

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ**

Направление подготовки (специальность): **32.05.01 МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ
ДЕЛО**

Кафедра **АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ФДПО**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине является неотъемлемым приложением к рабочей программе. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

Перечень вопросов к экзамену:

1. Современные представления о нормальном менструальном цикле и его регуляции.

2. Понятие о норме беременности. Изменения в организме беременной по органам и системам.
3. Структура и организация работы женской консультации в современной России. Ведение нормальной беременности в условиях женской консультации.
4. Диагностика ранних сроков беременности в современных условиях. Способы определения срока беременности и родов, даты предоставления отпуска по беременности и родам. Законодательство по охране труда беременной женщины и матери. Организация женского труда на промышленных предприятиях.
5. Методы обследования беременных и рожениц. Наружное акушерское исследование. Приемы Леопольда. Тазоизмерение. Аускультация сердечной деятельности плода.
6. Костный таз с анатомической и акушерской точек зрения. Плоскости и размеры таза.
7. Плод как объект родов. Размеры головки плода. Признаки зрелости новорожденного.
8. Акушерская терминология: членорасположение, положение, предлежание, позиция, вид позиции.
9. Отношение головки к плоскостям таза. Понятие о сегментах головки.
 10. Структура и организация работы современных родовспомогательных учреждений в России. Трехуровневая система организации родовспоможения. Особенности структуры родильного дома. Сан-эпид. режим приемно-смотровых отделений.
 11. Стационар родильного дома. Особенности его структуры. Сан-эпид. режим родового и послеродового отделения.
 12. Санитарно-эпидемиологическое состояние родильного дома, заболеваемость родильниц. Профилактические мероприятия септической заболеваемости родильниц и новорожденных в родильном доме.
 13. Санитарно-эпидемиологический режим отделения новорожденных и правила содержания новорожденных. Грудное вскармливание.
 14. Санитарно-эпидемиологический режим обсервационного акушерского отделения. Правила приема и перевода беременных, рожениц и родильниц в обсервационное отделение.
 15. Современные представления о причинах развития и регуляции родовой деятельности.
 16. Понятие о нормальных и физиологических родах. Периоды родов и их продолжительность. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам.
 17. Первый период родов. Характеристика. Ведение первого периода родов в соответствии с новыми клиническими рекомендациями.
 18. Второй период родов. Характеристика. Ведение второго периода родов в соответствии с новыми клиническими рекомендациями. Акушерское пособие при головном предлежании.
 19. Современные методы обезболивания родов.
 20. Первичный и вторичный туалет новорожденного. Оценка состояния плода по шкале Апгар. Совместное пребывание матери и ребенка. Место грудного

вскармливания в современной медицине.

21. Третий период родов. Характеристика. Ведение последового периода в соответствии с новыми клиническими рекомендациями. Физиологическая кровопотеря в родах.

22. Признаки отделения последа и методы его выделения.

23. Физиологический послеродовой период, его продолжительность. Изменения в организме родильницы. Профилактика послеродовых заболеваний.

24. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

25. Биомеханизм родов в заднем виде головного предлежания.

26. Разгибательные предлежания плода и неправильные положения плода. Особенности течения и ведения родов.

27. Тазовые предлежания плода. Этиология. Диагностика, классификация, биомеханизм родов.

28. Перинатология как наука. Периоды внутриутробного состояния плода. Критические периоды развития плода. Влияние вредных факторов на плод.

29. Самопроизвольные выкидыши ранних сроков. Классификация по стадиям процесса. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

30. Дистресс плода. Асфиксия новорожденного. Причины, диагностика, тактика врача. Первичная реанимация новорожденного в родильном зале.

31. Резус-изоиммунизация. Патофизиология возникновения гемолитической болезни плода и новорожденного. Формы гемолитической болезни плода. Диагностика при беременности.

32. Преэклампсия. Определение, современная классификация. Причины развития и патогенез данной патологии. Современный скрининг преэклампсии в условиях амбулаторной службы. Профилактика.

33. Преэклампсия. Определение степени тяжести. Ведение пациенток в зависимости от тяжести преэклампсии. Принципы терапии. Особенности родоразрешения.

34. Эклампсия. Классификация. Клиника, диагностика, неотложная помощь, акушерская тактика.

35. Понятие об узком тазе: анатомически и клинически узкий таз. Классификация суженных тазов по форме и степени сужения. Этиология. Современная диагностика.

36. Общеравномерносуженный таз. Характеристика, особенности биомеханизма родов.

37. Характеристика плоских тазов. Особенности биомеханизма родов при простом плоском тазе. Течение родов и возможные осложнения.

38. Характеристика поперечносуженного таза. Особенности биомеханизма родов.

39. Клинически узкий таз. Функциональная оценка таза в родах. Диагностика, клиническая картина, тактика врача.

40. Разрывы матки. Этиология. Механизмы возникновения и классификация. Клиника, диагностика, акушерская тактика.

41. Аномалии родовой деятельности. Этиология и патогенез. Классификация. Современные методы диагностики и коррекции.

42. Преждевременные роды. Этиология. Классификация. Факторы риска. Характеристика. Течение и ведение родов. Профилактика.

43. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, условия, виды и методы операций.

44. Предлежание плаценты. Причины, формы, клиническая картина, диагностика. Акушерская тактика.
45. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, клиническая картина, диагностика. Принципы оказания неотложной помощи
46. Послеродовые кровотечения. Причины. Тактика врача. Неотложная помощь при акушерских кровотечениях в послеродовом и раннем послеродовом периодах.
47. Показания в операции ручного отделения и выделения последа, ручное обследование полости матки.
48. Послеродовые инфекционные заболевания. Классификация С.В.Сазонова и А.В.Бартельса. Этиология. Факторы риска. Меры профилактики гнойно-септических инфекций в акушерском стационаре..
49. Послеродовый эндометрит. Причины развития, патогенетические варианты, клиническая картина, диагностика и лечение.
50. Послеродовый сепсис. Причины, диагностика, клиническая картина, тактика врача. Учет гнойно-септических заболеваний в акушерстве и гинекологии.
51. Сахарный диабет и беременность. Определение, критерии диагностики. Понятие о гестационном сахарном диабете. Особенности течения и ведения беременности и родов. Понятие о диабетической фетопатии.
52. Операция акушерских щипцов. Показания, условия, правила выполнения и техника наложения выходных акушерских щипцов при переднем виде головного предлежания..
53. Вакуум-экстракция плода. Показания, условия, техника.
54. Планирование семьи. Методы контрацепции. Эффективность современных контрацептивных средств. Медицинские критерии приемлемости ВОЗ,
55. Гормональная контрацепция. Виды. Механизмы действия. Противопоказания, обследование перед назначением препаратов, побочные эффекты.
56. Внутриматочная контрацепция. Механизмы действия. Виды ВМК. Показания, противопоказания. Побочные эффекты и осложнения.
57. Работа женской консультации. Участковый принцип, диспансерный метод в обслуживании женщин. Организация работы гинекологического стационара.
58. Клиническая анатомия женских половых органов. Методы обследования в гинекологической практике.
59. Нарушения менструального цикла. Аменоррея. Причины, классификация. Дифференциальная диагностика. Тактика врача.
60. Аномальные маточные кровотечения. Причины, классификация, диагностика. Тактика врача.
61. Миома матки. Современные представления об этиопатогенезе. Классификация. Диагностика. Клиника. Лечение.
62. Понятие об эндометриозе. Этиология, патогенез, классификация, диагностика.
63. Наружный генитальный эндометриоз. Аденомиоз. Клиника. Диагностика. Принципы лечения в репродуктивном возрасте.
64. Неправильные положения женских половых органов. Значение производственных факторов, факторов внешней среды в проявлении данной патологии. Принципы лечения.
65. Бесплодный брак. Диагностика женского бесплодия. Лечение.

66. «Острый живот» в гинекологии. Причины, клиника, диагностика, лечение.
67. Внематочная беременность. Клиника. Диагностика. Лечение.
68. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). Классификация. Этиология. Клиника. Лечение. Профилактика.
69. Трихомониаз. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
70. Хламидийная инфекция в гинекологии. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика. Социальное и медицинское значение.
71. Кандидозный вульвовагинит. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
72. Гонорейная инфекция в гинекологической практике. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
73. Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки. Методы диагностики и лечения.
74. Классификация и клиника рака шейки матки. Роль диспансерного наблюдения
75. Гиперплазия эндометрия. Полипы эндометрия. Рак эндометрия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
76. Доброкачественные и функциональные образования яичников. Патогенез. Клиника и диагностика. Тактика врача.
77. Злокачественные новообразования яичников. Классификация, клиника, лечение. Роль осмотров в выявлении данной патологии.
78. Цистаденомы яичников. Классификация, клиника, диагностика и лечение.
79. Гормонопродуцирующие опухоли яичников (тека- и гранулезоклеточные, андробластома). Клиника. Диагностика. Лечение.

Задания на тренажере

1. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания
2. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания
3. Биомеханизм родов при переднеголовном предлежании
4. Биомеханизм родов при лобном предлежании
5. Биомеханизм родов при лицевом предлежании
6. Приемы наружного акушерского исследования
7. Тазоизмерение
8. Определение высоты стояния дна матки, окружности живота, вычисление предполагаемой массы плода
9. Выслушивание сердцебиения плода
10. Выполнение бимануального исследования
11. Признаки отделения плаценты
12. Методы выделения последа
13. Выполнение вакуум-экстракции плода
14. Выполнение операции по наложению выходных акушерских щипцов
15. Выполнение акушерского пособия

Темы рефератов

1. Физиология беременности
2. Гигиена и питание беременной
3. Физиология плода
4. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам
5. Физиологические роды. Современные технологии
6. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам
7. Современные методы комплексной оценки состояния плода
8. Грудное вскармливание
9. Послеродовая контрацепция
10. Вредные привычки и беременность
11. Современные методы исследования в гинекологии
12. Аномалии развития половых органов
13. Аномалии положения половых органов
14. Доброкачественные и злокачественные опухоли матки
15. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников
16. Предраковые заболевания и рак шейки матки
17. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников
18. Пластические операции в гинекологии
19. Бесплодный брак
20. Современные репродуктивные технологии в лечении бесплодия

Контрольные вопросы для текущего контроля

1. Причина наступления родов.
2. Плод как объект родов. Акушерская терминология.
3. Противозачаточные средства. Классификация, механизм действия. Эффективность современных противозачаточных средств.
4. Биомеханизм родов при лицевом вставлении головки.
5. Приемы наружного акушерского обследования.
6. Понятие анатомически узкого таза. Характеристика поперечно-суженного таза. Особенности биомеханизма родов.
7. Законодательство по охране труда беременной женщины и матери. Организация женского труда на промышленных предприятиях. Правила выдачи больничного листа по беременности и родам.
8. Самопроизвольные выкидыши и причины их возникновения. Стадии течения аборта. Профилактика и лечение.
9. Предлежание плаценты. Этиология. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.
10. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного вставления.
11. Классическое ручное пособие при тазовом предлежании.

12. Угрожающий, начавшийся и свершившийся разрыв матки. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
13. Показания к приему и переводу беременных, рожениц и родильниц в наблюдательное отделение роддома.
14. Перенашивание беременности. Причины, осложнений, ведение родов.
15. Неполное ягодичное предлежание. Ведение родов по Цовьянову.
16. Современные представления об этиопатогенезе преэклампсии.
17. Аномалии родовой деятельности.
18. Последовый период. Признаки отделения последа. Рациональное ведение третьего периода родов.
19. Задачи обезболивания родов. Медикаментозные методы обезболивания.
20. Санитарно-эпидемиологическое состояние родильного дома, заболеваемость родильниц. Профилактические мероприятия септической заболеваемости родильниц и новорожденных в родильном доме.
21. Порядок обработки родильных залов, предродовых, послеродовых и детских палат после выписки родильниц и новорожденных.
22. Биомеханизм родов при переднеголовном предлежании.
23. Современные представления о регуляции менструального цикла.
24. Клиника, лечение и профилактика преэклампсии.
25. Периоды родов. Клиническое течение периодов родов, их характеристика. Задачи акушера при ведении родов.
26. Оценка состояния плода при рождении. Асфиксия новорожденного. Диагностика. Методы лечения.
27. Этиология, диагностика и терапия преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
28. Операция извлечения плода за ножку. Показания, условия и техника операции.
29. Этиология и классификация узкого таза. Понятие об анатомически и клинически узком тазе.
30. Классификация послеродовых заболеваний по Сазонову-Бартельсу. Послеродовый метроэндометрит. Клиника, лечение, профилактика.
31. Первичный и вторичный туалет новорожденных.
32. Разрывы промежности и шейки матки. Степени разрывов. Лечение. Профилактика.
33. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
34. Невынашивание беременности. Причины, алгоритм диагностики и профилактики.

35. Санитарно-эпидемиологический режим отделения новорожденных и правила содержания новорожденных
36. Характеристика плоского таза. Особенности биомеханизма родов.
37. Особенности биомеханизма родов при плоско-рахитическом тазе. Особенности течения родов.
38. Операция извлечения плода за тазовый конец.
39. Стационар родильного дома. Особенности его структуры. Правила содержания приемно-смотровых помещений.
40. Характеристика общеравномерносуженного таза. Особенности биомеханизма родов при данной форме таза.
41. Признаки беременности. Методы диагностики ее в ранние сроки.
42. Заболевания сердца и беременность. Особенности течения и ведение беременности.
43. Послеродовый период и его рациональное ведение.
44. Функциональная оценка таза в родах. Тактика врача при клинически узком тазе.
45. Костный таз с анатомической и акушерской точки зрения.
46. Понятие о перинатологии. Периоды внутриутробной жизни. Критические периоды в жизни зародыша. Механизмы действия вредных веществ на плод.
47. Особенности течения сахарного диабета при беременности.
48. Стационар родильного дома. Особенности его структуры. Правила содержания родового отделения.
49. Преэклампсия и эклампсия. Роль В.Строганова в разработке принципов лечения эклампсии. Особенности ведения тяжелых форм преэклампсии. Возможные осложнения.
50. Классификация тазовых предлежаний и их распознавание. Осложнения в течении беременности и в каждом периоде родов.
51. Пиелонефрит и беременность. Клиника, диагностика, лечение.
52. Разрыв матки. Этиология. Классификация разрывов. Профилактика.
53. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Клиника, методы диагностики. Лечение. Профилактика.
54. Разгибательные вставления головки. Диагностика. Возможные осложнения в родах.
55. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, противопоказания. Условия. Методы операции.
56. Работа женской консультации. Участковый принцип, диспансерный метод в обслуживании женщин.

57. Диагностика многоплодной беременности. Особенности течения и ведения родов.
58. Дисфункциональные маточные кровотечения. Этиология.
59. Аменорея и гипоменструальный синдром. Классификация. Лечение.
60. Фибромиома матки. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Клиника. Лечение. Трудовая экспертиза.
61. Злокачественные новообразования яичников. Классификация, клиника, лечение. Роль просмотров в выявлении данной патологии.
62. Значение общего обследования для диагностики гинекологических заболеваний. Методы объективного исследования. Дополнительные методы исследования.
63. Неправильные положения женских половых органов. Значение производственных факторов, факторов внешней среды в проявлении данной патологии. Принципы лечения.
64. Трихомониаз. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
65. «Острый живот» в гинекологии. Причины, клиника, диагностика, лечение.
66. Бесплодный брак. Диагностика женского бесплодия. Лечение.
67. Неспецифический воспалительный процесс яичников и маточных труб. Этиология. Клиника. Лечение. Профилактика.
68. Параметрит, пельвеоперитонит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
69. Внематочная беременность. Клиника. Диагностика. Лечение.
70. Гормонопродуцирующие опухоли яичников (тека- и гранулезоклеточные, андробластома). Клиника. Диагностика. Лечение.
71. Цистаденомы яичников. Классификация, клиника, диагностика и лечение.
72. Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки. Методы диагностики и лечения.
73. Опущение и выпадение половых органов у женщин. Причины, симптоматика. Показания к различным методам лечения. Профилактика.
74. Фибромиома матки. Этиология. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
75. Пороки развития половых органов. Диагностика. Лечение.
76. Ретроцервикальный эндометриоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
77. Эндомиометрит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
78. Наружный генитальный эндометриоз. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.

79. Женская гонорея. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
80. Кандидоз половых органов. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
81. Доброкачественные заболевания шейки матки. Этиология. Клиника. Лечение.
82. Внутренний эндометриоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
83. Классификация и клиника рака шейки матки. Роль диспансерного наблюдения.
84. Рак эндометрия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
85. Хламидиоз половых органов. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
86. Неправильное положение матки. Этиология. Роль охраны труда женщины на производстве как профилактика их развития.

Ситуационные задачи для текущего контроля

Задача 1.

У первородящей женщины закончился второй период родов. Родился живой доношенный мальчик массой 3500 г., ростом 50 см в чисто-ягодичном предлежании, оказывалось ручное пособие по Цовьянову. Крик слабый, сердцебиение 120 уд. в минуту, кожные покровы с цианозом ладоней и стоп, мышечный тонус снижен, рефлекторная возбудимость снижена.

Диагноз? Реанимационные мероприятия?

Задача 2.

Произошли роды живым мальчиком с признаками переносимости в сроке 42 недели беременности в переднеголовном предлежании. Сердцебиение менее 100 ударов в минуту, единичные дыхательные движения, реакция на раздражение подошв вялая, мышечный тонус снижен, конечности синие.

Диагноз? Реанимационные мероприятия?

Задача 3.

Произошли роды живой доношенной девочкой весом 4200 г, ростом 52 см, с двукратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи плода в заднем виде затылочного предлежания. Сердцебиение 80 ударов в минуту, брадикардия, отмечается генерализованная бледность кожных покровов, мышечный тонус отсутствует, рефлексы не вызываются.

Диагноз? Реанимационные мероприятия?

Задача 4.

В женской консультации наблюдается первобеременная женщина, 17 лет, с анемией легкой степени тяжести. Срок беременности - 35 недель. В течение последней недели отмечает уменьшение двигательной активности плода.

При осмотре: женщина нормального телосложения. АД 120/80 мм.рт.ст. D=S, пульс 70 в мин. Положение плода продольное. Предлежание головное. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 144 ударов в минуту.

Диагноз? Составьте план ведения беременности. Какое обследование необходимо назначить?

Задача 5.

В ОПБ роддома находится повторнобеременная женщина, 32 лет, с явлениями угрожающих преждевременных родов в сроке 33 недели беременности. При дополнительном обследовании выявлено: на эхограмме - БПР и ДБ соответствует 33 неделям беременности, ОЖ – 31 недели; доплерограмме – изолированное нарушение маточно-плацентарного кровотока (повышение индекса резистентности в обеих маточных артериях); кардиотокограмме – реактивный НСТ тест.

Диагноз? Врачебная тактика? Терапия?

Задача 6.

В ОПБ роддома находится первобеременная женщина, 34 лет, с сочетанным гестозом на фоне гипертонической болезни II стадии. Срок беременности 36 недель. Проведенное дополнительное исследование выявило отставание всех фетометрических показателей (БПР, ОГ, ОЖ, длина всех трубчатых костей) на 3 недели, критические нарушения плодово-плацентарного кровотока, «монотонный» тип кардиотокограммы.

Диагноз? Врачебная тактика?

Задача 7.

В отделении патологии беременных находится пациентка 33 лет с анемией средней степени тяжести. Срок беременности 35 недель. В анамнезе

длительное первичное бесплодие. Рост 164 см, вес 96 кг. В течение последних дней беременная отмечает уменьшение двигательной активности плода. Положение плода продольное. Предлежание головное. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 136 уд. в мин. На КТГ выявлен “немой” тип базального ритма, ареактивный НСТ тест. При УЗДГ – нарушение МППК II ст. На эхограмме БПР и ДБ соответствуют 35 неделям, ОЖ – 33 неделям, а также обнаружено преждевременное созревание плаценты: плацента III степени зрелости, маловодие.

Диагноз? Дальнейшая тактика.

Задача 8.

В женской консультации состоит повторнобеременная женщина, 32 лет. В анамнезе одни роды, закончившиеся рождением ребенка с ЗВРП. Срок беременности 34 недели. При очередном посещении врача женской консультации ВДМ – 29 см, ОЖ - 78 см. Положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение плода приглушенное ритмичное 144 в минуту.

Диагноз? Что делать?

Задача 9.

В родовом отделении находится роженица 21 года с регулярной родовой деятельностью, которая развилась после патологического прелиминарного периода. отошли воды с примесью мекония. Положение плода продольное, предлежание головное, ВДМ 40 см., ОЖ 100 см. При выслушивании сердцебиения плода ЧСС 180 уд в минуту. Срочно взята кровь из кожи предлежащей головки – рН – 7,15. Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Предлежание головное. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок слева сзади, большой справа спереди. Исследованию доступны нижний край лона, седалищные бугры, верхушка копчика.

Диагноз? Что делать?

Задача 10.

В родовом отделении находится роженица 28 лет с регулярной родовой деятельностью. Положение плода продольное, предлежание головное. При проведении КТГ выявлены «поздние» децелерации, ЧСС 110 ударов в

минуту. Данные влагалищного исследования: влагалище узкое, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5-6 см, плодный пузырь цел, предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа сзади.

Диагноз? Что делать?

Задача 11.

Повторнобеременная женщина, 32 лет, состоит на учете в женской консультации. В настоящее время срок беременности 30 недель. При очередном посещении ж/к выявлено: положение плода продольное, в дне матки определяется округлая, плотной консистенции крупная часть плода, над входом в малый таз мягковатой консистенции крупная часть плода неправильной формы. Сердцебиение выслушивается выше пупка справа 136 уд/мин.

Диагноз? Дальнейшая тактика ведения беременности.

Задача 12

В ОПБ поступила первобеременная женщина, 22 лет, в сроке 37-38 недель беременности. Экстрагенитальной и гинекологической патологии не выявлено. Беременность протекала без осложнений. Размеры таза: 25-28-30-20. ВДМ 35 см, ОЖ 94 см. Положение плода продольное, в дне матки определяется крупная часть, округлой формы, плотной консистенции, предлежит над входом в малый таз крупная часть, мягковатой консистенции. Сердцебиение плода выслушивается выше пупка слева, 138 уд/мин. При влагалищном исследовании шейка матки зрелая.

Диагноз? Составьте план ведения родов.

Задача 13.

В ОПБ поступила первобеременная женщина, 30 лет, в сроке 37-38 недель беременности. В анамнезе длительное бесплодие. Беременность осложнилась анемией легкой степени тяжести. Размеры таза: 26-29-31-21. ВДМ 38 см, ОЖ 104 см. Положение плода продольное, предлежание тазовое. Сердцебиение плода отчетливое, ритмичное 140 уд/мин.

Диагноз? Составьте план ведения родов.

Задача 14.

В родовое отделение акушерского стационара поступила роженица 25 лет в сроке беременности 40 недель с регулярной родовой деятельностью. Беременность вторая, предыдущая закончилась срочными родами без осложнений. Соматической и гинекологической патологии не выявлено. Женскую консультацию посещала регулярно. Схватки по 30-35 сек, частота: 4 за 10 минут. Размеры таза: 25-28-30-20. ВДМ 35 см, ОЖ 96 см. Положение плода продольное, предлежание тазовое, сердцебиение плода отчетливое 142 уд/мин. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие 5-6 см, плодный пузырь цел, предлежат ягодицы, межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа и спереди, мыс не достигается, исследованию доступны все опознавательные точки малого таза.

Диагноз? Составьте план ведения родов. Какие ошибки допущены при ведении беременности в женской консультации?

Задача 15.

В родовом отделении роддома находится роженица 25 лет с тазовым предлежанием плода. План родов составлен на консервативное ведение родов. Схватки по 30-35 секунд достаточной интенсивности, частота схваток 4 за 10 минут. отошли околоплодные воды с примесью мекония в большом количестве. Сердцебиение плода приглушенное ритмичное 160 ударов в минуту. Проведено влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие 5-6 см, плодного пузыря нет, подтекают околоплодные воды, предлежат ягодицы, крестец слева спереди. Во влагалище определяется пульсирующая петля пуповины. Мыс не достигается, исследованию доступны все опознавательные точки малого таза.

Диагноз? Что делать?

Задача 16.

В ОПБ роддом находится первобеременная женщина, 20 лет, на дородовой госпитализации с тазовым предлежанием плода. Экстрагенитальной и гинекологической патологии не выявлено. Беременность протекала без осложнений. Размеры таза: 25-29-30-21. ВДМ 35 см, ОЖ 94 см. Проведено УЗИ: БПР – 90 мм, выявлено разгибание головки плода.

Диагноз? Составьте план ведения родов.

Задача 17.

В родовое отделение роддома поступила повторнородящая женщина, 34 лет, с доношенной беременностью. На учете в женской консультации не состояла. В анамнезе одни роды без осложнений в головном предлежании, ребенок весом 4000г. Размеры таза 26-29-31-21. ВДМ – 35 см, ОЖ – 90 см. Положение плода продольное. В дне матки определяется округлая, плотной консистенции крупная часть плода, над входом в малый таз мягковатой консистенции крупная часть плода неправильной формы. Сердцебиение плода отчетливое 142 в минуту. Схватки достаточной интенсивности по 35-40 сек, частота - 4-4,5 за 10 минут. Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена открытие 7-8 см, плодный пузырь цел, при осмотре вскрылся, отошли светлые околоплодные воды. Определяются ягодицы и стопы, крестец слева спереди. Мыс не достигается, исследованию доступны все опознавательные точки малого таза.

Диагноз? Составьте план ведения родов?

Задача 18.

В роддом поступила роженица 23 лет в потугах. Роды в смешанном ягодичном предлежании. Сердцебиение плода отчетливое 134 ударов в минуту. Ребенок родился до нижнего угла лопаток. Дальнейшее рождение плода задерживается.

Диагноз? Что делать?

Задача 19.

В родовое отделение роддома поступила первородящая женщина, 17 лет, с преждевременным отхождением околоплодных вод. Срок беременности 39 недель. На учете в женской консультации не состояла. Схватки слабые, по 20-25 секунд, с частотой 2 схватки за 10 минут. Размеры таза 23-26-28-18. ВДМ 38 см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное, в дне матки определяется округлая, плотной консистенции крупная часть плода, над входом в малый таз мягковатой консистенции крупная часть плода неправильной формы. Сердцебиение плода отчетливое 134 ударов в минуту. Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сглажена, края толстые, плотные, открытие 2-3 см. Плодного пузыря нет, подтекают воды с примесью мекония. Предлежит ножка. Мыс достигается. Диагональная конъюгата 11,5 см, индекс Соловьева – 14 см.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? Составьте план ведения родов.

Задача 20.

В родовом отделении находится роженица 20 лет с регулярной родовой деятельностью. Беременность 39 недель. Соматической и гинекологической патологии не выявлено. Женскую консультацию посещала регулярно. В 30 недель диагностировано тазовое предлежание, выполняла гимнастику по Диканю. Схватки по 30-35 сек, частота: 3,5-4 за 10 минут. Размеры таза: 26-29-31-21. ВДМ 34 см, ОЖ 94 см. Положение плода продольное. В дне матки определяется округлая, плотной консистенции крупная часть плода, над входом в малый таз мягковатой консистенции крупная часть плода неправильной формы. Сердцебиение плода отчетливое 136 уд/мин. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие 4-5 см, плодный пузырь цел, предлежат ягодицы, межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева и спереди, мыс не достигается, исследованию доступны все опознавательные точки малого таза.

Диагноз? Составьте план ведения родов. Какие ошибки допущены при ведении беременности в женской консультации?

Задача 21.

Первобеременная женщина, 23 лет, доставлена в родильный дом на 36 недели беременности без родовой деятельности с жалобами на головную боль, боль в подложечной области, мелькание «мушек» перед глазами. Эти явления появились 1 час тому назад. По данным обменной карты, в течение последних 3 недель, отмечалось повышение АД до 150/100 мм.рт.ст., отеки, белок в моче. От госпитализации женщина отказывалась. При поступлении АД 180/100 мм.рт.ст, 170/90 мм.рт.ст. Выраженные отеки нижних конечностей. Вскоре после поступления при санитарной обработке, появился припадок судорог. После припадка сознание затемнено. АД 210/120 мм.рт.ст. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 160 уд. в мин.

Диагноз? Что делать? Какие допущены ошибки в ведении беременной?

Задача 22.

У роженицы 23 лет после очередной потуги появился судорожный припадок. АД 180/120 мм.рт.ст. Выраженные отеки ног и передней брюшной стенки. Общая продолжительность родов 14 часов. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное ритмичное 160 уд. в минуту. При влагалищном исследовании установлено, что раскрытие шейки матки полное, предлежит головка, плодного пузыря нет. Стреловидный шов расположен в правом косом размере, малый родничок пальпируется слева спереди, большой – справа сзади. Доступны исследованию нижний край лона, седалищные бугры, верхушка копчика.

Диагноз? Что делать?

Задача 23.

Первобеременная женщина, 18 лет, машиной скорой помощи доставлена в акушерский стационар в 2 часа ночи с жалобами на головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, боли в эпигастральной области. Беременность 32 недели. Женскую консультацию посещала нерегулярно, последняя явка – месяц назад, имела место патологическая прибавка массы тела и повышение АД до 140/100 мм.рт.ст. При поступлении АД 170/125 мм.рт.ст., выраженные отеки всего тела, моча при кипячении мутная. Матка в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение ясное, ритмичное 146 в минуту. На консультацию срочно вызваны невролог и окулист. При офтальмоскопии диагностирована ретинопатия.

Диагноз? Терапия? Врачебная тактика? Какие ошибки допущены в ведении беременной?

Задача 24.

У первородящей женщины, 25 лет, роды продолжаются 10 часов. Внезапно появилась сильная головная боль, «туман» перед глазами, АД 165/110 мм.рт.ст.-d и 170/100 мм.рт.ст. – s. Значительные отеки н/конечностей. Родовая деятельность регулярная. Положение плода продольное, над входом в таз пальпируется крупная мягкая часть плода. Сердцебиение плода несколько приглушено, ритмичное 140 уд. в мин. При влагалищном исследовании: влагалище узкое, нерожавшей. Шейка матки сглажена, края растяжимые, умеренной толщины. Раскрытие шейки матки 5-6 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза, мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

Задача 25.

В акушерский стационар по направлению ж/к поступила беременная женщина в связи с повышением АД до 150/100 мм.рт.ст., наличием отеков на ногах и передней брюшной стенке. Срок беременности 35 недель, рост 165, масса тела до беременности 60 кг, при поступлении – 80 кг. Соматической патологии нет. Общее состояние при поступлении удовлетворительное, жалоб нет, голова не болит, зрение ясное. Матка в нормотонусе. ОЖ 90 см, ВДМ 35 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 136 уд. в мин.

Диагноз? Назначьте обследование.

Задача 26.

Первобеременная женщина 25 лет регулярно наблюдается в женской консультации. В сроке беременности 34 недели отмечено повышение АД до 140/100 мм.рт.ст. – D и 155/90 мм.рт.ст. – S. Голова не болит, зрение ясное. Увеличение массы тела за последние 2 недели составило 3200 г, в моче белок 0,66 ‰. Рост женщины 160 см, масса тела до беременности 95 кг. Матка при пальпации в нормотонусе, безболезненная. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 уд. в мин.

Диагноз? Тактика врача женской консультации? Терапия?

Задача 27.

Первобеременная женщина, 38 лет, встала на учет по беременности в ж/к при сроке беременности 7-8 недель. Из анамнеза выяснено, что родилась недоношенной, у матери в родах была эклампсия. Сама женщина с 30 лет страдает артериальной гипертензией, периодически АД повышается до 160 мм.рт.ст. Регулярного лечения не получает. Беременность вне брака. При осмотре жалоб не предъявляет. АД 120/80 мм.рт.ст.

Назначьте обследование. Определите группу риска акушерской патологии. Составьте план ведения беременности.

Задача 28.

Больная 34 лет жалуется на обильные, безболезненные месячные по 8-12 дней, с мелкими сгустками, регулярные, через 30-36 дней. Последнее кровотечение началось неделю назад.

При осмотре – обильные кровянистые выделения из матки, шейка матки не изменена. Тело матки незначительно увеличено, мягковатое, правильные формы, подвижное, безболезненное. Придатки не определяются.

В связи с рецидивирующим кровотечением было произведено диагностическое выскабливание эндометрия. Гистологическое исследование показало наличие секреторных преобразований слизистой матки без пролиферативных и регенераторных изменений.

Предлагаемый диагноз? План обследования.

Задача 29.

Больной 23 года. Предъявляет жалобы на незначительные, мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 6 дней, наступившие после 1,5 месячной задержки менструаций.

Из анамнеза выявлено: месячные с 13 лет установились сразу, регулярные, по 4-5 дней с интервалами в 29-30 дней, безболезненные, без сгустков. Замужем с 21 года. Было 2 беременности, закончившиеся медицинскими абортами. Последний аборт 6 месяцев назад, без осложнений.

При исследовании – шейка чистая, выделения кровянистые, скудные, без сгустков. Сволы свободные. Тело матки незначительно увеличено, в antae flexio, мягковатое. Придатки не пальпируются. Область их безболезненно.

Предполагаемый диагноз?

Задача 30.

Больной 20 лет. Менструаций никогда не было. Рост 142 см. Крыловидные кожные складки на шее. Вторичные половые признаки не развиты. Наружные и внутренние половые органы резко недоразвиты. Базальная температура монофазная, реакция влажалищного мазка – вторая.

Хромосомный набор – XO. На рентгенопельвеограмме: яичники в виде тяжей, резкая гипоплазия матки.

Диагноз? Лечение?

Задача 31.

Больной 19 лет. Жалобы на отсутствие менструации в течение последнего года. Менструации с 12 лет, были всегда регулярны. С целью снижения массы тела голодала или вызывала рвоту после еды. Затем исчез аппетит, появились гипотермия, брадикардия, сухость кожи, лейкопения, атония кишечника, желудка, запор. При исследовании гормонов в крови обнаружено снижение эстрогенов, ЛГ и повышение ФСГ.

Объективно: физически активна, резко пониженного питания, молочные железы атрофированы, живот мягкий, втянут. Половые органы гипотрофичны.

Диагноз? Лечение?

Тестовые задания
по дисциплине Акушерство, гинекология
по специальности Медико-профилактическое дело 32.05.01

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Раздел 1. Организация акушерской помощи женскому населению.	УК-1, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ПК-9, ПК-16
Выберете один или несколько правильных ответов	
1. ОСОБЕННОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЯВЛЯЕТСЯ:	
a. раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание	
b. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева	
c. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева	
d. последовательное раскрытие внутреннего, а затем наружного зева	
2. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА В РОДАХ ПРИМЕНЯЕТСЯ:	
a. влагалищное исследование	
b. пельвиометрия	
c. аускультация	
d. наружное акушерское исследование	
3. ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:	
a. отхождение слизистой пробки	
b. отхождение околоплодных вод	
c. боли в поясничной области	
d. сглаживание и раскрытие шейки матки	
4. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ВСЕГДА:	
a. возникновением потуг	
b. излитием околоплодных вод	
c. расположением головки плода на тазовом дне	
d. полным раскрытием шейки матки	
5. ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПЯТЬ САНТИМЕТРОВ СООТВЕТСТВУЕТ:	
a. началу второго периода родов	
b. первому периоду родов фазе замедления	

- c. первому периоду родов активной фазе
- d. первому периоду родов латентной фазе

6. ПОКАЗАТЕЛЕМ НАЧАЛА ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. полное раскрытие шейки матки
- b. потуги
- c. опускание предлежащей части в малый таз
- d. внутренний поворот головки

7. ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА КОНТРОЛИРУЕТСЯ:

- a. через каждые 10 минут
- b. после каждой потуги
- c. через каждые 15 минут
- d. через каждые 5 минут

8. ОСОБЕННОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. последовательное раскрытие внутреннего, а затем наружного зева
- b. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева
- c. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева
- d. раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание

9. ДЕСЯТЬ МИНУТ НАЗАД ПРОИЗОШЛИ РОДЫ ДОНОШЕННЫМ МАЛЬЧИКОМ В УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ; ПРИЗНАК КЮСТНЕРА-ЧУКАЛОВА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ; КАКОВА ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?:

- a. произвести ручное выделение последа
- b. активная - самостоятельное рождение последа
- c. ввести метилэргометрин
- d. выделить послед наружными приемами

10. ИЗМЕНЕНИЕ КОНТУРОВ И СМЕЩЕНИЕ ДНА МАТКИ; ОПУСКАНИЕ ОТРЕЗКА ПУПОВИНЫ; ОТСУТСТВИЕ ВТЯГИВАНИЯ ПУПОВИНЫ ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ РОЖЕНИЦЫ В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ:

- a. отсутствия отделения плаценты
- b. полного отделения плаценты
- c. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
- d. гипотонии матки

11. ПЕРВОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ МАТЕРИ ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ ОБЫЧНО:

- a. через 6 ч после рождения
- b. через 12 ч после рождения
- c. сразу после рождения
- d. через 8 ч после рождения

12. ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРНО:

- a. отклонение шейки к крестцу
- b. длина 2-2,5 см
- c. мягкая консистенция
- d. отсутствие проходимости цервикального канала

13. ПРИЕМ КРЕДЕ-ЛАЗАРЕВИЧА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ:

- a. выделения отделившегося последа
- b. ручного выделения последа
- c. выделения неотделившегося последа
- d. отделения последа наружным приемом

14. РОДОВЫЕ СХВАТКИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫХ СХВАТОК:

- a. отсутствием увеличения амплитуды
- b. развитием структурных изменений шейки матки
- c. безболезненностью
- d. нерегулярностью и редкими интервалами

15. СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МАТКИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- a. электрокардиографии
- b. рентгенографии
- c. УЗИ
- d. наружной гистерографии

16. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ:

- a. до 2 часов
- b. 30 мин
- c. 10-15 мин
- d. 5-10 мин

17. К КАКОМУ ПРИЗНАКУ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ВТЯЖЕНИЯ ПУПОВИНЫ ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ РОЖЕНИЦЫ?:

- a. признак Альфельда
- b. признак Кюстнера-Чукалова
- c. признак Довженко

d. признак Шредера

18. К КАКОМУ ПРИЗНАКУ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ВТЯЖЕНИЯ ПУПОВИНЫ ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ РЕБРОМ КИСТИ НАД ЛОНОМ?:

- a. признак Кюстнера-Чукалова
- b. признак Альфельда
- c. признак Довженко
- d. признак Шредера

19. ЗРЕЛАЯ ШЕЙКА МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:

- a. биологическую готовность к родам
- b. начало второго периода родов
- c. конец первого периода родов
- d. начало первого периода родов

20. ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ШЕЙКА МАТКИ В НОРМЕ:

- a. укорочена, размягчена
- b. сглажена
- c. раскрыта до 3 см
- d. сохранена

Раздел 2. Физиологическое акушерство

УК-1, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6,
ПК-9, ПК-16

Выберете один или несколько правильных ответов

1. ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЬЮГАТА - ЭТО РАССТОЯНИЕ:

- a. между нижним краем симфиза и мысом крестца
- b. между седалищными буграми
- c. между большими вертелами бедренных костей
- d. между гребнями подвздошных костей

2. ПРЯМОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:

- a. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см
- b. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см и окружность 33 см
- c. расстояние от подъязычной области до вершины темени, равное 9,5 см и окружность 32 см
- d. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см

3. БОЛЬШОМУ КОСОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:

- a. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см
- b. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см
- c. расстояние от подбородка до затылочного бугра, равное 13-13,5 см, и окружность 38-42 см
- d. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см

4. ПРОДОЛЬНЫМ НАЗЫВАЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ОСЬ ПЛОДА:

- a. находится под тупым углом к оси матки
- b. совпадает с длинником матки
- c. находится под прямым углом к продольной оси матки
- d. находится под острым углом к оси матки

5. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА - ЭТО ОТНОШЕНИЕ:

- a. наиболее низко расположенной крупной части плода ко входу в малый таз
- b. тазового конца плода ко входу в малый таз
- c. головки плода ко входу в малый таз
- d. головки плода ко дну матки

6. ПОД ПОЗИЦИЕЙ ПЛОДА ПОНИМАЕТСЯ:

- a. взаиморасположение различных частей плода
- b. отношение головки плода ко входу в таз
- c. отношение спинки плода к боковым стенкам матки
- d. отношение оси плода к длиннику матки

7. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА - ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ:

- a. нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса крестца
- b. гребнями подвздошных костей
- c. серединой верхнего наружного края симфиза и мысом крестца
- d. серединой верхнего внутреннего края лонного сочленения и наиболее выступающей точкой крестцового мыса

8. DISTANTIA SPINARUM В НОРМЕ РАВНА:

- a. 11-13 см
- b. 28-29 см
- c. 25-26 см
- d. 31-32 см

9. НАРУЖНАЯ КОНЬЮГАТА В НОРМЕ РАВНА:

- a. 25-26 см
- b. 30-31 см
- c. 20-21 см
- d. 28-29 см

10. DISTANTIA CRISTARUM — ЭТО:

- a. расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей
- b. расстояние между задневерхними осями подвздошных костей
- c. расстояние между большими вертелами бедренных костей
- d. расстояние между передневерхними осями подвздошных костей

11. DISTANTIA TROCHANTERICA — ЭТО:

- a. расстояние между передневерхними осями подвздошных костей
- b. расстояние между задневерхними осями подвздошных костей
- c. расстояние между большими вертелами бедренных костей
- d. расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей

12. ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА 100 СМ, ВЫСОТА СТОЯНИИ ДНА МАТКИ 35 СМ. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ВЕС ПЛОДА (В ГРАММАХ):

- a. 3800 гр
- b. 3000 гр
- c. 3200 гр
- d. 3500 гр

13. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА РАВНА:

- a. 13 см
- b. 11 см
- c. 9 см
- d. 20 см

14. ВИД ПЛОДА - ЭТО ОТНОШЕНИЕ:

- a. спинки плода к передней и задней стенкам матки
- b. спинки плода к боковым стенкам матки
- c. наиболее низкорасположенной крупной части плода ко входу в малый таз
- d. продольной оси плода к продольной оси матки

15. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ - ЭТО ОТНОШЕНИЕ:

- a. продольной оси плода к продольной оси матки
- b. конечностей и головки плода к туловищу
- c. наиболее низкорасположенной крупной части плода ко входу в малый таз
- d. спинки плода к передней и задней стенкам матки

16. ПЕРВЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. часть плода, находящаяся в дне матки
- b. позиция плода
- c. предлежащая часть
- d. вид плода

17. ЧЕТВЕРТЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- a. предлежащая часть
- b. позиция плода
- c. членорасположение плода
- d. отношение предлежащей части ко входу в таз

18. СПИНКА ПЛОДА ОБРАЩЕНА ВЛЕВО И КПЕРЕДИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД И ПОЗИЦИЮ:

- a. Задний вид, вторая позиция
- b. Передний вид, вторая позиция
- c. Передний вид, первая позиция
- d. Задний вид, первая позиция

19. САГИТАЛЬНЫЙ ШОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ЛЕВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ. МАЛЫЙ РОДНИЧОК СПРАВА КПЕРЕДИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД И ПОЗИЦИЮ:

- a. Передний вид, вторая позиция
- b. Задний вид, вторая позиция
- c. Задний вид, первая позиция
- d. Передний вид, первая позиция

20. ЛИНИЯ, ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НИЖНИЙ КРАЙ ЛОНА, СЕДАЛИЩНЫЕ ОСТИ И КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЕ СОЧЛЕНЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНИЦЕЙ:

- a. плоскости выхода
- b. плоскости входа в малый таз
- c. плоскости широкой части полости малого таза
- d. плоскости узкой части полости малого таза

**Раздел 3. Патологическое акушерство.
Оперативное акушерство**

УК-1, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6,
ПК-9, ПК-16

Выберете один или несколько правильных ответов

1. Диагноз «гестационная артериальная гипертензия» может быть установлен:

- a) в I триместре беременности;
- b) с 12 недель беременности;
- c) после 20 недель беременности;
- d) после 28 недель беременности.

2. Для умеренной артериальной гипертензии во время беременности характерно:

- a) САД <140 мм.рт.ст. и ДАД <90 мм.рт.ст.;
- b) САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 90-109 мм.рт.ст.;
- c) САД 160 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст.;
- d) САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст..

3. Перечислите факторы риска преэклампсии:

- a) сахарный диабет 1 или 2 типа;
- b) новый партнер;
- c) хроническая гипертония;
- d) все перечисленные.

4. К клиническим проявлениям преэклампсии со стороны сердечно-сосудистой системы не относится:

- a) артериальная гипертензия;
- b) гиповолемия;
- c) артериальная гипотензия;
- d) сердечная недостаточность.

5. Различают следующие формы эклампсии:

- a) во время беременности и в родах;
- b) ранняя послеродовая (первые 48 часов);
- c) ранняя послеродовая (первые 24 часа);
- d) поздняя послеродовая (в течение 28 суток после родов);
- e) верно a, b, d;
- f) верно a, c, d.

6. Золотым стандартом для диагностики протеинурии является:

- a) использование тест-полоски;
- b) количественное определение белка в суточной порции;
- c) количественное определение белка в двух пробах, взятых с интервалом в 6 часов;
- d) кольцевая проба Геллера.

7. Что характерно для умеренной степени протеинурии:

- a) уровень белка 0,3-5 г/сут. или >0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- b) уровень белка ≥ 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- c) уровень белка <0,3 г/сут., а также <0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- d) уровень белка ≥ 5 г/сут. или значение «3+» по тест-полоске.

8. Какой уровень тромбоцитов свидетельствует о развитии тяжелой преэклампсии:

- a) $150-400 \cdot 10^9/\text{л}$;
- b) $> 400 \cdot 10^9/\text{л}$;
- c) $< 100 \cdot 10^9/\text{л}$;
- d) ничего из перечисленного.

9. Показания к экстренному родоразрешению (минуты) при

преэклампсии:

- a) кровотечение из родовых путей, подозрение на отслойку плаценты;
- b) острая гипоксия плода в сроке беременности >22 недель;
- c) количество тромбоцитов менее $150 \cdot 10^9/\text{л}$;
- d) все перечисленное;
- e) верно a, b

10. С целью профилактики ранней послеродовой эклампсии инфузию магния сульфата следует проводить в течение:

- a) 48 часов;
- b) 6 часов;
- c) 12 часов;
- d) 24 часов.

11. Выберите правильное утверждение:

- a) магния сульфат превосходит бензодиазепины, фенитоин и нимодипин по эффективности профилактики эклампсии;
- b) магния сульфат- эффективный антигипертензивный препарат;
- c) плановое применение магния сульфата во время беременности предотвращает развитие и прогрессирование преэклампсии;
- d) при экстренных показаниях со стороны матери и/или плода не следует откладывать родоразрешение для того, чтобы ввести сульфат магния с целью нейропротекции у плода.

12. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано:

- a) Аспирин 500 мг в день с 12 недели до родов;
- b) Аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов;
- c) Аспирин 1 г мг в день с 12 недели до родов;
- d) Аспирин 0,5-1 г мг в день с 12 недели до родов.

13. Пациентка К., 30 лет, срок беременности 37 недель, поступила в приемный покой акушерского стационара с жалобами на головные боли. АД - 180/110 мм рт. ст., ОАМ: белок 6 г/л, отеки голеней. Предварительный диагноз:

- a) умеренная преэклампсия;
- b) тяжелая преэклампсия;
- c) гестационная АГ;
- d) отеки беременных.

14 . Гестационный сахарный диабет – это заболевание, характеризующееся

- a) гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» сахарного диабета
- b) гипергликемией во время беременности
- v) гипергликемией во время беременности, родах и послеродовом периоде
- г) гипергликемией до беременности и во время беременности

15. определение глюкозы для подтверждения ГСД проводят

- а) в венозной плазме
- б) в капиллярной крови
- в) последовательно: сначала в венозной плазме, затем в капиллярной крови, затем сравнивают
- г) не имеет значения

16. глюкозы венозной плазмы натощак $<5,1$ ммоль/л, в ходе ГТТ через 1 час $<10,0$ ммоль/л, через 2 часа $\geq 7,8$ ммоль/л и $<8,5$ ммоль/л – это

- а) вариант нормы при беременности
- б) ГСД
- в) «манифестный» СД
- г) вариант нормы для небеременных

17. для постановки диагноза ГСД достаточно

- а) одного аномального значения измерения уровня глюкозы венозной плазмы
- б) двух аномальных значений измерения уровня глюкозы венозной плазмы
- в) одного аномального значения измерения уровня глюкозы капиллярной крови
- б) двух аномальных значений измерения уровня глюкозы капиллярной крови

18. при проведении ГТТ в случае получения аномальных значений в исходном измерении

- а) нагрузка глюкозой не проводится
- б) нагрузка глюкозой проводится по общепринятым правилам
- в) нагрузка глюкозой проводится вдвое меньшей концентрацией
- г) нагрузка глюкозой проводится втрое меньшей концентрацией

19. по результатам ПГТТ с 75г глюкозы при получении аномальных значений во второй точке

- а) третье измерение не требуется
- б) третье измерение проводится по общепринятой методике
- в) проводится четвертое дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 1 час

г) проводится четвертое дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 2 часа

20. Временные противопоказания для проведения ГТТ

- а) необходимость соблюдения строго постельного режима
- б) манифестный СД
- в) анемия беременных
- г) отеки беременных

21. К ультразвуковым признакам диабетической фетопатии не относится

- а) маловодие
- б) крупный плод
- в) кардиомегалия/кардиопатия
- г) гепато-спленомегалия

22. Резус – отрицательная принадлежность крови – это

- а) Отсутствие D-антигена эритроцита
- б) Наличие D-антигена эритроцита
- с) Наличие C-антигена эритроцита
- д) Наличие E-антигена эритроцита

23. В каком сроке беременности должна проводиться плановая антенатальная специфическая иммунопрофилактика резус-иммунизации

- а) В 28 недель беременности
- б) Перед родами
- с) В первом триместре беременности
- д) В 20 недель беременности

24. Кому должна проводиться плановая антенатальная специфическая профилактика

- а) Неиммунизированным женщинам с резус-отрицательным факторам независимо от паритета
- б) Резус - иммунизированным женщинам
- с) При наличии проявлений гемолитической болезни плода
- д) Только первобеременным с резус-отрицательным фактором

25. В какой дозе проводится плановая специфическая антенатальная иммунопрофилактика антиD-Ig

- а) 300 мкг, 1500 МЕ
- б) 150 мкг, 750 МЕ

- c) 125 мкг, 625 МЕ
- d) 20 мкг, 100 МЕ

26. Когда должна быть проведена плановая послеродовая специфическая иммунопрофилактика

- a) В ближайшие 48-72 часа после родов
- b) В ближайшие 5 дней после родов
- c) в течение 1 месяца после родов
- d) в течение всего послеродового периода

27. Ранние преждевременные роды - это роды в...

- a) 22 недели - 27 недель 6 дней включительно;
- б) 28 недель - 30 недель 6 дней включительно;
- в) 28 недель - 31 неделя 6 дней включительно;
- г) 32 неделя - 33 недели 6 дней включительно.

28. Дородовое излитие околоплодных вод при преждевременных родах - это преждевременный разрыв плодных оболочек с излитием/подтеканием околоплодных вод:

- а) в сроке 22 недели - 36 недель 6 дней;
- б) в сроке 28 недель - 36 недель 6 дней;
- в) в сроке 22 недели - до наступления родов;
- г) в сроке 36 недель 6 дней - до наступления родов.

29. К факторам риска преждевременных родов не относится:

- a) 1 и более ПР в анамнезе;
- б) 1 и более поздних выкидышей в анамнезе;
- в) отсутствие родов в анамнезе;
- г) высокий паритет - более 4 родов в анамнезе.

30. Рекомендуемым методом прогнозирования риска ПР является:

- a) УЗ-цервикометрия;
- б) определение фибронектина в цервикальном секрете;
- в) определение ПСИФР-1 в цервикальном секрете;
- г) правильно а и в.

31. Антенатальная кортикостероидная терапия высокоэффективна для профилактики РДС, внутрижелудочковых кровоизлияний и неонатальной смерти недоношенных новорожденных в сроке:

- а) 22 - 34 недели;
- б) 24 - 36 недель;
- в) 24 - 34 недели;
- г) 28 - 34 недели.

32. Рекомендуемые схемы антенатальной кортикостероидной терапии:

- а) 2 дозы дексаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часа;
- б) 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 6 часов;
- в) 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов;
- г) все вышеперечисленное верно.

33. Наименьшим токолитическим эффектом обладает:

- а) атосибан;
- б) сульфат магния;
- в) нифедипин;
- г) индометацин.

34. Индометацин в качестве токолитика применяется до:

- а) 30 недель;
- б) 32 недель;
- в) 34 недель;
- г) 37 недель;

35. Высокий риск преждевременных родов:

- а) схватки не менее 4-х за 20 минут;
- б) схватки не менее 4-х за 30 минут;
- в) укорочение и сглаживание шейки матки;
- г) правильно - а) и в).

36. Вакуум-экстракция при преждевременных родах противопоказана:

- а) во всех случаях;
- б) в сроке менее 36 недель;

- в) в сроке менее 34 недель;
- г) в сроке менее 32 недель.

37. Основные причины неонатальной смертности, связанные с дородовым излитием околоплодных вод:

- а) недоношенность;
- б) сепсис;
- в) гипоплазия легких;
- г) всё вышеперечисленное.

38. Раннее послеродовое кровотечение - кровотечение, возникшее после рождения плода

- а) в течение первых 2 часов
- б) в течение 24 часов
- в) в течение первых 6 часов
- г) на протяжении 42 дней после рождения плода.

39. Послеродовое кровотечение во время родов через естественные родовые пути -

- А. кровопотеря >300 мл
- Б. кровопотеря >500 мл
- В. кровопотеря >1000 мл

40. Меры по профилактике кровотечений после родов

- А. Введение окситоцина внутривенно 5 ЕД
- Б. Введение окситоцина внутримышечно 5 ЕД
- В. Введение окситоцина внутривенно 10 ЕД

41. Препаратом первой линии для профилактики и лечения кровотечения является:

- А. карбетоцин
- Б. окситоцин
- В. метилэргометрин
- Г. Мизопростол

42. Позднее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее

- А. через 24 часа после рождения плода
- Б. через 2 часа после рождения плода
- В. через 6 часов после рождения плода
- Г. через 6 недель после родов

43. Управляемая баллонная тампонада

- А. вмешательство 1-й линии для женщин, у которых гипотония матки является единственной или главной причиной кровотечения
- Б. Проводится всегда после ручного обследования полости матки
- В. Проводится только в операционной после кесарева сечения

44. При послеродовом кровотечении в экстренном порядке выполняется

А. определение группы крови, резус-фактора (если не было определено ранее);
Б. общий анализ крови (ОАК) (уровень гемоглобина, гематокрита, эритроциты, тромбоциты);

В. показатели свертывания крови: определение время свертывания крови у постели пациента («прикроватный тест» - модификация метода Ли-Уайта), гемостазиограмма (концентрация фибриногена, ПТИ, АЧТВ, ПДФ, при наличии возможностей - ТЭГ, РОТЕМ

Г. верно а,б,в

Д. верно б,в

Е. верно а,б

45. При лечении послеродового кровотечения введение окситоцина осуществляется следующим образом:

А. 5 - 10 МЕ на 500 мл физ. раствора, используя дозатор

Б. 10-20 МЕ на 500 мл физ. раствора в/в, 60 капель в минуту/125 мл/час, используя дозатор

В. 10-20 МЕ на 500 мл физ. раствора в/в, 30 капель в минуту, используя дозатор

46. ПРИ ОПЕРАЦИИ ВЫХОДНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЛОЖКИ ДОЛЖНЫ ЛЕЧЬ НА ГОЛОВКУ ПЛОДА

- a. в поперечном размере
- b. в прямом размере
- c. в правом косом размере
- d. в левом косом размере

47. МИНИМАЛЬНЫМ ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКИМ ИНТЕРВАЛОМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. 12 + 9 мес
- b. 24 + 9 мес
- c. 9 мес
- d. 12 мес

48. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ:

- a. корпоральное кесарево сечение
- b. в нижнем сегменте поперечным разрезом по Гусакову
- c. с извлечением плода в целом плодном пузыре
- d. техника не имеет значения

2. 49. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- a. кесарево сечение в нижнем сегменте матки
- b. влагалищное кесарево сечение
- c. корпоральное кесарево сечение
- d. экстраперитонеальное кесарево сечение

3. 50. ТРЕТИЙ МОМЕНТ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ:

- a. введение ложек щипцов
- b. снятие щипцов
- c. собственно тракция
- d. замыкание щипцов и пробная тракция

<p>Раздел 4. Организация гинекологической помощи женскому населению. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы. Методы исследования в гинекологии.</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ПК-9, ПК-16</p>
<p>1. ФСГ СТИМУЛИРУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. рост фолликулов в яичнике b. продукцию ТТГ в щитовидной железе c. продукцию прогестерона d. продукцию кортикостероидов <p>2. В ЯИЧНИКАХ ПРОИСХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ, КРОМЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. фолликулогенез b. Глюконеогенез c. Стероидогенез d. атрезия премордиальных фолликулов <p>3. К НЕЙРОМЕДИАТОРАМ, ПЕРЕДАЮЩИМ НЕРВНЫЙ ИМПУЛЬС ОТ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА НЕЙРОСЕКРЕТОРНЫЕ ЯДРА ГИПОТАЛАМУСА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ингибин b. Норадреналин c. Дофамин d. Серотонин <p>4. ФОЛЛИКУЛОГЕНЕЗ НАЧИНАЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. к первому году жизни девочки b. с момента рождения девочки c. с 12 недели антенатального развития d. с менархе <p>5. ПРЕДОВУЛЯТОРНЫЙ ФОЛЛИКУЛ ОБЛАДАЕТ ВСЕМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ, КРОМЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. имеет множество слоев клеток гранулезы b. достигает до 18мм в диаметре c. внутренние и наружные тека-клетки фолликула отсутствуют d. ооцит располагается на одной из сторон полости фолликула <p>6. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ЯЙЦЕКЛЕТКИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 12 часов b. 72 часа c. 24 часа d. 6 часов <p>7. ПРИМЕРНОЕ ЧИСЛО ФОЛЛИКУЛОВ К МОМЕНТУ ПУБЕРТАТА:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 4 миллиона b. 400-500 тысяч c. 2 миллиона d. 100 тысяч 	

8. ПЕРЕД ОВУЛЯЦИЕЙ ПРОИСХОДИТ:

- a. пик уровня прогестерона
- b. снижение уровня эстрогенов
- c. снижение уровня прогестерона
- d. пик гонадотропных гормонов

9. ЗА НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ ДО НАЧАЛА МЕНСТРУАЦИИ ПРОИСХОДИТ:

- a. повышение уровня прогестерона
- b. повышение уровней всех фракций гормонов репродуктивной системы
- c. только снижение уровня ФСГ и ЛГ
- d. снижение уровней всех фракций гормонов репродуктивной системы

10. ПРОГЕСТЕРОН СПОСОБСТВУЕТ:

- a. снижению уровней андрогенов
- b. снижению возбудимости нервно-мышечного аппарата матки и имплантации оплодотворенной яйцеклетки
- c. повышению уровней гонадотропных гормонов
- d. началу менструации

11. ПОД ВЛИЯНИЕМ КАКОГО ГОРМОНА В КЛЕТКАХ ВНУТРЕННЕГО СЛОЯ ТЕКИ ПРОИСХОДИТ ОБРАЗОВАНИЕ АНДРОГЕНОВ:

- a. фолликулостимулирующий гормон
- b. Гонадолиберин
- c. лютеинизирующий гормон
- d. тиреотропный гормон

12. СКОЛЬКО УРОВНЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЕ ЖЕНЩИНЫ

- a. 6
- b. 5
- c. 4
- d. 3

13. В ГРАНУЛЕЗНЫХ КЛЕТКАХ ПОД ВЛИЯНИЕМ АРОМАТАЗ ОБРАЗУЮТСЯ:

- a. Эстрогены
- b. Гестагены
- c. Андрогены
- d. Гонадотропины

14. НА КАКОЙ ДЕНЬ (+,-3 ДНЯ) НАСТУПАЕТ ОВУЛЯЦИЯ В 28-ДНЕВНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ :

- a. 7 день
- b. 14 день
- c. 21 день
- d. 28 день

15. КАРИОПИКНОТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ:

- a. поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке

- b. поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам
- c. эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
- d. базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке

16. ПОВЫШЕНИЕ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРОИСХОДИТ В СВЯЗИ С:

- a. воздействием эстрогенов на гипоталамус
- b. влиянием прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса
- c. воздействием гонадотропинов на терморегулирующий центр гипоталамуса
- d. влиянием простагландинов на гипоталамус

17. В НОРМЕ РАЗНИЦА МЕЖДУ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ В 1 И 2 ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СОСТАВЛЯЕТ:

- a. 0.2-0.3 градуса
- b. 0.9-1.5 градуса
- c. 0.4-0.6 градуса
- d. 0.7-0.8 градуса

18. СИМПТОМ ЗРАЧКА (+++) СООТВЕТСТВУЕТ:

- a. 22-24-му дню менструального цикла
- b. 13-14-му дню менструального цикла
- c. 9-10-му дню менструального цикла
- d. 11-12-му дню менструального цикла

19. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ЭНДОМЕТРИЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- a. распространенности процесса по поверхности
- b. глубины инвазии
- c. произвести прицельную биопсию
- d. наличия патологического процесса

20. ПОКАЗАНИЯМИ К ГИСТЕРОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- a. аномальных маточных кровотечений
- b. подозрения на внематочную беременность
- c. кровотечения в постменопаузе
- d. бесплодия

Раздел 5. Эндокринные нарушения в гинекологии. Бесплодный брак. ВЗОМТ. Неотложные состояния в гинекологии. Онкогинекология.

УК-1, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ПК-9, ПК-16

Выберете один или несколько правильных ответов

1. Аменорея – это отсутствие менструации:

- a. 1 года;
- b. 6 месяцев;
- c. 5 месяцев;
- d. все перечисленное неверно.
- e. 4 месяцев;

2. Гипоменорея – это:

- a. редкие менструации.
- b. отсутствие менструации;
- c. короткие менструации;
- d. скудные менструации;

3. Гипоменструальный синдром – это нарушение менструального цикла, характеризующееся:

- a. Опсоменореей
- b. Гипер- и олигоменореей
- c. Гиперполименореей
- d. Гипо- и олигоменореей
- e. Олигоменореей

4. Дифференциальную диагностику отечной формы предменструального синдрома следует проводить с:

- a. Заболеваниями ЖКТ
- b. Заболеваниями почек и сердечно-сосудистой системы
- c. Психическими заболеваниями
- d. Заболеваниями щитовидной железы
- e. Заболеваниями ЦНС

5. Для ановуляторного менструального цикла с кратковременной персистенцией зрелого фолликула характерно:

- a. Однофазная базальная температура
- b. Симптом «зрачка» (++++)
- c. В соскобе эндометрия во вторую фазу цикла поздняя фаза пролиферации
- d. Все перечисленное

6. Задняя стенка влагалища в ее верхнем отделе соприкасается:

- a. с мочеточниками;
- b. с шейкой мочевого пузыря;
- c. с прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом);
- d. ни с чем из перечисленного.
- e. с прямой кишкой;

7. К инфекциям передающимся половым путем не относится:

- a. Микоплазмоз
- b. Хламидиоз
- c. Трихомониаз
- d. Гонорея
- e. Энтеробиоз

8. К причинам вторичной аменореи центрального генеза относят все, кроме:

- a. Синдрома Шихана

- b. Синдрома гиперпролактинемии
- c. Аменореи на фоне потери массы тела
- d. Синдрома Каллмана
- e. Психогенной аменореи

9. К ранним проявлениям перименопаузального синдрома относятся:

- a. Эмоционально-аффективные расстройства
- b. Вазомоторные симптомы
- c. Прибавку массы тела и ожирение
- d. Ничего из перечисленного
- e. Все перечисленное

10. Меноррагия – это:

- a. Циклические маточные кровотечения
- b. Пре- и постменструальные кровянистые выделения
- c. Уменьшение продолжительности менструального цикла
- d. Ациклические маточные кровотечения
- e. Болезненные и обильные кровотечения

11. Метроррагия – это:

- a. кровотечение, связанное с менструальным циклом;
- b. атипичное маточное кровотечение;
- c. ациклическое кровотечение, не связанное с менструальным циклом.
- d. менструация;

12. Механизм действия гормонов на клетку обусловлен наличием:

- a. рецепторов;
- b. специфических ферментов;
- c. всего перечисленного;
- d. ничего из перечисленного.
- e. простагландинов;

13. Особенности нормального менструального цикла являются:

- a. все перечисленное.
- b. овуляция;
- c. образование желтого тела в яичнике;
- d. преобладание гестагенов во второй фазе цикла;

14. Показаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме:

- a. бесплодия.
- b. подозрения на внематочную беременность;
- c. дисфункциональных маточных кровотечений;
- d. кровотечения в постменопаузе;

15. Абсолютным показанием к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) является:

- a. отсутствие матки;
- b. пороки развития матки;
- c. цервикальный антагонизм.
- d. отсутствие или непроходимость обеих маточных труб;

16. Длительность менструального цикла считается:

- a. с последнего дня наступившей менструации до последнего дня следующей менструации
- b. с первого дня наступившей менструации до первого дня следующей менструации
- c. с последнего дня наступившей менструации до первого дня следующей менструации
- d. ничего из перечисленного

17. Нормальная продолжительность менструального цикла составляет:

- a. 21-38 дней
- b. 24-38 дней
- c. 21-35 дней
- d. ничего из перечисленного

18. Нормальная продолжительность менструального кровотечения составляет:

- a. 3-5 дней
- b. 2-7 дней
- c. не более 8 дней
- d. ничего из перечисленного

19. К третьему уровню нейроэндокринной регуляции менструального цикла относят:

- a. передняя доля гипофиза
- b. органы-мишени
- c. яичники
- d. гипоталамус
- e. экстрагипоталамические структуры головного мозга

20. Для нормального маточного цикла характерна следующая последовательность смены фаз эндометрия

- a. регенерация, десквамация, пролиферация, секреция
- b. десквамация, пролиферация, секреция, регенерация
- c. десквамация, регенерация, пролиферация, секреция
- d. пролиферация, секреция, десквамация, регенерация

21. Диагностика причин и лечения бесплодия у пациенток старше 35 лет могут быть начаты при жалобе на неспособность к зачатию при регулярной половой жизни без контрацепции в течение:

- a. 3 месяцев
- b. 6 месяцев
- c. 9 месяцев
- d. 12 месяцев

22. Обследование супружеской пары по поводу бесплодия должно быть начато:

- a. у женщины
- b. не имеет значения
- c. у мужчины и женщины одновременно
- d. у мужчины

23. У женщин старше 38 лет для оценки гормональных параметров овариального резерва более значимым показателем является:

- a. концентрация ФСГ
- b. концентрация ЛГ
- c. концентрация АМГ
- d. все перечисленное

24. Какое количество антральных фолликулов (КАФ), определенное на УЗИ матки и придатков в раннюю фолликулярную фазу цикла, соответствует низкому овариальному резерву, связан с плохим ответом на стимуляцию и низкими шансами наступления беременности:

- a. от 3 до 5
- b. от 2 до 5
- c. от 1 до 3
- d. от 2 до 4

25. Показаниями для проведения магнитно-резонансной томографии органов малого таза на этапе диагностики женского бесплодия являются:

- a. подозрение на наличие распространенных форм эндометриоза
- b. оценка состоятельности рубца на матке
- c. подозрение на наличие новообразований
- d. подозрение на наличие пороков развития внутренних половых органов

26. Наиболее характерная локализация трихомониаза:

- a. Сальпингит
- b. Метроэндометрит
- c. Кольпит
- d. Пельвиоперитонит

27. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- a. гиперемией и отеком влагалища на фоне обильных пенистых выделений
- b. наличием специфических внутриклеточных микроорганизмов
- c. инфекционным процессом при отсутствии явлений воспаления
- d. преобладанием палочковой флоры

28. Брак бесплодный, если при половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступает в течение:

- a. 2,5 года;
- b. 3 лет;
- c. 1 года;
- d. 5 лет.

е. 0,5 года;

29. В ЭТИОЛОГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ОТМЕЧАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- a. возрастания числа анаэробов и вирусов
- b. главенствующей роли трихомонад
- c. преобладания ассоциаций микроорганизмов
- d. наличия хламидий и микоплазм

30. Воспаление маточной трубы и яичника называется:

- a. Цервицит
- b. Вульвовагинит
- c. Аднексит
- d. Кольпит

31. Воспаление слизистой оболочки влагалища называется:

- a. Вульвовагинит
- b. Кольпит
- c. Сальпингит
- d. Цервицит
- e. Аднексит

32. Восходящая гонорея это поражение:

- a. маточных труб;
- b. уретры;
- c. парауретральных желез;
- d. всех перечисленных выше органов.
- e. канала шейки матки;

33. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ВЗОМТ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

- a. со всем перечисленным
- b. дивертикулитом и синдромом раздраженного кишечника
- c. острым аппендицитом
- d. болевой формой апоплексии яичника
- e. эктопической беременностью

34. ПРИ ПЕРЕКРУТЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ТИПИЧНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ

- a. наличия неподвижного, резко болезненного образования в малом тазу при бимануальном исследовании
- b. анемии
- c. сильных болей внизу живота, возникающих после физического напряжения
- d. симптомов раздражения брюшины

35. В состав хирургической ножки опухоли яичника входят все кроме

- a. капсула опухоли

- b. маточная труба
- c. собственная связка яичника
- d. воронко-тазовая связка

36. Алгоритм диагностики при нарушенной эктопической беременности включает:

- a. Кольпоскопия
- b. Биохимия крови
- c. Выскабливание полости матки
- d. УЗИ малого таза

37. НАРУШЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ РАЗРЫВА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ПРОТЕКАЕТ, КАК ПРАВИЛО, СО СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ:

- a. внезапный приступ боли
- b. при влагалищном исследовании-тракции за шейку матки безболезненные, своды глубокие
- c. иррадиация боли в плечо
- d. тошнота или рвота

38. ТРУБНЫЙ АБОРТ (БЕЗ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ) НАДО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ , КРОМЕ :

- a. с аппендицитом
- b. с самопроизвольным выкидышем малого срока
- c. с обострением хронического сальпингоофорита
- d. с дисфункциональным маточным кровотечением

39. ПРИЧИНЫ «ОСТРОГО ЖИВОТА» ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ:

- a. перекрут ножки субсерозного узла
- b. перекрут ножки опухоли яичника
- c. инфаркт миоматозного узла
- d. внематочная беременность

40. ДЛЯ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- a. резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови
- b. отсутствие наружного кровотечениями
- c. болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия
- d. нерезко выраженных симптомов раздражения брюшины

41.. Термин аденомиоз применяется:

- a. только при очаговых разрастаниях эндометриоидной ткани во внутреннем слое матки;

- b. только при ретроцервикальном эндометриозе.
- c. при эндометриозе, который сопровождается образованием кист;
- d. во всех случаях выявления эндометриоза независимо от локализации;
- e. только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается гиперплазией мышечной ткани;

42. Гонадотропины, играющие роль в патогенезе гиперпластических процессов и рака эндометрия, секретируются:

- a. гипоталамусом;
- b. надпочечниками;
- c. задней долей гипофиза;
- d. передней долей гипофиза;
- e. яичниками.

43. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ ВЫСОКА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ

- a. опухолевидного процесса придатков матки
- b. маточной беременности
- c. интерстициально-субсерозной миомы матки
- d. внематочной беременности

44. ДЛЯ ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО:

- a. гидроторакс
- b. полиурия
- c. нарушение менструального цикла
- d. отеки нижних конечностей

45. ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД:

- a. эндоскопический
- b. ультразвуковой
- c. ПЦР-диагностика
- d. гистологический

46. ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ:

- a. учащенное сердцебиение
- b. полиурия
- c. отеки нижних конечностей
- d. утомляемость, слабость

47. ИСТИННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. муцинозная цистаденома
- b. фиброма яичника
- c. серозная цистаденома
- d. эндометриоидная аденоакантома

48. Параовариальная киста происходит из

- a. пронефроса
- b. вольфова протока
- c. мюллера протока
- d. гартнера протока
- e. мезонефроса

49. Гранулёзноклеточная опухоль нередко сочетается с

- a. раком маточной трубы
- b. раком вульвы
- c. раком яичника
- d. раком эндометрия
- e. раком влагалища

50. Наиболее частое осложнение доброкачественных опухолей яичников

- a. сдавление соседних органов
- b. перекрут ножки опухоли
- c. кровоизлияние в полость опухоли
- d. разрыв капсулы
- e. нагноение содержимого

51. ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- a. нарушение жирового обмена
- b. нарушение менструального цикла
- c. прием КОК
- d. стрессовые ситуации

52. ПЕРВЫЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ТИП РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, У ВСЕХ БОЛЬНЫХ, КРОМЕ:

- a. с атрофическим эндометрием
- b. с феминизирующими опухолями яичникового
- c. с ановуляторными кровотечениями
- d. с эндокринно-обменными нарушениями

53. К ПРЕДРАКУ ЭНДОМЕТРИЯ ОТНОСИТСЯ:

- a. типичная гиперплазия
- b. рецидивирующая железистая гиперплазия в климактерическом периоде
- c. аденоматозный полип
- d. атрофический эндометрий

54. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- a. аденокарцинома
- b. немелкоклеточный
- c. эндометриоидный рак
- d. светлоклеточный рак

55. ПРИ РАКЕ IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОК МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. криодеструкция
- b. электроконизация и выскабливание цервикального канала
- c. экстирпация матки без придатков
- d. экстирпация матки с придатками

56. БОЛЬНЫЕ С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ДОЛЖНЫ СОСТОЯТЬ НА УЧЕТЕ У ОНКОЛОГА-ГИНЕКОЛОГА:

- a. полип цервикального канала
- b. эктропион
- c. дисплазия шейки матки
- d. простая лейкоплакия

57. ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- a. у беременных при первом обращении
- b. при профилактических осмотрах
- c. у всех подряд обратившихся к гинекологу
- d. у больных с патогномичными жалобами

58. ИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ В ОТЛИЧИЕ ОТ МИКРОИНВАЗИВНОГО ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

- a. способность к регрессу опухоли
- b. инвазия в строму более 3 мм
- c. повышение признаков тканевой защиты
- d. низкая способность к метастазированию

59. Минимальная толщина М-эха (толщины эндометрия), являющаяся признаком гиперплазии в менопаузе

- a. 4-5 мм
- b. 6 мм
- c. 8 мм
- d. 15 мм

60. Для лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста применяют

- a. конъюгированные эстрогены
- b. прогестагены
- c. андрогены
- d. низкодозированные КОК

Ответы на тесты:

Раздел 1.	Раздел 2.	Раздел 3.	Раздел 4	Раздел 5
1. d	1) a	1) c 24) a	1. a	1. b 31. b
2. c	2) d	2) b 25) a	2. b	2. d 32. a
3. d	3) c	3) d 26) a	3. b	3. d 33. a
4. d	4) b	4) a 30) г	4. c	4. b 34. b
5. c	5) a	5) f 31) в	5. c	5. d 35. a
6. a	6) c	6) b 32) в	6. c	6. c 36. d
7. b	7) d	7) a 33) б	7. b	7.e 37. a
8. b	8) c	8) c 34) б	8. d	8. d 38. d
9. b	9) c	9) e 35) г	9. c	9. e 39. b
10.b	10) a	10) d 36) в	10. b	10. a 40. b
11.c	11) c	11) d 37) г	11. a	11. c 41. a
12. c	12) d	12) b 38) б	12. b	12. c 42. a
13.a	13) b	13) a 39) Б	13. a	13. a 43. b
14.b	14) a	14) a 40) А	14. b	14. b 44. c
15.d	15) b	15) a 41) Б	15. c	15. d 45. c
16.b	16) a	16) a 42) А	16. b	16. b 46. d
17.c	17) d	17) a 43) А	17. c	17. a 47. d
18.a	18) c	18) a 44) Г	18. b	18. b 48. b
19.a	19) a	19) a 45) Б	19. b	19. a 49. d
20.a	20) d	20) a 46) a	20. b	20. d 50. b
		21)а 47) b		21. b 51. c
		22) a 48) c		22. d 52. a
		27) б 49) a		23. c 53. b
		28) в 50) c		24. a 54. b
		29) в		25. c 55. b
				26. c 56. c
				27. c 57. c
				28. c 58. b
				29. c 59. a
				30. c 60. b

Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки

Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Средний/высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для экзамена (пример)

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительный	удовлетворительный	хорошо	отлично
			объеме, но некоторые с недочетами	
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/>)