

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

УТВЕРЖДЕНО

решением Ученого совета Института медицины,
экологии и физической культуры

Протокол №10/180 от «27» 06 2016 г.



Протокол №10/180 от «27» 06 2016 г.
Протокол №10/180 от «27» 06 2016 г.
Протокол №10/180 от «27» 06 2016 г.

(Подпись, расшифровка подписи)
В.И. Мидленко

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ**

Дисциплина:	Офтальмология
Кафедра:	Факультетской хирургии

Специальность : 31.08.59 - Офтальмология

Дата введения в учебный процесс УлГУ: «01» сентября 2016 г.

*Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № 1 от 30.08 2017 г.

*Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № 11 от 19.06 2018 г.

*Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № ___ от ___ 20__ г.

Сведения о разработчиках:

Ф.И.О.	Аббревиатура кафедры	Ученая степень, звание
Возженников А. Ю.		к.м.н., доцент

Заведующий кафедрой	
А.Л. Чарышкин / <i>(Подпись)</i>	
« 26 » 05	20 16 г.

Ульяновск, 2016 г

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

1. Цели и задачи практики

Цель: закрепление теоретических знаний по специальности **31.08.59 "Офтальмология"**, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-офтальмолога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

Задачи первого года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. Уметь правильно и максимально полно опрашивать больного с жалобами со стороны глаз, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни;
2. Уметь проводить стандартное офтальмологическое обследование (визометрией, биомикроскопией, рефрактометрией, прямой и обратной офтальмоскопией)
3. Уметь правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского, магнитно-резонансной томографии и пр.)
4. Уметь выявлять основные жалобы, проводить дифференциальную диагностику при нарушениях аккомодации и аметропиях;
5. Проводить обследование и определять лечебную тактику при заболеваниях век, конъюнктивы, слезных органов;
6. Уметь определять показания и противопоказания для различных путей введения лекарственных средств (инстилляций, введения в слезоотводящие пути, в виде периокулярных инъекций и пр.).
7. Уметь владеть методами оказания экстренной первой (догоспитальной) офтальмологической помощи при urgentных состояниях (при травмах органа зрения, острых нарушениях кровообращения в сосудах глаза, острой потере зрения, острой офтальмогипертензии и пр.).

Задачи второго года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. Уметь проводить специфическое обследование (владеть тонометрией, гониоскопией, периметрией и пр.)
2. Уметь оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую офтальмологическую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту (в отделении неотложной помощи, офтальмологическом стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.)
3. Уметь проводить обследование и дифференциальную диагностику у пациентов с содружественным косоглазием
4. Уметь определять основные симптомы при поражении тканей орбиты различной этиологии;
5. Уметь проводить дифференциальную диагностику кератитов и склеритов с определением лечебной тактики
8. Уметь определять объем клиничко-лабораторного обследования пациентов с поражением сосудистой оболочки, проводить дифференциальную диагностику увеитов, определять лечебную тактику
9. Уметь проводить полное обследование пациентов с заболеваниями сетчатки, стекловидного тела, хрусталика;
10. Уметь проводить полное обследование пациентов с глаукомой, определять объем и вид лечебного воздействия, разъяснять пациентам важность регулярного диспансерного наблюдения у офтальмолога при этом заболевании.

2. Место практики в структуре ОПОП

В соответствии ФГОС ВО по специальности **31.08.59 "Офтальмология"**.
(код и название специальности)

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Производственная (клиническая) практика является обязательным разделом основной профессиональной образовательной программы. Относится к «Блоку 2.1 Базовая» ОПОП и базируется на освоенных дисциплинах Б1.Б1 "Офтальмология" базовой и Б1.В.ОД.4 "Симуляционный курс"; Б1.В.ДВ.1 "Терапевтическая офтальмология", "Хирургическая офтальмология"; Б1.В.ДВ.2 "Повреждения органа зрения", "Патология органа зрения у детей" вариативной части программы.

3. Перечень планируемых результатов обучения при прохождении практики

Номер/ индекс компете нции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
		Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
ПК 6	<i>Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи</i>	<p>причины ятрогенных осложнений и ошибки в терапевтической практике при лечении заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата, способы их предупреждения</p> <p>- показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов</p> <p>- методы лечения заболеваний органа зрения</p> <p>- лекарственные средства, используемые на каждом этапе лечения заболеваний органа зрения</p> <p>- алгоритм</p>	<p>предпринимать меры профилактики осложнений при лечении заболеваний органа зрения</p> <p>- информировать пациента об осложнениях</p> <p>- установить эмоционально-психологический контакт с пациентом, мотивировать пациента к осмотру</p> <p>- оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой при заболеваниях органа зрения при течении соматических заболеваний</p> <p>- осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств при лечении заболеваний органа зрения</p> <p>- составить</p>	<p>навыками работы на стандартном и высокотехнологическом офтальмологическом оборудовании</p> <p>- навыками работы в глобальных компьютерных сетях</p> <p>- методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях</p> <p>- алгоритмом лечения пациентов с заболеваниями органа зрения</p> <p>- мануальными навыками и техниками проведения обследования и лечения заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата</p> <p>- навыками заполнения учетно-отчетной документации врача-</p>	<p>Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам</p>

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

		лечения заболеваний органа зрения	план лечения пациентов с заболеваниями органа зрения с учетом имеющихся соматических заболеваний	офтальмолога	
--	--	-----------------------------------	--	--------------	--

4. Клинические базы и сроки проведения практики

Клинические базы: стационары профильных лечебно-профилактических учреждений - ГУЗ УОКБ, ГУЗ ЦГКБ, ГУЗ ОДКБ.

Сроки проведения практики: 1 год обучения с 02.02.2017 по 27.07.2017 г.

2 год обучения с 19.01.2017 по 17.06.2017 г.

5. Объем практики, ее продолжительность (в неделях либо в академических часах в соответствии с рабочим учебным планом) - 60 ЗЕ, 2160 академических часов.

6. Содержание практики

№ п/п	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов		Формируемые профессиональные компетенции, включающие в себя способность/готовность:	Форма контроля
			ЗЕ	акад.час		
Первый год обучения 34 ЗЕ, 1224 часа или 22 и 2/3 недели						
1	Заболевания органа зрения	ГУЗ УОКБ Отделение микрохирургии глаза	22	учебных часов 792 недель 14 2/3	ПК – 6	зачет
2	Заболевания органа зрения у жителей промышленного города	ГУЗ ЦГКБ отделение микрохирургии глаза	6	учебных часов 216 недель 4	ПК – 6	зачет
3	Физиология и патология органа зрения в детском возрасте	ГУЗ ОДКБ Глазное отделение	6	учебных часов 216 недель 4	ПК – 6	зачет
Второй год обучения 26 ЗЕ., 936 часов – 17 1/3 недель						
1	Консервативная офтальмология	ГУЗ УОКБ Отделение микрохирургии глаза	12,5	учебных часов 450 недель 8 1/3	ПК – 6	зачет
2	Оперативная офтальмология	ГУЗ УОКБ Отделение микрохирургии глаза	13,5	учебных часов 486 недель 9	ПК – 6	зачет

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение практики

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

а) основная литература:

1. Глазные болезни: Учебник / Под ред. В.Г. Копаевой. – М.: Медицина, 2012.
2. Офтальмология : учебник для учреждений высш. проф. образования / под ред. Е. И. Сидоренко. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
3. Девяткин, А. А. Офтальмология : Учебное пособие / А. А. Девяткин, М. В. Трифонова, Т. В. Колесникова ; Девяткин А. А. - Самара : РЕАВИЗ, 2012

б) дополнительная литература:

1. Аветисов Э.С. Близорукость, изд. второе. – М., «Медицина», 2002.
2. Аветисов Э.С. Нистагм. М., 2001.
3. Актуальные вопросы детской офтальмохирургии. М., 2002.
4. Алгоритм лечения острых инфекционных конъюнктивитов, направленный на предупреждение развития синдрома сухого глаза. Пособие для врачей. Сост.: Майчук Ю.Ф. с соавт.. – МНИИ ГБ, 2000.– 20с.
5. Астахов Ю.С. и др. Глазные болезни. СПб., 2004.
6. Атлас глазных болезней / под редакцией Н.А.Пучковской/, М., 1981.
7. Балашевич Л.И. Глазные проявления диабета. СПб., 2004 г.
8. Балашевич Л.И. Рефракционная хирургия.– СПб, МАПО, 2000.
9. Близорукость (патогенез, профилактика, лечение). Сост.: Мошетьова Л.К., Корецкая Ю.М., М., 2001.–19 с.
10. Бровкина А.Ф. Руководство по офтальмоонкологии. М., 2001.
11. Васкулит диска зрительного нерва. Клиника, диагностика, этиопатогенез и лечение. Сост.: Мошетьова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–17с.
12. Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении. М., 2001.
13. Глазные болезни в вопросах и ответах / под редакцией Т. И. Должич/, Ростов-на-Дону, 2000.
14. Гундорова Р.А. Кашников В.В. Повреждения глаз в чрезвычайных ситуациях. М., 2002.
15. Гундорова Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М.. Травмы глаза. М., Медицина, 1986.
16. Гундорова Р.А., Нероев В.В., Антонюк С.В.. Факоемульсификация травматических катаракт. М., 2003.
17. Густов А.В.. и др. Практическая нейроофтальмология. Н.Новгород, 2000.
18. Дедов И.И. и др. Сахарный диабет: ретинопатия, нефропатия. М., 2001.
19. Джалиашвили О.А. и др. Первая помощь при заболеваниях и повреждениях глаз. СПб., 1999.
20. Захаров В.Д.. Витреоретинальная хирургия. М., 2003.
21. Зиангирова Г.Г. и др. Опухоли сосудистого тракта глаза. М., 2003.
22. Катаргина Л.А. Архипова Л.Т. Увеиты. М., 2004.
23. Катаргина Л.А. Хватова А.В. Эндогенные увеиты у детей и подростков. М., Медицина, 2000.
24. Клиника, патогенез и лечение изолированного (идиопатического) ангиита сетчатки. Учебно-методическое пособие. Сост.: Мошетьова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–27с.
25. Клиническая физиология зрения. / под редакцией А. М. Шамшиновой, А.А.Яковлева, Е.В.Романовой, М., 2002.
26. Клинические критерии оценки степени вреда здоровью при повреждении органа зрения. Методические указания. Сост.: Мошетьова Л.К., Кочергин С.А. и др. М., 2001.–12с.
27. Клинический атлас патологии глазного дна. / под редакцией Лысенко В.С. Канцельсон Л.А.. / М:ГЭОТАР, 2004 г.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

28. Клинический атлас Травмы глаза. Гундорова Р.А. Кашников В.В. Нероев В.В., Новосибирск С.О. РАМН, 2005.
29. Коровенков Р.И.. Глазные симптомы, синдромы, болезни (справочник). СПб., 1999.
30. Курс пластической хирургии (в 2-х томах). / под. ред. Пшениснова К. П. Рыбинский дом печати, 2010.
31. Майчук Ю.Ф. «Паразитарные заболевания глаз», М., 1988.
32. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаз. М., 1981.
33. Махачева З.А. и др. СПИД и глаз. Махачкала, 2001.
34. Наследственные и врожденные заболевания сетчатки и зрительного нерва / под редакцией Шамшиновой А.М., М., Медицина, 2001 г.
35. Национальное руководство по глаукоме. / Под ред. Егоров Е.А., Астахова Ю.С., Шуко А.Г. ГЭОТАР, 2008.
36. Нестеров А.П. Глаукома. М., 1995.
37. Никифоров А.С., Гусева М.Р. Нейроофтальмология:руководство. Гэотар-медиа, 2008.
38. Офтальмоонкология руководство для врачей. Саакян С.В., Пантелеева О.Г, М., 2002.
39. Показатели гидродинамики в диагностике глаукомы больных сахарным диабетом второго типа. Учебное пособие для врачей. Сост.: Мошетова Л.К., Корецкая Ю.М., Алексеев И.Б., Воробьева И.В. М., 2001.–6 с.
40. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Т.. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика лечение. М., 2000.
41. Поражение глаз при болезни Бехчета. Клиника, диагностика, патогенез, лечение. Учебно-методическое пособие. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–29с.
42. Поражение сосудов сетчатки при системной красной волчанке. Клиника, диагностика и лечение. Учебно-методическое пособие. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–23с.
43. Пучковская Н.А. и др. Ожоги глаз. М., 2001.
44. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии, руководство для врачей /под редакцией Е.А. Егорова/ М., из. Литтерра 2004.
45. Синдром «сухого глаза» (клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации. Сост.: Мошетова Л.К., Корецкая Ю.М. и др., М., 2002 с.24
46. Степанов А.В.. и др. Контузия глаза. СПб., 2005.
47. Танковский В.Э.. «Тромбозы вен сетчатки», М., 2000.
48. Тарасова Л.Н. и др. «Глазной ишемический синдром», М., 2003.
49. Трон Е.Ж. Заболевания зрительного пути. М., 1965.
50. Флюоресцентная ангиография в диагностике, патологии глазного дна /под редакцией Нероева В.В., Рябиной М.В., М., 2005.
51. Хирургическое лечение кератоконуса. Методические рекомендации. Сост.: Батманов Ю.Е. Слонимский А.Ю., М., 2004.– 13с.
52. Ченцова О.Б. Туберкулёз глаз. М., Медицина, 1990.– 256с.

в) базы данных, информационно-справочные системы:

Pub med - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Эл. библиотека e-library - <http://elibrary.ru/defaultx.asp>

Перечень электронно-библиотечных систем, к которым имеется доступ в УлГУ:
IPRbooks

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Springer
Science
Nature
Taylor and Francis Group
Elibrary
Oxford Russia Fund eLibrary
Polpred.com.
ISPG Collection
Cambridge University Press

8. Материально-техническое обеспечение практики

Указывается, какое материально-техническое обеспечение необходимо для полноценного прохождения практики.

Для реализации программы практики ординатуры перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

- аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;
- аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;
- помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, щелевая лампа, офтальмоскоп налобный бинокулярный, офтальмоскоп ручной, аппарат для проверки остроты зрения, диагностические линзы, офтальмологический фактоэмульсификатор, операционный микроскоп, набор пробных очковых линз и призм, набор для подбора очков слабовидящим, периметр поля зрения (периграф), прибор для измерения внутриглазного давления, прибор для определения остроты зрения, бинокулярного и стереоскопического зрения, проектор знаков, синоптофор (для диагностики и лечения косоглазия), цветотест, эхоофтальмограф, кератометр (кератограф) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации.

Для применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий имеются виртуальные аналоги, позволяющие обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью. Используется в организации электронно-библиотечная система (электронная библиотека) и библиотечный фонд укомплектован печатными изданиями из расчета не менее 50 экземпляров каждого из изданий основной литературы, перечисленной в рабочих программах дисциплин

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

(модулей), практик, и не менее 25 экземпляров дополнительной литературы на 100 обучающихся.

9. Фонд оценочных средств по практике

Целью создания ФОС производственной (клинической) практики является установление соответствия уровня подготовки ординатора на данном этапе обучения требованиям рабочей программы практики (РПП).

ФОС для проведения контроля по практике включает в себя:

- формируемые в процессе освоения основной образовательной программы компетенции;
- формируемые компетенции в соответствии с ФГОС ВО;
- описание критериев оценивания.

9.1. Вопросы к зачету

Перечень вопросов формируется отдельно для каждой компетенции

Индекс компетенции	№ задания, формулировка вопроса
ПК-6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте общее определение косоглазия. 2. Как и когда осуществить профилактику рефракционного косоглазия? 3. В каком возрасте и зачем детям необходимо проверять зрительные функции и клиническую рефракцию? 4. Какой угол косоглазия называется первичным, вторичным? 5. Назовите признаки первичного содружественного косоглазия, его отличия от вторичного. 6. Перечислите симптомы паралитического косоглазия. 7. Дайте общее определение амблиопии. 8. Дайте характеристику содружественного аккомодационного монолатерального косоглазия с аметропией и анизометропией. 9. Дайте характеристику альтернирующего косоглазия и какие его возможные преимущества перед монолатеральным. 10. Дайте общее определение аккомодационного косоглазия. 11. Какова последовательность лечения аккомодационного косоглазия в сочетании с амблиопией одного глаза? 12. Какова последовательность в лечении неаккомодационного косоглазия с амблиопией? 13. К какому возрасту ребенка должны быть закончены все три этапа лечения косоглазия с амблиопией и аметропией? 14. Назовите показатели, положенные в основу классификации содружественного косоглазия. 15. Дайте пример клинического диагноза одного из видов косоглазия у детей, исходя из классификации. 16. Какие приборы применяют для восстановления бинокулярного зрения? 17. Каковы критерии выбора оперативного вмешательства при первичном, постоянном содружественном неаккомодационном, альтернирующем, сходящемся косоглазии? 18. Назовите признаки скрытого косоглазия.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

	<p>19. Какие Вам известны методы определения величины угла косоглазия?</p> <p>20. Назовите факторы, способствующие появлению содружественного косоглазия.</p> <p>21. Назовите заболевания, при которых нарушается бинокулярное зрение.</p> <p>22. Перечислите приборы для тренировки бинокулярного зрения.</p> <p>23. Основные виды зрения.</p> <p>24. Методы исследования остроты зрения у взрослых и детей.</p> <p>25. Методы определения расстройств цветоощущения.</p> <p>26. Темновая адаптация.</p> <p>27. Виды исследования полей зрения.</p>
--	--

Критерии оценки производственной (клинической) практики ординатора:

«зачтено» - заслуживает ординатор, полностью освоивший программу производственной (клинической) практики и безошибочно выполняющий предложенный для контроля навык.

«не зачтено» - выставляется ординатору, выполнившему программу производственной (клинической) практики и допускающему при выполнении контрольных заданий грубые ошибки.

9.2 Ситуационные задачи

Индекс компетенции	№ задания, условие задачи (формулировка задания)
ПК-6	<p>Задача № 1 Ваша 66-летняя бабушка разбила очки для чтения и до того, как приобрести новые, которые ей прописал врач, набрала около десятка лишних очков у своих знакомых. В некоторых из них она читала легко, в других не очень, в третьих видела текст хуже, чем без очков. Она попросила Вас выбрать из принесенных очков те, которые ей прописал врач. Как это сделать?</p> <p>Задача № 2 У пациента дальнейшая точка ясного зрения находится в 50 см от глаза. Какая рефракция у данного пациента и какое требуется ему стекло для коррекции его аметропии?</p> <p>Задача № 3 Дальнейшая точка ясного зрения у пациента находится в 50 см от глаза, ближайшая в 8 см. Каков его возраст?</p> <p>Задача № 4 Пациент 67 лет обратился к окулисту с жалобами на плохое зрение вблизи. Очками пользуется давно, но несколько дней назад потерял их и теперь не может читать. Силу очков не помнит. Просит подобрать новые. При обследовании установлено: Vis OD = 0,5 с коррекцией – 0,5Д = 1,0; Vis OS = 0,2 с коррекцией – 1,75 Д = 1,0. Какой диагноз у Вашего пациента и какие очки Вы ему подберете?</p> <p>Задача № 5</p>

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

	<p>В школе при профилактическом осмотре у 13-летнего школьника фельдшер обнаружил снижение зрения и направил к окулисту. Школьник говорит, что ухудшение зрения вдаль стал замечать около года. Вблизи видит хорошо. Отец, с которым пришел мальчик, рассказывает, что сам страдает близорукостью и с детства носит очки. У мальчика установлено: $Vis\ OD = 0,2$ с коррекцией $-2,0D = 1,0$; $Vis\ OS = 0,3$ с коррекцией $-2,0 D = 1,0$. Ваш диагноз и дальнейшая тактика?</p> <p>Задача № 6</p> <p>На прием пришел 54-летний пациент. Работает в школе преподавателем математики. Примерно с 35-летнего возраста пользуется очками для близи. Последний раз очки для близи выписаны около 5 лет назад. Сейчас в них стал хуже видеть. После работы появляются головные боли, тяжесть в глазах. Отмечает снижение зрения и вдаль, хотя раньше, лет 10 назад, вдаль видел хорошо. Никаких патологических изменений со стороны глаз не обнаружено. Объективно: $Vis\ OD = 0,4$ с коррекцией $-2,0D = 1,0$; $Vis\ OS = 0,3$ с коррекцией $-2,0 D = 1,0$. Какая рефракция у данного пациента и какова причина ее возникновения?</p> <p>Задача № 7</p> <p>У 4-х летнего мальчика родители выявили снижение зрения. После атропинизации Вы нашли у ребенка при скиаскопии: $OD\ H_m +3,0D$; $OS\ H_m +3,0D$. Поставьте диагноз и выпишите очки ребенку.</p> <p>Задача № 8</p> <p>Портниха 42 лет, обратилась к окулисту с жалобами, что не может шить без очков, особенно вечером, при искусственном освещении. Месяц назад врач выписал очки $+1,25D$, но они ей мало помогают. При обследовании: $Vis\ OD = 0,8$ с коррекцией $-0,75D = 1,0$; $Vis\ OS = 0,7$ с коррекцией $-1,0 D = 1,0$. Скиаскопически: $R\ OD\ H +0,75 D$; $R\ OS\ H +1,0D$. Поставьте диагноз и выпишите очки пациентке. В чем заключается ошибка врача, выписавшего очки раньше?</p> <p>Задача № 9</p> <p>Лаборант 56 лет просит подобрать очки. Имеет очки $+3,0D$, но в них очень плохо видит. При обследовании: $Vis\ OD = 0,05$ с коррекцией $-6,0D = 1,0$; $Vis\ OS = 0,1$ с коррекцией $-1,0 D = 1,0$. Скиаскопически: $R\ OD\ H +6,0 D$; $R\ OS\ H +1,0D$. Поставьте диагноз и выпишите очки.</p> <p>Задача № 10</p> <p>Директор типографии, 49 лет, жалуется на очень плохое зрение. Носит очки $-18,0D$. В них плохо видит и вдаль и вблизи. Близорук с детства. Начал носить очки с 10-ти лет, постепенно их усиливая. Последние очки носит 7 лет. При обследовании: $Vis\ OD = 0,01$ с коррекцией $-18,0D = 1,0$; $Vis\ OS = 0,02$ с коррекцией $-26,0 D = 0,2$. Скиаскопически: $R\ OD\ M -36,0 D$; $R\ OS\ M -28,0D$. На глазном дне обширные круговые конусы, множественные атрофические хориоретинальные очажки в макулярной области, в окружности дисков зрительных нервов. Ваш диагноз и почему пациент так плохо видит в очках?</p> <p>Задача № 11</p> <p>Ребенку 2 года. Мать говорит, что у него иногда появляется сходящееся косоглазие, особенно когда он рассматривает вблизи рисунки. При осмотре создается впечатление, что глаза стоят правильно. Какие обследования необходимо сделать, чтобы установить правильный диагноз?</p>
--	--

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

	<p>Задача № 12 Пациенту 13 лет. При осмотре возникает подозрение, что у ребенка расходящееся косоглазие. Visus ОИ = 1,0 Какую зрительную функцию нужно исследовать, чтобы сказать точно имеется косоглазие или нет?</p> <p>Задача № 13 Девочка 3 лет. Постоянно с 2-х летнего возраста отмечается сходящееся содружественное косоглазие левого глаза. Visus OD = 1,0; Visus OS = 0,2 не поддается коррекции. Перечислите основные этапы обследования и лечения.</p> <p>Задача № 14 Мальчику 3,5 года. Косоглазие родители заметили с 2-х летнего возраста. Лечение не проводилось. Объективно: Visus OD = 0,8 не поддается коррекции; Visus OS = 0,05 не поддается коррекции. Левый глаз постоянно отклонен кнутри на 20° по Гиршбергу. При закрывании правого глаза левый встает прямо и движения его в полном объеме. Оптические среды и глазное дно без изменений. Какой Вы поставите предварительный диагноз? Перечислите основные этапы лечения данного заболевания.</p> <p>Задача № 15 Пациент 19 лет, после челюстно-лицевой травмы предъявляет жалобы на двоение и отклонение левого глаза кнаружи. Рентгенологически обнаружено повреждение внутренней стенки левой орбиты. Подвижность левого глаза отсутствует. Острота зрения правого и левого глаза равна 1,0 Угол косоглазия - 25°. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте лечение.</p> <p>Задача № 16 У девочки 4,5 лет год назад появилось косоглазие, в течение года она носит очки (+) 2,5 Д, но косоглазие не исправляется. Острота зрения правого глаза = 0,4 (+) 2,5 Д = 1,0, острота зрения левого глаза = 0,4 (+) 2,5 Д=1,0. Глазные яблоки отклоняются к носу попеременно, среды прозрачны, глазное дно без патологии. Какие исследования нужно провести? Сформулируйте диагноз, Определите лечение.</p> <p>Задача № 17 На прием к окулисту обратился молодой человек с жалобами на периодическое отклонение то одного, то другого глаза кнаружи после нагрузки. Объективно: Visus ОИ = 1,0. Глаза стоят прямо, но при закрывании одного глаза и быстром его открывании глаз делает установочное движение. Какое косоглазие у пациента и чем оно обусловлено? Что надо ему рекомендовать?</p> <p>Задача № 18 У мальчика 5 лет низкое зрение и косоглазие. Острота зрения правого глаза равна 0,1 М 3,5Д=1,0, острота зрения левого глаза = 0,1 М 3,5Д=1,0. Объективно: подвижность глазных яблок неограниченна, правый глаз отклонен кнаружи, оптические среды прозрачные, на глазном дне узкий миопический конус. Какие исследования необходимо провести? Сформулируйте диагноз. Определите лечение.</p> <p>Задача № 19 К офтальмологу обратился юноша с жалобами на двоение и отклонение правого глаза кнаружи. Указанные явления появились после удара</p>
--	---

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

	<p>ключкой по глазу. Объективно: Visus ОИ = 1,0. Правый глаз отклонен кнаружи на 30° по Гиршбергу. Движение глаза кнутри отсутствует. Двоение отмечается при взгляде прямо. Ваш диагноз и рекомендации.</p> <p>Задача № 20</p> <p>Девочка 12 лет жалуется на плохое зрение вдаль и вблизи. Были выписаны очки +3.0Д год назад, но она их не носит. Объективно: Visus OD = 0,1 с коррекцией + 3,0Д = 0,7; Visus OS = 0,1 с коррекцией + 3,0Д = 0,1. Скиаскопически: ROD +3,0 D; ROS + 3,0 D. Движения глазных яблок в полном объеме. Глаза стоят прямо. Поставьте диагноз и назначьте лечение. К чему может привести то обстоятельство, что девочка не носит очки?</p> <p>Задача № 21</p> <p>Девушка 19 лет жалуется на покраснение век, зуд, утомляемость глаз при зрительной нагрузке, понижение зрения.</p> <p><i>Объективно:</i> по углам глазной щели имеется пенистое отделяемое, края век утолщены, гиперемированы, у корня ресниц видны мелкие сероватые чешуйки. Ваш диагноз и лечение.</p> <p>Задача № 22</p> <p>В детское отделение поступил ребенок восьми месяцев. Несколько дней тому назад упал и ударился о ножку стула левой бровью. Вчера повысилась температура до 38,3. Стал вялым. Родители заметили припухлость верхнего века левого глаза.</p> <p><i>Объективно:</i> веко плохо поднимается, кожа его напряжена, гиперемирована с синюшным оттенком. Ваш осмотр показал, что со стороны глазного яблока внешних отклонений от нормы нет. О каком заболевании прежде стоит подумать? Какое лечение следует назначить?</p> <p>Задача № 23</p> <p>Девочка 3 лет после перенесенного паротита стала жаловаться на боли в правом глазу. Вскоре родители заметили, что верхнее веко покраснело, стало отечным, закрыло глазную щель, повысилась температура. Девочка стала плохо есть и спать.</p> <p><i>Объективно:</i> верхнее веко правого глаза гиперемировано, у наружного края глазной щели опущено, кожа его растянута, пальпация болезненна, особенно в наружной половине, где определяется плотный инфильтрат. Глазное яблоко несколько смещено книзу и кнутри, подвижность его кнаружи и кверху ограничена. Ваш диагноз и лечение.</p> <p>Задача № 24</p> <p>После выписки из роддома мать 1,5 месячного ребенка стала замечать, что у ее девочки во внутреннем углу правого глаза скапливается гнойное отделяемое. После промывания глаза 2 %-ным раствором борной кислоты гнойное отделяемое уменьшается, но полностью не ликвидируется. Подобное состояние длится уже более месяца.</p> <p><i>Объективно:</i> Правый глаз - в области внутреннего угла глаза и на корнях ресниц слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктура гиперемирована, роговица прозрачная. При надавливании на кожу в области внутреннего угла глаза и нижней слезной точки появляется слизисто-гнойное отделяемое. Левый глаз здоров. Ваш диагноз и лечение.</p> <p>Задача № 25</p> <p>Шофер 26 лет, в последнее время стал предъявлять жалобы на</p>
--	--

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

	<p>слезотечение, особенно беспокоящее его на улице и в холодное время года.</p> <p>При внешнем осмотре глаз Вы не отметили какой-либо патологии со стороны век, конъюнктивы и глазного яблока. Колларговая проба оказалась отрицательной.</p> <p>Какова возможная причина слезотечения у данного больного?</p> <p>Задача № 26</p> <p>У 40-летней женщины на медкомиссии при приеме на сезонную работу в леспромхоз обнаружено незначительное отделяемое из глазной щели, на слизистой век небольшое количество светло-серых полупрозрачных зерен. На конъюнктиве век, кроме того, видно большое количество линейных полосок белого цвета, расположенных неравномерно. Отдельные участки конъюнктивы значительно гиперемированы и отечны.</p> <p>Ваш диагноз и лечение.</p> <p>Задача № 27</p> <p>На прием обратилась женщина с девочкой 2 лет с жалобами на покраснение глаз у себя и у дочки, обильное гнойное отделяемое. Ребенок заболел 2 дня назад. У матери глаза покраснели спустя сутки. Девочка посещает детские ясли.</p> <p>При осмотре глаз у ребенка обнаружили засохшие корочки на ресницах, яркую гиперемию конъюнктивы, отек ее, множество мелких кровоизлияний. Роговица не изменена. Какой диагноз? Ваша тактика и лечение.</p> <p>Задача № 28</p> <p>Весной на прием привели мальчика 6 лет с жалобами на зуд век, светобоязнь и слезотечение. Из анамнеза выяснилось, что подобные явления у ребенка отмечались и раньше, прошлой весной и летом. Объективно: Верхние веки обоих глаз несколько утолщены, глазная щель сужена. Конъюнктивит век имеет легкий синеватый оттенок. На слизистой хряща верхнего века видны бугристые разрастания ткани, безболезненные. Конъюнктивит склеры слегка гиперемирована. Роговица и глубжележащие среды глаза не изменены. Ваш диагноз и лечение.</p> <p>Задача № 29</p> <p>У больной 70 лет на приеме, куда она обратилась для подбора очков, врач отметил на конъюнктиве век и сводов глаз многочисленные беловатые полоски – нежные рубчики. В нижнем своде одного из глаз обнаружены, кроме того, тонкие складки слизистой, натянутые между веком и склерой. Глаза спокойные, но на роговицах, больше в верхних отделах, поверхностное старое помутнение. Ваш диагноз и лечение.</p> <p>Задача № 30</p> <p>При осмотре в детском саду у трех детей из группы Вы обнаружили на конъюнктиве нижнего свода многочисленные полупрозрачные зерна. Слизистая не гиперемирована. На верхней переходной складке отмечается нежная бархатистость, полупрозрачных зерен нет. Ваш диагноз и лечение.</p> <p>ЗАДАЧА № 31</p> <p>4-х летнюю девочку привели по поводу светобоязни, слезотечения, блефароспазма, более выраженных слева. Эти симптомы появились вскоре после перенесенного ею ОРЗ. На поверхности роговицы</p>
--	--

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

	<p>инфильтрат округлой формы, располагающийся в ее оптической зоне. Чувствительность роговицы резко снижена. Ваш диагноз?</p> <p>ЗАДАЧА № 32</p> <p>Из дальнего села привезли женщину 84 лет, которая жалуется на боли в левом глазу. При осмотре отмечаются явления раздражения обоих глаз: светобоязнь, слезотечение и блефароспазм. Однако гиперемия выражена лишь в левом глазу. Краснота располагается вокруг лимба. По направлению к сводам она явно слабеет. Чувствительность роговицы сохранена. На фоне диффузного помутнения всей поверхности в ее оптической зоне имеется интенсивное желтоватое пятно. После инстилляци флюоресцеина стало видно, что один край этого инфильтрата приподнят, интенсивнее окрашен и имеет полулунную форму. В передней камере полоска гноя. Ваш диагноз? Какого осложнения следует опасаться в первую очередь?</p> <p>ЗАДАЧА № 33</p> <p>У больного с язвой роговицы произошла перфорация в центре. Выпала радужка. Какое бельмо может образоваться и каким последствиям это угрожает?</p> <p>ЗАДАЧА № 34</p> <p>К врачу обратился мужчина 28 лет, с жалобами на чувство засоренности, светобоязнь, покраснение и снижение зрения правого глаза. Болен 4 дня. Правый глаз заболел впервые. Травмы правого глаза не отмечает, но примерно 10 дней назад перенес ОРВИ. Острота зрения правого глаза = 0,5 не корректируется. Острота зрения левого глаза = 1,0. Объективно: правый глаз – слабая смешанная инъекция глазного яблока, в оптической зоне роговицы – поверхностный инфильтрат в виде «ветви». Глублежащие отделы глаза без патологии. Левый глаз здоров. Сформулируйте диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для подтверждения диагноза? Тактика врача.</p> <p>ЗАДАЧА № 35</p> <p>Правый глаз у ребенка 6 лет заболел после лихорадочного состояния. Жалобы на светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. При осмотре: левый глаз здоров, а в правом глазу смешанная инъекция. В роговице сероватый инфильтрат в виде ветки, окрашивается флюоресцеином, чувствительность роговицы снижена. Ваш диагноз и лечение?</p> <p>ЗАДАЧА № 36</p> <p>Несколько дней назад у больного удалили поверхностное инородное тело из роговицы. До этого, уже давно, он страдал слезотечением и гноетечением из глаза. Через день появились боли, светобоязнь, блефароспазм. Объективно: перикорнеальная инъекция глаза. На роговице в центре дефект ткани с желтоватым дном, инфильтрированным краем. Дефект окрашивается флюоресцеином. Радужка изменена в цвете, рисунок ступеван. На дне передней камеры гной около 2 мм, из слезного мешка через нижнюю слезную точку выдавливается гной. Поставьте диагноз, укажите необходимые дополнительные исследования. Назначьте лечение.</p> <p>ЗАДАЧА № 37</p>
--	--

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

	<p>При профилактическом осмотре у мужчины 33 лет обнаружено понижение зрения на правый глаз. Объективно: глаз спокоен, через центр роговицы с 5 до 11 часов видно помутнение в виде ленты, в толще которого идут полузапустевшие сосуды. На остальном протяжении роговица без изменений. Чувствительность сохранена.</p> <p>Ваш диагноз? Какое заболевание ранее перенес пациент? Ваши рекомендации.</p> <p>ЗАДАЧА № 38</p> <p>К врачу обратился гражданин 38 лет, с жалобами на снижение зрения и наличие бельма в правом глазу. Бельмо образовалось 2 недели назад после травматической эрозии роговицы.</p> <p>Острота зрения левого глаза = 1,0, левый глаз здоров.</p> <p>Острота зрения правого глаза = 0,3 не коррегируется.</p> <p>Объективно: правый глаз спокоен, в центральной зоне роговицы, эксцентрично кнаружи, отмечается неравномерной интенсивности, с четкими контурами, без сосудов помутнение в поверхностных и частично в средних слоях диаметром 4 мм.</p> <p>Передняя камера нормальной глубины. После расширения зрачка виден розовый рефлекс с глазного дна, острота зрения повысилась до 0,9.</p> <p>Сформулируйте диагноз. Тактика врача.</p> <p>ЗАДАЧА № 39</p> <p>В детскую поликлинику обратился мальчик 9 лет. Жалобы на сильные боли в правом глазу, ухудшение зрения, покраснение глаза, невозможность открыть глаз на свету. Накануне, во время игры на улице, в глаз что-то попало. Дома ребенок промыл глаза водой и глаз после этого успокоился. Однако утром появились вышеуказанные жалобы.</p> <p>О чем Вы подумаете? Какими методами необходимо обследовать глаз пациента?</p> <p>ЗАДАЧА № 40</p> <p>Из стационара выписывается пациент 18 лет после лечения по поводу дисковидного кератита. Объективно: глаз спокоен. В оптической зоне роговицы видно помутнение типа пятна размером 3x3 мм. Visus = 0,08 не корр.</p> <p>Нужно ли назначать лечение? Если да, то какое?</p> <p>Задача № 41</p> <p>Родители девочки 6-ти месяцев обратились к педиатру с жалобами на то, что ребенок не стал следить за игрушками, стал беспокойным. Объективно: было обнаружено увеличение размеров правого глазного яблока, роговица больше, чем слева, мутная. Слева роговица тоже большая, но прозрачная. Ваш диагноз и рекомендации родителям.</p> <p>Задача № 42</p> <p>В глазном отделении находится на обследовании женщина средних лет, у которой со стороны левого глаза выявлено следующее: острота зрения 1,0 поле зрения в норме. Периодически боли в глазу, сопровождающиеся затуманиванием зрения, появлением радужных кругов вокруг источника света, повышением ВГД до 40-49 мм.рт.ст. Эти обострения довольно быстро снимаются закапыванием 1% раствора пилокарпина до 6 раз в день. Второй глаз здоров. Как Вы решите поступить в данном случае? Выпишите пациентку на амбулаторное лечение или предложите ей операцию и почему?</p>
--	--

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Задача № 43

В офтальмологическое отделение был направлен гражданин 52 лет, с жалобами на сильную ломящую боль в левом глазу, сопровождающуюся головной болью больше в левой половине головы, снижение зрения левого глаза, покраснение глазного яблока, слезотечение. Указанные жалобы появились накануне, свое заболевание ни с чем не связывает.

Какие глазные заболевания наиболее часто дают подобную симптоматику? Дифференциальный диагноз. Почему ошибка в диагнозе в данном случае может привести к тяжелым последствиям?

Задача № 44

Мужчина 50 лет заметил, что не видит правым глазом. При обследовании у офтальмолога утверждает, что ослеп на правый глаз внезапно. При осмотре обнаружено: Vis OD= 0 - не корр.; OS = 0,8 – не корр. OD – глаз спокоен. Отмечается отсутствие пигмента у зрачкового края радужки. На глазном дне диск зрительного нерва серого цвета, краевая экскавация. OS – глаз спокоен. Легкое распыление пигмента на радужке. ВГД: OD - 32 мм.рт.ст. OS – 27 мм.рт.ст. Поставьте диагноз. Ваша тактика ведения больного.

ЗАДАЧА № 45

Вы – врач медицинской комиссии военкомата. При осмотре у юноши обнаружили понижение остроты зрения. Плохо видит с детства. Visus: OD = 0,4 (не корр.); OS 0,08 (не корр.). Объективно: глаза спокойные. Роговица прозрачная. Радужка с четким рисунком. Зрачок круглый, хорошо реагирует на свет. После расширения зрачка в проходящем свете обнаружено помутнение в центре, которое не смещается при движении офтальмоскопа. Помутнение имеет форму пятна. По периферии рефлекс с глазного дна розовый, в центре ослаблен. Какова причина снижения зрения у юноши?

ЗАДАЧА № 46

Мальчика 7 лет, темноволосого, с правильными чертами лица, с уравновешенным характером, но не по возрасту высокого роста и с необычайно длинными пальцами привели к педиатру в связи с тем, что он плохо видит в школе с доски.

Вы – опытный врач, поэтому лишь по внешнему виду больного заподозрили его заболевание. Какое заболевание у ребенка и какая причина понижения зрения при этом? Ваша дальнейшая тактика?

ЗАДАЧА № 47

Женщина привезла 2-х летнего сына из отдаленного села для осмотра к окулисту. Еще в 3-х месячном возрасте он не следил за игрушками. Область зрачков у него была не черной, как обычно, а белой. Ребенок родился недоношенным, весом 1800 г. После года физически развивался нормально. О чем здесь следует подумать в первую очередь?

ЗАДАЧА № 48

Врач педиатр при профилактическом осмотре у 11-месячного ребенка заметил неестественный сероватый цвет зрачков на обоих глазах. Зрачки 3 мм в диаметре, удовлетворительно реагируют на свет. Со слов матери ребенка, игрушки он различает, узнает родителей. Развивается ребенок нормально. Никакими инфекционными заболеваниями не болел. Глаза не краснели. Мать сказала, что на 3-м месяце беременности перенесла грипп в тяжелой форме. Какой Ваш предварительный диагноз? Какие

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА № 49

Юноше 16 лет. Полгода назад была удалена травматическая катаракта правого глаза, развившаяся после удара мячом по глазу в семилетнем возрасте.

Visus OD= 0,03 с корр. + 9, OD = 0,4; Visus OS= 1,0. Хорошо видно нормальное глазное дно на обоих глазах. Перенесет ли юноша такую очковую коррекцию? Что можно предпринять для восстановления бинокулярного зрения? Что может развиваться в правом глазу, если он не будет носить очки?

ЗАДАЧА № 50

Женщине 46 лет. Год назад произведена экстракапсулярная экстракция осложненной катаракты на левом глазу. Через месяц после операции со стеклом +11, OD зрение было равно 0,6, но затем стало постепенно снижаться и снизилось до 0,03 с корр.

При осмотре передняя камера глубокая. В области зрачка имеется сероватая, с неровной зернистой поверхностью пленка. Поставьте диагноз. Объясните, почему произошло образование пленки. Какое необходимо провести лечение?

ЗАДАЧА № 51

Больному 70 лет. Жалуется на низкое зрение левого глаза. 3 года назад на правом глазу была произведена какая-то операция, после чего глаз стал видеть. Visus OD = 0,02 с + 11, OD = 0,9; Visus OS = 0,01 не корр. При осмотре обнаружено: OD – глаз спокоен. Передняя камера глубокая, зрачок черного цвета. На 12 часах, у корня радужки небольшой, треугольной формы дефект ее ткани. При движении глаза легкие колебания радужки. Рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии. ВГД OD = 22 мм. рт. ст., OS – спокоен. Цвет зрачка равномерно серый, рефлекса с глазного дна нет.

Предположительный диагноз? Тактика лечения больного?

ЗАДАЧА № 52

Ребенку 1,5 года. Почти с момента рождения определяется сероватый цвет зрачков. С узкими зрачками рефлекс с глазного дна не определяется. При расширении зрачков в проходящем свете, на фоне розового рефлекса в центре видно затемнение в виде диска, диаметром около 3 мм. Глазное дно без патологии. Физически ребенок развит слабо, часто болеет. Поставьте диагноз. Какое лечение для глаз необходимо назначить ребенку?

ЗАДАЧА № 53

Больной 75 лет. Находится на «Д» учете по поводу катаракты левого глаза. При последнем обращении к окулисту врач сказал, что катаракта еще не созрела и велел прийти за направлением на операцию через месяц. Неделью назад у больного внезапно появилась боль в глазу, глаз покраснел. Была вызвана машина скорой помощи и больной доставлен в глазное отделение. При осмотре обнаружено: OS – выраженная застойная инъекция глазного яблока. Роговица лишена блеска, отечна. Передняя камера очень мелкая, влага ее прозрачная. Радужка в цвете не изменена. Зрачок широкий, овальной формы, на свет не реагирует. Хрусталик серого цвета с молочно-белым оттенком. Рефлекса с глазного дна нет. Visus OD = 0,2 не корр. Visus OS = pr.l. in certa. ВГД = 41 мм.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

	<p>рт. ст. Ваш диагноз и дальнейшая тактика?</p> <p>ЗАДАЧА № 54</p> <p>Больная 65 лет. 3 года назад оперирована на правый глаз по поводу катаракты. Сейчас заметно снизилось зрение на левый глаз. Объективно: Visus OD = 0,03 с + 12, ОД = 0,8; Visus OS = 0,4 не корр. ОД – глаз спокоен. Отмечается углубление передней камеры. Зрачок круглый, базальная колобома радужки на 12 часах. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно в норме. OS – глаз спокоен. Передняя камера средней глубины, зрачок круглый, серого цвета. В проходящем свете на фоне розового свечения зрачка видны по периферии помутнения в виде черного цвета спиц, которые движутся в сторону движения глаза. Глазное дно в тумане, изменений на глазном дне не обнаружено. Больная просит выписать очки. Возможно ли это? Какой диагноз Вы поставите больной?</p> <p>ЗАДАЧА № 55</p> <p>Больной 85 лет. Правый глаз ослеп 10 лет назад. К врачу не обращалась, но в последний год резко понизилось зрение левого глаза. Поэтому родственники привезли ее из села на осмотр к офтальмологу. При осмотре обнаружено: ОД – глаз спокоен, роговица чистая. Передняя камера глубокая, влага ее прозрачная. Отмечается дрожание радужки при движении глаза. Зрачок 3 мм в диаметре, круглый. Радужка атрофирована. Область зрачка в нижней половине серого цвета, вверху – черного. В верхней половине виден розовый рефлекс с глазного дна. OS- глаз спокоен. Роговица чистая. Передняя камера средней глубины. Зрачок серого цвета, рефлекса с глазного дна нет. Visus OD = 0; ВГД = 25 мм РТ ст; Visus OS = pr.l. in certa; ВГД = 21 мм РТ ст</p> <p>Ваш диагноз и дальнейшая тактика?</p> <p>ЗАДАЧА № 56</p> <p>Мальчик, 6 лет, жалуется на слезотечение, покраснение глаза, головную боль. Со слов родителей, ребенок в течение последней недели просыпается ночью из-за болей в правой половине головы. Плохо ест, часто трет правый глаз.</p> <p>Объективно: ОД – незначительная светобоязнь. Слабая перикорнеальная инъекция; роговица прозрачная, зрачок узкий, вяло реагирует на свет. Рисунок радужки нечеткий, цвет несколько темнее, чем слева, в стекловидном теле плавающие помутнения.</p> <p>Ваш диагноз? Какое местное лечение следует назначить в первую очередь?</p> <p>ЗАДАЧА № 57</p> <p>Для оформления в ясли-сад офтальмолог осмотрел девочку в возрасте 1 года и обнаружил, что зрачки обоих глаз имеют вид вертикального овала, суженного книзу. Зрачковая бахромка сохранена, зрачок хорошо реагирует на свет. При опросе матери выяснилось, что такую форму зрачка она заметила у дочери еще в роддоме.</p> <p>Ваш диагноз и рекомендации.</p> <p>ЗАДАЧА № 58</p> <p>В офтальмологическое отделение поступила женщина 40 лет с жалобами на сильные боли в левом глазу и в левой половине головы, снижение зрения. Боли усиливаются ночью. Заболела 3 дня назад после</p>
--	--

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

	<p>перенесенного простудного заболевания и повышения температуры до 39. Раньше ничем не болела.</p> <p>Объективно: OS – выраженная смешанная инъеция глазного яблока. На задней поверхности роговицы мелкие серые преципитаты. Радужка зеленого цвета, рисунок ее смазан (справа радужка голубого цвета). Зрачок неправильной формы (фестончатый). Рефлекс с глазного дна слабый. В стекловидном теле диффузная муть. Пальпация глаза резко болезненна. Ваш диагноз? Какие обследования необходимо назначить для выяснения этиологии заболевания?</p> <p>ЗАДАЧА № 59</p> <p>В офтальмологическое отделение поступил больной 42 лет с жалобами на сильные боли в глазу, резкое снижение зрения. Глаз воспалился 10 дней назад. Страдает увеитом в течение 3 лет. Периодически отмечаются обострения, которые после лечения проходят. Настоящее лечение не дает эффекта, глаз продолжает болеть и не успокаивается.</p> <p>Объективно: Visus OD= 0,02 не корригируется. ВГД = 41 мм РТ ст. Выраженная смешанная инъеция глазного яблока. Отек роговицы. Влага передней камеры прозрачная. Радужка гиперемирована, выраженный рубеоз. Зрачок узкий, точечный, на свет не реагирует. Радужка выбухает в переднюю камеру. Рефлекс с глазного дна не определяется из-за узкого зрачка и отека роговицы. Ваш диагноз и дальнейшая тактика?</p> <p>ЗАДАЧА № 60</p> <p>Девочка 9 лет страдает ревматизмом с 3-х летнего возраста. Последние 2 года у девочки периодически краснеют глаза. К врачу не обращались, т.к. покраснение проходило. Около 3-х месяцев назад девочка стала жаловаться, что очень плохо видит. Объективно: глаза спокойны. Роговица чистая. Радужка сероватого цвета. Зрачки обоих глаз неправильной звездчатой формы, на свет не реагируют. Область зрачка серого цвета больше слева. Visus OD = 0,01 не корр.; OS = 0,02 не корр. Ваш диагноз и рекомендации?</p>
--	---

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильное решение задач;
- показатель оценивания – процент правильно решенных задач;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
 - **высокий (отлично)** - более 80% правильно решенных задач;
 - **достаточный (хорошо)** – от 60 до 80 % правильно решенных задач;
 - **пороговый (удовлетворительно)** – от 50 до 60% правильно решенных задач;
 - **критический (неудовлетворительно)** – менее 50% правильно решенных задач.

9.3 Тесты (тестовые задания)

Индекс с компет енции	№ задания Тест (тестовое задание)
--------------------------------	--------------------------------------

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

ПК-6	<p>Самой тонкой стенкой орбиты является:</p> <p>а) наружная стенка; б) верхняя стенка; в) <u>внутренняя стенка</u>; г) нижняя стенка; д) правильно А и Б.</p> <p>Через верхнюю глазничную щель проходят:</p> <p>а) глазничный нерв; б) глазодвигательные нервы; в) основной венозный коллектор глазницы; г) <u>все перечисленное</u>; д) правильно Б и В.</p> <p>Канал зрительного нерва служит для прохождения:</p> <p>а) зрительного нерва; б) глазничной артерии; в) <u>и того, и другого</u>; г) ни того, ни другого.</p> <p>Слезный мешок расположен:</p> <p>а) внутри глазницы; б) вне глазницы; в) <u>частично внутри и частично вне глазницы</u>.</p> <p>Веки являются:</p> <p>а) придаточной частью органа зрения; б) защитным аппаратом органа зрения; в) <u>и тем, и другим</u>; г) ни тем, ни другим.</p> <p>При ранах век регенерация тканей:</p> <p>а) <u>высокая</u>; б) низкая; в) существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица; г) ниже, чем других областей лица.</p> <p>Ветвями глазничной артерии является:</p> <p>а) лобная артерия; б) надглазничная артерия; в) слезная артерия; г) <u>все перечисленное</u>; д) ни одна из перечисленных.</p> <p>Отток крови из век направляется:</p> <p>а) в сторону вен глазницы; б) в сторону лицевых вен; в) <u>в оба направления</u>; г) ни в одно из перечисленных.</p>
------	---

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:

- а) конъюнктивите;
- б) повышенном внутриглазном давлении;
- в) воспалении сосудистого тракта;
- г) любом из перечисленных;
- д) ни при одном из перечисленных.

К слезопroduцирующим органам относятся:

- а) слезная железа и добавочные слезные железки;
- б) слезные точки;
- в) слезные каналы;
- г) все перечисленное.

Иннервация слезной железы осуществляется:

- а) парасимпатической нервной системой;
- б) симпатической нервной системой;
- в) по смешанному типу;
- г) соматической нервной системой.

Слезноносовой канал открывается в:

- а) нижний носовой ход;
- б) средний носовой ход;
- в) верхний носовой ход;
- г) правильно Б и В.

Наименьшую толщину склера имеет в зоне:

- а) лимба;
- б) экватора;
- в) диска зрительного нерва;
- г) правильно А и Б.

Роговая оболочка состоит из:

- а) двух слоев;
- б) трех слоев;
- в) четырех слоев;
- г) пяти слоев;
- д) шести слоев.

Слои роговицы располагаются:

- а) параллельно поверхности роговицы;
- б) хаотично;
- в) концентрично;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно Б и В.

Питание роговицы осуществляется за счет:

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

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Сосудистый тракт глаза состоит из всех перечисленных слоев, кроме:

- а) хориоидеи;
- б) ресничного тела;
- в) радужки;
- г) сосудов сетчатки;
- д) правильно А, Б, В.

Функциональным центром сетчатки является:

- а) диск зрительного нерва;
- б) центральная ямка;
- в) зона зубчатой линии;
- г) правильно А и В;
- д) правильно А и Б.

Отток жидкости из передней камеры осуществляется через:

- а) область зрачка;
- б) капсулу хрусталика;
- в) зону трабекул;
- г) ничего их перечисленного;
- д) правильно А и Б.

Зрительный нерв выходит из орбиты глаза через:

- а) верхнюю глазничную щель;
- б) for. opticum;
- в) нижнюю глазничную щель.

Склера предназначена для:

- а) трофики глаза;
- б) защиты внутренних образований глаза;
- в) преломления света;
- г) всего перечисленного;
- д) ничего из перечисленного.

Сосудистый тракт выполняет:

- а) трофическую функцию;
- б) функцию преломления света;
- в) функцию восприятия света;
- г) все перечисленное.

Сетчатка выполняет функцию:

- а) преломления света;
- б) трофическую;
- в) восприятия света;
- г) все перечисленное.

Внутриглазную жидкость вырабатывает в основном:

- а) радужка;
- б) хориоидея;
- в) хрусталик;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

г) цилиарное тело.

Тенонова капсула отделяет:

- а) сосудистую оболочку от склеры;
- б) сетчатку от стекловидного тела;
- в) глазное яблоко от клетчатки орбиты;
- г) правильного ответа нет.

Боуменова мембрана находится между:

- а) эпителием роговицы и стромой;
- б) стромой и десцеметовой оболочкой;
- в) десцеметовой оболочкой и эндотелием; и) правильного ответа нет.

Положение зубчатой линии соответствует:

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

Хориоида состоит из слоя:

- а) мелких сосудов;
- б) средних сосудов;
- в) крупных сосудов;
- г) всего перечисленного;
- д) только А и Б.

Хориоида питает:

- а) наружные слои сетчатки;
- б) внутренние слои сетчатки;
- в) всю сетчатку;
- г) все перечисленное.

Зрительный нерв имеет:

- а) мягкую оболочку;
- б) паутинную оболочку;
- в) твердую оболочку;
- г) все перечисленное;
- д) правильно А и Б.

Влага передней камеры служит для:

- а) питания роговицы и хрусталика;
- б) преломления света;
- в) выведения отработанных продуктов обмена;
- г) всего перечисленного.

Мышечный аппарат глаза состоит из . . . экстраокулярных мышц:

- а) четырех;
- б) пяти;
- в) шести;
- г) восьми;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

д) десяти.

"Мышечная воронка" берет свое начало от:

- а) круглого отверстия;
- б) зрительного отверстия;
- в) верхней глазничной щели;
- г) нижней глазничной щели.

В пределах "мышечной воронки" находится:

- а) зрительный нерв;
- б) глазничная артерия;
- в) глазодвигательный и отводящий нерв;
- г) все перечисленное.

Стекловидное тело выполняет:

- а) трофическую функцию;
- б) "буферную" функцию;
- в) светопроводящую функцию;
- г) все перечисленное.

Ткани глазницы получают питание из:

- а) решетчатых артерий;
- б) слезной артерии;
- в) глазничной артерии;
- г) центральной артерии сетчатки.

Кровоснабжение глазного яблока осуществляется:

- а) глазничной артерией;
- б) центральной артерией сетчатки;
- в) задними цилиарными артериями;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно Б и В.

Короткие задние цилиарные артерии питают:

- а) роговицу;
- б) радужку;
- в) склеру;
- г) наружные слои сетчатки;
- д) все перечисленное.

Артериальный круг Геллера образован:

- а) длинными задними цилиарными артериями;
- б) короткими задними цилиарными артериями;
- в) решетчатыми артериями;
- г) мышечными артериями;
- д) правильно А и В.

Кровоснабжение цилиарного тела и радужки осуществляется:

- а) длинными задними цилиарными артериями;
- б) короткими задними цилиарными артериями;
- в) решетчатыми артериями;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- г) медиальными артериями век;
д) всеми перечисленными.

Отток крови от тканей глазницы осуществляется через:

- а) верхнюю глазничную вену;
б) нижнюю глазничную вену;
в) и ту, и другую;
г) ни ту, ни другую.

Венозный отток крови из глаза и глазницы происходит в направлении:

- а) кавернозного синуса;
б) крылонебной ямки;
в) вен лица;
г) всех перечисленных образований.

Центральная артерия сетчатки питает:

- а) хориоидею;
б) внутренние слои сетчатки;
в) наружные слои сетчатки;
г) все перечисленное.

Глазничный нерв является:

- а) чувствительным нервом;
б) двигательным нервом;
в) смешанным нервом;
г) верно А и Б;
д) верно Б и В.

Двигательную иннервацию экстраокулярных мышц осуществляют:

- а) глазодвигательный нерв;
б) отводящий нерв;
в) блоковый нерв;
г) все перечисленное;
д) только А и Б.

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

- а) 25% ;
б) 50% ;
в) 75% ;
г) 100 % .

Цилиарный узел содержит в себе:

- а) чувствительные клетки;
б) двигательные клетки;
в) симпатические клетки;
г) все перечисленное;
д) только А и В.

Развитие глаза начинается на:

- а) 1-2-ой неделе внутриутробной жизни;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- б) 3-ей неделе внутриутробной жизни;
- в) 4-ой неделе внутриутробной жизни;
- г) 5-ой неделе внутриутробной жизни.

Сосудистая оболочка образуется из:

- а) мезодермы;
- б) эктодермы;
- в) смешанной природы;
- г) верно А и Б.

Сетчатка образуется из:

- а) эктодермы;
- б) нейроэктодермы;
- в) мезодермы;
- г) верно А и В.

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.

При остроте зрения выше 1,0 величина угла зрения:

- а) меньше 1 минуты;
- б) равна 1 минут;
- в) больше 1 минуты;
- г) равна 2 минутам.

Впервые таблицы для определения остроты зрения составил:

- а) Головин;
- б) Сивцев;
- в) Снеллен;
- г) Ландольт;
- д) Орлова.

При парафовеолярной фиксации острота зрения у ребенка 10-12 лет равна:

- а) больше 1,0;
- б) 1,0;
- в) 0,8-0,9;
- г) меньше 0,5.

У новорожденных зрение проверяют всеми перечисленными способами, кроме:

- а) фиксации предметов глазами;
- б) двигательной реакции ребенка и кратковременному слезению;
- в) прямой и содружественной реакции зрачков на свет;
- г) кратковременному слезению.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

В современных таблицах для определения остроты зрения самые мелкие буквы и картинки видны под углом зрения в:

- а) 1 минуту;
- б) 2 минуты;
- в) 3 минуты;
- г) 4 минуты;
- д) 5 минут.

Если больной различает только первую строчку таблицы для определения остроты зрения с расстояния 1 метр, то он имеет остроту зрения, равную:

- а) 0,1;
- б) 0,05;
- в) 0,02;
- г) 0,01.

Отсутствие у больного светоощущения указывает на:

- а) интенсивное помутнение оптических сред глаза;
- б) распространенную отслойку сетчатки;
- в) поражение зрительного аппарата глаза;
- г) все перечисленное.

Колбочковый аппарат глаза определяет состояние следующих функций:

- а) светоощущение;
- б) адаптацию к свету;
- в) остроту зрения;
- г) цветоощущение;
- д) правильно В и Г.

Световая адаптация характеризуется:

- а) остротой зрения;
- б) величиной поля зрения;
- в) порогом различения;
- г) порогом раздражения;
- д) правильно В и Г.

Темновую адаптацию следует проверять у людей при:

- а) подозрении на пигментную абнотрофию сетчатки, при осложненной миопии высокой степени;
- б) авитаминозах, циррозе печени;
- в) хориоидитах, отслойке сетчатки, застое диска зрительного нерва;
- г) профессиональном отборе шоферов, авиаторов, водителей поездов, при военной экспертизе;
- д) всем перечисленном.

При зрительном утомлении наблюдается расстройство:

- а) световоспринимающего аппарата;
- б) двигательного аппарата;
- в) аккомодационного аппарата;
- г) всего перечисленного;
- д) только А и В.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

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.

Аккомодативная астиопия развивается при всем перечисленном, за исключением:

- а) нарушения фузионных возможностей зрительного анализатора;
- б) ослабления аккомодации;
- в) некоррегированных аномалий рефракции.

Мышечная астиопия глаз развивается при:

- а) несоответствии между аккомодацией и конвергенцией;
- б) недостаточности аккомодации и слабой конвергенции;
- в) низкой остроте зрения;
- г) всем перечисленным;
- д) правильно А и Б.

Для формирования бинокулярного зрения необходимо следующее условие:

- а) параллельное положение осей обоих глаз;
- б) нормальная конвергенция осей при взгляде на близко расположенные предметы;
- в) ассоциированные движения глаз в направлении фиксируемого предмета, нормальная фузия;
- г) острота зрения обоих глаз не менее 0,4;
- д) все перечисленное.

Критерием проверки стереоскопического зрения является:

- а) различная четкость видения предметов на различном расстоянии от глаз;
- б) различная насыщенность цвета окружающих предметов;
- в) физиологическое двоение предметов, находящихся на разном расстоянии от глаз;
- г) в светотени на предметах при разном удалении их от глаз;
- д) все перечисленное.

При монокулярном зрении страдают следующие функции зрительного анализа:

- а) снижается световая адаптация;
- б) ухудшается цветовое зрение;
- в) периферическое зрение;
- г) стереоскопическое зрение;
- д) правильно В и Г.

Адаптация глаз - это:

- а) видение предметов при слабом освещении;
- б) способность глаза различать свет;
- в) приспособление глаза к различным уровням яркости света;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

г) все перечисленное.

Фузионный рефлекс появляется у ребенка к:

- а) моменту рождения;
- б) 2 месяцам жизни;
- в) 4 месяцам жизни;
- г) 6 месяцам жизни;
- д) 1 году жизни.

239. Расстройства темновой адаптации (геморалопия) может встречаться при:

- а) увеитах, панувеитах, высоких степенях миопии;
- б) воспалительных поражениях зрительного нерва;
- в) недостатке или отсутствии в пище витамина "А", а также "В2" и "С";
- г) воспалительных и дегенеративных поражениях сетчатки;
- д) всем перечисленным.

Величина слепого пятна на кампиметре равна в норме:

- а) 3x2 см;
- б) 5x4 см;
- в) 3x6 см;
- г) 9x7 см;
- д) 10x8 см.

Центральная скотома может быть обусловлена всем перечисленным, кроме:

- а) поражения зрительных центров в коре затылочной доли мозга;
- б) поражения области желтого пятна;
- в) поражения зрительного нерва, в частности - папилломакулярного пучка;
- г) полной атрофии зрительного нерва.

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.

Рефлекс фиксации предметов возникает у ребенка к:

- а) моменту рождения;
- б) 2 неделям жизни;
- в) 2 месяцам жизни;
- г) 4 месяцам жизни;
- д) 6 месяцам жизни.

Концентрическое сужение поля зрения и кольцевидная скотома встречаются при:

- а) поражении хиазмы;
- б) пигментном поражении сетчатки;
- в) поражении зрительного тракта;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

При отеке диска зрительного нерва увеличение слепого пятна в зрительном поле обусловлено:

- а) нарушением связи между хориокапиллярами и зрительными клетками;
- б) присутствием белкового экссудата между сенсорной сетчаткой и пигментным эпителием сетчатки;
- в) смещением сенсорных элементов в перипапиллярной зоне сетчатки;
- г) всем перечисленным;
- д) только А и Б.

Восприятие всех цветов спектра света можно объяснить:

- а) наличием различных кортикальных отделов зрительного анализатора, осуществляющих восприятие цветов;
- б) наличием различных слоев в боковом колленчатом теле;
- в) наличием трех различных видов рецепторов;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

Хлоропсия - это видение окружающих предметов в:

- а) желтом свете;
- б) красном свете;
- в) зеленом свете;
- г) синем свете.

Цвета ночью не воспринимаются в связи с тем, что:

- а) недостаточна освещенность окружающих предметов;
- б) функционирует только палочковая система сетчатки;
- в) не функционирует колбочковая система сетчатки;
- г) все перечисленное.

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.

Эритропсия - это видение окружающих в:

- а) синем свете;
- б) желтом свете;
- в) красном свете;
- г) зеленом свете.

Ксантопсия - это ведение окружающих предметов в:

- а) синем свете;
- б) желтом свете;
- в) зеленом свете;
- г) красном свете.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

У больных с протанопией имеется выпадение:

- а) зеленоощущаемого компонента;
- б) красноощущаемого компонента;
- в) синеощущаемого компонента;
- г) желтоощущаемого компонента;
- д) правильно Б и Г.

Цианопсия - это видение окружающих предметов в:

- а) желтом свете;
- б) синем свете;
- в) зеленом свете;
- г) красном свете.

Поле зрения на цвета имеет наименьший размер на:

- а) красный цвет;
- б) желтый цвет;
- в) зеленый цвет;
- г) синий цвет.

У взрослых людей индивидуальные колебания границ поля зрения на белый цвет обычно не превышает:

- а) 2-3 °;
- б) 5-10 °;
- в) 15-20 °;
- г) 25 °.

Поле зрения на цвета имеет наиболее широкие границы на:

- а) красный цвет;
- б) желтый цвет;
- в) зеленый цвет;
- г) синий цвет.

У здорового взрослого человека верхняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:

- а) 45°;
- б) 55°;
- в) 65-70 °;
- г) 80-85 °.

У здорового взрослого человека нижняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:

- а) 45 °;
- б) 50 °;
- в) 55 °;
- г) 65-70 °.

У здорового взрослого человека наружная граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:

- а) 70 °;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- б) 80 °;
в) 90 °;
г) 100 °.

У здорового взрослого человека внутренняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:

- а) 25-30 °;
б) 40-45 °;
в) 55 °;
г) 65 °.

Особенностью сумеречного зрения является все перечисленное, кроме:

- а) сужения полей зрения;
б) бесцветности;
в) понижения остроты зрения;
г) изменения яркости (светлоты) цветов.

Для нормального формирования стереоскопического зрения необходимо иметь:

- а) нормальное периферическое зрение;
б) высокую остроту зрения;
в) нормальное трихроматическое зрение;
г) бинокулярное зрение.

Внутриглазное давление у взрослого человека в норме не должно превышать:

- а) 20 мм рт. ст. ;
б) 23 мм рт. ст. ;
в) 25 мм рт. ст. ;
г) 27 мм рт. ст.

Объективное изменение тонуса глаза нельзя выявить при:

- а) тонометрии тонометром Маклакова;
б) пальпаторно;
в) тонометрии тонометром Дашевского;
г) тонографии.

РН слезы у взрослого человека:

- а) равна 7,5 в норме;
б) при заболевании глаз и век - сдвиг РН выше 7,8 или ниже 6,6;
в) при повреждении роговицы - сдвиг РН в щелочную сторону;
г) все ответы правильны;
д) правильны А и В.

Слезка активно проводится в нос из конъюнктивального мешка благодаря:

- а) капиллярности слезных точек и слезных канальцев;
б) сокращению слезного мешка;
в) силе тяжести слезы;
г) отрицательному давлению в слезном мешке;
д) всему перечисленному.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Бактерицидное действие слезы обеспечивает присутствие в ней:

- а) лидазы;
- б) химопсина;
- в) лизоцима;
- г) фосфатазы.

Мелкие железки Краузе, расположенные в сводах конъюнктивальной полости, выделяют:

- а) сальный секрет;
- б) слизистый секрет;
- в) слезу;
- г) правильно А и Б.

Нормальная частота мигания веками достигает у детей 8-12 в 1 минуту к:

- а) 6 месяцам жизни;
- б) 1 году жизни;
- в) 5 годам жизни;
- г) 7-10 годам жизни;
- д) 15-16 годам жизни.

У новорожденных часто во время сна веки смыкаются неполностью из-за того, что:

- а) короткие веки и слабо развиты мышцы век;
- б) несовершенна иннервация мышц век черепно-мозговыми нервами;
- в) глаза выступают вперед из-за относительно неглубокой глазницы;
- г) верно А и В;
- д) верно все перечисленное.

Проба Веста считается положительной, если красящее вещество уходит полностью из конъюнктивального мешка за:

- а) 2 минуты;
- б) 5 минут;
- в) 7 минут;
- г) 10 минут;

Вторая часть пробы Веста считается положительной, если красящее вещество пройдет в нее из конъюнктивального мешка не позднее:

- а) 3 минут;
- б) 5 минут;
- в) 7 минут;
- г) 10 минут;
- д) 15 минут.

Для контрастной рентгенографии слезных путей используются:

- а) флюоресцеин;
- б) колларгол;
- в) иодипол;
- г) все перечисленные препараты;
- д) только А и Б.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Нормальное слезоотделение формируется у детей обычно к:

- а) 1 месяцу жизни;
- б) 2-3 месяцам жизни;
- в) 6 месяцам жизни;
- г) 1 году жизни.

Мейбомиевы железы, расположенные в хрящевой пластинке век, выделяют:

- а) слезу;
- б) слизистый секрет;
- в) сальный секрет;
- г) правильно Б и В.

Секрет мейбомиевых желез необходим для:

- а) смазывания поверхности роговицы и конъюнктивы глаза;
- б) смазывания края век, предохраняя эпителий от мацерации;
- в) питания эпителия конъюнктивы глаза и век;
- г) всего перечисленного.

Низкая чувствительность роговицы у детей первых месяцев жизни связана с:

- а) особенностями строения ее эпителия;
- б) особенностями строения чувствительных нервных окончаний;
- в) незавершением развития тройничного нерва;
- г) всем перечисленным.

Чувствительность роговицы выше в:

- а) области лимба;
- б) перилимбальной зоне;
- в) парацентральной зоне;
- г) центральной области;
- д) одинакова по всей поверхности.

Чувствительность роговицы страдает при поражении:

- а) лицевого нерва
- б) глазодвигательного нерва;
- в) тройничного нерва;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно А и В.

Роговица и конъюнктура глаза постоянно увлажняются за счет:

- а) секрета слезных желез;
- б) секрета сальных желез;
- в) секрета слизистых желез;
- г) всего перечисленного;
- д) только А и В.

У пожилых людей в ткани роговицы накапливается все перечисленное, кроме:

- а) липидов;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- б) солей кальция;
- в) ВОДЫ;
- г) глобулиновых фракций белка.

Преломляющая сила роговицы составляет от всей преломляющей силы оптической системы глаза:

- а) до 30%;
- б) до 50%;
- в) до 70%;
- г) до 85%.

Вещество стромы роговицы является слабым антигеном вследствие того, что:

- а) не содержит сосудов;
- б) содержит мало белка;
- в) клетки в строме роговицы широко отделены друг от друга мукополисахаридами;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

На прохождение жидкостей, газов и электролитов через ткани роговицы внутрь глаза оказывают влияние состояние:

- а) эпителия роговицы;
- б) клеточных мембран эндотелия роговицы;
- в) десцеметовой мембраны роговицы;
- г) стомы роговицы;
- д) правильно А и Б.

В результате нарушения функции эндотелия роговицы возможно возникновение всех перечисленных патологических изменений, кроме:

- а) дистрофических процессов в роговице;
- б) язвы роговицы;
- в) отека эпителия роговицы;
- г) отека стромы роговицы.

Отек эпителия роговицы является одним из симптомов:

- а) ирита и иридоциклита;
- б) повышения внутриглазного давления;
- в) эндотелиально-эпителиальной дистрофии;
- г) всего перечисленного;
- д) только Б и В.

Водяная влага образуется в глазу благодаря:

- а) фильтрации из стекловидного тела;
- б) фильтрации из водоворотных вен;
- в) осмоса через роговицу;
- г) секреции (ультрафильтрации) из сосудов ресничного тела;
- д) правильно Б и В.

Вода во внутриглазной жидкости составляет:

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- а) 50%;
- б) 70%;
- в) 90%;
- г) 99%;
- д) 85%.

Барьер "кровь-водяная влага" осуществляется всеми перечисленными структурами, кроме:

- а) эпителия реснитчатых отростков ресничного тела;
- б) мембраны Бруха;
- в) стекловидного тела;
- г) пигментного эпителия сосудистой оболочки;
- д) параоптической сетчатки.

Физиологическое значение радужки сводится ко всем следующим факторам, кроме:

- а) бактерицидного;
- б) защиты сетчатки от ультрафиолетовой части спектра солнечного света и регулирования (дозирования) поступления света в задний отдел глаза;
- в) участия в ультрафильтрации и оттоке внутриглазной жидкости;
- г) центрирования пучка света на макулярную область сетчатки.

Водянистая влага обеспечивает все следующие функции, кроме:

- а) поддержания определенного уровня внутриглазного давления;
- б) вымывания шлаковых веществ из глаза;
- в) питания бессосудистых структур глаза;
- г) проведения света к сетчатке;
- д) бактерицидного и бактериостатического действия.

В хрусталике ребенка содержится до:

- а) 40% воды;
- б) 50% воды;
- в) 65% воды;
- г) 75% воды;
- д) 90% воды.

Основная роль в окислительно-восстановительных процессах белков хрусталика принадлежит:

- а) альбуминам;
- б) глобулинам;
- в) цистеину;
- г) всем в одинаковой степени;
- д) ни одному из перечисленных.

К формированию плотного ядра хрусталика приводят все перечисленные процессы, кроме:

- а) уплотнения внутренних волокон хрусталика в связи с постоянным образованием новых волокон;
- б) накопления солей кальция;
- в) увеличения в хрусталике нерастворимых фракций белков альбуминоидов;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

г) уменьшения кристаллинов.

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

- а) не наполнены кровью;
- б) прикрыты непрозрачной склерой;
- в) имеют очень малый калибр;
- г) по цвету не отличаются от окружающих тканей;
- д) все перечисленное правильно.

Перикорнеальная инъекция сосудов не характерна для:

- а) воспалительных процессов роговицы;
- б) конъюнктивитов;
- в) ирита и иридоциклита;
- г) всего перечисленного;
- д) верно А и Б.

Появление перикорнеальной инъекции глаза можно объяснить:

- а) наполнением кровью сосудов краевой петливой сети;
- б) повышением внутриглазного давления;
- в) повышением давления в сосудистом русле глаза;
- г) усилившимся кровенаполнением этой части сосудистой сети глаза.

Способность эпителия роговицы к быстрой регенерации обуславливает:

- а) врастание эпителия роговицы в переднюю камеру при длительном зиянии раны роговицы или плохо проведенной хирургической обработке раны;
- б) быстрое самоизлечение поверхностных повреждений роговицы;
- в) быстрое восстановление чувствительности роговицы;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

Четырехгранная пирамидальная форма глазницы формируется у ребенка к:

- а) 1 месяцу жизни;
- б) 3 месяцам жизни;
- в) 6-12 месяцам;
- г) 2 годам жизни;
- д) 5 годам жизни.

Неравномерное развитие глазниц у ребенка может быть обусловлено всеми перечисленными патологическими состояниями, кроме:

- а) одностороннего микрофтальма;
- б) одностороннего буфтальма;
- в) новообразований глазницы;
- г) оптической анизометропии.

Прямая и содружественная реакции зрачков на свет формируется у ребенка к:

- а) моменту рождения;
- б) 3 месяцам жизни;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- в) 6 месяцам жизни;
- г) 1 году жизни;
- д) 3 годам жизни.

Радужная оболочка новорожденных имеет все следующие особенности, кроме:

- а) светлой окраски из-за малого количества меланина;
- б) слабой выраженности пигментной каймы;
- в) невыраженности крипт и лакун;
- г) ригидности зрачка;
- д) выраженного контурирования стромальных сосудов, особенно малого круга кровообращения.

Максимальное расширение зрачка под действием мидриатиков можно получить у ребенка в возрасте:

- а) сразу после рождения;
- б) 3 месяцев жизни;
- в) 6 месяцев жизни;
- г) 1 года жизни;
- д) 3 лет жизни.

Чувствительность цилиарного тела формируется у ребенка только к:

- а) 6 месяцам жизни;
- б) 1 году жизни;
- в) 3 годам жизни;
- г) 5-7 годам жизни;
- д) 8-10 годам.

Аккомодационная способность глаз достигает максимума к:

- а) 5 годам жизни;
- б) 7-8 годам жизни;
- в) 10 годам жизни;
- г) 15-17 годам жизни;
- д) 20 годам жизни.

За первый год жизни сагиттальный размер глаза увеличивается в среднем на:

- а) 1,5 мм;
- б) 2-2,5 мм;
- в) 3-3,5 мм;
- г) 4-4,5 мм.

От 1 года до 15 лет сагиттальный размер глаза в среднем увеличивается на:

- а) 2 мм;
- б) 2,5 мм;
- в) 3-3,5 мм;
- г) 4-5 мм;
- д) 5,5 мм.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

У взрослого человека с эмметропической рефракцией сагиттальный размер глаза в среднем равен:

- а) 20 мм;
- б) 21 мм;
- в) 23 мм;
- г) 25 мм;
- д) 26 мм.

Отсутствие болевого симптома при заболевании хориоидеи можно объяснить:

- а) автономностью этой зоны сосудистой оболочки глаза;
- б) нарушением нормальной нервной проводимости в заднем отделе сосудистой оболочки глаза;
- в) отсутствием в хориоидее чувствительных нервных окончаний;
- г) всем перечисленным.

При обтурации вортикозных вен в хориоидее отмечаются секторально расположенные патологические изменения, что можно объяснить:

- а) квадрантным распределением вортикозных вен;
- б) отсутствием анастомозов между вортикозными венами;
- в) застоем крови в квадранте, дренируемом обтурированной веной;
- г) всем перечисленным;
- д) только А и В.

В связи с тем, что протеины хрусталика органоспецифичны, при нарушении целостности сумки хрусталика в водянистой влаге и сыворотке появляются антитела, что приводит к:

- а) эндотелиально-эпителиальной дегенерации роговицы;
- б) факолитической глаукоме;
- в) факоанафилактическому увеиту;
- г) всему перечисленному;
- д) только А и Б.

В стекловидном теле содержится воды:

- а) до 40%;
- б) до 50%;
- в) до 60%;
- г) до 85%;
- д) до 98%.

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 хориоидеи от пигментного эпителия сетчатки.

Основная роль вортикозных вен состоит в:

- а) регуляции внутриглазного давления;
- б) оттоке венозной крови из заднего отдела глаза;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- в) теплорегуляции тканей глаза;
- г) всем перечисленным;
- д) только А и Б.

К функциям стекловидного тела относятся все перечисленные, кроме:

- а) участия в регуляции внутриглазного давления;
- б) выполнения защитной функции глаза;
- в) участия в трофике хрусталика и сетчатки;
- г) обеспечения стабильной формы глаза: стекловидное тело - опорная ткань глаза;
- д) обеспечения свободного прохождения света к сетчатке.

К отслойке сетчатки могут привести следующие патологические состояния стекловидного тела:

- а) задняя отслойка стекловидного тела;
- б) разжижение стекловидного тела;
- в) шварты стекловидного тела, спаянные с сетчаткой;
- г) все перечисленное;
- д) только А и В.

В общей массе хрусталика белки составляют:

- а) свыше 50%;
- б) свыше 30%;
- в) свыше 15%;
- г) до 10%.

Водорастворимые протеины хрусталика (кристаллины) представлены:

- а) альфа - глобулинами;
- б) бета - глобулинами;
- в) гамма - глобулинами;
- г) всеми перечисленными;
- д) только А и Б.

Преломляющая сила хрусталика составляет:

- а) до 10 диоптрий;
- б) до 20 диоптрий;
- в) до 30 диоптрий;
- г) до 35-40 диоптрий;
- д) до 50 диоптрий.

320. Желтый оттенок хрусталика у лиц пожилого возраста зависит от:

- а) накопления липидов в веществе хрусталика;
- б) накопления холестерина в веществе хрусталика;
- в) накопления тирозина в веществе хрусталика;
- г) уплотнения вещества хрусталика;
- д) всего перечисленного.

От слоя крупных сосудов хориоидеи отходит . . . вортикозных вен:

- а) 2-3;
- б) 4-6;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- в) до 8;
- г) до 10;
- д) более 10.

Интенсивность окраски глазного дна объясняется в основном:

- а) количеством пигмента в сетчатке;
- б) количеством хроматофоров;
- в) степенью густоты капиллярной сети хориокапиллярного слоя хориоидеи;
- г) всем перечисленным;
- д) только А и Б.

К 1 году жизни ребенка в области макулы исчезают следующие слои сетчатки:

- а) со 2-го по 6-й слои сетчатки;
- б) с 5-го по 9-й слои сетчатки;
- в) с 3-го по 7-й слои сетчатки;
- г) с 7-го по 9-й слои сетчатки.

Лучше всего видны сосуды хориоидеи при офтальмоскопии у:

- а) блондинов;
- б) брюнетов;
- в) лиц черной расы;
- г) альбиносов.

Пульсация артерии сетчатки указывает на:

- а) нормальный ток крови у совершенно здорового человека;
- б) склеротические изменения сосудов;
- в) повышенное артериальное давление и недостаточность аортальных клапанов;
- г) разницу диастолического давления в центральной части артерии сетчатки и внутриглазного;
- д) все перечисленное.

В норме на сосудах сетчатки видны при офтальмоскопии блестящие узкие линии, которые можно объяснить:

- а) световым рефлексом от блестящей стенки кровеносного сосуда;
- б) прерывистым током крови по сосудам;
- в) световым рефлексом от столба крови в сосудах;
- г) разницей отражения света от поверхности сетчатки и поверхности сосудов;
- д) всем перечисленным.

У здорового взрослого человека соотношение калибра артерий и вен сетчатки определяется как:

- а) 1:2;
- б) 2:3;
- в) 1:1;
- г) 1:1,5.

Так называемое "паркетное" глазное дно можно объяснить:

- а) незначительным количеством ретинального пигмента;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- б) большим количеством хориоидального пигмента;
- в) просвечиванием сосудистой оболочки на отдельных участках глазного дна;
- г) всем перечисленным;
- д) только В и Б.

Интенсивность цвета глазного дна при офтальмоскопии складывается из:

- а) цвета ретинального пигмента "темно-коричневого";
- б) белого цвета склеры;
- в) красного цвета от крови в сосудистой оболочке и количества меланина;
- г) всего перечисленного;
- д) только А и Б.

Окраска диска зрительного нерва складывается из всего перечисленного, кроме:

- а) сероватого цвета волокон зрительного нерва;
- б) белого цвета соединительнотканых волокон решетчатой пластинки склеры;
- в) красного цвета сосудов;
- г) пигмента меланина.

Наружная половина диска зрительного нерва несколько бледнее внутренней в связи с тем, что там:

- а) слой нервных волокон тоньше;
- б) количество сосудов меньше;
- в) мало пигмента;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно Б и В.

Показаниями к проведению флюоресцентной ангиографии являются:

- а) сосудистые заболевания сетчатки и зрительного нерва;
- б) воспалительные заболевания сетчатки и зрительного нерва;
- г) все перечисленное;
- в) дегенеративные изменения сетчатки и хориоидеи;
- д) только А и Б.

Противопоказаниями к проведению флюоресцентной ангиографии являются:

- а) аллергия к флюоресцеину и полиаллергия;
- б) болезни печени и почек;
- в) сердечно-легочная декомпенсация;
- г) бронхиальная астма;
- д) все перечисленное.

Ретинальные сосуды становятся проницаемыми для флюоресцеина при всех перечисленных состояниях, кроме:

- а) некроза ретинальных сосудов;
- б) ретинальных и преретинальных кровоизлияний;
- в) воспалительных процессах;
- г) застоя в капиллярах;
- д) неоваскуляризации.

К проводящим путям зрительного анализатора следует относить все

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

перечисленное, кроме:

- а) зрительного тракта;
- б) сетчатки;
- в) зрительных нервов;
- г) хиазмы.

Электроретинограмма отражает состояние:

- а) внутренних слоев сетчатки;
- б) наружных слоев сетчатки;
- в) подкорковых зрительных центров;
- г) корковых зрительных центров.

Порог электрической чувствительности отражает состояние:

- а) наружных слоев сетчатки;
- б) внутренних слоев сетчатки;
- в) папилло-макулярного пучка зрительного нерва;
- г) подкорковых зрительных центров.

Показатель лабильности, измеряемый по критической частоте исчезновения фосфена, характеризует:

- а) состояние наружных слоев сетчатки;
- б) функциональное состояние внутренних слоев сетчатки;
- в) функциональное состояние проводящих путей - папилло-макулярного пучка;
- г) функциональное состояние подкорковых центров зрительного анализатора;
- д) все перечисленное верно.

Электроэнцефалограмма при офтальмологическом обследовании позволяет судить о состоянии:

- а) наружных и внутренних слоев сетчатки;
- б) проводящих путей зрительного анализатора;
- в) коркового зрительного центра;
- г) отчасти подкоркового зрительного центра зрительного анализатора;
- д) только В и Г.

При исследовании на макулотестере больной не видит фигуру Гайдингера в случае:

- а) амблиопии;
- б) органического поражения макулярной области;
- в) косоглазии;
- г) всех перечисленных;
- д) только А и В.

Противопоказаниями для диагностического ультразвукового исследования глаза является:

- а) кровоизлияние в стекловидное тело;
- б) металлическое внутриглазное инородное тело;
- в) эндофтальмит;
- г) свежее проникающее обширное ранение глаза;
- д) все перечисленное верно.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Рефракцией оптической системы называется:

- а) состояние, тесно связанное с конвергенцией;
- б) преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях;
- в) способность оптической системы нейтрализовать проходящий через нее свет;
- г) отражение оптической системой падающих на нее лучей;
- д) система линз, расположенных на определенном расстоянии друг от друга.

Пределами изменения физической рефракции глаза являются:

- а) от 0 до 20 диоптрий;
- б) от 21 до 51 диоптрий;
- в) от 52 до 71 диоптрий;
- г) от 72 до 91 диоптрий;
- д) от 91 до 100 диоптрий.

Клиническая рефракция - это:

- а) соотношение между оптической силой и длиной оси глаза;
- б) преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях;
- в) радиус кривизны роговицы;
- г) преломляющая сила хрусталика;
- д) главные плоскости оптической системы.

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.

Статическая рефракция отражает:

- а) преломляющую силу роговицы;
- б) получение изображения на сетчатке в состоянии покоя аккомодации;
- в) преломляющую силу хрусталика;
- г) преломляющую силу камерной влаги;
- д) преломляющую силу оптической системы глаза относительно сетчатки при действующей аккомодации.

Под динамической рефракцией понимают:

- а) преломляющую силу оптической системы глаза относительно сетчатки при действующей аккомодации
- б) преломляющую силу роговицы
- в) преломляющую силу камерной влаги
- г) радиус кривизны роговицы
- д) радиус кривизны хрусталика

Дальнейшая точка ясного видения - это точка:

- а) расположенная на вершине роговицы;
- б) к которой установлен глаз в состоянии покоя аккомодации;
- в) расположенная в 1 м от глаза;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- г) расположенная в области передней главной плоскости;
д) ясного видения при максимальном напряжении аккомодации.

Дальнейшая точка ясного видения при эметропии находится в:

- а) 5 м от глаза;
б) 4 м от глаза;
в) 3 м от глаза;
г) бесконечности;
д) позади глаза.

Дальнейшая точка ясного видения при миопии находится:

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

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.

Миопии слабой степени соответствуют следующие значения рефракции:

- а) до 2,5 диоптрий
б) до 2,75 диоптрий
в) до 3,0 диоптрий включительно;
г) до 3,25 диоптрий;
д) до 3,5 диоптрий.

Миопии средней степени соответствуют следующие значения рефракции:

- а) от 2,5 до 5,5 диоптрий;
б) от 2,75 до 5,75 диоптрий;
в) от 3,0 до 6,0 диоптрий;
г) от 3,25 до 6,0 диоптрий;
д) от 3,5 до 6,25 диоптрий.

Миопии высокой степени соответствуют следующие значения рефракции:

- а) более 5,5 диоптрий;
б) более 5,75 диоптрий;
в) более 6,0 диоптрий;
г) более 6,25 диоптрий;
д) более 6,5 диоптрий.

Линза - это:

- а) оптическая система, ограниченная преломляющими поверхностями;
б) ткань организма, поглощающая свет;
в) оптическая деталь, гасящая изображение;
г) только Б и В.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

По форме преломляющих поверхностей различают линзы :

- а) сферические;
- б) цилиндрические;
- в) торические;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

Линзы обладают:

- а) сферическим действием;
- б) астигматическим и призматическим действием;
- в) эйконическим действием;
- г) правильно А и Б;
- д) всеми перечисленными.

Выпуклая и вогнутая линзы падающие на них лучи:

- а) выпуклая - собирает, вогнутая - рассеивает;
- б) гасят;
- в) отражают;
- г) делают параллельными.

Фокусом линзы называется:

- а) центр ее сферической поверхности;
- б) центр ее плоской поверхности;
- в) центр ее цилиндрической поверхности;
- г) центр ее торической поверхности;
- д) точка, в которой собирается пучок падающих на линзу параллельных лучей.

Преломляющей силой линзы называется:

- а) радиус кривизны передней поверхности линзы;
- б) величина, обратная ее фокусному расстоянию;
- в) радиус кривизны задней поверхности линзы;
- г) фокусное расстояние линзы;
- д) толщина линзы.

За 1 диоптрию принимают преломляющую силу линзы с фокусным расстоянием:

- а) 100 м;
- б) 10 м;
- в) 1 м;
- г) 10 см;
- д) 1 см.

Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 0,5 м равна:

- а) 4,0 диоптриям;
- б) 2,0 диоптриям;
- в) 1,0 диоптрии;
- г) 0,5 диоптрии;
- д) 0,1 диоптрии.

Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 0,25 м составляет:

- а) 4,0 диоптрии;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- б) 2,0 диоптрии;
- в) 1,0 диоптрии;
- г) 0,5 диоптрии;
- д) 0,1 диоптрии.

Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 2,0 м составляет:

- а) 4,0 диоптрии;
- б) 2,0 диоптрии;
- в) 1,0 диоптрии;
- г) 0,5 диоптрии;
- д) 0,1 диоптрии;

У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 1,0 м имеет место миопия в:

- а) 1,0 диоптрию;
- б) 2,0 диоптрии;
- в) 4,0 диоптрии;
- г) 5,0 диоптрий;
- д) 10,0 диоптрий.

У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 0,5 м имеет место миопия в:

- а) 1,0 диоптрию;
- б) 2,0 диоптрии;
- в) 4,0 диоптрии;
- г) 5,0 диоптрий;
- д) 10,0 диоптрий.

У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 25 см имеет место миопия в:

- а) 1,0 диоптрию;
- б) 2,0 диоптрии;
- в) 4,0 диоптрии;
- г) 5,0 диоптрий;
- д) 10,0 диоптрий.

У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 10 см имеет место миопия в:

- а) 1,0 диоптрию;
- б) 2,0 диоптрии;
- в) 4,0 диоптрии;
- г) 5,0 диоптрий;
- д) 10,0 диоптрий.

Различают следующие виды астигматизма:

- а) простой, сложный, смешанный;
- б) прямой, обратный, с косыми осями;
- в) правильный, неправильный, роговичный, хрусталиковый;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленное.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

В зависимости от положения сетчатки относительно фокальных линий различают следующие виды астигматизма:

- а) простой и сложный гиперметропический;
- б) простой и сложный миопический;
- в) смешанный;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленное.

В зависимости от положения главных меридианов различают следующие типы астигматизма:

- а) прямой;
- б) обратный;
- в) с косыми осями;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленные.

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 преломляющая сила меняется;
- г) физиологический астигматизм;
- д) при котором разность рефракции в двух главных меридианах не превышает 2,0 диоптрии.

Сферическим эквивалентом называют:

- а) рефракцию в главных меридианах астигматического глаза;
- б) рефракцию сферического глаза;
- в) рефракцию роговицы;
- г) рефракцию хрусталика;
- д) среднюю арифметическую рефракцию двух главных меридианов астигматического глаза.

Положительная линза:

- а) перемещает фокус вперед и увеличивает изображение;
- б) корригирует гиперметропию;
- в) ослабляет аккомодацию и усиливает экзофорию;
- г) несколько смещает от глаза зоны дальнейшего и ближайшего видения;
- д) все перечисленное.

Отрицательная линза:

- а) перемещает фокус назад и уменьшает изображение;
- б) корригирует миопию;
- в) усиливает стимул к аккомодации и экзофорию;
- г) несколько приближает к глазу зоны дальнейшего и ближайшего видения;
- д) все перечисленное.

Дезадаптация зрительной системы к гиперметропии может заключаться в:

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- а) рефракционной амблиопии и астигматических жалобах;
- б) нарушении бинокулярного зрения и появлении сходящегося косоглазия;
- в) увеличении степени гиперметропии;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленное.

Деадаптация зрительной системы к миопии может проявляться:

- а) прогрессирующим снижением некоррегированной остроты зрения, а также астигматическими жалобами;
- б) нарушением бинокулярного зрения и появлением расходящегося косоглазия;
- в) уменьшением степени миопии;
- г) правильно А и Б;
- д) всем перечисленным.

Существуют следующие методы определения рефракции при помощи линз:

- а) методы, основанные на получении максимальной остроты зрения и методы, основанные на нейтрализации видимого движения объекта;
- б) методы, в основу которых положена хроматическая аберрация глаза;
- в) методы, использующие феномен Шейнера - монокулярное двоение объекта;
- г) правильно А и В;
- д) все перечисленное.

К объективным методам исследования рефракции относятся:

- а) скиаскопия;
- б) рефрактометрия;
- в) авторефрактометрия;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленное.

Одноименное движение светового пятна при скиаскопии плоским зеркалом свидетельствует, что на исследуемом глазу рефракция:

- а) гиперметропическая;
- б) эмметропическая;
- в) миопическая менее 1 дптр. ;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

Исследование рефракции глаза до применения циклоплегических средств у детей и подростков включает:

- а) определение остроты зрения каждого глаза;
- б) скиаскопию (ориентировочную) ;
- в) проведение пробы с положительными и отрицательными линзами;
- г) правильно А и Б;
- д) все перечисленное.

Исследование рефракции глаза в условиях циклоплегии включает:

- а) скиаскопию, а при необходимости рефрактометрию и офтальмометрию;
- б) определение остроты зрения каждого глаза без диафрагмы с

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- линзами, полностью корригирующими аметропию;
 в) проведение проб, уточняющих силу и ось цилиндрического стекла;
 г) правильно А и Б;
 д) все перечисленное.

Рефрактометр служит для:

- а) объективного определения рефракции глаза;
 б) определения сферического и астигматического компонентов рефракции;
 в) установления главных сечений астигматичного глаза;
 г) правильно Б и В;
 д) всего перечисленного.

Состояние аккомодации, при котором рекомендуется проводить рефрактометрию:

- а) медикаментозный паралич аккомодации;
 б) частично выключенная аккомодация;
 в) нерасслабленная аккомодация;
 г) только А и Б;
 д) все перечисленное.

Офтальмометр служит для:

- а) измерения радиуса кривизны передней поверхности роговицы;
 б) измерения преломляющей силы передней поверхности роговицы;
 в) измерения роговичного астигматизма;
 г) только А и Б;
 д) всего перечисленного.

В обследование пациента с целью назначения оптической коррекции входят:

- а) первое обследование в естественных условиях, затем обследование в условиях циклоплегии;
 б) повторное обследование в естественных условиях и в готовых очках;
 в) повторное обследование в условиях циклоплегии;
 г) только А и Б;
 д) все перечисленное.

Оптическую коррекцию гиперметропии назначают при:

- а) гиперметропии более 3,5 диоптрий у детей раннего возраста;
 б) астенопических жалобах или понижении зрения хотя бы на одном глазу;
 в) постоянном или периодическом сходящемся косоглазии;
 г) только А и Б;
 д) всем перечисленным.

Оптическую коррекцию миопии назначают при:

- а) миопии в 1-2 диоптрии коррекцией пользуются при необходимости;
 б) миопии больше 2 диоптрий назначают полную или почти полную коррекцию вдаль;
 в) миопии в 1-2 диоптрии назначают постоянную полную коррекцию;
 г) правильно А и Б;
 д) всем перечисленным.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Общие правила назначения очков при астигматизме предусматривают:

- а) при астигматизме всех видов, сопровождающемся снижением остроты зрения, показано постоянно ношение очков;
- б) астигматический компонент коррекции назначают по субъективной переносимости с тенденцией к полному исправлению астигматизма;
- в) сферический компонент коррекции выписывают в соответствии с общими правилами;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

При анизометропии:

- а) назначается постоянная оптическая коррекция;
- б) при коррекции обязательно учитывают субъективно переносимую разницу между силой линз для правого и левого глаза;
- в) при высоких степенях анизометрии (5,0 диоптрий и более) целесообразно использовать контактную коррекцию;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

Для чтения гиперметропу в 1 диоптрию в возрасте 50 лет необходимы очки в:

- а) +1 диоптрию;
- б) +2 диоптрии;
- в) +3 диоптрии;
- г) +4 диоптрии;
- д) +5 диоптрий.

Для чтения эметропу в 60 лет требуются очки в:

- а) +1 диоптрию;
- б) +2 диоптрии;
- в) +3 диоптрии;
- г) +4 диоптрии;
- д) +5 диоптрий.

Аккомодация - это:

- а) статическая рефракция;
- б) преломляющая сила роговицы;
- в) переднезадняя ось глаза;
- г) приспособление зрительного аппарата к рассматриванию предметов на различных расстояниях от глаза;
- д) все перечисленное.

Физиологический механизм аккомодации состоит в том, что:

- а) цилиарная мышца сокращается, расслабляются зональные волокна;
- б) ослабляется степень натяжения капсулы хрусталика
- в) хрусталик становится более выпуклым и сила его преломления увеличивается;
- г) только А и В;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

д) все перечисленное.

Ближайшая точка ясного видения - это:

- а) точка, расположенная на вершине роговицы;
- б) точка, расположенная перед хрусталиком;
- в) точка, расположенная за хрусталиком;
- г) минимальное расстояние, на котором видны рассматриваемые предметы при максимальном напряжении аккомодации;
- д) точка, в которой сходятся лучи после прохождения оптической системы глаза

Абсолютная аккомодация - это аккомодация, измеренная:

- а) для каждого глаза в отдельности, т. е. при выключенной конвергенции;
- б) для двух глаз;
- в) при действующей конвергенции;
- г) при частично выключенной конвергенции;
- д) все перечисленное.

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.

Под объемом абсолютной аккомодации понимают:

- а) роговичный астигматизм;
- б) хрусталиковый астигматизм;
- в) разность между положением ближайшей и дальнейшей точек ясного видения, выраженная в диоптриях, т. е. разность между максимальной динамической и статической рефракцией;
- г) общий астигматизм глаза;
- д) все перечисленное.

Относительная аккомодация - это аккомодация, измеренная:

- а) для каждого глаза в отдельности;
- б) при одновременном зрении двумя глазами;
- в) при частично выключенной конвергенции;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное.

Отрицательная часть относительной аккомодации - это:

- а) та часть относительной аккомодации, которая затрачивается на зрительную работу;
- б) та часть относительной аккомодации, которая определяется при нагрузке положительными линзами возрастающей силы;
- в) суммарная преломляющая способность оптических сред глаза;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Отрицательная часть относительной аккомодации в среднем равна:

- а) 1,0 диоптрии;
- б) 2,0 диоптриям;
- в) 3,0 диоптриям;
- г) 4,0 диоптриям;
- д) 5,0 диоптриям.

Положительной частью относительной аккомодации называется:

- а) часть относительной аккомодации, которая остается в запасе;
- б) часть относительной аккомодации, которая определяется при нагрузке отрицательными линзами возрастающей силы;
- в) суммарная преломляющая способность оптических сред глаза;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

Положительная часть относительной аккомодации у школьников в среднем равна:

- а) 1,0-2,0 диоптрии;
- б) 3,0-5,0 диоптрий;
- в) 6,0-8,0 диоптрий;
- г) 9,0-10,0 диоптрий;
- д) 11,0-12,0 диоптрий.

Различие в затрате аккомодации у эметропа и гиперметропа при одинаковом расположении предметов от глаза состоит в том, что:

- а) у эметропа нормальная затрата аккомодации, у гиперметропа - большая, чем у эметропа;
- б) у эметропа нормальная затрата аккомодации, у гиперметропа - меньшая, чем у эметропа;
- в) различий нет;
- г) все перечисленное.

Различие в затрате аккомодации у эметропа и миопы при одинаковом расположении предметов от глаза состоит в том, что:

- а) у эметропа нормальная затрата аккомодации, у миопы - меньшая, чем у эметропа, или отсутствует;
- б) у эметропа нормальная затрата аккомодации, у миопы - большая, чем у эметропа;
- в) различий нет;
- г) все перечисленное.

Для оптической коррекции у пациента со сниженным объемом абсолютной аккомодации или запасом относительной аккомодации необходимы:

- а) отдельные очки для работы на близком расстоянии;
- б) отдельные очки для дали;
- в) астигматические очки;
- г) эйконические очки;
- д) все перечисленное.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Спазм аккомодации - это состояние:

- а) при котором в естественных условиях выявляется миопия;
- б) при котором в условиях циклоплегии выявляется эмметропия, гиперметропия или меньшая, чем в естественных условиях миопия;
- в) которое характеризует общую рефракцию глаза;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

Симптомами спазма аккомодации являются:

- а) косоглазие;
- б) повышение остроты зрения вдаль при использовании отрицательных и вблизи - слабых положительных линз;
- в) уменьшение объема аккомодации;
- г) только Б и В;
- д) все перечисленное.

Различают следующие виды астиопии:

- а) аккомодативную и мышечную;
- б) неврогенную и симптоматическую;
- в) дисбинокулярную;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

К симптомам аккомодативной астиопии относятся:

- а) чувство утомления и тяжести в глазах, боль в голове при зрительной работе вблизи;
- б) появление прогрессирующей миопии;
- в) расплывание контуров рассматриваемых деталей или букв текста;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное.

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.

Основными причинами паралича аккомодации являются:

- а) инфекционные заболевания и пищевые интоксикации;
- б) отравление атропином и инстилляция его препаратов;
- в) травмы орбиты;
- г) только б и в;
- д) все перечисленное.

Косоглазием называется:

- а) нарушение нормальной подвижности глаза;
- б) отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации, сопровождаемое, как правило, нарушением нормального бинокулярного зрения;
- в) отклонение обоих глаз от совместной точки фиксации;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

г) снижение остроты зрения одного или обоих глаз.

Амблиопией называется:

а) различные по происхождению формы понижения зрения, причиной которых являются функциональные расстройства зрительного анализатора;

- б) отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации;
- в) нарушение бинокулярного зрения;
- г) ограничение подвижности глаз;
- д) все перечисленное.

Амблиопия по происхождению может быть:

- а) рефракционной и анизометропической;
- б) обскурационной и дисбинокулярной;
- в) травматической;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

Основной причиной дисбинокулярной амблиопии является:

- а) косоглазие;
- б) аномалии рефракции;
- в) анизометропия;
- г) помутнение оптических сред глаза;
- д) резкое понижение зрения одного из глаз.

К амблиопии очень высокой степени относятся:

- а) острота зрения 0,04 и ниже;
- б) острота зрения 0,05-0,1;
- в) острота зрения 0,2-0,3;
- г) острота зрения 0,4-0,8;
- д) острота зрения 1,0 и выше.

К амблиопии высокой степени следует относить:

- а) остроту зрения 0,04 и ниже;
- б) остроту зрения 0,05-0,1;
- в) остроту зрения 0,2-0,3;
- г) остроту зрения 0,4-0,8;
- д) остроту зрения 1,0 и выше.

К амблиопии средней степени следует относить:

- а) остроту зрения 0,04 и ниже;
- б) остроту зрения 0,05-0,1;
- в) остроту зрения 0,2-0,3;
- г) остроту зрения 0,4-0,8;
- д) остроту зрения 1,0 и выше.

К амблиопии слабой степени следует относить:

- а) остроту зрения 0,04 и ниже;
- б) остроту зрения 0,05-0,1;
- в) остроту зрения 0,2-0,3;
- г) остроту зрения 0,4-0,8;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

д) остроту зрения 1,0 и выше.

Острота зрения у новорожденных детей равна:

а) тысячным долям единицы;

б) 0,1 и выше;

в) 0,6 и выше;

г) 0,8 и выше;

д) 1,0 и выше.

Острота зрения у детей в 6 мес. составляет:

а) тысячные доли единицы;

б) 0,1 и выше;

в) 0,6 и выше;

г) 0,8 и выше;

д) 1,0 и выше.

Острота зрения у детей 3 лет составляет:

а) тысячные доли единицы

б) 0,1 и выше;

в) 0,6 и выше;

г) 0,8 и выше;

д) 1,0 и выше.

Острота зрения у детей 5 лет составляет:

а) 0,1 и выше;

б) 0,3 и выше;

в) 0,6 и выше;

г) 0,8 и выше;

д) 1,0 и выше.

Острота зрения у детей 7 лет составляет:

а) 0,1 и выше;

б) 0,3 и выше;

в) 0,6 и выше;

г) 0,8 и выше;

д) 1,0 и выше.

У новорожденного ребенка в ответ на световое раздражение отмечаются следующие безусловные зрительные рефлексы:

а) прямая реакция зрачков на свет;

б) содружественная реакция зрачков на свет;

в) кратковременный поворот обоих глаз к источнику света;

г) попытка слежения за движущимся объектом;

д) все перечисленное.

Амблиопия чаще встречается при:

а) монолатеральном косоглазии;

б) альтернирующем косоглазии;

в) неаккомодационном косоглазии;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- г) частично аккомодационном косоглазии;
д) аккомодационном косоглазии.

Остротой зрения, совместимой с бинокулярным зрением, считают:

- а) 0,04 и ниже;
б) 0,05-0,1;
в) 0,2-0,3;
г) 0,4 и выше;
д) 0,8-1,0.

Наиболее высокая острота зрения связана с функцией:

- а) склеры;
б) сосудистой оболочки;
в) оптически недействительной части сетчатки;
г) центральной ямки сетчатки;
д) всем перечисленным.

Наиболее высокая острота зрения в области центральной ямки сетчатки обусловлена тем, что:

- а) центральная ямка расположена почти по оси оптической системы глаза;
б) имеется максимальная концентрация колбочек;
в) каждая фовеолярная колбочка связана со своей ганглиозной клеткой;
г) только Б и В;
д) всем перечисленным.

Зрительной фиксацией называется:

- а) статическая рефракция;
б) динамическая рефракция;
в) астигматизм;
г) анизометропия;
д) относительно неподвижная установка глаза на рассматриваемый объект.

По состоянию зрительной фиксации различают следующие виды амблиопии:

- а) с правильной фиксацией;
б) с неправильной фиксацией;
в) с отсутствием фиксации;
г) все перечисленное;
д) только Б и В.

При неправильной фиксации по признаку устойчивости различают:

- а) перемежающуюся;
б) неустойчивую нецентральную;
в) устойчивую нецентральную;
г) все перечисленные формы;
д) только А и Б.

Зрительная фиксация в норме должна быть:

- а) центральной устойчивой;
б) перемежающейся;
в) неустойчивой нецентральной;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- г) устойчивой центральной;
д) правильно Б и Г.

Центральной устойчивой называется фиксация, при которой на рассматриваемый объект относительно неподвижно установлены:

- а) центральная ямка сетчатки;
б) желтое пятно;
в) диск зрительного нерва;
г) все перечисленное;
д) правильно Б и В.

Для амблиопии с перемежающейся фиксацией характерно:

- а) фиксация центром сетчатки;
б) чередование центральной и нецентральной фиксации;
в) фиксация периферией сетчатки;
г) фиксация диском зрительного нерва;
д) все перечисленное.

Для амблиопии с неустойчивой нецентральной фиксацией характерно:

- а) фиксация центром сетчатки;
б) чередование центральной и нецентральной фиксации;
в) фиксация сменяющимися друг друга периферическими участками сетчатки;
г) фиксация диском зрительного нерва;
д) все перечисленное.

Характерным признаком амблиопии с устойчивой нецентральной фиксацией является:

- а) фиксация центром сетчатки;
б) фиксация определенным периферическим участком глазного дна;
в) чередование центральной и нецентральной фиксации;
г) фиксация диском зрительного нерва;
д) все перечисленное.

Характерным признаком амблиопии с отсутствием фиксации является:

- а) фиксация центром сетчатки;
б) чередование центральной и нецентральной фиксации;
в) фиксация сменяющимися друг друга периферическими участками сетчатки;
г) фиксация определенным периферическим участком сетчатки;
д) состояние, при котором на рассматриваемом объекте не задерживается ни один участок глазного дна.

По топографическому признаку зрительную фиксацию разделяют на:

- а) фовеолярную и парафовеолярную;
б) макулярную и парамакулярную;
в) периферическую;
г) только А и Б;
д) все перечисленное.

Граница парафовеолярно фиксации находится:

- а) в фовеоле;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края;
- в) по краю желтого пятна;
- г) на середине расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва;
- д) на периферии сетчатки.

Граница макулярной фиксации находится:

- а) в фовеоле;
- б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края;
- в) по краю желтого пятна;
- г) на середине расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва.
- д) на периферии сетчатки.

Граница парамакулярной фиксации располагается:

- а) в фовеоле;
- б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края;
- в) по краю желтого пятна;
- г) на середине расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва;
- д) на периферии сетчатки.

Зона периферической фиксации находится:

- а) в фовеоле;
- б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края;
- в) по краю желтого пятна;
- г) за серединой расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва;
- д) правильно А и В.

Состояние зрительной фиксации можно определить на:

- а) большом безрефлексном офтальмоскопе;
- б) ручном электрическом офтальмоскопе;
- в) зеркальном офтальмоскопе с затемняющим шариком;
- г) всех перечисленных приборах;
- д) только А и Б.

Состояние аккомодации, при котором определяют рефракцию у дошкольников с амблиопией с целью назначения очков:

- а) медикаментозный паралич аккомодации;
- б) нерасслабленная аккомодация;
- в) частично выключенная аккомодация;
- г) все перечисленное;
- д) только Б и В.

Очки при сходящемся косоглазии в сочетании с дальнозоркостью средней и высокой степени назначают:

- а) только для работы вблизи;
- б) для постоянного ношения;
- в) только для дали;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- г) правильно А и В;
д) не назначают.

При сходящемся косоглазии в сочетании с миопией назначают:

- а) положительные линзы;
б) отрицательные линзы, соответствующие степени миопии;
в) возможно более слабые отрицательные линзы в зависимости от степени снижения остроты зрения;
г) возможно все перечисленное;
д) только А и Б.

Детям с амблиопией и косоглазием необходимо корригировать аметропию очками:

- а) как можно раньше;
б) с 3 лет;
в) с 4 лет;
г) с 5 лет;
д) с 6 лет.

Плеоптикой 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.

Различают следующие методы плеоптического лечения:

- а) основные и вспомогательные;
б) первичные и вторичные;
в) предварительные и заключительные;
г) все перечисленные;
д) только Б и В.

Основные методы плеоптического лечения отличаются от вспомогательных тем, что:

- а) самостоятельно способны повышать остроту центрального зрения;
б) исправляют зрительную фиксацию;
в) обладают каждый в отдельности заметным положительным эффектом;
г) только А и В;
д) все перечисленное.

Вспомогательные методы плеоптического лечения отличаются от основных тем, что:

- а) создают условия для применения основных (самостоятельных) способов лечения амблиопии;
б) закрепляют результаты лечения амблиопии основными способами;
в) обладают каждый в отдельности скромным клиническим эффектом;
г) все перечисленное;
д) только Б и В.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

К основным методам плеоптического лечения относятся:

- а) прямая окклюзия и пенализация;
- б) локальное "слепящее" раздражение светом центральной ямки сетчатки по Аветисову;
- в) засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

К вспомогательным методам плеоптического лечения относятся:

- а) обратная окклюзия;
- б) общие засветы заднего полюса сетчатки красным светом и засветы по Ковальчуку;
- в) занятия на амблиотренере и макулотестере;
- г) только А и В;
- д) все перечисленное верно.

Основными задачами плеоптического лечения являются:

- а) повышение остроты зрения "хуже видящего" глаза с коррекцией до 0,4 и выше;
- б) восстановление центральной устойчивой фиксации на обоих глазах;
- в) перевод монолатерального косоглазия в альтернирующее;
- г) все перечисленное;
- д) правильно А и В.

Прямая окклюзия - это:

- а) выключение "лучше видящего" глаза;
- б) выключение "хуже видящего" глаза;
- в) переменное выключение глаз;
- г) все перечисленное;
- д) правильно А и Б.

Прямая окклюзия в среднем назначается:

- а) на 1 месяц;
- б) на 2 месяца;
- в) на 3 месяца;
- г) на 4 месяца;
- д) на 4 месяца, а для закрепления результатов - еще на 3 месяца.

Локальное "слепящее" раздражение светом центральной ямки сетчатки проводят:

- а) на большом безрефлексном офтальмоскопе;
- б) на рефрактометре;
- в) на офтальмометре;
- г) на щелевой лампе;
- д) с помощью зеркального офтальмоскопа.

Локальные "слепящие" засветы назначают:

- а) при центральной устойчивой фиксации;
- б) при центральной неустойчивой фиксации;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- в) при неустойчивой фиксации, когда локальное воздействие на сетчатку еще возможно;
- г) все перечисленное;
- д) только А и Б.

Суть локальных "слепящих" засветов состоит в том, что:

- а) оказывают интенсивное воздействие на центральную ямку сетчатки;
- б) используют отрицательные последовательные образы;
- в) восстанавливают пространственную локализацию;
- г) все перечисленное.

Засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу проводят:

- а) на большом безрефлекторном офтальмоскопе;
- б) на рефрактометре;
- в) на офтальмометре;
- г) на щелевой лампе;
- д) с помощью зеркального офтальмоскопа.

Засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу назначают при:

- а) любой устойчивой фиксации;
- б) перемежающейся фиксации;
- в) нецентральной неустойчивой фиксации;
- г) всем перечисленным.

Суть засветов с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу состоит в том, что:

- а) оказывают интенсивное воздействие на центральную ямку сетчатки;
- б) в результате затемнения центральной ямки и засвечивания парафовеолярных отделов получают последовательный образ, который используют для зрительных упражнений;
- в) проводят упражнения в локализации-коррекции;
- г) все перечисленное.

Лечение амблиопии засветами по Кюпперсу возможно у детей:

- а) с 4 лет;
- б) с 5 лет;
- в) после 6 лет;
- г) в любом возрасте.

Метод пенализации заключается в:

- а) локальном воздействии светом на сетчатку;
- б) использовании отрицательных последовательных образов;
- в) упражнениях в локализации;
- г) разобщении глаз, при котором один из них делают фиксирующим для дали, другой - для близи;
- д) все перечисленное.

Пенализация отличается от прямой окклюзии тем, что:

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- а) позволяет разобщать глаза, не выключая один из них полностью;
 б) основана на засветах сетчатки;
 в) подразумевает упражнения для мышц глазодвигателей;
 г) все перечисленное правильно.

Аппаратное лечение амблиопии возможно у детей, начиная с:

- а) 2 лет;
 б) 3 лет;
 в) 4 лет;
 г) 5 лет;
 д) 6 лет.

Лечение пенализации возможно, начиная с:

- а) раннего детского возраста
 б) 4 лет;
 в) 5 лет;
 г) 6 лет;
 д) 7 лет.

Обратной окклюзией называется:

- а) выключение лучше видящего глаза;
 б) выключение хуже видящего глаза;
 в) попеременное выключение каждого из глаз;
 г) правильно А и Б.

Обратную окклюзию назначают при амблиопии с:

- а) центральной устойчивой фиксацией;
 б) перемежающейся фиксацией;
 в) нецентральной неустойчивой фиксацией;
 г) нецентральной устойчивой фиксацией;
 д) всем перечисленном.

Обратную окклюзию назначают на срок:

- а) 2 недели;
 б) 4-6 недель;
 в) 2 месяца;
 г) 3 месяца;
 д) 4 месяца.

Общие засветы заднего полюса сетчатки красным светом проводят на:

- а) большом безрефлекторном офтальмоскопе;
 б) рефрактометре;
 в) офтальмометре;
 г) щелевой лампе;
 д) с помощью зеркального офтальмоскопа.

Общие засветы заднего полюса сетчатки красным светом назначают при:

- а) центральной устойчивой фиксации;
 б) перемежающейся фиксации;
 в) нецентральной устойчивой фиксации;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

г) резко неустойчивой фиксации;

д) всем перечисленным.

Засветы по Ковальчуку назначают детям с:

а) обскурационной амблиопией после экстракции катаракты;

б) рефракционной амблиопией;

в) анизометропической амблиопией;

г) дисбинокулярной амблиопией;

д) всем перечисленным.

Медико- педагогические упражнения при амблиопии включают в себя:

а) занятия с мозаикой;

б) обведение контуров рисунков;

в) плетение ковриков;

г) нанизывание бус на леску;

д) все перечисленное.

Основным плеоптическим прибором является:

а) большой безрефлексный офтальмоскоп;

б) рефрактометр;

в) офтальмометр;

г) щелевая лампа;

д) зеркальный офтальмоскоп.

Одно из основных правил плеоптики состоит в том, что все методы лечения амблиопии, кроме пенализации, проводят:

а) с одним выключенным глазом;

б) с двумя выключенными глазами;

в) с выключенной наружной половиной поля зрения одного из глаз;

г) с выключенной внутренней половиной поля зрения одного из глаз.

Остротой зрения, совместимой с бинокулярным зрением, считается:

а) 0,1;

б) 0,2;

в) 0,3;

г) 0,4 и выше.

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.

Бинокулярное зрение - это:

а) способность смотреть попеременно каждым глазом;

б) способность смотреть двумя глазами, но без слияния двух монокулярных изображений;

в) способность сливать два монокулярных изображения объекта в единый зрительный образ;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

г) все перечисленное.

Фиксацией, совместимой с бинокулярным зрением, считают:

- а) периферическую фиксацию;
- б) макулярную фиксацию;
- в) центральную устойчивую фиксацию;
- г) любую из перечисленных;
- д) только А и Б.

Непосредственной причиной косоглазия является:

- а) низкое зрение одного из глаз;
- б) нарушение механизма бификсации;
- в) анизометропия;
- г) астигматизм;
- д) все перечисленное.

Суть теории корреспонденции сетчаток состоит в том, что одиночное восприятие объекта возможно, если его изображение проецируется на:

- а) корреспондирующие пункты сетчатки;
- б) диспаратные пункты сетчатки;
- в) оптически недействительные части сетчатки;
- г) все перечисленное.

Гапლოსкопические условия - это условия:

- а) в основе которых лежит принцип разделения полей зрения обоих глаз;
- б) которые позволяют предъявлять каждому глазу пациента свой объект под углом его косоглазия;
- в) при которых один глаз выключают;
- г) правильно А и Б;
- д) правильно все перечисленное.

Приборы, на которых создают гапლოსкопические условия, называются:

- а) визометрическими;
- б) синоптичными;
- в) рефрактометрическими;
- г) все перечисленное.

Основным ортоптическим прибором является:

- а) рефрактометр;
- б) синоптофор;
- в) щелевая лампа;
- г) ретинофот;
- д) электрический офтальмоскоп.

Обследование пациентов с косоглазием складывается из всего перечисленного, кроме:

- а) определения остроты зрения;
- б) определения угла косоглазия и характера зрения;
- в) исследования на синоптофоре;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

г) флюоресцентной ангиографии.

Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по наружному краю зрачка, что соответствует:

- а) сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б) расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- в) сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- г) расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- д) сходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по внутреннему краю зрачка, что соответствует:

- а) сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б) расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- в) сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- г) расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- д) сходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее наружной половине, что соответствует:

- а) сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б) расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- в) сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- г) расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- д) сходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее внутренней половине, что соответствует:

- а) сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б) косоглазию с углом в 30° ;
- в) расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- г) сходящемуся косоглазию с углом в 45° ;
- д) расходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по ее наружному краю, что соответствует:

- а) сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б) сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- в) расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- г) сходящемуся косоглазию с углом в 45° ;
- д) расходящемуся косоглазию с углом в 45° .

Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по ее внутреннему краю, что соответствует:

- а) сходящемуся или расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б) сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- в) расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- г) сходящемуся косоглазию с углом в 45° ;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

д) расходящемуся косоглазию с углом в 45 °.

Приведение глазного яблока считается нормальным, если внутренний край роговицы:

- а) доходит до уровня слезных точек;
- б) не доходит до уровня слезных точек;
- в) заходит за уровень слезных точек;
- г) все перечисленное.

Отведение глазного яблока считается нормальным, если наружный лимб:

- а) доходит до наружной спайки век;
- б) не доходит до наружной спайки век;
- в) заходит за наружную спайку век;
- г) правильно А и В;
- д) все перечисленное.

К наружным мышцам глаза относятся:

- а) верхняя и наружная прямые мышцы;
- б) внутренняя и наружная прямые мышцы;
- в) верхняя и нижняя косые мышцы;
- г) ничего из перечисленного
- д) все перечисленное.

Начинаются у вершины орбиты и образуют здесь сухожильное кольцо:

- а) верхняя и нижняя прямая мышцы;
- б) внутренняя прямая мышца;
- в) наружная прямая мышца;
- г) верхняя косая мышца;
- д) все перечисленное.

У нижне-внутреннего края глазницы начинается:

- а) верхняя прямая мышца;
- б) нижняя прямая мышца;
- в) внутренняя и наружная прямые мышцы;
- г) верхняя косая мышца;
- д) нижняя косая мышца.

Наружные мышцы глаза иннервируются:

- а) глазодвигательным нервом;
- б) блоковым нервом;
- в) отводящим нервом;
- г) всеми перечисленными нервами;
- д) только А и В.

Глазодвигательный нерв иннервирует:

- а) верхнюю прямую мышцу;
- б) внутреннюю прямую мышцу;
- в) нижнюю прямую мышцу;
- г) нижнюю косую мышцу;
- д) все перечисленное.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Отводящий нерв иннервирует:

- а) верхнюю прямую мышцу;
- б) внутреннюю прямую мышцу;
- в) нижнюю прямую мышцу;
- г) наружную прямую мышцу;
- д) верхнюю и нижнюю косые мышцы.

Блоковый нерв иннервирует:

- а) верхнюю и нижнюю прямые мышцы;
- б) внутреннюю прямую мышцу;
- в) наружную прямую мышцу;
- г) верхнюю косую мышцу;
- д) нижнюю косую мышцу.

Движение глазных яблок кнаружи осуществляется:

- а) наружной прямой мышцей;
- б) нижней косой мышцей;
- в) верхней косой мышцей;
- г) всеми перечисленными;
- д) только А и В.

Движение глазных яблок кнутри осуществляется:

- а) внутренней прямой мышцей;
- б) верхней прямой мышцей;
- в) нижней прямой мышцей;
- г) только А и В;
- д) всеми перечисленными.

Движение глазных яблок вверх обеспечивается:

- а) верхней прямой и нижней косой мышцами;
- б) нижней прямой и верхней косой мышцами;
- в) наружной и внутренней прямыми мышцами;
- г) всеми перечисленными.

Движение глазных яблок вниз обеспечивается:

- а) верхней прямой и нижней косой мышцами;
- б) нижней прямой и верхней косой мышцами;
- в) наружной и внутренней прямыми мышцами;
- г) всеми перечисленными.

При бинокулярном зрении на четырехточечном цветотесте испытуемый через красно-зеленые очки видит:

- а) четыре кружка;
- б) пять кружков;
- в) то два, то три кружка;
- г) закономерности не отмечается.

Объективным углом косоглазия на синоптофоре называют угол, при котором:

- а) зрительные оси направлены на объект фиксации и нет установочных

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

движений:

- б) пациент сливает объекты;
- в) пациент не может слить объекты;
- г) возможно все перечисленное.

Субъективный угол косоглазия на синоптофоре определяют:

- а) по моменту исчезновения установочных движений;
- б) по ответу ребенка;
- в) по ширине фузионных резервов;
- г) на основании всего перечисленного.

К синоптофору прилагаются объекты:

- а) для слияния;
- б) для освещения;
- в) для стереоскопии;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

Под бифовеальным слиянием на синоптофоре понимают:

- а) состояние, при котором объективный и субъективный углы равны и подсубъективным углом ребенок видит объекты слитыми;
- б) локальную скотому в виде феномена "перескока";
- в) тотальную функциональную скотому;
- г) все перечисленное.

Косоглазие считается первичным, если его причиной послужило:

- а) другое глазное заболевание;
- б) общее заболевание организма;
- в) преимущественно аномалии рефракции;
- г) все перечисленное.

Косоглазие считается вторичным, если его причиной послужило:

- а) другое глазное заболевание;
- б) общее заболевание организма;
- в) аномалии рефракции;
- г) любое из перечисленных.

Косоглазие считается постоянным, если:

- а) угол отклонения глаз не изменяется;
- б) угол отклонения глаз непостоянный;
- в) глаза занимают правильное положение;
- г) все перечисленное.

Для содружественного косоглазия характерны:

- а) нормальная подвижность глаз;
- б) ограничение подвижности глаз;
- в) отсутствие подвижности глаз;
- г) все перечисленное.

По связи с аккомодацией различают косоглазие:

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- а) неаккомодационное;
- б) частично аккомодационное;
- в) аккомодационное;
- г) только Б и В;
- д) все перечисленное.

Аккомодационное косоглазие - это:

- а) сходящееся косоглазие, которое исправляется положительными очками;
- б) косоглазие, вызванное амблиопией;
- в) косоглазие, связанное с астигматизмом;
- г) любое из перечисленных.

Альтернирующее косоглазие отличается от моно-латерального тем, что:

- а) оно вызвано обскурационной амблиопией;
- б) оно связано с анизометропией;
- в) каждый глаз может фиксировать;
- г) все перечисленное.

По направлению отклонения глаз косоглазие может быть:

- а) сходящимся;
- б) расходящимся;
- в) вертикальным;
- г) только А и Б;
- д) любым из перечисленных.

К методам ортоптического лечения относятся:

- а) занятия на синоптофоре;
- б) метод последовательных образов по Кащенко;
- в) упражнения на хейроскопе;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

Лечение на синоптофоре проводится на объектах для:

- а) совмещения под объективным углом;
- б) слияния под объективным углом;
- в) совмещения под субъективным углом;
- г) слияния под субъективным углом;
- д) все перечисленное.

Цель операции на мышцах-глазодвигателях:

- а) изменение мышечного баланса;
- б) получение симметричного или близкого к нему положения глаз;
- в) Создание условий для восстановления содружественной деятельности обоих глаз;
- г) только А и Б;
- д) все перечисленное.

Оптимальным для хирургического лечения содружественного косоглазия считают возраст:

- а) 1-3 года;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- б) 4-6 лет;
- в) 7-9 лет;
- г) 10-12 лет;
- д) 13-15 лет.

К операциям, усиливающим действие мышц при косоглазии, относятся:

- а) резекция;
- б) тенорафия;
- в) прорафия;
- г) правильно Б и В;
- д) все перечисленное.

К операциям, ослабляющим действие мышц при косоглазии, относятся:

- а) свободная (полная) и частичная тенотомия;
- б) пролонгация (теномиопластика);
- в) рецессия;
- г) только Б и В;
- д) все перечисленное верно.

Операцией резекции мышц при косоглазии называется:

- а) укорочение мышцы путем иссечения ее участка у места прикрепления к склере и подшивание ее к этому же месту;
- б) укорочение мышцы путем образования складки из ее сухожилий;
- в) перемещение сухожилия мышцы кпереди (на прямых мышцах) и кзади (на косых мышцах) ;
- г) все перечисленное верно.

Операцией прорафии мышцы при косоглазии называется:

- а) укорочение мышцы путем иссечения ее участка и подшивание ее к этому же месту;
- б) укорочение мышцы путем образования складки из ее сухожилия;
- в) перемещения сухожилия мышцы кпереди (на прямых мышцах) и кзади (на косых мышцах);
- г) все перечисленное верно.

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) все перечисленное верно.

Операцией пролонгации (теномиопластики) 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

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

	<p><u>сшивания перерезанных участков;</u> г) все перечисленное верно.</p> <p>Диплоптика - это система лечебных мероприятий, направленных на: а) повышение остроты зрения; б) выработку бинокулярного зрения в искусственных условиях; в) <u>выработку бинокулярного зрения в естественных условиях;</u> г) все перечисленное верно.</p> <p>Показаниями для назначения диплоптического лечения являются: а) острота зрения хуже видящего глаза с коррекцией не ниже 0,5; б) правильное или близкое к нему положение глаз; в) преимущественно одновременный характер зрения; г) наличие бифовеального слияния на синоптофоре; д) <u>все перечисленное.</u></p>
--	--

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы;
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
 - **высокий** - более 80% правильных ответов;
 - **достаточный** – от 60 до 80 % правильных ответов;
 - **пороговый** – от 50 до 60% правильных ответов;
 - **критический** – менее 50% правильных ответов.

9.4 Реферат - не предусмотрено

Перечень тем формируется отдельно для каждой компетенции

Индекс компетенции	№ темы	Тематика рефератов

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильное и полное раскрытие вопросов;
- показатель оценивания – глубина и качество отработанных вопросов, оформление реферата;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
 - **высокий (отлично)** - все вопросы раскрыты правильно и полно, оформление соответствует требованиям руководящих документов;
 - **достаточный** – вопросы раскрыты недостаточно полно, оформление соответствует требованиям руководящих документов;
 - **пороговый** – вопросы не раскрыты, оформление соответствует требованиям руководящих документов;
 - **критический** – вопросы не раскрыты, оформление не соответствует требованиям

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

руководящих документов.