



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Офтальмология»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело
Квалификация	Врач по общей гигиене, по эпидемиологии
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра глазных болезней

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В. Колесников	д.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент, зав. кафедрой глазных болезней
В.А. Соколов	д.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	профессор кафедры глазных болезней
М.А. Колесникова	к.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент кафедры глазных болезней
Л.В. Мироненко	к.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент кафедры глазных болезней
А.Е. Севостьянов		ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	ассистент кафедры глазных болезней

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
В.А. Мартынов	д.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	зав. каф. инфекционных болезней и фтизиатрии
Л.Н. Старкова	к.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно- лицевой хирургии с курсом ЛОР- болезней

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Медико-профилактическое дело

Протокол № 12 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.

Протокол № 10 от 27.06.2023г.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме

1. Через верхнюю глазничную щель проходят:
 1. Глазничный нерв;
 2. Глазодвигательные нервы;
 3. Основной венозный коллектор глазницы;
 4. Всё перечисленное;
 5. Правильно 2 и 3.

2. Канал зрительного нерва служит для прохождения:
 1. Глазничной артерии;
 2. Зрительного нерва
 3. И того, и другого;
 3. Частично внутри и частично вне глазницы.
 4. Ни того, ни другого.

3. Слезный мешок расположен:
 1. Внутри глазницы;
 2. Вне глазницы;

4. Ветвями глазничной артерии является
 1. Лобная артерия;
 2. Надглазничная артерия;
 3. Слезная артерия;
 4. Всё перечисленное;
 5. Ни одна из перечисленных.

5. Отток крови из век направляется:
 1. В сторону вен глазницы;
 2. В сторону лицевых вен;
 3. В оба направления;
 4. Ни одно из перечисленных.

6. Рефракцией оптической системы называется:
 1. Состояние, тесно связанное с конвергенцией;
 2. Преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях;
 3. Способность оптической системы нейтрализовать проходящий через неё свет;
 4. Система линз, расположенных на определённом расстоянии друг от друга.
 5. Правильно 2 и 3

7. Клиническая рефракция - это:
 1. Преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях;
 2. Преломляющая сила хрусталика;
 3. Главные плоскости оптической системы.
 4. Соотношение между оптической силой и длиной оси глаза;
 5. Правильно 1 и 4.

8. Дальнейшая точка ясного видения - это точка:
1. Расположенная на вершине роговицы;
 2. К которой установлен глаз в состоянии покоя аккомодации;
 3. Расположенная в 1 м от глаза;
 4. Расположенная в области передней главной плоскости;
 5. Ясного видения при максимальном напряжении аккомодации.
9. Дальнейшая точка ясного видения при эметропии находится в:
1. 5 м от глаза;
 2. 4 м от глаза;
 3. 3 м от глаза;
 4. Бесконечности;
 5. Позади глаза.
10. Дальнейшая точка ясного видения при миопии находится:
1. В бесконечности;
 2. На сетчатке;
 3. Перед глазом на конечном расстоянии;
 4. В области роговицы;
 5. Позади глаза.
11. Изменения век при воспалительном отеке включают:
1. гиперемия кожи век;
 2. повышение температуры кожи;
 3. болезненность при пальпации;
 4. всё перечисленное верно.
12. Изменения век при невоспалительном отёке:
1. чаще двухстороннее;
 2. отсутствует болезненность при пальпации;
 3. кожные покровы нормальной окраски;
 4. может сочетаться с отеком ног, асцитом,
 5. все перечисленное верно.
13. Клинические признаки эмфиземы век включают:
1. крепитацию;
 2. отек;
 3. целостность кожных покровов;
 4. все перечисленное верно.
14. Ангионевротический отёк Квинке характеризуется:
1. отёком век одного глаза, распространяющимся на кожу лица;
 2. чаще развивается на верхнем веке;
 3. точечными поверхностными помутнениями роговицы;
 4. всем перечисленным;
 5. верно 1 и 2
15. При аллергическом дерматите наблюдаются:
1. отёк век;
 2. гиперемия;
 3. зуд;

4. появление мелких пузырьков на коже, которые лопаются с выделением серозной жидкости;
 5. всё перечисленное верно.
16. К наиболее значимым факторам в патогенезе отека роговицы, вызываемого контактной линзой, относятся:
1. уменьшение снабжения кислородом как самого значительного фактора в образовании отека роговицы;
 2. наличие относительно непроницаемого барьера;
 3. уменьшение объёма слёз не только с возрастом, но и при некоторых состояниях - таких, как синдром Сьегрена;
 4. все перечисленное;
 5. только 1 и 2.
17. При эпидемическом кератоконъюнктивите может наблюдаться все перечисленное, кроме:
1. острого фолликулярного конъюнктивита;
 2. симптомов инфекции;
 3. изъязвления и васкуляризации поврежденной роговицы;
 4. снижения остроты зрения;
 5. повреждения роговицы в виде субэпителиальных монетовидных, точечных инфильтратов.
18. Признаками нейропаралитического кератита являются:
1. светобоязнь;
 2. слезотечение;
 3. эрозии роговицы с последующим изъязвлением;
 4. блефароспазм;
 5. нарушение чувствительности роговицы;
 6. только 3 и 5
 7. все перечисленное.
19. Поверхностная васкуляризация роговицы встречается при:
1. фликтенулезном кератите;
 2. аденовирусном конъюнктивите;
 3. склерите;
 4. эписклерите;
 5. всем перечисленным.
20. Проявлением болезни Сьегрена со стороны органа зрения является:
1. склерит;
 2. повышение внутриглазного давления;
 3. сухой кератоконъюнктивит;
 4. отслойка сетчатки;
 5. все перечисленное;
 6. только 1 и 3.
21. Понятие "защитный барьер" глаза включает:
1. гематофтальмический барьер;
 2. бактериостатические факторы слезы;
 3. протеолитические ферменты;

4. систему секретных и сывороточных иммуноглобулинов - реакции специфического клеточного и гуморального иммунитета;
 5. всё перечисленное.
22. В организме человека интерферон вырабатывается:
1. лимфоцитами;
 2. лейкоцитами;
 3. макрофагами;
 4. только 1 и 3.
 5. всеми перечисленными клетками;
23. Патогенетическое применение интерферона показано при:
1. хроническом течении увеита;
 2. угнетении клеточного иммунитета;
 3. частых простудных заболеваниях;
 4. герпетических заболеваниях;
 5. всем перечисленным;
24. Наиболее информативной в диагностике туберкулёзного увеита является:
1. туберкулиновая проба;
 2. офтальмоскопия;
 3. биомикроскопия;
 4. рентгенография.
25. При подозрении на вирусную этиологию увеита обнаружить антигены вируса можно в:
1. соскобах конъюнктивы и соскобах роговицы;
 2. слёзной жидкости;
 3. влаге передней камеры;
 4. сыворотке крови;
 5. всем перечисленным.
26. Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:
1. спазмом;
 2. эмболией;
 3. тромбозом;
 4. всем перечисленным;
 5. только 2 и 3.
27. Феномен "вишневой косточки" наблюдается при:
1. неврите;
 2. дистрофиях сетчатки;
 3. тромбозе вен сетчатки;
 4. острой артериальной непроходимости сетчатки;
 5. всем перечисленным.
28. Пузыри отслоённой сетчатки обычно выше:
1. на стороне разрыва;
 2. на противоположной разрыву стороне;
 3. величина пузыря не зависит от локализации разрыва;
 4. закономерности не выявляются.

29. Для препролиферативной диабетической ретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения:

1. ангиосклероз;
2. микро- и макроаневризмы;
3. кровоизлияния в сетчатку;
4. пролиферативные изменения, глиоз;
5. отслойка сетчатки;
6. верно 1 и 2;
7. верно 2 и 3.

30. Показаниями к витреэктомии при пролиферативной диабетической ретинопатии являются:

1. отслойка сетчатки;
2. помутнение стекловидного тела;
3. неоваскуляризация стекловидного тела;
4. пролиферация и глиоз стекловидного тела, связанные с сетчаткой;
5. верно 2, 3, ;
6. верно 3 и 4;
7. верно 2, 3, 4;
8. всё перечисленное.

31. Симптомы, характерные для всех видов глауком:

1. повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги;
2. неустойчивость внутриглазного давления;
3. повышение уровня внутриглазного давления;
4. изменение поля зрения;
5. всё перечисленные верно.

32. Об отсутствии стабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:

1. высокие цифры внутриглазного давления;
2. сужение границ поля зрения по назальным меридианам;
3. увеличение глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва;
4. снижение зрения;
5. верно 1 и 2;
6. верно 2,3,4;
7. всё перечисленное.

33. Стадия первичной глаукомы оценивается по показателям:

1. остроты зрения;
2. уровня внутриглазного давления;
3. площади глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва;
4. состояния поля зрения;
5. размаха суточных колебаний ВГД;
6. верно 1,3,4;

34. Блок угла передней камеры может быть вызван:

1. нерассосавшейся мезодермальной тканью;
2. корнем радужной оболочки;
3. новообразованными сосудами;
4. кровью;
5. всем перечисленным.

35. Различают следующие клинические формы первичной глаукомы:
1. закрытоугольная;
 2. открытоугольная;
 3. неоваскулярная;
 4. смешанная;
 5. верно 1 и 2;
36. Механизм контузионной травмы связан с:
1. повреждением тканей на месте непосредственного воздействия тупого предмета;
 2. включением нервно-рефлекторных механизмов;
 3. опосредованной травмой глазных структур в зоне контрудара;
 4. всем перечисленным.
37. Диагноз сквозного ранения глазного яблока устанавливается бесспорно при:
1. наличии внутриорбитального инородного тела;
 2. гемофтальме;
 3. наличии входного и выходного отверстия;
 4. резких болях при движении глазного яблока;
 5. экзофтальме;
 6. верно 1 и 3;
 7. всем перечисленным.
38. Абсолютным признаком нахождения инородного тела в глазу является:
1. отсутствие передней камеры, рана роговицы или склеры с неадаптированными краями;
 2. травматический гемофтальм;
 3. отверстие в радужке;
 4. травматическая катаракта;
 5. повышение внутриглазного давления;
39. Протез Комберга-Балтина служит для:
1. исключения внутриглазных инородных тел на рентгеновских снимках;
 2. рентгенлокализации инородного тела;
 3. подшивания к конъюнктиве с целью профилактики выпадения стекловидного тела в ходе операции;
 4. проведения магнитных проб.
40. Первая помощь в поликлинике и на медпункте при проникающем ранении глазного яблока с выпадением оболочек заключается в:
1. вправлении выпавших оболочек;
 2. иссечении выпавших оболочек и герметизации раны;
 3. закапывании антибиотиков, наложении повязки и срочной транспортировки в офтальмологический центр;
 4. организации консультации врача-офтальмотравматолога в поликлинике;
 5. в каждом случае решение принимается индивидуально.
41. Питание хрусталика у взрослого человека осуществляется:
1. через а. hyaloidea;
 2. посредством цинковых связок;
 3. от внутриглазной влаги посредством диффузии;
 4. от цилиарного тела;
 5. от передней пограничной мембраны стекловидного тела.

42. К прогрессирующей катаракте можно отнести:
1. врожденную слоистую катаракту;
 2. врожденную полную катаракту;
 3. приобретенную катаракту;
 4. веретенообразную катаракту;
 5. заднюю полярную катаракту;
 6. все перечисленное.
43. Возможными осложнениями при набухающей катаракте могут быть:
1. острый приступ глаукомы;
 2. иридоциклит;
 3. факогенная глаукома;
 4. верно 2 и 3;
 5. все перечисленное.
44. Пациент обратился с клиникой острого приступа глаукомы. При этом определяется набухающая катаракта того же глаза. Тактика врача:
1. проведение консервативного лечения амбулаторно;
 2. проведение консервативного лечения в условиях стационара;
 3. направление в стационар для оперативного лечения по поводу острого приступа глаукомы;
 4. срочное направление в стационар для экстракции катаракты.
45. Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 2,0 м составляет:
1. 4,0 диоптрии;
 2. 2,0 диоптрий;
 3. 1,0 диоптрии;
 4. 0,5 диоптрии;
 5. 0,1 диоптрии.
46. Косоглазием называется:
1. нарушение нормальной подвижности глаза;
 2. отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации;
 3. отклонение обоих глаз от совместной точки фиксации;
 4. снижение остроты зрения одного или обоих глаз;
 5. все перечисленное;
 6. верно 2 и 3.
47. Амблиопией называется:
1. различные по происхождению формы понижения зрения, причиной которых являются функциональные расстройства зрительного анализатора;
 2. отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации;
 3. нарушение бинокулярного зрения;
 4. ограничение подвижности глаз;
 5. всё перечисленное.
48. Состояние аккомодации, при котором определяют рефракцию у дошкольников с амблиопией с целью назначения очков:
1. медикаментозный паралич аккомодации;
 2. нерасслабленная аккомодация;
 3. частично выключенная аккомодация;
 4. всё перечисленное;

5. только 2 и 3.

49. Прямая окклюзия в среднем назначается:

1. на 1 месяц;
2. на 2 месяца;
3. на 3 месяца;
4. на 4 месяца;
5. на 4 месяца, а для закрепления результатов - ещё на 3 месяца.

50. Фиксацией, совместимой с бинокулярным зрением, считают:

1. периферическую фиксацию;
2. макулярную фиксацию;
3. парафовеолярную фиксацию;
4. любую из перечисленных;
5. только 2 и 3.

Критерии оценки тестового контроля:

Для стандартизированного контроля (тестовые задания с эталоном ответа):

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Строение, функции и свойства нормальной конъюнктивы
2. Местное лечение ячменя в стадии инфильтрата
3. Глазодвигательные мышцы, их иннервация
4. Какие симптомы объединяет «роговичный синдром»?
5. Осложнения при гнойной язве роговицы.

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач

Задача № 1.

Больной 20 лет поступил в клинику с жалобами на резкие боли в области правого глаза и снижение его зрения. Острота зрения $OD=0,6$, не корр. Глаз раздражен.

Выраженная смешанная инъекция. На задней поверхности роговой оболочки преципитаты, некоторые из них крупные, сальные. Радужная оболочка резко гиперемирована, рисунок смывает. Множество задних синехий.

- 1) О каком заболевании можно подумать? Ответ- острый иридоциклит
- 2) С каким заболеванием проведете дифференциальный диагноз? Ответ с острым приступом глаукомы
- 3) Какое обследование назначите? Ответ- общий анализ крови, мочи, RW, ВИЧ, гепатит В и С, биохимические исследования крови, сахар крови, анализ крови на токсоплазмоз и бруцеллез, рентгенографию придаточных пазух носа, консультация ЛОР-врача, стоматолога, ФЛГ
- 4) План лечения. Ответ- мидриатики, кортикостероиды, НПВС, антибиотики, рассасывающие средства
- 5) Показаны ли при данном заболевании мидриатики, их механизм действия. Ответ Да, показаны, расширяют зрачок, для предотвращения осложнений, вторичной офтальмогипертензии.

Задача № 2.

Больная 68 лет, которая в течение многих лет пользовалась очками для чтения +3, OD заметила, что стала свободно читать без очков, но хуже видит вдаль

VIS OD=0,4-2,5D=1,0 VIS OS= 0,4-2,5D=1,0

Глаза спокойны. С фокальным освещением и в проходящем свете грубых изменений не выявлено.

- 1) О начале какого патологического процесса можно думать? Ответ - о начинающейся катаракте
- 2) Какие дополнительные офтальмологические методы обследования помогут поставить диагноз? Ответ – расширь зрачок и осмотреть хрусталик в проходящем освещении и на биомикроскопе(щелевой лампе)
- 3) Могут ли какие-то общие заболевания организма привести к указанному состоянию. Если да, то какие общие обследования необходимо провести? Ответ – да, сахарный диабет может сопровождаться развитием катаракты, анализ крови на сахар.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

Для оценки решения ситуационной задачи:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Собеседование по вопросам

1. Анатомия орбиты; связь ее заболеваний с патологией пограничных областей. Признаки тромбоза каверзного синуса.
2. Методика офтальмоскопии в обратном виде.
3. Выпишите очки для работы на близком расстоянии пациенту 40 лет, имеющему следующие виды рефракции:
H 2,0D, M 1,0 D, E
4. Анатомия век. Ячмень; клиника, осложнения, лечение. Халазион.
5. Паралич и спазм аккомодации. Особенности исследования рефракции у детей. Циклоплегические средства, назначения.
6. Строение и функции конъюнктивы. Эпидемические конъюнктивиты, клиническая картина.
7. Методика исследования конъюнктивы с пальпаторным выворотом век.
8. Выпишите корректирующие очки больному 75 лет с эметропической рефракцией.
9. Отверстия глазницы и проходящие через них сосуды и нервы. Синдром верхнеглазничной щели, причины развития.
10. Исследование глаза методом бокового освещения.
11. Выпишите бифокальные очки гиперметропу в 3,0 D в 70 лет.
12. Близорукость; этиология, патогенез. Профилактика школьной близорукости. Глазная гимнастика.
13. Приемы осмотра верхней переходной складки конъюнктивы.
14. Дальнейшая точка ясного зрения находится на расстоянии 50 см перед глазом. Назвать вид клинической рефракции. Выписать корректирующие стекла.
15. Открытоугольная глаукома. Патогенез, клиника, дифференциальный диагноз.
16. Исследование глаза боковым освещением с бинокулярной лупой.
17. Где находится ближайшая точка ясного зрения у миопы в 3,0 D, обладающего объемом аккомодации в 12,0 D?
18. Старческая катаракта, дифференциальный диагноз; осложнения, их профилактика, лечение.
19. Передняя камера глаза; Методы исследования, изменения ее глубины и содержимого при патологических состояниях.
20. Ранняя диагностика и профилактика глаукомы. Режим больного глаукомой.
21. Показать простейшие способы исследования бинокулярного зрения.
22. Двигательный аппарат глаза; иннервация мышц. Паралитическое косоглазие и нистагм, диагностика и лечение.
23. Исследование цветоощущения.
24. Проникающие ранения глаз, диагностика, объем неотложной помощи врачом не офтальмологом.
25. Провести внешний осмотр больного, охарактеризовать выявленные изменения.
26. Строение и функции радужной оболочки. Зрачок в норме и патологии. Мидриатики, показания к назначению.
27. Исследование глаза проходящим светом, объяснить возможности способа.
28. Строение и функции хрусталика, возрастные изменения. Особенности удаления мягких и твердых катаракт.
29. Определение ширины угла передней камеры боковой подсветкой по Вургафту.

30. Периферическое зрение в норме и патологии. Значение его исследования для топической диагностики поражений зрительных путей.
31. Определение угла косоглазия по Гиршбергу.
32. Физическая и клиническая рефракция глаза, рефракционная хирургия, вклад отечественных ученых в ее развитии.
33. Наложение монокулярной повязки.
34. Бинокулярное зрение, роль его нарушений в патогенезе содружественного косоглазия.
35. Выписать рецепт на глазные капли содержащие глюкокортикостероиды.
36. Астигматизм, его виды, диагностика, принципы коррекции.
37. Выписать рецепт на глазные капли пилокарпина.
38. Химические и термические ожоги глаз. Клиника, неотложная помощь; Патогенез ожоговой болезни, лечение в разных периодах.
39. Контрольные методы исследования остроты зрения.
40. Двигательная и чувствительная иннервация глазного яблока. Цилиарный узел. Анестезия и акинезия в глазной хирургии.
41. Измерения внутриглазного давления методом Маклакова.
42. Функции органа зрения, механизм зрительного восприятия. Зрительные нарушения и их возможная причинная связь.
43. Локализация инородных тел в глазу по рентгеновским снимкам.
44. Острая потеря зрения, основные причины. Отслойка сетчатки, клиника, этиология, лечение.
45. Выписать рецепт на глазные капли (атропин).
46. Симпатическая офтальмия, клиника, этиопатогенез, лечение, профилактика.
47. Выворот верхнего века с помощью стеклянной палочки.
48. Эндофтальмит и панофтальмит. Этиология, клиника, лечение.
49. Глазная инвалидность, причины, возможности реабилитации. Выявление симуляции зрительных расстройств.
50. Эпидемические острые конъюнктивиты. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
51. Исследование зрительных функций при сильном их снижении (ниже 0,1) с записью данных.
52. Ползучая гнойная язва роговицы. Этиология, клиника, осложнения, лечение.
53. Проанализировать данные периметрии, гониоскопии, определить по тонограммам внутриглазное давление и поставить диагноз глаукомы по современной классификации.
54. Строение слезоотводящих путей. Флегмона слезного мешка и дакриоцистит новорожденных; Клиника, диагностика, лечение.
55. Методика определения клинической рефракции глаз набором оптических стекол с записью данных.
56. Аномалии рефракции, принципы их коррекции. Современные достижения рефракционной хирургии.
57. Поверхностные ранения и инородные тела роговицы и конъюнктивы. Способы удаления инородных тел роговицы и конъюнктивы.
58. Застойный диск зрительного нерва; причины развития, дифференциальный диагноз.
59. Исследование зрительных функций при отсутствии предметного зрения с записью данных.
60. Герпетические кератиты, классификация, общие признаки, лечение медикаментозное и хирургическое.
61. Исследование периферического зрения с записью данных.
62. Флегмона орбиты. Этиология, дифференциальный диагноз, клиника, лечение.
63. Выписать рецепт на глазные капли содержащие НПВС.
64. Виды гиперемий глазного яблока и их диагностическое значение.

65. Определение качества и силы очковых стекол.

Критерии оценки для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры тем рефератов

1. Современные достижения офтальмохирургии.
2. Современные представления об этиологии и патогенезе миопии.
3. Хирургическое лечение близорукости.
4. Пересадка роговой оболочки и кератопротезирование.
5. Имплантация искусственного хрусталика.
6. Применение лазеров в офтальмологии.
7. Применение низких температур в лечении глазных заболеваний.
8. Ультразвук в диагностике и лечении глазных заболеваний.
9. Рентгенодиагностика и рентгенотерапия глазных болезней.
10. Гормональная терапия в офтальмологии.
11. Осложнения со стороны глаз при лекарственной терапии.
12. Микрохирургия глаукомы.
13. Экстра - или интракапсулярная экстракция катаракты.
14. Афакия и современные способы ее коррекции.
15. Отслойка сетчатки и ее лечение.
16. Какой должна быть коррекция миопии?
17. Изменения глазного дна при атеросклерозе и гипертонической болезни.

18. *Диабетическая ретинопатия.*
19. *Изменения глазного дна при заболеваниях почек и токсикозах беременности.*
20. *Деонтология в офтальмологии.*
21. *Слепота и инвалидность по зрению, проблема реабилитации слепых.*
22. *Изменения органа зрения при коллагенозах.*
23. *Ферменты в офтальмологии.*
24. *Симпатическая офтальмия.*
25. *Лекарственные растения в офтальмологии.*
26. *Внутриглазные опухоли.*
27. *Опухоли орбиты.*
28. *Наследственные болезни в офтальмологии.*
29. *Классификация глауком.*
30. *Эпидемический кератоконъюнктивит и его недавние вспышки в нашей стране.*

Критерии оценки реферата:

- *Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.*
- *Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.*
- *Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.*
- *Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.*

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 7 семестре - зачет

Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается билет для зачета путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут.

Критерии выставления оценок (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
«Офтальмология»**

ОПК-6

Способен организовывать уход за больными и оказывать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения, а также обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения

ПК-13

Способность и готовность к выявлению больных инфекционными и неинфекционными болезнями, обусловленными действием биологических, физических и химических факторов

В результате изучения дисциплины происходит комплексное освоение компетенций.

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Анатомия век. Ячмень; клиника, осложнения, лечение. Халазион.
2. Анатомия орбиты; связь ее заболеваний с патологией пограничных областей. Признаки тромбоза кавернозного синуса.
3. Отверстия глазницы и проходящие через них сосуды и нервы. Синдром верхнеглазничной щели, причины развития.
4. Строение и функции конъюнктивы. Эпидемические конъюнктивиты, клиническая картина.
5. Открытоугольная глаукома. Патогенез, клиника, дифференциальный диагноз.
6. Близорукость; этиология, патогенез. Профилактика школьной близорукости. Глазная гимнастика.
7. Ранняя диагностика и профилактика глаукомы. Режим больного глаукомой.
8. Старческая катаракта, дифференциальный диагноз; осложнения, их профилактика, лечение.
9. Двигательный аппарат глаза; иннервация мышц. Паралитическое косоглазие и нистагм, диагностика и лечение.

10. Проникающие ранения глаз, диагностика, объем неотложной помощи врачом не офтальмологом.
11. Строение и функции радужной оболочки. Зрачок в норме и патологии. Мидриатики, показания к назначению.
12. Строение и функции хрусталика, возрастные изменения. Особенности удаления мягких и твердых катаракт.
13. Физическая и клиническая рефракция глаза, рефракционная хирургия, вклад отечественных ученых в ее развитии.
14. Бинокулярное зрение, роль его нарушений в патогенезе содружественного косоглазия.
15. Астигматизм, его виды, диагностика, принципы коррекции.
16. Периферическое зрение в норме и патологии. Значение его исследования для топической диагностики поражений зрительных путей.
17. Химические и термические ожоги глаз. Клиника, неотложная помощь; Патогенез ожоговой болезни, лечение в разных периодах.
18. Двигательная и чувствительная иннервация глазного яблока. Цилиарный узел. Анестезия и акинезия в глазной хирургии.
19. Функции органа зрения, механизм зрительного восприятия. Зрительные нарушения и их возможная причинная связь.
20. Симпатическая офтальмия, клиника, этиопатогенез, лечение, профилактика.
21. Острая потеря зрения, основные причины. Отслойка сетчатки, клиника, этиология, лечение.
22. Эндофтальмит и панофтальмит. Этиология, клиника, лечение.
23. Эпидемические острые конъюнктивиты. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
24. Аномалии рефракции, принципы их коррекции. Современные достижения рефракционной хирургии.
25. Строение слезоотводящих путей. Флегмона слезного мешка и дакриоцистит новорожденных; Клиника, диагностика, лечение.
26. Ползучая гнойная язва роговицы. Этиология, клиника, осложнения, лечение.
27. Застойный диск зрительного нерва; причины развития, дифференциальный диагноз.
28. Виды гиперемий глазного яблока и их диагностическое значение.
29. Флегмона орбиты. Этиология, дифференциальный диагноз, клиника, лечение.
30. Герпетические кератиты, классификация, общие признаки, лечение медикаментозное и хирургическое.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

1. Методика исследования конъюнктивы с пальпаторным выворотом верхнего века.
2. Методика исследования конъюнктивы с выворотом верхнего века с помощью стеклянной палочки.
3. Методика исследования конъюнктивы с выворотом верхнего века с помощью векоподъемника.
4. Прием осмотра верхней переходной складки конъюнктивы
5. Исследование глаза методом бокового освещения.
6. Исследование глаза боковым освещением с бинокулярной лупой.
7. Исследование глаза проходящим светом, объяснить возможности способа.
8. Методика офтальмоскопии в обратном виде.
9. Исследование остроты зрения по таблицам с записью результатов.
10. Контрольные методы исследования остроты зрения.

11. Исследование зрительных функций при сильном их снижении с записью данных (ниже 0,1).
12. Исследование зрительных функций при отсутствии предметного зрения.
13. Исследование цветоощущения.
14. Методика определения клинической рефракции глаз набором оптических стекол с записью данных.
15. Подбор очков при пресбиопии с написанием рецепта.
16. Определение качества и силы очковых стекол.
17. Определение качества оптических центров очковых стекол.
18. Определение положения ближайшей и дальнейшей точек ясного зрения.
19. Показать простейшие способы исследования бинокулярного зрения.
20. Методика определения угла косоглазия.
21. Закапывание капель и закладывание мази в глаз.
22. Массаж век стеклянной палочкой, смазывание краев век.
23. Методика промывания конъюнктивальной полости.
24. Исследование функциональной и анатомической проходимости слезоотводящих путей.
25. Исследование чувствительности, обнаружение поверхности повреждений роговицы.
26. Измерение внутриглазного давления пальпаторно с записью данных.
27. Измерение внутриглазного давления тонометром Маклакова с записью данных.
28. Провести исследование периферического зрения ориентировочным способом.
29. Провести исследование периферического зрения на периметре с записью данных.
30. Боковая подсветка по Вургафту.
31. Проанализировать данные периметрии, гониоскопии, определить на тонограмме внутриглазное давление и поставить диагноз глаукомы по современной классификации.
32. Удаление инородного тела из конъюнктивальной полости.
33. Удаление инородного тела из роговой оболочки.
34. Локализация инородных тел в глазу по рентгенологическим снимкам.
35. Наложение монокулярной повязки.
36. Наложение бинокулярной повязки.
37. Провести внешний осмотр глазного больного, охарактеризовать выявленные изменения.
38. Уметь выписать рецепт на очки.
39. Уметь выписать рецепт на лекарственные препараты для лечения глаз.
40. Уметь заполнить амбулаторную карту глазного больного.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

1. Выпишите бифокальные очки гиперметропу в 3,0 Д в 70 лет.
2. Выпишите корригирующие очки больному 75 лет с эметропической рефракцией.
3. Где находится ближайшая точка ясного зрения у миопы в 3,0 Д, обладающего объемом аккомодации в 12,0 Д?
4. Дальнейшая точка ясного зрения находится на расстоянии 50 см перед глазом. Назвать вид клинической рефракции.
Выписать корригирующие стекла.
5. У больной, поступившей в инфекционное отделение по поводу пищевого отравления колбасой, появились зрительные расстройства: ухудшилось зрение вблизи, не различает книжный шрифт, хотя вдаль видит хорошо. При проверке остроты зрения по

таблице свободно читает правым и левым глазом с 5 метров 10 строчку.

Чем можно объяснить резвившиеся у больной зрительные расстройства?

6. Школьный фельдшер при профилактическом осмотре установил у семиклассника снижение зрения и направил его к окулисту. Врачу ученик рассказал, что ухудшение зрения вдаль стал замечать около года, вблизи видит хорошо. При исследовании:
Vis OD = 0,2 - 2,0 Д = 1,0
Vis OS = 0,3 - 1,75 Д = 1,0
Ваш предварительный диагноз и рекомендации?
7. У вас на приеме учитель 40 лет. В течение 5 лет при чтении и письме пользовался очками +1,5Д, назначенные окулистом, к которому он обратился с жалобами на быструю утомляемость глаз и появление головных болей при чтении. Все было хорошо, однако в последнее время в этих очках он уже плохо разбирает мелкий шрифт. Более всего удивило то, что в тех же очках он стал лучше видеть вдаль, хотя считал, что зрение вдаль у него превосходное.
Как вы объясните зрительные расстройства пациента? Какие исследования и какие наиболее вероятные назначения потребуются?
8. Одинаков ли объем аккомодации у 2-х студентов-ровесников из вашей группы, имеющих соответственно миопию в 3,0Д и гиперметропию 2,0 Д? Подсчитайте, каков же этот объем, если известно, что у гиперметропа ближайшая точка ясного зрения расположена на 11,5 см от глаза, а у миопы в 7,7 см?
9. Больная 25 лет жалуется на гнойное отделяемое из глаз. Заболевание началось 3 дня с покраснения глаз, рези, ощущения засоренности. При осмотре: глазные щели сужены, обильное слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивка век резко гиперемирована, утолщена, разрыхлена. В конъюнктивальной полости гнойный секрет.
Предварительный диагноз. Ваш план дальнейшего обследования и лечения.
10. У больного на фоне острого респираторного заболевания, протекающего с высокой температурой, выраженным назофарингитом, с увеличением подчелюстных и околоушных желез, покраснели глаза, появилось ощущение рези, слизистое отделяемое. При осмотре: конъюнктивка век и склеры резко гиперемирована, отечна. Обилие полупрозрачных фолликулов, особенно на нижней переходной складке.
Ваш предварительный диагноз и план лечения.
11. К вам за помощью обратилась молодая мать с новорожденным ребенком 3-летнего возраста, у которого 2 дня назад покраснел и стал гноиться левый, а сегодня правый глаз. Объективно: легкий отек век и глазного яблока, ресницы склеены гнойным отделяемым. Резкая гиперемия век и глазного яблока. На слизистой нижнего века нежные белесоватые пленки, легко удаляемые влажным ватным шариком.
Ваш предварительный диагноз, план дальнейшего обследования и лечения.
12. На 3-й день после рождения у ребенка появилось резко выраженное покраснение, отек век. Припухшие синюшно-багровые веки невозможно раскрыть для осмотра, из глазной щели сукровичное отделяемое, цвета мясных помоев.
Предварительный диагноз. Ваши дальнейшие тактические действия.
13. Ребенок 3,5 лет заболел остро, появилась высокая температура, головная боль, боль в горле. При наружном осмотре: сильный отек, гиперемия и уплотнение век, на краях которых видны налеты сероватых пленок, не снимающихся ватным шариком.
Предварительный диагноз. Ваша дальнейшая тактика.
14. Больной предъявляет жалобы на светобоязнь, слезотечение, ощущение песка в глазах. Неделю назад отмечалось общее недомогание, головная боль, небольшая лихорадка, боль при глотании, резь в глазах. При осмотре: гиперемия зева, увеличение подчелюстных желез, резкое покраснение всех отделов конъюнктивы; в переходных складках обильное количество мелких прозрачных фолликулов. Предварительный диагноз, лечение.
15. Больной 20 лет поступил в клинику с жалобами на боли в правом глазу, резкую

светобоязнь и снижение зрения, возникшие вскоре после ушиба глаза веточкой дерева. Vis OD = 0,01 не корр., выраженная смешанная инъекция. Парацентральное в роговой оболочке серовато-желтоватый инфильтрат с дефектом в центре. Один край дефекта приподнят, подрыв, второй более пологий. Гипопион. Радужная оболочка гиперемирована, рисунок ее ступешан. Зрачок неправильной формы. Диагноз, план лечения, обследования.

16. Вскоре после удаления из роговой оболочки инородного тела правый глаз стал беспокоить больного, понизилось зрение. При обследовании: острота зрения OD = 0,02, не корр. Выявлена смешанная инъекция. В роговой оболочке обширная гнойная язва с гнойным инфильтрированным дном и краями. В центре язвы прозрачное в виде пузырька образование. Гипопион. Радужная оболочка: рисунок смазан. Зрачок неправильной формы. Предварительный диагноз, план обследования, лечение.
17. Около 2-х недель больную беспокоит правый глаз. Отмечает снижение зрения, светобоязнь, блефароспазм, слезотечение. Объективно: острота зрения OD = 0,06, не корр. Выявлена смешанная инъекция. В роговой оболочке правого глаза на фоне диффузной инфильтрации располагаются два довольно крупных более компактных инфильтрата, к которым подходят в средних слоях роговицы древовидно ветвящиеся крупные сосуды. Предварительный диагноз, план обследования, лечение.
18. Больная 18 лет в течение нескольких лет страдает ревматизмом. Около недели назад стал беспокоить правый глаз. Появилось покраснение, ломящие боли. Острота зрения: OD = 0,8, не корр. Выявлена смешанная инъекция. На задней поверхности роговицы множество мелких беловатых преципитатов. Складчатость мембраны десцементовой. Радужная оболочка гиперемирована. Рисунок смазан. Зрачок неправильной формы. Пигментные задние синехии. Предварительный диагноз, план обследования, лечение.
19. Больной 20 лет поступил в клинику с жалобами на резкие боли в области правого глаза и снижение его зрения. Острота зрения OD = 0,6, не корр. Глаз раздражен. Выявлена смешанная инъекция. На задней поверхности роговой оболочки преципитаты, некоторые из них крупные, сальные. Радужная оболочка резко гиперемирована, рисунок смывает. Множество задних синехий. Предварительный диагноз, план обследования, лечение.
20. Больной жалуется на периодическое затуманивание зрения правого глаза, радужные круги вокруг источника света (по утрам). Острота зрения правого глаза = 1,0. Поле зрения с носовой стороны сужено до 30° от точки фиксации. Передние цилиарные артерии расширены. Передняя камера мелкая, угол передней камеры узкий. Глазное дно — начинающаяся экскавация диска зрительного нерва. ВГД = 30 мм рт.ст. Поставить развернутый диагноз.
21. Больной, 48 лет, жалуется на понижение зрения левого глаза, которое заметил случайно неделю назад. Vis OS = 0,2 не корр. Передняя камера средней глубины. Угол передней камеры открыт. Диаметр зрачка 4 мм с вялой реакцией на свет. Глазное дно — выраженная экскавация зрительного нерва. ВГД = 36 мм рт.ст. Поле зрения сужено до 15° вокруг точки фиксации. Поставьте развернутый клинический диагноз.
22. При ориентировочной оценке ширины угла передней камеры боковой подсветкой по Вуртгафту в лимбе исследуемого глаза с носовой стороны появилась световая полоска шириной 1,5—2 мм. Каково ваше заключение о ширине угла в данном случае?
23. После длительной стирки у женщины 60 лет появились боли в левой половине головы и левом глазу, тошнота, рвота, левый глаз покраснел, резко понизилось его зрение. При обследовании Vis OS = 0,2 не корр., глаз красный с синюшным оттенком, роговица серовато-белесоватого цвета, опалесцирует, отечен эпителий. Передняя камера мелкая. Зрачок широкий, серовато-зеленоватого цвета. Рефлекс с глазного дна тусклый. T+3. Поставить диагноз и назначить лечение.

24. Больной, 23 лет, обратился к окулисту с жалобами на прогрессирующее безболезненное снижение зрения правого глаза, которое заметил после тупой травмы черепа (упал с мотоцикла). При осмотре методом бокового освещения определяется серый цвет области зрачка правого глаза, живые реакции зрачка на свет. В проходящем свете тусклый розовый рефлекс. Ваш предположительный диагноз? Рекомендации, лечение.
25. Больному 30 лет. Жалуется на постепенное безболезненное снижение зрения обоих глаз. При осмотре биомикроскопически определяются помутнения в кортикальных слоях хрусталика, в виде мелких серых пятнышек и вакуоли. В анамнезе сахарный диабет 12 лет. Уровень сахара в крови неустойчив, больной нарушает режим инсулина.
Диагноз. Рекомендации.
26. Больной 20, лет поступил с жалобами на боли, резкое раздражение и снижение зрения правого глаза, возникшее вскоре после ушиба глаза веточкой дерева. Vis OD = 0,01 не корр. Выраженная смешанная инъеция. Пара- центрально в роговой оболочке серовато-желтоватый инфильтрат с дефектом в центре. Один край дефекта приподнят, подрыт, второй более пологий. Гипопион. Радужная оболочка гиперемирована, рисунок ее ступеван. Зрачок неправильной формы.
Диагноз, план обследования, лечение.
27. Вскоре после удаления из роговой оболочки инородного тела, правый глаз стал беспокоить больного, понизилось зрение. При обследовании: острота зрения OD = 0,02, не корр. выраженная смешанная инъеция. В роговой оболочке обширная гнойная язва с гнойным инфильтрированным дном и краями. В центре язвы прозрачное в виде пузырька образование. Гипопион. Радужная оболочка гиперемирована, рисунок смазан. Зрачок неправильной формы.
Предварительный диагноз, план обследования, лечение.
28. Больной С., 27 лет, колхозник, во время уборки сена получил травму левого глаза сухой травой, появилась светобоязнь, слезотечение, ощущение инородного тела в глазу, на следующий день боли усилились, зрение значительно снизилось, больной отметил резкое покраснение глаза и появление белого пятна на роговице. При осмотре; Vis OD = 0,01 не корр., веки слегка отечны, блефароспазм, слезотечение, светобоязнь, инъеция глазного яблока по смешанному типу, роговица отечна, весь нижне-наружный квадрант роговицы занят инфильтратом 5x5 грязно-желтого цвета с распадом в центре, рыхлыми подрытыми краями, в передней камере уровень гноя. Поставить диагноз? Тактика.
29. У больного поело микротравмы роговицы появилось слезотечение, светобоязнь, блефароспазм. При осмотре — инъеция глазного яблока перикорнеального типа, роговица отечна. В центре роговицы точечный инфильтрат, выбухающий над поверхностью, блеск отсутствует, поверхность окрашивается флюоросцеином. Поставить диагноз. Определить тактику лечения.
30. Больной П., 22 год, обратился к врачу с жалобами на боли в левом глазу, снижение зрения, светобоязнь, слезотечение, покраснение глаза. 4 дня назад при заточке инструмента в глаз попал наждак. Инородное тело роговицы было удалено сразу, назначено местное лечение, но глаз не успокоился, появились боли, резко снизилось зрение. Ранее в течение года отмечал упорное слезотечение и гнойное отделяемое из этого глаза, Vis OS = 0,02, не корр. Объективно: слезотечение, светобоязнь, резко выраженная инъеция по смешанному типу. На роговице в зрачковой зоне инфильтрат 5,5 мм грязно-желтого цвета с распадом в центре. В передней камере гной. Радужка зеленая, со ступеванным рисунком. Зрачок узкий. Поставьте этиологический диагноз. Какие дополнительные исследования необходимо предпринять для выявления местной патологии? Назначьте лечение.