюксация мутного хрусталика

121. При двусторонней катаракте операции подлежит:

а) лучше видящий глаз

б) хуже видящий глаз

в) правый глаз

г) левый глаз

122. Травматическая катаракта без явлений набухания и иридоциклита должна оперироваться:

а) по неотложным показаниям в процессе первичной хирургической обработки

б) через 3-7 дней после травмы

в) через 2-4 недели после травмы

г) через 8-12 месяцев после травмы

д) лучше решать вопрос в каждом случае индивидуально

123. Пациент обратился с клиникой острого приступа глаукомы. При этом определяется набухающая катаракта того же глаза. Тактика врача:

а) проведение консервативного лечения амбулаторно

б) проведение консервативного лечения в условиях стационара

в) направление в стационар для оперативного лечения по поводу острого приступа глаукомы

г) срочное направление в стационар для экстракции катаракты

124. У пациента двусторонняя катаракта : незрелая - на правом глазу (острота зрения = 0,1), начальная - на левом глазу ( острота зрения = 0,5). Больному целесообразно предположить:

а) наблюдаться и ждать созревания катаракты

б) операцию- экстракцию катаракты на правом глазу

в) операцию - экстракцию катаракты на правом глазу с имплантацией ИОЛ

г) решать вопрос в зависимости от профессии больного

125. У больного односторонняя катаракта (острота зрения =0,2). Пациент - водитель автотранспорта. Тактика лечения предполагает:

а) консервативное лечение

б) операцию экстракции катаракты с последующей оптической коррекцией очками

в) экстракцию катаракты с последующей коррекцией контактными линзами

г) экстракцию катаракты с имплантацией ИОЛ

126. Предпочитаемый вид коррекции при односторонней афакии:

а) очковая

б) контактная коррекция зрения

в) интраокулярная

г) кератофакия

127. Тактика офтальмолога при сочетании катаракты с глаукомой предусматривает:

а) экстракапсулярную экстракцию катаракты

б) интракапсулярную экстракцию катаракты

в) факоэмульсификацию

г) экстракапсулярную экстракцию катаракты с антиглаукоматозным компонентом

128. При синдроме Фукса определяется следующая последовательность развития осложненной катаракты:

а) гетерохромия, атрофия радужки, катаракта, вторичная глаукома

б) втроичная глаукома, гетерохромия, катаракты, атрофия радужки

в) атрофия радужки без гетерохромии, вторичная глаукома, катаракта

г) катаракта, вторичная глаукома, гетерохромия, атрофия радужки

д) может развиваться в различной последовательности

129. Экстракцию катаракты лучше проводить под:

а) местным обезболиванием

б) местным обезболиванием с предварительной премедикацией

в) в/венным наркозом

г) эпибульбарным обезболиванием

130. Одним из показаний к интракапсулярному методу экстракции катаракты является:

а) плотность заднего эпителия роговицы ниже 1800 клеток на кв.мм

б) "зрелость" хрусталика

в) помутнение стекловидного тела

г) глаукома

д) иридофакодонез

131. Эктракапсулярная экстракция катаракты является операцией выбора при:

а) плотности заднего эпителия роговицы выше 1800 клеток на кв.мм

б) смещении хрусталика

в) эхографически неоднородном стекловидном теле

г) у пожилых людей

132. Реклинация в хирургии катаракты:

а) в настоящее время не применяется

б) возможна при отсутствии криоэкстрактора

в) применяется в экономически отсталых странах

г) возможна при тяжелых соматических заболеваниях

133. ИАГ- лазеры применяются в офтальмологии для:

а) лечения зрелых катаракт

б) рассечения вторичных катаракт

в) лазеркоагуляции сетчатки

г) инкапсуляции инородных тел

134. При выпадении стекловидного тела в ходе экстракции катаракты:

а) выпавшее стекловидное тело следует вправить

б) выпавшее стекловидное тело необходимо иссечь

в) иссечение выпавшего стекловидного тела не требуется

г) вопрос решается индивидуально

135. При положительной пробе Зайделя после экстракции катаракты требуется:

а) консервативное лечение

б) дополнительное наложение корнео-склеральных, либо роговичных швов

в) удаление старых и наложение новых швов

г) послойная кератопластика

136. Неосложненная грыжа стекловидного тела возникает после:

а) экстракции хрусталика у близоруких

б) витреоленсэктомии

в) факоэмульсификации

г) интракапсулярной экстракции катаракты

137. Синдром Ирвин-Гасса характеризуется:

а) изменениями в области хрусталика

б) разрастанием в области угла передней камеры

в) атрофией радужки

г) отслойкой цилиарного тела

д) развитием макулярного отека

138. Отслойка сетчатки, развившаяся на 8-10 день после экстракции катаракты:

а) должна лечиться консервативно

б) требует лазерного лечения

в) подлежит как можно более раннему хирургическому лечению

г) возможна баллонная хирургия

д) подход индивидуальный

139. Наиболее оптимальным вмдом оптической коррекции афакии является:

а) очковая коррекция

б) контактная коррекция зрения

в) кератофакия

г) интраокулярная коррекция

140. При коррекции односторонней афакии у больных с иридоцилиарными дистрофиями преимущество имеет:

а) мягкая контактная линза

б) жесткая контакная линза

в) коррекция очками

г) интраокулярная линза

141. Тактика врача при набухающей катаракте предусматривает:

а) частое динамическое наблюдение с контролем ВГД и коррекцией его медикаментозно

б) немедленную экстракцию катаракты

в) больной не нуждается в наблюдении и лечении

г) антиглаукоматозную операцию

142. При факолитической глаукоме тактика врача должна включать:

а) проведение консервативного лечения, направленного на снижение ВГД

б) экстракцию хрусталика

в) экстракцию хрусталика с антиглаукоматозным компонентом

г) антиглаукоматозную операцию

143. Сенкаталин тормозит развитие старческой катаракты за счет:

а) действия, стабилизирующего мембрану

б) снижения ВГД

в) действия, направленного на улучшение микроциркуляции

г) подавление карбоангидразы

144. Витайодурол противопоказан при:

а) ядерных катарактах

б) задних чашеобразных катарактах

в) помутнениях под передней капсулой хрусталика

г) перивентикулярных лейкомаляциях

145. Наиболее эффективным методом введения препаратов для профилактики прогрессирования катаракты является:

а) инстилляции

б) пероральное применение

в) внутривенные вливания

г) физиотерапевтические методы

146. Основным методом лечения катаракты является:

а) консервативная терапия

б) оперативное лечение

в) лечения не требуется

г) лазерное лечение

147. Абсолютным медицинским условием и показанием к хирургическому лечению катаракт является:

а) зрелая катаракта

б) начальная катаракта

в) невозможность выполнения больным своей обычной работы

г) передняя катаракта без гипертензии

д) сублюксация мутного хрусталика

148. При двусторонней катаракте операции подлежит:

а) лучше видящий глаз

б) хуже видящий глаз

в) правый глаз

г) левый глаз

149. Травматическая катаракта без явлений набухания и иридоциклита должна оперироваться:

а) по неотложным показаниям в процессе первичной хирургической обработки

б) через 3-7 дней после травмы

в) через 2-4 недели после травмы

г) через 8-12 месяцев после травмы

д) лучше решать вопрос в каждом случае индивидуально

150. Пациент обратился с клиникой острого приступа глаукомы. При этом определяется набухающая катаракта того же глаза. Тактика врача:

а) проведение консервативного лечения амбулаторно

б) проведение консервативного лечения в условиях стационара

в) направление в стационар для оперативного лечения по поводу острого приступа глаукомы

г) срочное направление в стационар для экстракции катаракты

151. У пациента двусторонняя катаракта : незрелая - на правом глазу (острота зрения = 0,1), начальная - на левом глазу ( острота зрения = 0,5). Больному целесообразно предположить:

а) наблюдаться и ждать созревания катаракты

б) операцию- экстракцию катаракты на правом глазу

в) операцию - экстракцию катаракты на правом глазу с имплантацией ИОЛ

г) решать вопрос в зависимости от профессии больного

152. У больного односторонняя катаракта (острота зрения =0,2). Пациент - водитель автотранспорта. Тактика лечения предполагает:

а) консервативное лечение

б) операцию экстракции катаракты с последующей оптической коррекцией очками

в) экстракцию катаракты с последующей коррекцией контактными линзами

г) экстракцию катаракты с имплантацией ИОЛ

153. Предпочитаемый вид коррекции при односторонней афакии:

а) очковая

б) контактная коррекция зрения

в) интраокулярная

г) кератофакия

154. Тактика офтальмолога при сочетании катаракты с глаукомой предусматривает:

а) экстракапсулярную экстракцию катаракты

б) интракапсулярную экстракцию катаракты

в) факоэмульсификацию

г) экстракапсулярную экстракцию катаракты с антиглаукоматозным компонентом

155. При синдроме Фукса определяется следующая последовательность развития осложненной катаракты:

а) гетерохромия, атрофия радужки, катаракта, вторичная глаукома

б) втроичная глаукома, гетерохромия, катаракты, атрофия радужки

в) атрофия радужки без гетерохромии, вторичная глаукома, катаракта

г) катаракта, вторичная глаукома, гетерохромия, атрофия радужки

д) может развиваться в различной последовательности

156. Экстракцию катаракты лучше проводить под:

а) местным обезболиванием

б) местным обезболиванием с предварительной премедикацией

в) в/венным наркозом

г) эпибульбарным обезболиванием

157. Одним из показаний к интракапсулярному методу экстракции катаракты является:

а) плотность заднего эпителия роговицы ниже 1800 клеток на кв.мм

б) "зрелость" хрусталика

в) помутнение стекловидного тела

г) глаукома

д) иридофакодонез

158. Эктракапсулярная экстракция катаракты является операцией выбора при:

а) плотности заднего эпителия роговицы выше 1800 клеток на кв.мм

б) смещении хрусталика

в) эхографически неоднородном стекловидном теле

г) у пожилых людей

159. Реклинация в хирургии катаракты:

а) в настоящее время не применяется

б) возможна при отсутствии криоэкстрактора

в) применяется в экономически отсталых странах

г) возможна при тяжелых соматических заболеваниях

160. ИАГ- лазеры применяются в офтальмологии для:

а) лечения зрелых катаракт

б) рассечения вторичных катаракт

в) лазеркоагуляции сетчатки

г) инкапсуляции инородных тел

161. При выпадении стекловидного тела в ходе экстракции катаракты:

а) выпавшее стекловидное тело следует вправить

б) выпавшее стекловидное тело необходимо иссечь

в) иссечение выпавшего стекловидного тела не требуется

г) вопрос решается индивидуально

162. При положительной пробе Зайделя после экстракции катаракты требуется:

а) консервативное лечение

б) дополнительное наложение корнео-склеральных, либо роговичных швов

в) удаление старых и наложение новых швов

г) послойная кератопластика

163. Неосложненная грыжа стекловидного тела возникает после:

а) экстракции хрусталика у близоруких

б) витреоленсэктомии

в) факоэмульсификации

г) интракапсулярной экстракции катаракты

164. Синдром Ирвин-Гасса характеризуется:

а) изменениями в области хрусталика

б) разрастанием в области угла передней камеры

в) атрофией радужки

г) отслойкой цилиарного тела

д) развитием макулярного отека

165. Отслойка сетчатки, развившаяся на 8-10 день после экстракции катаракты:

а) должна лечиться консервативно

б) требует лазерного лечения

в) подлежит как можно более раннему хирургическому лечению

г) возможна баллонная хирургия

д) подход индивидуальный

166. Наиболее оптимальным вмдом оптической коррекции афакии является:

а) очковая коррекция

б) контактная коррекция зрения

в) кератофакия

г) интраокулярная коррекция

167. При коррекции односторонней афакии у больных с иридоцилиарными дистрофиями преимущество имеет:

а) мягкая контактная линза

б) жесткая контакная линза

в) коррекция очками

г) интраокулярная линза

168. Тактика врача при набухающей катаракте предусматривает:

а) частое динамическое наблюдение с контролем ВГД и коррекцией его медикаментозно

б) немедленную экстракцию катаракты

в) больной не нуждается в наблюдении и лечении

г) антиглаукоматозную операцию

169. При факолитической глаукоме тактика врача должна включать:

а) проведение консервативного лечения, направленного на снижение ВГД

б) экстракцию хрусталика

в) экстракцию хрусталика с антиглаукоматозным компонентом

г) антиглаукоматозную операцию

170. Сенкаталин тормозит развитие старческой катаракты за счет:

а) действия, стабилизирующего мембрану

б) снижения ВГД

в) действия, направленного на улучшение микроциркуляции

г) подавление карбоангидразы

171. Витайодурол противопоказан при:

а) ядерных катарактах

б) задних чашеобразных катарактах

в) помутнениях под передней капсулой хрусталика

г) перивентикулярных лейкомаляциях

172. Наиболее эффективным методом введения препаратов для профилактики прогрессирования катаракты является:

а) инстилляции

б) пероральное применение

в) внутривенные вливания

г) физиотерапевтические методы

173. Основным методом лечения катаракты является:

а) консервативная терапия

б) оперативное лечение

в) лечения не требуется

г) лазерное лечение

174. Абсолютным медицинским условием и показанием к хирургическому лечению катаракт является:

а) зрелая катаракта

б) начальная катаракта

в) невозможность выполнения больным своей обычной работы

г) передняя катаракта без гипертензии

д) сублюксация мутного хрусталика

175. При двусторонней катаракте операции подлежит:

а) лучше видящий глаз

б) хуже видящий глаз

в) правый глаз

г) левый глаз

176. Пациент обратился с клиникой острого приступа глаукомы. При этом определяется набухающая катаракта того же глаза. Тактика врача:

а) проведение консервативного лечения амбулаторно

б) проведение консервативного лечения в условиях стационара

в) направление в стационар для оперативного лечения по поводу острого приступа глаукомы

г) срочное направление в стационар для экстракции катаракты

177. У пациента двусторонняя катаракта : незрелая - на правом глазу (острота зрения = 0,1), начальная - на левом глазу ( острота зрения = 0,5). Больному целесообразно предположить:

а) наблюдаться и ждать созревания катаракты

б) операцию- экстракцию катаракты на правом глазу

в) операцию - экстракцию катаракты на правом глазу с имплантацией ИОЛ

г) решать вопрос в зависимости от профессии больного

178. У больного односторонняя катаракта (острота зрения =0,2). Пациент - водитель автотранспорта. Тактика лечения предполагает:

а) консервативное лечение

б) операцию экстракции катаракты с последующей оптической коррекцией очками

в) экстракцию катаракты с последующей коррекцией контактными линзами

г) экстракцию катаракты с имплантацией ИОЛ

179. Предпочитаемый вид коррекции при односторонней афакии:

а) очковая

б) контактная коррекция зрения

в) интраокулярная

г) кератофакия

180. Тактика офтальмолога при сочетании катаракты с глаукомой предусматривает:

а) экстракапсулярную экстракцию катаракты

б) интракапсулярную экстракцию катаракты

в) факоэмульсификацию

г) экстракапсулярную экстракцию катаракты с антиглаукоматозным компонентом

181. При синдроме Фукса определяется следующая последовательность развития осложненной катаракты:

а) гетерохромия, атрофия радужки, катаракта, вторичная глаукома

б) втроичная глаукома, гетерохромия, катаракты, атрофия радужки

в) атрофия радужки без гетерохромии, вторичная глаукома, катаракта

г) катаракта, вторичная глаукома, гетерохромия, атрофия радужки

д) может развиваться в различной последовательности

182. Экстракцию катаракты лучше проводить под:

а) местным обезболиванием

б) местным обезболиванием с предварительной премедикацией

в) в/венным наркозом

г) эпибульбарным обезболиванием

183. Одним из показаний к интракапсулярному методу экстракции катаракты является:

а) плотность заднего эпителия роговицы ниже 1800 клеток на кв.мм

б) "зрелость" хрусталика

в) помутнение стекловидного тела

г) глаукома

д) иридофакодонез

184. Эктракапсулярная экстракция катаракты является операцией выбора при:

а) плотности заднего эпителия роговицы выше 1800 клеток на кв.мм

б) смещении хрусталика

в) эхографически неоднородном стекловидном теле

г) у пожилых людей

185. Реклинация в хирургии катаракты:

а) в настоящее время не применяется

б) возможна при отсутствии криоэкстрактора

в) применяется в экономически отсталых странах

г) возможна при тяжелых соматических заболеваниях

186. ИАГ- лазеры применяются в офтальмологии для:

а) лечения зрелых катаракт

б) рассечения вторичных катаракт

в) лазеркоагуляции сетчатки

г) инкапсуляции инородных тел

187. При положительной пробе Зайделя после экстракции катаракты требуется:

а) консервативное лечение

б) дополнительное наложение корнео-склеральных, либо роговичных швов

в) удаление старых и наложение новых швов

г) послойная кератопластика

188. Неосложненная грыжа стекловидного тела возникает после:

а) экстракции хрусталика у близоруких

б) витреоленсэктомии

в) факоэмульсификации

г) интракапсулярной экстракции катаракты

189. Синдром Ирвин-Гасса характеризуется:

а) изменениями в области хрусталика

б) разрастанием в области угла передней камеры

в) атрофией радужки

г) отслойкой цилиарного тела

д) развитием макулярного отека

190. Отслойка сетчатки, развившаяся на 8-10 день после экстракции катаракты:

а) должна лечиться консервативно

б) требует лазерного лечения

в) подлежит как можно более раннему хирургическому лечению

г) возможна баллонная хирургия

д) подход индивидуальный

191. Наиболее оптимальным вмдом оптической коррекции афакии является:

а) очковая коррекция

б) контактная коррекция зрения

в) кератофакия

г) интраокулярная коррекция

192. При коррекции односторонней афакии у больных с иридоцилиарными дистрофиями преимущество имеет:

а) мягкая контактная линза

б) жесткая контакная линза

в) коррекция очками

г) интраокулярная линза

193. Тактика врача при набухающей катаракте предусматривает:

а) частое динамическое наблюдение с контролем ВГД и коррекцией его медикаментозно

б) немедленную экстракцию катаракты

в) больной не нуждается в наблюдении и лечении

г) антиглаукоматозную операцию

194. При факолитической глаукоме тактика врача должна включать:

а) проведение консервативного лечения, направленного на снижение ВГД

б) экстракцию хрусталика

в) экстракцию хрусталика с антиглаукоматозным компонентом

г) антиглаукоматозную операцию

195. Сенкаталин тормозит развитие старческой катаракты за счет:

а) действия, стабилизирующего мембрану

б) снижения ВГД

в) действия, направленного на улучшение микроциркуляции

г) подавление карбоангидразы

196. Витайодурол противопоказан при:

а) ядерных катарактах

б) задних чашеобразных катарактах

в) помутнениях под передней капсулой хрусталика

г) перивентикулярных лейкомаляциях

197. Наиболее эффективным методом введения препаратов для профилактики прогрессирования катаракты является:

а) инстилляции

б) пероральное применение

в) внутривенные вливания

г) физиотерапевтические методы

198. Основным методом лечения катаракты является:

а) консервативная терапия

б) оперативное лечение

в) лечения не требуется

г) лазерное лечение

199. Абсолютным медицинским условием и показанием к хирургическому лечению катаракт является:

а) зрелая катаракта

б) начальная катаракта

в) невозможность выполнения больным своей обычной работы

г) передняя катаракта без гипертензии

д) сублюксация мутного хрусталика

200. При двусторонней катаракте операции подлежит:

а) лучше видящий глаз

б) хуже видящий глаз

в) правый глаз

г) левый глаз

201. Пациент обратился с клиникой острого приступа глаукомы. При этом определяется набухающая катаракта того же глаза. Тактика врача:

а) проведение консервативного лечения амбулаторно

б) проведение консервативного лечения в условиях стационара

в) направление в стационар для оперативного лечения по поводу острого приступа глаукомы

г) срочное направление в стационар для экстракции катаракты

202. У пациента двусторонняя катаракта : незрелая - на правом глазу (острота зрения = 0,1), начальная - на левом глазу ( острота зрения = 0,5). Больному целесообразно предположить:

а) наблюдаться и ждать созревания катаракты

б) операцию- экстракцию катаракты на правом глазу

в) операцию - экстракцию катаракты на правом глазу с имплантацией ИОЛ

г) решать вопрос в зависимости от профессии больного

203. У больного односторонняя катаракта (острота зрения =0,2). Пациент - водитель автотранспорта. Тактика лечения предполагает:

а) консервативное лечение

б) операцию экстракции катаракты с последующей оптической коррекцией очками

в) экстракцию катаракты с последующей коррекцией контактными линзами

г) экстракцию катаракты с имплантацией ИОЛ

204. Предпочитаемый вид коррекции при односторонней афакии:

а) очковая

б) контактная коррекция зрения

в) интраокулярная

г) кератофакия

205. Тактика офтальмолога при сочетании катаракты с глаукомой предусматривает:

а) экстракапсулярную экстракцию катаракты

б) интракапсулярную экстракцию катаракты

в) факоэмульсификацию

г) экстракапсулярную экстракцию катаракты с антиглаукоматозным компонентом

206. Экстракцию катаракты лучше проводить под:

а) местным обезболиванием

б) местным обезболиванием с предварительной премедикацией

в) в/венным наркозом

г) эпибульбарным обезболиванием

207. Одним из показаний к интракапсулярному методу экстракции катаракты является:

а) плотность заднего эпителия роговицы ниже 1800 клеток на кв.мм

б) "зрелость" хрусталика

в) помутнение стекловидного тела

г) глаукома

д) иридофакодонез

208. Эктракапсулярная экстракция катаракты является операцией выбора при:

а) плотности заднего эпителия роговицы выше 1800 клеток на кв.мм

б) смещении хрусталика

в) эхографически неоднородном стекловидном теле

г) у пожилых людей

209. Реклинация в хирургии катаракты:

а) в настоящее время не применяется

б) возможна при отсутствии криоэкстрактора

в) применяется в экономически отсталых странах

г) возможна при тяжелых соматических заболеваниях

210. ИАГ- лазеры применяются в офтальмологии для:

а) лечения зрелых катаракт

б) рассечения вторичных катаракт

в) лазеркоагуляции сетчатки

г) инкапсуляции инородных тел

211. При положительной пробе Зайделя после экстракции катаракты требуется:

а) консервативное лечение

б) дополнительное наложение корнео-склеральных, либо роговичных швов

в) удаление старых и наложение новых швов

г) послойная кератопластика

212. Неосложненная грыжа стекловидного тела возникает после:

а) экстракции хрусталика у близоруких

б) витреоленсэктомии

в) факоэмульсификации

г) интракапсулярной экстракции катаракты

213. Синдром Ирвин-Гасса характеризуется:

а) изменениями в области хрусталика

б) разрастанием в области угла передней камеры

в) атрофией радужки

г) отслойкой цилиарного тела

д) развитием макулярного отека

214. Отслойка сетчатки, развившаяся на 8-10 день после экстракции катаракты:

а) должна лечиться консервативно

б) требует лазерного лечения

в) подлежит как можно более раннему хирургическому лечению

г) возможна баллонная хирургия

д) подход индивидуальный

215. Наиболее оптимальным вмдом оптической коррекции афакии является:

а) очковая коррекция

б) контактная коррекция зрения

в) кератофакия

г) интраокулярная коррекция

216. При коррекции односторонней афакии у больных с иридоцилиарными дистрофиями преимущество имеет:

а) мягкая контактная линза

б) жесткая контакная линза

в) коррекция очками

г) интраокулярная линза

217. Триада симптомов, характерных для глаукомы:

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

б) неустойчивость ВГД, гетерохромия, осложненная катаракта

в) повышение ВГД, перикорнеальная инъекция, отек роговицы

г) изменение поля зрения, побледнение ДЗН, ангиоретиносклероз

218. Биомикроскопическая картина переднего отрезка при первичной открытоугольной глаукоме включает:

а) диффузная атрофия зрачкового пояса в сочетании с деструкцией пигментной каймы, широкий УПК

б) "чешуйки" по краю зрачка и на трабекулах в УПК, осложненная катаракта

в) зрачок расширен, "фигура подсолнечника"

г) закрытый УПК, дисперсия пигмента по передней поверхности радужки

219. Для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы характерны:

а) отек роговицы, мелкая ПК, широкий элипсовидный зрачок, застойная инъекция глазного яблока

б) зрачок узкий, реакция зрачка на свет сохранена, роговица прозрачная, поверхностная инъекция бульбарной конъюнктивы

в) отек роговицы, глубокая ПК, иридофакодонез, застойная инъекция глазного яблока

г) светобоязнь, слезотечение, роговицы тусклая, преципитаты, зрачок узкий

220. Наиболее часто встречаемая форма первичной закрытоугольной глаукомы:

а) глаукома с относительно зрачеовым блоком

б) глаукома с хрусталиковым блоком

в) глаукома с плоской радужкой

г) ползучая глаукома

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

а) гониоскопия с роговичной компрессией

б) гониоскопия с трансиллюминацией

в) тонография

г) суточная тонометрия

222. изменения поля зрения, характерные для ранней стадии глаукомы:

а) дугообразные скотомы в области Бьеррума

б) концентрическое сужение поля зрения на 15 градусов

в) секторальная гемианопсия

г) трубчатое поле зрения

223. Стадия глаукомы оцениваеися по показателю:

а) острота зрения

б) состоянию поля зрения

в) отношению э/д

г) по величине легкости оттока

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

а) величины экскавации

б) цвета экскавации

в) глубины экскавации

г) краевого характера экскавации

225. Экскавация ДЗН при развитой стадии первичной глаукомы составляет:

а) 0,3

б) 0,5

в) 0,8

г) 0,4

226. На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика ПОУГ и ЗУГ

а) глубина ПК

б) открытие УПК

в) состояние радужки

г) наличие псевдоэксфолиаций

227. Наиболее значимым для диагностики ПОУГ является:

а) суточная тонометрия

б) тонография

в) гониоскопия

г) исследование периферического поля зрения

д) исследование центрального поля зрения

228. Атрофия зрительного нерва при глаукоме зависит от:

а) степени повышения ВГД

б) соотношения ВГД и давления в сосудах, питающих ДЗН

в) уменьшения продкуции ВГЖ

г) потери астроглиального слоя зрительного нерва

229. О стабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:

а) нормальные цифры ВГД

б) сужение границ поля зрения по назальным меридианам

в) увеличение глаукоматозной экскавации ДЗН

г) увеличение дефектов в слое нервных волокон сетчатки

230. Тактика врача при факоморфической глаукоме:

а) применение общей и местной гипотензивной терапии

б) экстракция катаракты

в) базальная иридэктомия

г) синусотрабекулэктомия

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

а) жалобы

б) хараетер передней камеры

в) величина зрачка

г) состояние радужки

д) преципитаты

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

а) коллапс склерального синуса

б) странгуляция сосудов радужки

в) паралич аккомодации

г) развитие синдрома сухого глаза

233. Общее в течение ПОУГ и ЗУГ:

а) миопизация рефракции

б) сужение зрачка

в) развитие глаукоматозной атрофии зрительного нерва

г) увеличение пигментации УПК

234. "Симптом кобры" указывает на:

а) повышение внутгирглазного давления

б) нарушение кровообращения в сосудистой аркаде ЦАС

в) тромбоз ЦВС

г) гипертоническую ангиопатию

235. Дифференциальная диагностика функциональной и органической блокады УПК основана на:

а) тонографии

б) гониоскопии

в) ретроградном заполнении шлеммова канала кровью

г) гониоскопии с компрессией роговицы

236. Для факоморфической глаукомы характерно:

а) корковая катаракта

б) перезревающая катаракта

в) набухающая катаракта

г) ядерная катаракта

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

а) особенностями кровообращения сетчатки

б) особенностями хода аксонов ганглиозных клеток

в) особенностями расположения нервных волокон на ДЗН

г) индивидуальными размерами ДЗН

238. Стадия первичной глаукомы оценивается по показателям:

а) остроты зрения

б) уровня ВГД

в) площади глаукоматозной экскавации ДЗН

г) состояния поля зрения

239. Верхняя граница нормы ВГД при измерении тонометром Маклакова:

а) 20 мм рт.ст

б) 24 мм рт.ст

в) 26 мм рт.ст

г) 27 мм рт.ст

240.Продукция водянистой влаги осуществляется:

а) в плоской части цилиарного тела

б) в отростках цилиарного тела

в) эпителием радужной оболочки

г) всеми выше перечисленными структурами

241. В основе патогенеза врожденной глаукомы лежит:

а) неправильное положение структур УПК

б) недостаточная дифференциация корнео-склеральных трабекул

в) наличие мезодермальной ткани в УПК

г) гиперпродукция водянистой влаги цилиарным телом

242. Толерантность зрительного нерва к повышенному ВГД определяется:

а) степенью развития опорной ткани в ДЗН

б) интенсивностью кровообращения тканей диска и ретроламинарной области

в) размерами ДЗН

г) уровнем перфузионного давления

243. В ранней диагностике глаукомы наименее информативны:

а) суточная тонометрия

б) тонография

в) исследование поля зрения

г) биомикроскопия переднего отрезка глаза

д) экзоофтальмометрия

244. О нестабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:

а) снижение остроты зрения

б) появление болей в глазу

в) сужение поля зрения

г) покраснение глаза

245. Динамику глаукоматозного процесса характеризуют:

а) величина внутриглазного давления

б) величина коэффециента легкости оттока

в) состояние поля зрения

г) состояние гемодинамики

д) уровень метаболизма зрительного нерва

246. Злокачественная форма ПЗУГ может возникать:

а) при витреальном блоке

б) при хрусталиковом блоке

в) при блоке шлеммова канала

г) не связана с развитием блоков

247. Различают следующие клинические формы первичной глаукомы:

а) закрытоугольная, открытоугольная

б) открытоугольная, псевдоэксфолиативная

в) неоваскулярная, травматическая

г) смешанная, факогенная

248. Ко вторичной сосудистой глаукоме относят:

а) неоваскулярную

б) псевдогипертензию

в) глаукомоциклитический криз

г) гетехромную увеопатию (Фукса)

249. Неоваскулярная глаукома возникает при следующих заболеваниях:

а) тромбоз ЦВС

б) нейроретинит

в) артифакия

г) сенильной макулопатии

250. Одна из форм офтальмогипертензии:

а) эссенциальная

б) открытоугольная, псевдоэксфолиативная

в) закрытоугольная

г) ювенильная

251. Тактика врача после постановки диагноза "офтальмогипертензия с факторами риска":

а) никаких лечебных назначений, периодический осмотр

б) назначение гипотензивных капель

в) лазерная операция

г) хирургическое вмешательство

252. Назначение тимолола больным глаукомой противопоказано при:

а) гепатите

б) цистите

в) мочекаменной болезни

г) аденоме простаты

д) бронхиальной астме

253. Побочное действие глазных капель с клофелином включает:

а) понижение артериального давления

б) брадикардия

в) бронхиальный спазм

г) возбуждение

254. Формы ПОУГ включает:

а) псевдоэксфолиативная, пигментная, глаукома с низким ВГД глаукома

б) пигментная глаукома

в) глаукома с низким ВГД

г) глаукома с повышенным эписклеральным давлением

255.Для ПЗУГ характерно:

а) мелкая передняя камера, уменьшение передне-заднего размера глаза, гиперметропическая или эмметропическая рефракция

б) уменьшение передне-заднего размера глазного яблока

в) гиперметропическая или эметропическая рефракция

г) открытый угол передней камеры

256. Гониоскопические исследования при ПОУГ показывают:

а) понижение прозрачности корнео-склеральных трабекул, экзогенная пигментация угла, сужение угла

б) наличие экзогенной пигментации в углу передней камеры

в) сужение угла передней камеры

г) новообразованные сосуды

257. Для ПОУГ характерны:

а) туман перед глазом, отсутствие жалоб, радужные круги при взгляде на источник света

б) отсутствие жалоб

в) радужные круги при взгляде на источник света

г) секторальное выпадение поля зрения

258. Профиль угла определяется:

а) расположением цилиарного тела, соотношение корня радужки и трабекул, шлеммова канала

б) соотношением корнем радужной оболочки к корнеосклеральным трабекулам

в) расположением шлеммова канала

г) наличием псевдоэксфолиаций

259. Клинические проявления ПЗУГ со зрачковым блоком включают:

а) острое начало, мелкая передняя камера, закрытый угол передней камеры

б) мелкая передняя камера

в) закрытый угол передней камеры

г) выраженная дистрофия радужки

260. Нагрузочные тесты, используемые для ранней диагностики закрытоугольной глаукомы:

а) позиционная проба Хаймса, задняя кольцевая компрессионная проба, водная проба

б) задняя кольцевая компресионная проба

в) водная проба

г) пилокарпиновый

261. Блок угла передней камеры может быть вызван:

а) нерассосавшейся мезодермальной тканью, корнем радужки,новообразованными сосудами

б) корнем радужной оболочки

в) новообразованными сосудами

г) инородным телом

262. Острые нарушения венозного кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:

а) спазмом

б) эиболией

в) высоким внутриглазным давлением

г) тромбозом

263. Острые нарушения артериального кровообращения в зрительном нерве могут быть вызваны:

а) спазмом, эмболией, тромбозом

б) эмболией

в) тромбозом

г) хориопатией

264. Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке могут быть связаны с:

а) спазмом, эмболией, тромбозом

б) эмболией

в) тромбозом

г) ретинопатией

265. При тромбозе вен сетчатки в стекловидном теле отмечаются:

а) геморрагии, дистрофия стекловидного тела, отслойка задней пластины

б) дистрофия стекловидного тела

в) отслойка задней пластины

г) экссудативные выпоты

266. Феномен вишневого пятна наблюдается при:

а) неврите

б) дистрофиях сетчатки

в) тромбозе вен сетчатки

г) острой артериальной непроходимомти сетчатки

267. При тромбозе вен сетчатки геморрагии локализуются:

а) преретинально

б) преретинально, интраретинально

в) интраретинально

г) в эписклере

268. Лазертерапию сетчатки показано при:

а) артериальной непроходимости в остром периоде заболевания

б) артериальной непроходимости в отдаленном периоде заболевания

в) венозной непроходимости в остром периоде заболевания

г) венозной непроходимости в отдаленном периоде заболевания