ТИПОВЫЕ ТЕСТЫ, СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ И БИЛЕТЫ ДЛЯ ГИА

ВАРИАНТ 1

1. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ УЧРЕЖДЕНИЯХ, КРОМЕ:

а) многопрофильных и специализированных больниц;
б) больниц скорой помощи;
в) бальнеологических лечебниц;
г) больниц восстановительного лечения;
д) стационаров, диспансеров и МСЧ.

2. ПОКАЗАТЕЛЕМ СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНОГО НА КОЙКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) отношение числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре, к числу прошедших больных (выписанных) за год;
б) отношение числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре, к числу прошедших больных (включая умерших) за год;
в) и то, и другое;
г) ни то, ни другое.

3. ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ НА СРОК БОЛЕЕ 10 ДНЕЙ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ:

а) врачом;
б) заведующим отделением;
в) врачебно-контрольной комиссией;
г) каждым из перечисленных;
д) все ответы неверны.

4. ЧЕРЕЗ ВЕРХНЮЮ ГЛАЗНИЧНУЮ ЩЕЛЬ ПРОХОДЯТ:

а) глазничный нерв;
б) глазодвигательные нервы;
в) основной венозный коллектор глазницы;
г) все перечисленное;
д) правильно Б и В.

5. ПИТАНИЕ РОГОВИЦЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ:

а) краевой петлистой сосудистой сети;
б) центральной артерии сетчатки;
в) слезной артерии;
г) всего перечисленного.

6. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ СООТВЕТСТВУЕТ:

а) зоне проекции лимба;
б) месту прикрепления сухожилий прямых мышц;
в) зоне проекции цилиарного тела;
г) правильно А и В.
д) все перечисленное;

7. ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА, БЕЗ КОТОРОГО НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕХ ОСТАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:

а) периферическое зрение;
б) острота зрения;

в) цветоощущение;
г) светоощущение;
д) стереоскопическое зрение.

8. БИНОКУЛЯРНОЕ ЗРЕНИЕ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО ПРИ НАЛИЧИИ:
а) достаточно высокой остроты обоих глаз;
б) ортофории и гетерофории при нормальном фузионном рефлексе;
в) эзофории и экзофории;
г) всего перечисленного;
д) правильно А и Б.

9. ГОМОНИМНАЯ И ГЕТЕРОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ ПРИ:
а) дегенеративных изменениях сетчатки;
б) нарушениях кровообращения в области корковых зрительных центров;
в) патологических изменениях зрительных путей;
г) патологических процессов в области пучка Грациоле;
д) всем вышеперечисленном.

10. ПРИ ПЕРИМЕТРИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СКОТОМА В НОРМЕ НАХОДИТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ТОЧКЕ ФИКСАЦИИ В:
а) 15° с носовой стороны;
б) 20° с носовой стороны;
в) 15° с височной стороны;
г) 20° с височной стороны;
д) 30° с височной стороны.

11. БАКТЕРИЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ СЛЕЗЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ПРИСУТСТВИЕ В НЕЙ:
а) лидазы;
б) лизоцима;
в) иммуноглобулина А;
г) щелочной фосфатазы;
д) правильно Б и В.

12. ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ МЕМБРАНЫ БРУХА СОСТОИТ В:
а) защите сетчатки от токсических компонентов крови;
б) осуществлении обмена веществ между кровью и клетками пигментного эпителия сетчатки;
в) барьерной функции;
г) отграничении хороидеи от пигментного эпителия сетчатки;
д) все перечисленным.

13. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ:
а) дисбинокулярную и обскурационную;
б) истерическую и анизометропическую;
в) роговичную и хрусталиковую;
г) витреальную и ретинальную;
д) статическую и динамическую.

14. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТОЧКА ЯСНОГО ВИДЕНИЯ ПРИ ГИПЕРМЕТРОПИИ НАХОДИТСЯ:

а) в бесконечности;
б) перед глазом на конечном расстоянии;
в) в области роговицы;
г) на сетчатке;
д) позади глаза.

15. ПРАВИЛЬНЫМ НАЗЫВАЮТ АСТИГМАТИЗМ:
а) при котором в каждом из главных меридианов преломляющая сила остается постоянной;
б) при котором в двух главных меридианах преломляющая сила одинакова;
в) при котором в каждом из главных меридианов преломляющаяся сила меняется;
г) физиологический астигматизм;
д) при котором разность рефракции в двух главных меридианах не превышает 2,0 диоптрии.

16. ОБЛАСТЬ ИЛИ ДЛИНА АККОМОДАЦИИ - ЭТО:
а) рефракция роговицы;
б) преломляющая сила хрусталика;
в) общая рефракция глаза;
г) выраженная в линейных величинах разность отстояния
от глаза дальнейшей и ближайшей точек ясного видения;
д) все перечисленное.

17. ПРИЗНАКАМИ ПАРАЛИЧА АККОМОДАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
а) улучшение зрения вблизи, сужение зрачка;
б) резкое ухудшение зрения вблизи, расширение зрачка;
в) повышение зрения вдаль;
г) повышение зрения вдаль и вблизи;
д) все перечисленное.

18. ОРТОПТИКОЙ НАЗЫВАЕТСЯ СИСТЕМА ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА:
а) повышение остроты зрения;
б) выработку бинокулярного зрения в искусственных условиях;
в) выработку бинокулярного зрения в естественных условиях;
г) все перечисленное верно;
д) ничего из перечисленного.

19. ОПЕРАЦИЕЙ РЕЦЕССИИ МЫШЦЫ ПРИ КОСОГЛАЗИИ НАЗЫВАЕТСЯ:
а) пересечение сухожилия мышцы у места прикрепления без подшивания ее к склере;
б) перемещение мышцы, отсеченной от места прикрепления, кзади (на прямых мышцах) или кпереди (на косых мышцах);
в) удлинение мышцы путем перерезки ее сухожилия в разных направлениях и сшивания перерезанных участков;
г) верно Б, В;
д) все перечисленное верно.

20. ДЛЯ КЕРАТИТОВ МЕНЕЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРНО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО:
а) повышенное внутриглазное давление;
б) снижение тактильной чувствительности роговицы;
в) наличие инфильтратов роговицы;
г) васкуляризация роговицы;

д) перикорнеальная или смешанная инъекция.

21. В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ КЕРАТОКОНУСА ПОКАЗАНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ:
а) операции сквозной кератопластики;
б) операции послойной кератопластики;
в) операции термокератопластики или лазеркератопластики;
г) контактной коррекции зрения;
д) крослинкинг.

22. ОТЛОЖЕНИЯ МЕДИ В ТКАНИ РОГОВИЦЫ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ:
а) линии Стоккера;
б) линии Хадсон-Штали;
в) кольце Кайзер-Флейшера;
г) линии (кольце) Флейшера;
д) всем перечисленном.

23. ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СЕТЧАТКИ ПОКАЗАНА 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;
д) всем перечисленном.

24. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
а) панретинальная лазеркоагуляция;
б) паравазальная лазеркоагуляция;
в) сосудоукрепляющая терапия;
г) антикоагулянтная терапия;
д) назначение пептидных биорегуляторов.

25. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ РАНЫ КРАЯ ВЕКА ДОЛЖНО БЫТЬ СОБЛЮДЕНО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:
а) достижение полной герметизации раны;
б) восстановление свободного края века;
в) восстановление иннервации и кровоснабжения травмированного участка века;
г) установление дренажа;
д) все перечисленное.

26. КОМБИНИРОВАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ГЛАЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
а) контузией глаза в сочетании с сублюксацией хрусталика;
б) проникающим ранением глазного яблока;
в) ожогом конъюнктивы и роговицы;
г) травматической эрозией роговицы;
д) одновременным воздействием на глаз нескольких повреждающих факторов.

27. ИЗМЕНЕНИЯ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ПРИ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:
а) локальными помутнениями роговицы;
б) дистрофическим лентовидным помутнением роговицы;
в) глубоким помутнением роговицы;

г) только Б и В;
д) только А и В.

28. КАРДИНАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМЕ ЯВЛЯЮТСЯ:
а) увеличение роговицы и глазного яблока;
б) углубление передней камеры;
в) расширение зрачка, замедление реакции зрачка на свет;
г) повышение внутриглазного давления;
д) все перечисленное.

29. ИНТРАВИТРЕАЛЬНЫЕ ИНЪЕКЦИИ ИНГИБИТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА ПРОИЗВОДЯТСЯ ПРИ:
а) диабетических макулярных отеках;
б) постокклюзионных макулярных отеках;
в) влажной форме возрастной макулярной дегенерации;
г) при вителлиформной макулярной дистрофии без признаков ХНВ;
д) во всех случаях, кроме г

30. НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
а) лазеркоагуляция сетчатки;
б) консервативная терапия;
в) интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза;
г) фотодинамическая терапия;
д) все перечисленное.

ВАРИАНТ 2

1. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЛАУКОМЫ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ВСЕМ ЛИЦАМ ПОСЛЕ:
а) 25 лет;
б) 35-40 лет;
в) 50 лет;
г) 60 лет;
д) старше 60 лет.

2. НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ОФТАЛЬМОЛОГА ДОЛЖНЫ НАХОДИТЬСЯ БОЛЬНЫЕ, СТРАДАЮЩИЕ:
а) глаукомой;
б) миопией высокой степени;
в) туберкулезом органа зрения;
г) онкологическим заболеванием органа зрения;
д) любым из перечисленных выше заболеваний.

3. БОЛЬНЫЕ ГЛАУКОМОЙ, НАХОДЯЩИЕСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ, ДОЛЖНЫ ПРОВЕРЯТЬСЯ НЕ РЕЖЕ, ЧЕМ 1 РАЗ В:
а) 2 месяца;
б) 3 месяца;
в) 6 месяцев;
г) 10 месяцев;

д) 1 год.

4. ОПЕРАЦИЮ ЭКСТРАКАПСУЛЯРНОЙ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ ВПЕРВЫЕ ПРОИЗВЕЛ:
а) В.П. Филатов;
б) А. Эльшниг;
в) Ж. Давиель;
г) А. Грефе;
д) Г. Гельмгольц.

5. АВТОРОМ ПЕРВОЙ В МИРЕ УСПЕШНОЙ СКВОЗНОЙ ПЕРЕСАДКИ РОГОВИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
а) В.П. Филатов;
б) А. Грефе;
в) А. Эльшниг;
г) Э. Цирм;
д) Г. Гельмгольц.

6. ОПЕРАЦИЮ ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ ПОСЛЕ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ ВПЕРВЫЕ ОСУЩЕСТВИЛ:
а) Г. Ридли;
б) А. Грефе;
в) В.П. Филатов;
г) А. Эльшниг;
д) Г.Гельмгольц.

7. МЯГКИЕ КОНТАКТНЫЕ ЛИНЗЫ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ:
а) миопии;
б) гиперметропии;
в) кератоконусе далеко зашедшей стадии;
г) афакии;
д) астигматизме.

8. ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ В ПЕРЕДНЮЮ КАМЕРУ ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ:
а) заболеваниях слезоотводящих путей;
б) остром приступе глаукомы;
в) хирургических вмешательствах;
г) хронических заболеваниях век;
д) заболеваниях зрительного нерва.

9. В стекловидное тело вводятся лекарственные препараты:
а) антибиотики
б) антиглаукоматозного действия;
в) сосудорасширяющего действия;
г) ингибиторы ангиогенеза;
д) мидриатики.

10. К бета-блокаторам относятся следующие антиглаукомные препараты:
а) ацеклидин;
б) ксалатан;

в) бетаксолол;
г) азопт;
д) тимолол.

11. ПРИ СИНДРОМЕ СТЮРЖ - ВЕБЕРА ИМЕЮТ МЕСТО СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА:
а) буфтальм;
б) миопия высокой степени;
в) отек диска зрительного нерва;
г) неоваскулярная глаукома;
д) все перечисленное.

12. При юношеской миопатии определяются:
а) глазодвигательные нарушения;
б) зрачковые нарушения;
в) нарушения конвергенции и аккомодации;
г) все перечисленное верно;
д) все перечисленное неверно.

13. ФАКОДЕНЕЗ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ:
а) дистрофических изменениях в радужной оболочке;
б) глаукоме;
в) подвывихе хрусталика;
г) отслойке цилиарного тела;
д) нарушении циркуляции водянистой влаги.

14. АБСОЛЮТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:
а) рана, проходящая через все слои роговицы, склеры или роговично-склеральной зоны;
б) ущемление в ране внутренних оболочек глаза;
в) внутриглазное инородное тело;
г) травматическая колобома радужки, пузырек воздуха в стекловидном теле;
д) все перечисленное.

15. ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛАЗ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫМ ОБЛУЧЕНИЕМ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:
а) светобоязнь;
б) слезотечение;
в) повышение внутриглазного давления;
г) инъекция глазного яблока;
д) верно все кроме пункта «в».

16. ОБЗОРНЫЕ СНИМКИ ГЛАЗНИЦЫ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРОВОДЯТСЯ:
а) во всех случаях;
б) только при наличии в анамнезе данных о внедрении инородного тела;
в) только в случаях, где имеются симптомы перелома стенок орбиты;
г) при локализации осколка за глазом;
д) только в случаях, когда невозможно использовать протез Комберга-Балтина.

17. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОФТАЛЬМИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
а) консервативная тактика с назначением сильных антибиотиков широкого спектра;
б) экстракция хрусталика;

в) витрэктомия;
г) витреоленсэктомия;
д) отсасывание стекловидного тела.

18. Отравление метиловым спиртом приводит к:
а) развитию дистрофии роговой оболочки;
б) развитию катаракты;
в) увеиту;
г) отслойке сетчатки;
д) атрофии зрительного нерва.

19. В группу риска развития отслойки сетчатки входят пациенты с:
а) гиперметропией высокой степени;
б) пигментным ретинитом;
в) миопией средней и высокой степени;
г) артифакией;
д) глаукомой.

20. ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРОМБОЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
а) отек роговицы;
б) отслойка сетчатки;
в) неоваскулярная глаукома;
г) вторичная катаракта;
д) помутнение стекловидного тела.

21. ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОФТАЛЬМОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:
а) кровоизлияния в сетчатку и стекловидное тело;
б) интраретинальные микрососудистые аномалии;
в) неоваскуляризация радужки;
г) умеренное количество макро- и микроаневризм;
д) единичные макро- и микроаневризмы.

22. Брахитерапия – это:
а) лазерное лечение сосудистых аномалий глазного дна;
б) медикаментозное лечение внутриглазных кровоизлияний;
в) радиоактивное облучение внутриглазных опухолей;
г) ультрафиолетовое облучение век;
д) стимуляция зрительного нерва.

23. Показаниями к лазерному лечению внутриглазных опухолей являются:
а) диаметр опухоли более 15 мм и высота 3,2 мм;
в) диаметр опухоли до 10 мм и высота до 5 мм при хорошей пигментации;
г) диаметр опухоли 12 мм и высота 3 мм независимо от степени пигментации;
д) диаметр не более 15 мм и высота до 1,2 мм при хорошей пигментации.

24. ДИОДЛАЗЕРНАЯ ЦИКЛОКОАГУЛЯЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ:
а) конъюнктивитах;
б) дакриоцистите;
в) абсолютной болящей глаукоме;

г) иритах;
д) невритах зрительного нерва

25. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СЛЕЗНЫХ КАНАЛЬЦЕВ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ ВКЛЮЧАЕТ:
а) восстановление проходимости только нижнего слезного канальца;
б) восстановление проходимости только верхнего слезного канальца;
в) нет необходимости в их восстановлении;
г) обязательное восстановление проходимости верхнего и нижнего слезных канальцев;
д) в зависимости от степени их повреждения.

26. Односторонний экзофтальм с выпячиванием глазного яблока прямо вперед является симптомом:
а) тиреотоксикоза;
б) опухоли гипофиза;
в) невриномы зрительного нерва;
г) остеомы верхней стенки глазницы;
д) дакриоцистита.

27. Показанием для профилактической лазерной коагуляции сетчатки является:
а) периферическая дистрофия сетчатки типа булыжной мостовой;

б) экваториальные друзы сетчатки;
в) клапанный разрыв сетчатки вследствие витреальной тракции;
г) дистрофия типа «след улитки».
д) мелкокистозная дистрофия Блессига – Иванова.

28. Ретробульбарный неврит зрительного нерва проявляется:
а) отеком диска зрительного нерва;
б) кровоизлияниями вокруг диска зрительного нерва;
в) центральной скотомой в поле зрения;
г) болями в глазу;
д) головными болями.

29. Причиной синдрома сухого глаза является:
а) сужение верхней слезной точки;
б) возрастная эндокринная эволюция (климакс);
в) аномалии рефракции высокой степени;
г) кератоконус;
д) синдром Сьегрена.

30. Миопию называют рефракционной, если:
а) преломляющая сила роговицы и хрусталика в норме, но передне-задняя ось уменьшена;
б) преломляющая сила роговицы и передне-задняя ось в норме, но неудачно сочетаются;
в) передне-задняя ось глаза в норме, но преломляющая сила роговицы увеличена против нормы;
г) преломляющая сила роговицы и хрусталика ниже нормы, а длина глаза короче нормы;
д) преломляющая сила роговицы увеличена против нормы, а длина глаза больше нормы.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. В поликлинику к врачу-офтальмологу обратился больной 28 лет с жалобами на покраснение обоих глаз и незначительные выделения из глаз. Известно, что данные жалобы появились около 2х недель назад, лечился самостоятельно глазные каплями (название не помнит), после данного лечения лучше не стало. Объективно: умеренно выраженная конъюнктивальная иньекция обоих глаз, незначительное слизистое отделяемое из конъюнктивального мешка, фолликулы средних размеров «рядами» на конъюнктиве нижнего века, роговица прозрачная, гладкая. Увеличенные подчелюстные лимфатические узлы, при пальпации безболезненные. Из анамнеза удалось выяснить, что пациент недавно лечился у уролога по поводу простатита.
   - Поставьте предварительный диагноз
     Выбрать правильный ответ – аденовирусная инфекция
     - хламидийная инфекция (правильный ответ)
     -герпетическая инфекция
     -гонококковая инфекция

   - Какие дополнительные исследования необходимо провести
     -лабораторная диагностика (соскобы с конъюнктивы)
     -клинический анализ крови
     -определение времени разрыва слезной пленки по Норну

   - Назначьте лечение соответственно поставленному диагнозу
     -офтальмоферон глазные капли
     -дексаметазон 0,1% глазные капли
     -фторхинолоновые антибиотики в виде глазных капель

2. В клинику к врачу-офтальмологу обратилась балерина из Мариинского театра с жалобами на чувство инородного тела в обоих глазах, покраснение глаз, светобоязнь и ухудшение зрения, особенно при ярком освещении. Также пациентка отмечает общую слабость и повышение температуры тела до 37 гр по вечерам. Данное состояние наблюдает в течение последних 5 дней, заболела, находясь на гастролях в США. Такие же симптомы отмечали и несколько других балерин труппы с разницей в день. При проверки острота зрения 0,6 обоих глаз не коррегируется (со слов пациентку – зрение всегда было отличным, очки не носила). Объективно: умеренно выраженная смешанная иньекция глазных яблок, отделяемое слизисто-гнойное в умеренном количестве в конъюнктивальном мешке и белесые пленки на конъюнктиве переходной складки и на верхнем веке при его вывороте. Роговица - субэпителиальные точечные и округлые помутнения в оптической зоне в большом количестве, единичные такие помутнения в параоптической зоне. Роговичный синдром умеренно выражен. Роговица сохраняет высокую чувствительность во всех точках. Глубжележащие отделы глазного яблока без патологии. Увеличенные предушные лимфатические узлы, болезненны при пальпации.
   - Поставьте предварительный диагноз
     -хламидийный конъюнктивит
     -эпидемический аденовирусный кератоконъюнктивит

-бактериальный кератит

- Нужны ли дополнительные исследования, если нужны – то какие
  - не нужны
  -лабораторная диагностика (соскобы с конъюнктивы)
  -окрасить роговицу флюоресциином
- Назначьте лечение соответственно поставленному диагнозу
  -офтальмоферон
  -лубриканты
  -антибиотики широкого спектра действия в виде глазных капель
  -антисептики
  -мидриатики

3. К врачу-офтальмологу обратился больной 68 лет с жалобами на чувство инородного тела в правом глазу, покраснение этого же глаза, особенно по утрам, после пробуждения. Данные жалобы возникли около месяца назад, за это время больной отметил незначительное снижение зрения, тогда же и обратился к врачу, был поставлен диагноз конъюнктивита и назначен антибиотик в каплях. Лечение было неэффективным. После уточнения анамнеза было выяснено, что жена пациента заметила, что во время сна у ее мужа приоткрыт правый глаз.
   При осмотре: острота зрения правого глаза 0,7 (не коррегируется), легкая смешанная иньекция глазного яблока, патологического отделяемого из конъюнктивального мешка нет, конъюнктива с единичными фолликулами в нижней переходной складке, LIPCOF 2 степени, проба Норна 7 секунд; роговица – в нижней половине и в области открытой глазной щели шероховатость эпителия, мелкие точечные помутнения по типу nubecula (прокрашиваются флюоресцеином). Лагофтальма нет, но при просьбе зажмурить глаза – верхнее веко правого глаза самостоятельно выворачивается.
   - Предположительный диагноз
     -бактериальный конъюнктивит
     -синдром сухого глаза
     -кератит
     -флоппи-синдром (сидром вялых век)

   - Нужны ли дополнительные исследования
     -лабораторная диагностика (соскобы с конъюнктивы)
     -нет необходимости
   - Назначьте лечение
     -антибиотик широкого спектра действия в каплях
     -хирургическое лечение
     -антисептик в каплях
     -лубриканты
     -антибиотик в виде глазной мази
     -глазная мазь с витамином А
     -закрывать веко с помощью мазевой повязки на ночь

   - Какие перспективы у данного больного
     -полная реконвалесценция
     -заболевание не излечивается
     -при правильном лечении можно избежать осложнений со стороны роговицы

4. В клинику обратилась пациентка 25 лет с жалобами на зуд, покраснение обоих век, незначительное слизистое отделяемое, которое склеивает ресницы. Также беспокоит насморк. Температура тела нормальная. При осмотре – гиперемия век, на ресницах засохшие корочки слизистого отделяемого, выраженная конъюнктивальная иньекция, фолликулы крупные полигональной формы на переходной складке, на конънюнктиве верхнего века. Роговица прозрачная, глубжележащие отделы без патологии.
   - Что из анамнеза необходимо уточнить для уточнения диагноза
     -впервые ли такое состояние
     -нет ли аллергических реакций в анамнезе
     -есть ли какие-либо изменения на коже
   - Назначьте лечение
     -при возможности исключить контакт с аллергеном
     -антибиотики в виде глазных капель
     -противоаллергические препараты внутрь и в виде глазных капель
   - Возможна ли профилактика данного состояния
     -да
     -нет
5. К врачу-офтальмологу на амбулаторный прием обратился пациент 32 лет, который длительное время лечится в различных медицинских учреждениях города по поводу конъюнктивита. Одновременно капает 4-5 лекарственных препаратов. Препараты каждые 7-10 дней меняют, так как больной ходит к разным врачам. В настоящее время беспокоит чувство инородного тела в обоих глазах, сухость глаз, ухудшение зрения, светобоязнь и слезотечение, периодически появляется зуд век. При осмотре: веки гиперемированы, утолщены особенно по краям, выраженное слизистое отделяемое на веках и ресницах, конъюнктива отечна, единичные хаотически разбросанные по конъюнктиве фолликулы средних размеров, поверхность роговицы шероховата, тусклая, много десквамированного эпителия, скрученного в виде нитей, которые одной стороной плотно прикреплены к поверхности роговицы. Вся роговица прокрашивается флюоресцеином в виде мелких точечных дефектов. Глубжележащие отделы без патологии.
   - Поставьте диагноз
     -хламидийный конъюнктивит
     -аденовирусный кератоконъюнктивит
     -аллергический конъюнктивит
     -лекарственный конъюнктивит
     -синдром сухого глаза тяжелой степени (нитчатый кератит)

   - Ваши рекомендации
     -поменять антибиотики
     -лабораторная диагностика (соскобы с конъюнктивы)
     -отменить все антибиотики
     -лубриканты в виде гелей
     -глазная мазь с витамином А

6. К врачу-офтальмологу обратился пациент 22 лет, который пришел вместе с мамой, с целью коррекции зрения с помощью эксимерного лазера. Молодой человек очень разговорчив, долго рассказывает анамнез, подробно описывает свои жалобы. Его мама активно участвует в разговоре. Пациент отмечает, что всегда зрение было 1,0 , а около 2-х лет назад стало постепенно ухудшаться, плохо стал видеть особенно вечерами вдаль. Вблизи видно лучше, чем вдаль. Недавно обратился в оптику, где хотел подобрать очки, но данная процедура не удалась. В оптике посоветовали

обратиться в врачу-офтальмологу с целью диагностики и возможной лазерной коррекции зрения. При осмотре – показатели авторефрактометра нестабильные, измерения показывают разные цифры, в результате на правом глазу определяется shp – 2,0 Д cyl – 6,0Д ax 46, на левом shp – 6,0 Д cyl – 9,0Д ax 115. Без коррекции острота зрения правого глаза 0,1, с коррекцией 0,5. На левом глазу острота зрения 0,05, зрения до 0,1 улучшает только диафрагма.

- Как Вы думаете о каком диагнозе идет речь
  -астигматизме
  -катаракте
  -кератоконусе
- Какие изменения роговицы при таком состоянии можно увидеть
  -истончение роговицы в центре или чуть ниже оптического центра
  -стрии Фогта
  -кольцо Фляйшера
  -симптом Мансона
  -поверхностные рубцы роговицы
  -разрывы боуменовой мембраны
- Ваши рекомендации
  -подбор жестких контактных линз
  -коллагеновый кросслинкинг после дообследования
  -возможно кератопластика на левом глазу
- Можно ли посоветовать в этом случае лазерную коррекцию зрения
  -нет

7. В клинику обратился мужчина 35 лет с жалобами на резкие боли в левом глазу, выраженную светобоязнь и слезотечение. Отмечает, что жалобы появились сегодня утром, сразу после того как открыл глаза. Такое состояние впервые. Соматически здоров, занимается спортом, очки и контактные линзы не носит, зрение всегда было 1,0. При осмотре - выраженный роговичный синдром левого глаза, для того, чтобы осмотреть пациента пришлось капнуть в левый глаз 0,4% инокаин. Легкая перикорнеальная иньекция, отделяемого нет, конъюнктива прозрачная, гладкая. Роговица - в параоптической зоне на 2х часах имеется округлый дефект эпителия диаметром около 2 мм с неровными краями, в остальных отделах роговица прозрачная гладкая.
   - Ваш диагноз
     -острый кератит вирусной этиологии
     -острый кератоконус
     -эрозия роговицы
   - Нужны ли дополнительные обследования
     -окрасить роговицу флюоресциином
     -конфосканирование роговицы для уточнения состояния всех слоев
   - Какие наиболее вероятные причины данного состояния
     -неясной этиологии
     -герпетическая инфекция
     -дистрофия роговицы
   - Лечение
     -препараты, вызывающие эпителизацию роговицы
     -антибиотики в каплях
     -лечебная мягкая контактная линза
     -антисептики
     -лубриканты без консервантов

8. К врачу-офтальмологу обратилась женщина 55 лет с жалобами на постепенное снижение остроты зрения на обоих глазах, в течение длительного времени она наблюдалась у офтальмолога по поводу возрастной катаракты на правом глазу. Пациентка отмечает, что в настоящее время плохо видят оба глаза, причем и вдаль, и вблизи. Очки не улучшают зрение. Выяснилось, что зрение особенно плохое утром, затем через 2-3 часа после пробуждения зрение улучшается так, что она может прочитать газету. Капает какие то капли (название не помнит), но без эффекта. При осмотре - авторефрактометрию сделать не удалось; острота зрения составляет на оба глаза 0,2, не коррегируется. Объективно: веки не изменены, конъюнктива без патологии, роговица сферичная, гладкая, обычной толщины, прозрачность снижена за счет отека эндотелия на всем протяжении. Хрусталик прозрачный, имеется плотное ядро. На глазном дне без патологии.
   - Предположительный диагноз
     -эндотелиальная дистрофия роговицы
     -возрастная катаракта
     -хронический увеит
   - Дополнительное обследование
     -конфосканирование роговицы
     -пахиметрия
   - Ваши рекомендации
     -наблюдение у офтальмолога
     -кератопластика
     -лечебная мягкая контактная линза
     -препараты, улучшающие трофику роговицы
     -осмопрепараты утром (40% глюкоза фракционно в оба глаза)
     -обдувание роговицы феном по утрам
   - Прогноз
     -возможно постепенное прогрессирование дистрофии роговицы
     -может понадобиться хирургическое лечение (задняя кератопластика)

9. В клинику обратился пациент 29 лет с жалобами на боли в правом глазу, снижение зрения за последние сутки. Носит контактные линзы на обоих глазах в течение 5 лет. До этого момента у офтальмолога никогда не лечился. Отмечает, что два дня назад забыл на ночь снять контактные линзы, но в течение последующего дня никаких жалоб не было. На консультацию пришел в очках. При осмотре – левый глаз без патологии, острота зрения с миопической коррекцией 1,0. Правый глаз – острота зрения 0,01 не коррегируется. Выраженный роговичный синдром, умеренно выраженная смешанная иньекция глазного яблока, отделяемое скудное слизисто-гнойное. Веки без патологии. В центре роговицы формируется округлый глубокий (до средних слоев стромы) кольцевидный инфильтрат серого цвета, в центре инфильтрата роговица источена, опалесценция влаги ПК ++, на эндотелии значительное количество преципитатов.
   - Ваша тактика
     -лабораторная диагностика (смывы с роговицы, смыва с КЛ с целью опреления акантамебы; соскобы на ВПГ)
     -конфосканирование роговицы с целью выявления цист акантамебы
   - Предположительный диагноз
     -герпетический кератит
     -акантамебный кератит
     -язва роговицы
   - Дополнительное обследование
     - конфосканирование роговицы с целью выявления цист акантамебы

- Лечение
  -антисептики (хлоргексидин, окомистин, витабакт)
  -аминогликозиды (неомицин)
  -имидазолы (кетоконазол внутрь)

10. В клинику обратилась пациентка 42 лет с жалобами на низкое зрение правого глаза. Сама пациентка по профессии врач-педиатр, поэтому очень хорошо рассказывает анамнез. Впервые заболела в 4 года, был поставлен диагноз герпетического кератита. С тех пор были периодические рецидивы только на данном (правом) глазу, но потом с 17-18 летнего возраста рецидивы прекратились и острота зрения была около 0,5. Но несколько лет назад на правом глазу опять диагносцировали герпетический кератит, который лечили несколько месяцев, в том числе в стационаре. С этого времени зрение заметно ухудшилось. При осмотре - правый глаз: легкая перикорнеальная иньекция, отделяемого нет, точечная эпителиопатия, в параоптической зоне на 3 часах имеется рубцовое помутнение по типу macula размером 2 на 4 мм с врастающими с лимба сосудами (идут в средних слоях стромы). В оптической зоне сформирован овальный дефект эпителия 3 на 4 мм с неровными краями, диффузным отеком краев, в центре этого дефекта ткань роговица истончена. Чувствительность роговицы отсутствует во всех точках. Глублежащие отделы без патологии, их осмотр затруднен из-за состояния роговицы. Цилиарной болезненности нет. ВГД пальпаторно в пределах нормы. Рефлексс глазного дна ослаблен, но розовый.
    - Ваш диагноз
      -дистрофия роговицы (вторичная)
      -рецидив герпетического кератит
      -эрозия роговицы
      -синдром сухого глаза тяжелой степени
      -нейропаралитический кератит
    - Прогноз
      -для улучшения зрения сомнителен
      -при правильном лечении удастся избежать тяжелых осложнений со стороны роговицы
    - Лечение
      -препараты, улучшающие трофику роговицы
      -лубриканты
      -глазная мазь с витамином А
      -лечебная мягкая контактная линза
      -антисептик местно

<u>БИЛЕТЫ ДЛЯ ГИА</u>

БИЛЕТ № 1

1. Гидродинамика глаза. Внутриглазная жидкость, ее продукция и отток.
2. Заболевания век. Блефарит. Ячмень. Абсцесс века. Халязион. Мейбомиит. Контагиозный моллюск. Их этиология, клиника и лечение.
3. Эндогенные инфекционные кератиты. Паренхиматозный сифилитический кератит. Патогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение, исходы.

БИЛЕТ № 2

1. Оптическая система глаза, ее характеристика. Диоптрия. Физическая и клиническая рефракция глаза.
2. Новообразования век. Их классификация, диагностика, клиника и лечение.
3. Болезнь Илса. Этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

БИЛЕТ № 3

1. Кровоснабжение глаза. Глазничная артерия. Ветви глазничной артерии. Особенности кровоснабжения сосудистого тракта глаза, их значение для развития патологических процессов.
2. Болезни мышц века. Врожденные аномалии век. Аномалия положения век. Аллергические заболевания век.
3. Негрануломатозные увеиты. Этиология, патогенез, особенности иммунного статуса. Диагностика, клиника, особенности течения, лечение, осложнения, исходы.

БИЛЕТ № 4

1. Светоощущение. Определение и морфологические основы светоощущения. Порог раздражения и порог различения. Фотопическое, мезопическое, скотопическое зрение, их особенности. Адаптация к свету, к темноте. Гемералопия врожденная и симптоматическая.
2. Вирусные конъюнктивиты. Симптоматика, диагностика, течение, осложнения, методы лечения, особенности эпидемиологии, профилактика.
3. Гемофтальм. Этиология, клиника, диагностика. Принципы консервативного и хирургического лечения. Витрэктомия: виды, показания, необходимый инструментарий и аппаратура, принципы выполнения, осложнения, их профилактика.

БИЛЕТ № 5

1. Цветовое зрение и методы его исследования. Физиология цветоощущения. Характеристика цвета (тон, яркость, насыщенность). Теории цветоощущения. Дифференциальный диагноз врожденных и приобретенных расстройств цветового зрения.
2. Бактериальные конъюнктивиты. симптоматика, диагностика, течение, осложнения, методы лечения. Эпидемиологическое значение острых конъюнктивитов, их профилактика.
3. Офтальмологические изменения при гипертонической болезни, симптоматических гипертензиях и атеросклерозе.

БИЛЕТ № 6

1. Циклоскопия. Техника исследования. Показания. Значение циклоскопии для диагностики и лечения патологии глаз.
2. Иннервация глазного яблока. Источники чувствительной, двигательной, трофической и вазомоторной иннервации.
3. Туберкулезные кератиты. Гематогенный кератит, его основные формы - глубокий, диффузный, очаговый, склерозирующий. Патогенез. Течение, исходы. Лечение.

БИЛЕТ № 7

1. Бинокулярное зрение. Анатомические и физиологические условия, необходимые для осуществления бинокулярного зрения. Работа глазодвигательных мышц. Методы определения бинокулярного зрения.
2. Хронические конъюнктивиты. Причины. Клиническая картина. Течение. Значение профессиональных вредностей в их возникновении. Профилактика и лечение.
3. Хирургическое лечение глаукомы: виды операций проникающего и непроникающего типа, показания к ним, техника операций, причины снижения гипотензивного эффекта антиглаукоматозных операций.

БИЛЕТ № 8

1. Иннервация глазного яблока. Источники чувствительной, двигательной, трофической и вазомоторной иннервации. Цилиарный узел.
2. Аллергические конъюнктивиты: этиология, патогенез, связь с системными аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунитета. Лабораторная аллергодиагностика, принципы лечения и профилактики.
3. Повреждения глаз при воздействии лучистой энергии.

БИЛЕТ № 9

1. Методы исследования гемодинамики глаза. Офтальмоплетизмография, реоофтальмография, офтальмодинамометрия, ультразвуковая допплерография. Показания их к применению.
2. Хламидийные заболевания глаз. Этиология и эпидемиология, патогенез, клиническое течение, методы диагностики. Осложнения и последствия. Медикаментозное и хирургическое лечение, диспансерный контроль, профилактика.
3. Вторичная катаракта: причины развития, способы рассечения задней капсулы хрусталика (механическая капсулотомия, ИАГ - лазерная дисцизия), показания, осложнения, их профилактика.

БИЛЕТ № 10

1. Орбита (глазница), стенки орбиты. Зрительное отверстие и канал зрительного нерва, верхняя глазничная щель, нижняя глазничная щель. Отношение орбиты к придаточным пазухам носа и полости черепа. Фасциальные пространства в орбите.
2. Сухой кератоконъюнктивит (первичный и вторичный синдром Съёгрена или Шёгрена, синдром «сухого глаза»).
3. Изменения органа зрения при ВИЧ - инфекции: этиология, эпидемиология, клиника, лечение, прогноз.

БИЛЕТ № 11

1. Гониоскопия. Техника исследования. Гониоскопическая картина в норме и при патологии. Значение данных гониоскопии для диагностики и лечения заболеваний глаз. Гониоскопия при глаукоме. Дифференциальная диагностика патогенетических форм первичных глауком.
2. Абсцесс и флегмона орбиты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Грибковые поражения роговой оболочки. Этиология, патогенез, диагностика, клиника, профилактика, лечение, исходы.

БИЛЕТ № 12

1. Исследование слезопродукции и качественного состава слезы. Пробы Ширмера, Норна.
2. Дакриоаденит. Новообразования слезных желез. Клиника, диагностика, лечение.
3. Ретинобластома (глиома). Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

БИЛЕТ № 13

1. Острота зрения. Ее назначение и методы определения. Особенности определения остроты зрения у детей. Значение исследования остроты зрения при проф. отборе. Формула Снеллена. Способы выявления симуляции.
2. Дистрофические изменения сетчатой оболочки. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
3. Неглаукомная офтальмогипертензия; классификация, клиника, дифференциальная диагностика с первичной открытоугольной глаукомой.

БИЛЕТ № 14

1. Патология глазодвигательного аппарата. Мнимое косоглазие. Гетерофория. Ортофория. Паралитическое и содружественное косоглазие. Их этиология и патогенез. Дифференциальный диагноз паралитического и содружественного косоглазия.
2. Возрастная (старческая) катаракта. Этиология, патогенез, диагностика, клиника. Способы экстракции катаракты: ИЭК, ЭЭК, ультразвуковая факоэмульсификация, лазерная экстракция катаракты, тоннельная экстракция катаракты. Особенности технологий, критерии их выбора, преимущества и недостатки.
3. Симпатическая офтальмия. Патогенез. Симптоматика. Методы лечения и профилактика. Показания к энуклеации травмированного глаза.

БИЛЕТ № 15

1. Периферическое зрение. Его значение и современные методы определения. Границы поля зрения на белый и другие цвета. Основные виды нарушения полей зрения.
2. Изменения органа зрения при диабете. Диабетическая ретинопатия: стадии развития заболевания, особенности клинического течения, показания к консервативному и хирургическому лечению.
3. Отслойка сетчатки. Классификация. Этиология. Клиника. Современные методы диагностики и лечения.

БИЛЕТ № 16

1. Прогрессирующая и осложненная близорукость, патогенетические аспекты лечения.
2. Неврит зрительного нерва (папиллит, ретробульбарный неврит). Этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Химические и термические ожоги глаз. Классификация, клиника, осложнения, исходы. Неотложная помощь. Лечение ожогов и их последствий. Профилактика поражений глаз на производстве.

БИЛЕТ № 17

1. Аккомодация. Ее механизмы. Абсолютная и относительная аккомодация. Формула расчета объема аккомодации. Связь аккомодации с конвергенцией. Методы исследования аккомодации. Расстройства аккомодации и методы их лечения.
2. Заболевания роговой оболочки. Общая симптоматика. Экзогенные и эндогенные кератиты.
3. Кератопротезирование: интраламеллярное, сквозное, несквозное. Виды кератопротезов, показания к операции, особенности послеоперационного ведения. Осложнения.

БИЛЕТ № 18

1. Прогрессирующая и осложненная близорукость, патогенетические аспекты лечения.
2. Хронический дакриоцистит. Флегмона слезного мешка. Дакриоцистит новорожденных. Их этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение, исходы. Основные методы хирургического восстановления слезоотведения.
3. Застойный диск зрительного нерва. Этиология, клиника, диагностика.

БИЛЕТ № 19

1. Бинокулярное зрение. Анатомические и физиологические условия, необходимые для осуществления бинокулярного зрения. Работа глазодвигательных мышц.

Глубинное (стереоскопическое) зрение. Методы определения бинокулярного зрения.
2. Туберкулезные кератиты. Гематогенный кератит, его основные формы - глубокий, диффузный, очаговый, склерозирующий. Патогенез. Течение, исходы. Лечение.
3. Анофтальмический синдром: клиника, диагностика, методы коррекции. Имплантационные материалы в глазном протезировании.

БИЛЕТ № 20

1. Система задних коротких и длинных цилиарных артерий. Две системы кровоснабжения сосудистого тракта глаза, их значение для развития патологических процессов.
2. Проникающие ранения глаз. Симптомы, неотложная помощь, принципы хирургической обработки роговичных и склеральных ран.
3. Дистрофические процессы радужной оболочки и цилиарного тела. Клиника, диагностика, осложнения, прогноз.

БИЛЕТ № 21

1. Физиология зрительного акта. Опосредованное восприятие света глазом человека. Последовательное формирование зрительных образов. Роль коры головного мозга в зрительном акте и формировании зрительных образов.
2. Нейропаралитический кератит. Причины и механизм развития. Клиническое течение, осложнения. Принципы лечения.
3. Наружный экссудативный ретинит Коатса. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

БИЛЕТ № 22

1. Анатомия слезопродуцирующих и слезоотводящих органов. Механизм всасывания и проведения слезы. Методы исследования слезоотводящих путей.
2. Новообразования радужной оболочки и цилиарного тела. Методы диагностики. Клиника. Принципы оперативного лечения. Показания к энуклеации. Иридопластические операции.
3. Герпетические кератиты. Их место и значение среди других заболеваний роговицы. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, клиника, осложнения, возможные исходы, лечение.

БИЛЕТ № 23

1. Веки: форма, положение, строение. Особенности кожи век у взрослых и детей.
2. Кератоконус, кератоглобус. Диагностика, клиника. Консервативное и хирургическое лечение.
3. Интраокулярная коррекция афакии: показания и противопоказания, имплантационные материалы, характеристика ИОЛ, в зависимости от месторасположения и типа фиксации, критерии выбора ИОЛ, расчет оптической силы ИОЛ.

БИЛЕТ № 24

1. Конъюнктива. Три ее отдела, особенности гистологического строения каждого из них.
2. Друзы диска зрительного нерва. Этиология, клиника, диагностика.
3. Склерит. Гнойный склерит. Негнойный (грануломатозный) склерит. Этиология, диагностика, клиника, лечение, исходы.

БИЛЕТ № 25

1. Эволюция органа зрения. Развитие световоспринимающего аппарата в филогенезе. Конвертированный и инвертированный тип сетчатки. Развитие глаза человека в онтогенезе.
2. Туберкулезно-аллергический кератит. Клиника и течение. Лечение. Профилактика.
3. Острая ишемическая оптическая нейропатия – передняя, задняя. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

БИЛЕТ № 26

1. Физическая рефракция глаза. Оптическая система глаза, ее характеристика. Редуцированный и схематический глаз.
2. Центральная серозная хориоретинопатия. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Тромбофлебит орбитальных вен и тромбоз пещеристой пазухи. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

БИЛЕТ № 27

1. Клиническая рефракция глаза. Виды клинической рефракции: эмметропия, гиперметропия, миопия. Астигматизм. Их клиническая характеристика. Методы определения клинической рефракции. Оптические средства коррекции аметропий и принципы их назначения.
2. Первичная глаукома. Классификация, клиника диагностика, принципы лечения. Современные представления о патогенезе.
3. Новообразования роговой оболочки. Классификация, морфология, клиника, принципы лечения, прогноз.

БИЛЕТ № 28

1. Профилактическая лазерная коагуляция сетчатки при миопии высокой степени: показания, типы вмешательств, техника вмешательства, особенности клинического течения, осложнения, их профилактика и лечение.
2. Новообразования хориоидеи. Методы диагностики, клиника, лечение.
3. Острая ишемическая оптическая нейропатия – передняя, задняя. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

БИЛЕТ № 29

1. Склеропластические операции при миопии высокой степени: показания, противопоказания, виды вмешательств, техника операций, особенности клинического течения, осложнения, их профилактика и лечение.
2. Юкстапапиллярный ретинохориоидит Йенсена. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Осложнения проникающих ранений глазного яблока. Профилактика осложнений.

БИЛЕТ № 30

1. Контактная коррекция зрения: показания, противопоказания, типы контактных линз, осложнения, их профилактика и лечение.
2. Вторичная глаукома: этиология, патогенез, клинические формы, лечение, прогноз. Гипотензия глаза: этиология, клиника, лечение, прогноз.
3. Токсическая метилалкогольная оптическая нейропатия. Этиология, клиника, диагностика, лечение.