

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

АКУШЕРСТВО

Специальность 31.08.18 Неонатология
код, наименование

Форма обучения очная

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

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

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Акушерство» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Вопросы по темам/разделам
2	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
3	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, ПК-5	Текущий	Раздел 1. Диагностика беременности, методы обследования в акушерстве	Индивидуальный опрос, ситуационные задачи
ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	Текущий	Раздел 2 Клиника и диагностика акушерских осложнений и влияние их на плод	Тестовые задания, ситуационные задачи
		Раздел 3. Оказание неотложной помощи в акушерстве	Тестовые задания,
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-5	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: устного опроса, тестов, ситуационных задач.

Оценочные средства для текущего контроля.

4.1. Вопросы для индивидуального опроса для оценки компетенций УК-1, ПК-5.

1. Признаки беременности

2. Какие методы исследования используются для диагностики беременности
3. Сроки проведения скрининговых ультразвуковых исследований во время беременности
4. Обследование беременной при постановке на учет в женской консультации
5. Сроки выдачи декретного отпуска
6. Определения и статистические понятия, характеризующие антенатальный, перинатальный и неонатальный периоды
- 4.2. Тестовые вопросы с вариантами ответов для оценки компетенций: ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10.

Раздел 2. Клиника и диагностика акушерских осложнений, влияние их на плод

1. Ранние преждевременные роды - это роды в... 1. 22 недели - 27 недель 6 дней включительно; 2. 28 недель - 30 недель 6 дней включительно; 3. 28 недель - 31 неделя 6 дней включительно; 4. 32 неделя - 33 недели 6 дней включительно
2. Антенатальная кортикостероидная терапия высокоэффективна для профилактики РДС, внутрижелудочковых кровоизлияний и неонатальной смерти недоношенных новорожденных в сроке: 1. 22 - 34 недели; 2. 24 - 36 недель; 3. 24 - 34 недели; 4. 28 - 34 недели.
3. Рекомендуемые схемы антенатальной кортикостероидной терапии: 1. 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 12 часов; 2. 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 6 часов; 3. 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов; 4. все вышеперечисленное верно.
4. Вакуум-экстракция при преждевременных родах противопоказана: 1. во всех случаях; 2. в сроке менее 36 недель; 3. в сроке менее 34 недель; 4. в сроке менее 32 недель.
5. Как часто проводится определение резус-антител при неосложненной беременности: 1. Каждый месяц 2. Каждые две недели 3. Один раз в триместр 4. 6 раз во время беременности
6. В каком сроке беременности должна проводиться плановая антенатальная специфическая иммунопрофилактика резус-иммунизации 1) В 28 недель беременности 2) Перед родами 3) В первом триместре беременности 4) В 20 недель беременности
7. Когда должна быть проведена плановая послеродовая специфическая иммунопрофилактика 1) В ближайшие 48-72 часа после родов 2) В ближайшие 5 дней после родов 3) в течение 1 месяца после родов 4) в течение всего послеродового периода

8. Если в ближайшие 48-72 часа после родов послеродовая специфическая иммунопрофилактика не была проведена, то 1) Нужно провести в ближайшие 10 дней после родов 2) В течение 1 месяца после родов 3) В течение всего послеродового периода 4) Не нужно проводить
9. Какой показатель необходимо определить в ходе УЗИ средней мозговой артерии плода для определения тактики ведения у беременных с резус-иммунизацией 1) Максимальную систолическую скорость кровотока в средней мозговой артерии плода 2) Систолюдиастолическое отношение 3) Индекс резистентности 4) Пульсационный индекс
10. Какое значение максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии свидетельствует о наличии анемии у плода: 1. Более 1,0 MOM 2. Более 1,25 MOM 3. Более 1,5 MOM 4. Более 1,70 MOM
11. Пороговые значения глюкозы венозной плазмы для диагностики ГСД 1. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л 2. $> 5,1$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л 3. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $< 7,8$ ммоль/л 4. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $\leq 7,8$ ммоль/л
12. Для постановки диагноза ГСД достаточно 1. одного аномального значения измерения уровня глюкозы венозной плазмы 2. двух аномальных значений измерения уровня глюкозы венозной плазмы 3. одного аномального значения измерения уровня глюкозы капиллярной крови 4. двух аномальных значений измерения уровня глюкозы капиллярной крови
13. В каком сроке беременности проводится тест толерантности к глюкозе: 1. В 1 триместре 2. 20-24 нед 3. 24-28 нед 4. 28-32 нед
14. Глюкозотолерантный тест при беременности проводится с нагрузкой 1. 75г глюкозы 2. 100г глюкозы 3. 150г глюкозы 4. 200г глюкозы
15. Диагноз «гестационная артериальная гипертензия» может быть установлен: 1. в I триместре беременности; 2. с 12 недель беременности; 3. после 20 недель беременности; 4. после 28 недель беременности.
16. Для умеренной артериальной гипертензии во время беременности характерно: 1. САД < 140 мм.рт.ст. и ДАД < 90 мм.рт.ст.; 2. САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 90-109 мм.рт.ст.; 3. САД 160 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст.;

4. САД 140-159 мм.рт.ст и/или ДАД 110 мм.рт.ст..
17. Золотым стандартом для диагностики протеинурии является: 1. использование тест-полоски; 2. количественное определение белка в суточной порции; 3. количественное определение белка в двух пробах, взятых с интервалом в 6 часов; 4. кольцевая проба Геллера.
18. Выберите препарат для быстрого снижения АД при тяжелой преэклампсии в период беременности: 1. магния сульфат; 2. нифедипин; 3. урапидил; 4. спиронолактон.
19. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано: 1. Аспирин 500 мг в день с 12 недели до родов; 2. Аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов; 3. Аспирин 1 г мг в день с 12 недели до родов; 4. Аспирин 0,5-1 г мг в день с 12 недели до родов.
20. 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: 1. умеренная преэклампсия; 2. тяжелая преэклампсия; 3. гестационная АГ; 4. отеки беременных.

Ответы

1.	3
2.	1
3.	4
4.	3
5.	3
6.	1
7.	1
8.	1
9.	1
10.	3
11.	1
12.	1
13.	3
14.	1
15.	3
16.	2
17.	2
18.	2
19.	2
20.	2

Раздел 3. Оказание неотложной помощи в акушерстве

Тестовые задания с вариантами ответов	
1. Раннее послеродовое кровотечение - кровотечение, возникшее после рождения плода	1. в течение первых 2 часов 2. в течение 24 часов 3. в течение первых 6 часов 4. на протяжении 42 дней после рождения плода.
2. Шоковый индекс:	1. Систолическое АД / ЧСС 2. ЧСС/систолическое АД 3. Диастолическое АД/ЧСС 4. ЧСС/диастолическое АД
3. Обязательные меры, направленные на профилактику послеродового кровотечения в 3 периоде родов и раннем послеродовом периоде:	1. введение окситоцина после рождения плода 2. катетеризация мочевого пузыря 3. пузырь со льдом на живот 4. введение метилэргометрина
4. При обнаружении дефекта последа необходимо произвести:	1. ручное обследование матки 2. введение утеротонических средств 3. продолжить наблюдение за сократительной способностью матки 4. наружный массаж матки
5. Доза транексамовой кислоты для профилактики кровотечения	1. 15 мг/кг 2. 10 мг/кг 3. 20 мг/кг 4. 5 мг/кг
6. Позднее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее	1. через 24 часа после рождения плода 2. через 2 часа после рождения плода 3. через 6 часов после рождения плода 4. через 6 недель после родов
7. Какое снижение гемоглобина считается критическим	1. Менее 90 г/л 2. менее 80 г/л 3. менее 70 г/л 4. менее 60 г/л
8. Нормальные значения шокового индекса после родов	1. 0,7 – 0,9 2. 0,5 – 1,0 3. 0,6 – 1,0 4. 1.0 - 1.1
9. Препаратом первой линии для профилактики и лечения кровотечения является:	1. карбетоцин 2. окситоцин 3. метилэргометрин 4. мизопростол
10. Назовите наиболее частую причину послеродовых кровотечений:	

1. гипотония матки
2. Дефект плаценты
3. ДВС- синдром
4. Разрывы матки и шейки матки
11. С какими осложнениями необходимо проводить дифференциальный диагноз при развитии Тромбоэмболии легочной артерии при беременности и в родах:
1. Эмболия околоплодными водами
2. Эклампсия
3. Высокий спинальный блок
4. Все перечисленное верно
5. Верно 1 и 2
12. Когда при беременности необходимо проводить подсчет факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений:
1. при постановке на учет
2. в случае поступления беременной пациентки в стационар по любой причине или в случае возникновения у нее других интеркуррентных заболеваний
3. при родоразрешении и в послеродовом периоде.
4. все перечисленное верно
13. Когда необходимо начинать профилактику ВТЭО при наличии у женщины тромбофилии высокого риска:
1. до наступления беременности
2. с момента диагностики беременности
3. с 28 недель
4. с 12 недель
14. При проведении антикоагулянтной терапии Нефракционированным гепарином необходимо осуществлять контроль уровня:
1. гемоглобина
2. тромбоцитов
3. фибриногена
4. АЧТВ
15. Пациенткам с высоким риском ВТЭО послеродовую тромбопрофилактику рекомендовано проводить:
1. в течение 7 дней
2. в течение 10 дней
3. в течение 6 недель
4. в течение 8 недель

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	2
2.	1
3.	1
4.	1
5.	1
6.	1
7.	3
8.	1
9.	2
10.	1
11.	4
12.	4
13.	2

14.	2
15.	3

4.3. Ситуационные задачи для оценки компетенций ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10.

Задача 1. Пациентка Ш., 35 лет, повторнородящая, находится в родовом отделении. В анамнезе 5 лет назад срочные роды без осложнений. Соматически здорова. Имеется хроническая венозная недостаточность, тромбозов в анамнезе не было, носит компрессионный трикотаж. Беременность доношенная, 40 недель. Проводится родоусиление окситоцином по поводу первичной слабости родовой деятельности. Схватки через 2 минуты по 50 секунд. Проведено влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Шейка матки сглажена. Плодного пузыря нет. Открытие 6 – 7 см, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Воды подтекают светлые. После проведения влагалищного исследования отмечено внезапное ухудшение состояние пациентки – внезапная бледность, цианоз, резкая боль в грудной клетке. Отмечено падение давления до 70/40 мм рт ст, тахикардия до 140 уд в минуту, нарушение дыхания.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

1 период своевременных родов. Эмболия околоплодными водами. Первичная слабость родовой деятельности. Родоусиление окситоцином. Хроническая венозная недостаточность.

С какими другими неотложными состояниями необходимо провести дифференциальный диагноз

Тромбоэмболия легочной артерии

Септический шок

Анафилактический шок

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Разрыв матки

Инфаркт миокарда

Какая дальнейшая тактика ведения пациентки. Обоснуйте свой выбор.

Показано введение глюкокортикоидов (преднизолон 360 – 420 мг внутривенно. Перевод пациентку на ИВЛ. Немедленное родоразрешение путем операции кесарева сечения. При остановке сердца – непрямой массаж сердца или дефибрилляция. Введение инфузионных растворов, и при необходимости симпатомиметиков и вазоактивных препаратов для контроля гемодинамики. Контроль гемостаза, профилактика кровотечения.

Задача 2. Пациентка 26 лет, поступила в родильный дом в сроке беременности 24 – 25 недель с жалобами на периодические нерегулярные боли внизу живота. Настоящая беременность вторая. Первая беременность два года назад закончилась преждевременными родами в 25 - 26 недель, ребенок умер. Все произошло внезапно: отошли околоплодные воды, после этого начались схватки, через 2 часа родился живой мальчик весом 850 г, который умер на 3-и сутки. Пациентка состоит на учете в женской консультации с 8 недель беременности. Первое ультразвуковое исследование произведено в 12 недель – плод соответствовал гестационному сроку, маркеров хромосомных аномалий не выявлено. Второе скрининговое исследование в 18 недель – плод соответствовал гестационному сроку, длина цервикального канала 35 мм, внутренний зев закрыт. Анализы крови и мочи в норме. АД 110/70 мм рт ст. Отеков нет.

При осмотре матка слегка возбудимая, шевеление ощущает хорошо, предлежание плода головное. По данным влагалищного исследования шейка матки укорочена до 2 см, мягкая, цервикальный канал свободно пропускает 1 п/палец. При поступлении произведено ультразвуковое исследование: в полости матки визуализируется один плод в головном предлежании, данные фетометрии соответствуют 24-25 неделям беременности,

пороков развития не выявлено, плацента располагается на передней стенке матки. Нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока не выявлено. При трансвагинальной эхографии установлено, что длина цервикального канала составляет 1 см. Внутренний зев закрыт.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Беременность 24 – 25 недель. Угрожающие преждевременные роды. Истмико-цервикальная недостаточность. ОАА.

Составьте план дополнительного обследования пациента.

Пациентке показано проведение ультразвукового исследования с цервикометрией, токографии с регистрацией тонуса матки, проведение теста Актим ПАРТУС или Актим ПРОМ

Результаты дополнительного исследования:

1. ультразвуковое исследование: в полости матки визуализируется один плод в головном предлежании, данные фетометрии соответствуют 24-25 неделям беременности, пороков развития не выявлено, плацента располагается на передней стенке матки. Нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока не выявлено. При трансвагинальной эхографии установлено, что длина цервикального канала составляет 20 см. Внутренний зев закрыт.

2. По данным КТГ маточные сокращения через 12 минут по 15 секунд.

3. Тест Актим Партус отрицательный.

Составьте план лечения.

Показано проведение токолитической терапии (трактоцил или гинипрал), назначение дексаметазона (8 мг 3 раза через 8 часов внутримышечно или 6 мг через 6 часов 4 раза внутримышечно). Токолиз проводить под контролем КТГ. После завершения токолиза через 2 сут в случае сохранения беременности назначить утрожестан по 200 мг на ночь. Обсудить с пациенткой вопрос о возможности введения pessaria.

Задача 3. Пациентка 23 лет находится в родовом отделении. Беременность первая, доношенная, протекала без осложнений. ИМТ при постановке на учет 23. Прибавка веса за беременность 13 кг. ВДМ 40 см, ОЖ 102 см. Размеры таза 25-28-31-19 см. Состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд в мин. АД 120/80 мм рт ст. Схватки через 2,5 мин по 60 сек. Сердцебиение плода ритмичное 130-140 в мин. Более часа назад при влагалищном исследовании установлено полное открытие шейки матки.

Проведено влагалищное исследование: передняя губа шейки матки отечная, предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза. В схватку поступательные движения головки отсутствуют. Моча выведена катетером, застойная. Катетер введен с трудом. При наружном осмотре симптом Вастена положительный.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

2 период своевременных родов. Крупный плод. Клинически узкий таз

Составьте план дальнейшего ведения.

Пациентке показано родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке

Задача 4 Пациентка 29 лет, находится в родовом отделении. Беременность вторая, протекала без осложнений. В анамнезе преждевременные роды в 35-36 недель 6 лет назад. Вес ребенка был 2750 г. ИМТ при постановке на учет 25. Прибавка веса за беременность 13 кг. ВДМ 34 см, ОЖ 96 см. Размеры таза 25-28-31-18 см. Состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд в мин. АД 120/80 мм рт ст. Схватки через 3 мин по 60 сек. Сердцебиение плода ритмичное 130-140 в мин. Воды отошли 3 часа назад.

Проведено влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, открытие 8 см, предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз. Лобный шов в поперечном

размере, слева определяются части лица, справа большой родничок. Мыс достигается согнутым пальцем. Воды подтекают светлые

Предположите наиболее вероятный диагноз.

1 период своевременных родов. Лобное вставление головки. Простой плоский таз. Клинически узкий таз

Составьте план дальнейшего ведения.

Пациентке показано родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке

Задача 5. Пациентка 26 лет, в течение двух недель находится в родильном доме. Диагноз при поступлении: беременность 30 недель, дихориальная диамниотическая двойня. Диссоциированное развитие близнецов. ЗВРП 2-го плода. НМПК 3 степени у 2-го плода. Преэклампсия легкой степени. Беременность первая, наступила самопроизвольно. Акушерский и соматический анамнезы неотягощены. При очередном осмотре сердцебиение второго плода не выслушивается. Произведено ультразвуковое исследование, в ходе которого констатирована внутриутробная гибель второго плода из двойни с задержкой внутриутробного развития. Развитие первого плода соответствует гестационному сроку, нарушения кровотока не выявлено. Длина цервикального канала 35 мм.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Беременность 32 недели. Дихориальная диамниотическая двойня. Антенатальная гибель одного близнеца из двойни. Преэклампсия легкой степени.

Составьте план дальнейшего ведения.

Так как беременность дихориальная, пролонгирование беременности возможно. Проводить терапию, направленную на сохранение беременности, контроль роста второго плода, длины шейки матки.

Задача 6. Пациентка Б., 26 лет поступила в родильный дом в сроке беременности 32 недели с жалобами на подъемы АД и отеки нижних конечностей, которые появились в течение последних 3 недель. У женщины сахарный диабет 1 типа, декомпенсированный, тяжелого течения, диабетическая нефропатия, диабетическая полинейропатия. Настоящая беременность четвертая. В анамнезе кесарево сечение 4 года назад в 28 недель в связи тяжелой преэклампсией, ребенок умер, 2 медицинских аборта без осложнений.

Общее состояние при поступлении средней тяжести. Самочувствие удовлетворительное. Голова не болит. Кожные покровы бледные, пастозные. Пульс 90-92 уд/минуту, ритмичный. АД 140/95 – 130/80 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Матка в нормотонусе. ВДМ 26 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное 130-140 у минуту. Физиологические отправления в норме. Диурез уменьшен: введено 1500 мл, выделено 900 мл. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки плотная, отклонена кзади, длиной 4 см. Наружный зев закрыт, выделения слизистые. Через своды определяется головка.

В анализе мочи белок 2,0 г/л. Сахар крови 4,2 – 13,9 ммоль/л. Гемоглобин крови 116 г/л, тромбоциты 190х10⁹. Общий белок 61 г/л, билирубин 5,3 мкмоль/л, мочевины 6,2 мкмоль/л, фибриноген 2,22, МНО 0,88.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Беременность 32 недели. Сахарный диабет 1 типа, декомпенсированный, тяжелого течения, диабетическая нефропатия, диабетическая полинейропатия. Преэклампсия средней степени тяжести. Подозрение на ЗВРП. ОАА, Рубец на матке после кесарева сечения.

Составьте план дальнейшего ведения.

Необходимо дообследование – УЗИ плода с доплерометрией, КТГ. Лечение преэклампсии, компенсация сахарного диабета. Контроль диуреза, АД, белок в суточной моче.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания по разделам дисциплины.

5.1.1 Тестовые задания

Вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
1. Ранние преждевременные роды - это роды в... 1. 22 недели - 27 недель 6 дней включительно; 2. 28 недель - 30 недель 6 дней включительно; 3. 28 недель - 31 неделя 6 дней включительно; 4. 32 неделя - 33 недели 6 дней включительно	УК-1, ОПК-
2. Антенатальная кортикостероидная терапия высокоэффективна для профилактики РДС, внутрижелудочковых кровоизлияний и неонатальной смерти недоношенных новорожденных в сроке: 1. 22 - 34 недели; 2. 24 - 36 недель; 3. 24 - 34 недели; 4. 28 - 34 недели.	
3. Рекомендуемые схемы антенатальной кортикостероидной терапии: 1. 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 12 часов; 2. 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 6 часов; 3. 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов; 4. все вышеперечисленное верно.	
4. Вакуум-экстракция при преждевременных родах противопоказана: 1. во всех случаях; 2. в сроке менее 36 недель; 3. в сроке менее 34 недель; 4. в сроке менее 32 недель.	
5. Как часто проводится определение резус антител при неосложненной беременности: 5. Каждый месяц 6. Каждые две недели 7. Один раз в триместр 8. 6 раз во время беременности	
6. В каком сроке беременности должна проводиться плановая антенатальная специфическая иммунопрофилактика резус-иммунизации 5) В 28 недель беременности 6) Перед родами 7) В первом триместре беременности 8) В 20 недель беременности	
7. Когда должна быть проведена плановая послеродовая	

специфическая иммунопрофилактика 5) В ближайшие 48-72 часа после родов 6) В ближайшие 5 дней после родов 7) в течение 1 месяца после родов 8) в течение всего послеродового периода	
8. Если в ближайшие 48-72 часа после родов послеродовая специфическая иммунопрофилактика не была проведена, то 5) Нужно провести в ближайшие 10 дней после родов 6) В течение 1 месяца после родов 7) В течение всего послеродового периода 8) Не нужно проводить	
9. Какой показатель необходимо определить в ходе УЗИ средней мозговой артерии плода для определения тактики ведения у беременных с резус-иммунизацией 5) Максимальную систолическую скорость кровотока в средней мозговой артерии плода 6) Систолюдиастолическое отношение 7) Индекс резистентности 8) Пульсационный индекс	
10. Какое значение максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии свидетельствует о наличии анемии у плода: 5. Более 1,0 MOM 6. Более 1,25 MOM 7. Более 1,5 MOM 8. Более 1,70 MOM	
11. Пороговые значения глюкозы венозной плазмы для диагностики ГСД 1. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л 2. $> 5,1$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л 3. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $< 7,8$ ммоль/л 4. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $\leq 7,8$ ммоль/л	
12. Для постановки диагноза ГСД достаточно 1. одного аномального значения измерения уровня глюкозы венозной плазмы 2. двух аномальных значений измерения уровня глюкозы венозной плазмы 3. одного аномального значения измерения уровня глюкозы капиллярной крови 4. двух аномальных значений измерения уровня глюкозы капиллярной крови	
13. В каком сроке беременности проводится тест толерантности к глюкозе: 5. В 1 триместре 6. 20-24 нед 7. 24-28 нед 8. 28-32 нед	
14. Глюкозотолерантный тест при беременности проводится с нагрузкой	

1. 75г глюкозы 2. 100г глюкозы 3. 150г глюкозы 4. 200г глюкозы	
15. Диагноз «гестационная артериальная гипертензия» может быть установлен: 1. в I триместре беременности; 2. с 12 недель беременности; 3. после 20 недель беременности; 4. после 28 недель беременности.	
16. Для умеренной артериальной гипертензии во время беременности характерно: 5. САД <140 мм.рт.ст. и ДАД <90 мм.рт.ст.; 6. САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 90-109 мм.рт.ст.; 7. САД 160 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст.; 8. САД 140-159 мм.рт.ст и/или ДАД 110 мм.рт.ст..	
17. Золотым стандартом для диагностики протеинурии является: 5. использование тест-полоски; 6. количественное определение белка в суточной порции; 7. количественное определение белка в двух пробах, взятых с интервалом в 6 часов; 8. кольцевая проба Геллера.	
18. Выберите препарат для быстрого снижения АД при тяжелой преэклампсии в период беременности: 5. магния сульфат; 6. нифедипин; 7. урапидил; 8. спиронолактон.	
19. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано: 5. Аспирин 500 мг в день с 12 недели до родов; 6. Аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов; 7. Аспирин 1 г мг в день с 12 недели до родов; 8. Аспирин 0,5-1 г мг в день с 12 недели до родов.	
20. 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: 5. умеренная преэклампсия; 6. тяжелая преэклампсия; 7. гестационная АГ; 8. отеки беременных.	
21. Раннее послеродовое кровотечение - кровотечение, возникшее после рождения плода 1. в течение первых 2 часов 2. в течение 24 часов 3. в течение первых 6 часов 4. на протяжении 42 дней после рождения плода.	
22. Шоковый индекс: 1. Систолическое АД / ЧСС 2. ЧСС/систолическое АД	

3. Диастолическое АД/ЧСС 4. ЧСС/диастолическое АД	
23. Обязательные меры, направленные на профилактику послеродового кровотечения в 3 периоде родов и раннем послеродовом периоде: 1. введение окситоцина после рождения плода 2. катетеризация мочевого пузыря 3. пузырь со льдом на живот 4. введение метилэргометрина	
24. При обнаружении дефекта последа необходимо произвести: 1. ручное обследование матки 2. введение утеротонических средств 3. продолжить наблюдение за сократительной способностью матки 4. наружный массаж матки	
25. Доза транексамовой кислоты для профилактики кровотечения 1. 15 мг/кг 2. 10 мг/кг 3. 20 мг/кг 4. 5 мг/кг	
26. Позднее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее 1. через 24 часа после рождения плода 2. через 2 часа после рождения плода 3. через 6 часов после рождения плода 4. через 6 недель после родов	
27. Какое снижение гемоглобина считается критическим 1. Менее 90 г/л 2. менее 80 г/л 3. менее 70 г/л 4. менее 60 г/л	
28. Нормальные значения шокового индекса после родов 1. 0,7 – 0,9 2. 0,5 – 1,0 3. 0,6 – 1,0 4. 1.0 - 1.1	
29. Препаратом первой линии для профилактики и лечения кровотечения является: 1. карбетоцин 2. окситоцин 3. метилэргометрин 4. мизопростол	
30. Назовите наиболее частую причину послеродовых кровотечений: 1. гипотония матки 2. Дефект последа 3. ДВС- синдром 4. Разрывы матки и шейки матки	
31. С какими осложнениями необходимо проводить дифференциальный диагноз при развитии Тромбозмболии легочной артерии при беременности и в родах:	

1. Эмболия околоплодными водами 2. Эклампсия 3. Высокий спинальный блок 4. Все перечисленное верно 5. Верно 1 и 2	
32. Когда при беременности необходимо проводить подсчет факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений: 1. при постановке на учет 2. в случае поступления беременной пациентки в стационар по любой причине или в случае возникновения у нее других интеркуррентных заболеваний 3. при родоразрешении и в послеродовом периоде. 4. все перечисленное верно	
33. Когда необходимо начинать профилактику ВТЭО при наличии у женщины тромбофилии высокого риска: 1. до наступления беременности 2. с момента диагностики беременности 3. с 28 недель 4. с 12 недель	
34. При проведении антикоагулянтной терапии Нефракционированным гепарином необходимо осуществлять контроль уровня: 1. гемоглобина 2. тромбоцитов 3. фибриногена 4. АЧТВ	
35. Пациенткам с высоким риском ВТЭО послеродовую тромбопрофилактику рекомендовано проводить: 1. в течение 7 дней 2. в течение 10 дней 3. в течение 6 недель 4. в течение 8 недель	

6.Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

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.	Продemonстрированы 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.	Продemonстрированы 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

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»

Разработчик(и):

Гусева О.И., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФДПО, д.м.н., доцент
ФИО, должность, уч.степень, уч.звание