

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат:
00E920A3E02C1169FD3DEB1664B090AB56
Владелец: Ходжаян Анна Борисовна
Действителен: с 12.05.2026 до 05.08.2027

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность	31.08.01 Акушерство и гинекология
Форма обучения	Очная
Всего ЗЕТ	3
Всего часов	108
Предэкзаменационные консультации (лекции)	6

Цель, сроки, виды государственных аттестационных испытаний

целях определения соответствия результатов освоения обучающимися основных профессиональных образовательных программ высшего образования (далее – ОПОП ВО) соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее - ФГОС ВО).

На ГИА проверяется:

- уровень достижения планируемых результатов освоения ОПОП ВО (компетенций, установленных ФГОС ВО);
- готовность выпускника к выполнению соответствующих трудовых функций, указанных в профессиональных стандартах, с учетом которых разрабатывалась ОПОП ВО

В блок ОПОП ВО «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация проводится на 2 году обучения в соответствии с календарным учебным графиком.

2. Структура аттестационных испытаний

ГИА обучающихся, завершающих освоение по имеющим государственную аккредитацию образовательных программ высшего образования – программам ординатуры проходит в форме государственного экзамена, который проводится в два этапа и предусматривает:

- проверку уровня теоретической подготовки;
- оценку умения решать конкретные клинические ситуации и выполнять трудовые действия, входящие в трудовые функции, установленные профессиональным стандартом, а основании которого разрабатывалась и реализовывалась программа ординатуры.

Проверка уровня теоретической подготовки выпускника осуществляется посредством проведения компьютерного (или бланочного) тестирования.

3. Регламент проведения (каждого этапа ГИА или каждого вида аттестационного испытания)

3.1. Регламент проведения тестирования

1. Тестирование проводится в учебной аудитории, отвечающий требованиям, предъявляемым к учебным помещениям и оборудованном компьютерной техникой. При проведении компьютерного тестирования в аудитории присутствуют члены комиссии ГИА, специалист учебно-методического управления, осуществляющий техническую поддержку тестируемых.

2. Перед началом аттестации ординатор предъявляет Секретарю аттестационной комиссии паспорт гражданина Российской Федерации либо иной документ, удостоверяющий личность.

3. При прохождении аттестации ординатор имеет возможность самостоятельно выбрать посадочное место при наличии свободных мест в аудитории.

4. До начала проведения компьютерного тестирования секретарь аттестационной комиссии осуществляет ознакомление ординатора под роспись с руководством пользователя по прохождению компьютерного тестирования.

5. На тестирование выносятся 50 тестовых заданий для выполнения которых отводится 50 минут. Вариант тестовых заданий формируется автоматически посредством случайного выбора из банка тестовых заданий, используемых в университете для прохождения ГИА по соответствующей специальности. По истечении указанного времени, доступ к базе тестирования автоматически прекращается.

6. Во время прохождения компьютерного тестирования, на рабочем столе ординатора могут находиться только лист с логином и паролем и руководство пользователя по прохождению компьютерного тестирования. В период проведения

компьютерного тестирования ординатору запрещено:

- иметь при себе и использовать справочные материалы, письменные заметки, средства связи и иные технические средства,
- покидать аудиторию,
- разговаривать и отвлекать других участников аттестации,
- перемещаться по аудитории, пересаживаться,
- обмениваться материалами и предметами,
- загромождать видеокамеры компьютеров.

При нарушении выше указанных правил, обучающийся удаляется из аудитории, о чем делается запись в протоколе комиссии. Обучающийся считается не сдавшим первый этап ГИА, ему выставляется оценка «неудовлетворительно» и ординатор отчисляется из университета как не прошедший государственную итоговую аттестацию.

7.Ординатор может завершить компьютерное тестирование досрочно, но при этом области аттестации, по которым он не проходил компьютерное тестирование, будут считаться не сданными.

8.В случае технического сбоя (выход из строя серверного или сетевого оборудования, отсутствие электроэнергии и т.п.) во время прохождения компьютерного тестирования. Ординатор может продолжить компьютерное тестирование, если возможность восстановления компьютерного тестирования составляет не более 60 минут. Если за этот период времени неполадка не может быть устранена, ординатору назначается другое время или дата прохождения компьютерного тестирования.

9. Обучающиеся, успешно прошедшие первый этап, в соответствии с расписанием ГИА приступают к сдаче второго этапа – собеседованию.

3.2. Регламент проведения собеседования

1. Собеседование проводится в учебной аудитории, отвечающий требованиям, предъявляемым к учебным помещениям. При проведении компьютерного тестирования в аудитории присутствуют члены комиссии ГИА

2. Перед началом аттестации ординатор предъявляет секретарю аттестационной комиссии паспорт гражданина Российской Федерации либо иной документ, удостоверяющий личность.

3. Ординатор выбирает билет, который содержит 3 теоретических вопроса и два задания на проверку умения решать профессиональные задачи, предусмотренные профессиональным стандартом «Врач Акушер-гинеколог», утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19. 04.2021 №262Н, оформленные в виде индивидуальных заданий (ситуационных задач), которые оформляются на отдельных листах.

4. На подготовку к ответу каждому ординатору предоставляется не менее 30 минут, хронометраж ведется секретарем ГИА.

Ординатору предоставляются: листы для выполнения записей, справочные материалы (при необходимости).

5. После ответа все листы с записями сдаются секретарю комиссии, члены комиссии оформляют аттестационные листы.

4. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации.

4.1 Перечень компетенций (индикаторов их достижения) которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения ОПОП ВО

<i>Индекс</i>	<i>Содержание</i>	<i>1 этап ГИА</i>	<i>2 этап ГИА</i>
УК-1	<i>Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</i>		
УК-1.1	Осуществляет системный критический анализ достижений в области медицины и фармации по профилю	+	+
УК-1.2	Определяет возможности и способы применения современных достижений медицины и фармации при решении профессиональных задач		+
УК-2	<i>Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им</i>		
УК-2.1	Обосновывает цель и задачи проекта, его актуальность и значимость на основании анализа данных	+	
УК-2.2	При разработке проекта в области медицины применяет технологии проектного менеджмента	+	
УК-3	<i>Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению</i>		
УК-3.1	Организовывает процесс оказания медицинской помощи по профилю в соответствии с законодательными и нормативными документами	+	+
УК-3.2	Осуществляет руководство работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала	+	+
УК-4	<i>Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности</i>		
УК-4.1	Выстраивает деловые профессиональные отношения	+	
УК-4.2	Применяет методы бесконфликтного общения с пациентами и коллегами	+	
УК-5	<i>Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории</i>		
УК-5.1	Определяет задачи развития собственной карьерной траектории	+	
УК-5.2	Применяет методы профессионального и личностного развития в соответствии с индивидуальными потребностями	+	
ОПК-1	<i>Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности</i>		
ОПК-1.1	Решает стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационно-коммуникационных технологий	+	
ОПК-1.2	Осуществляет деятельность в соответствии с требованиями информационной безопасности	+	
ОПК-2	<i>Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических</i>		

<i>Индекс</i>	<i>Содержание</i>	<i>1 этап ГИА</i>	<i>2 этап ГИА</i>
	<i>показателей</i>		
ОПК-2.1	При организации управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи использует медико-статистические показатели	+	
ОПК -2.3	Проводит работу по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности		+
ОПК-3	<i>Способен осуществлять педагогическую деятельность</i>		
ОПК-3.1	Принимает участие в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам	+	
ОПК-3.2	Применяет современные психолого-педагогические технологии, методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан, повышение у них мотивации сохранения и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	+	
ОПК-4	<i>Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</i>		
ОПК-4.1	Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей)		+
ОПК-4.2	Проводит физикальное исследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи,		+
ОПК-4.3	Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека	+	+
ОПК-4.4	Обосновывает и планирует объем лабораторных и инструментальных исследований пациентов, интерпретирует их результаты		+
ОПК-4.5	Использует алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	+	+
ОПК-5	<i>Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</i>		
ОПК-5.1	Разрабатывает план лечения пациентов по профилю «Акушерство и гинекология» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		+

<i>Индекс</i>	<i>Содержание</i>	<i>1 этап ГИА</i>	<i>2 этап ГИА</i>
ОПК-5.2	Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность их применения		+
ОПК-5.3	Назначает немедикаментозную терапию пациентам, оценивает эффективность её назначения	+	+
ОПК-5.4	Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения	+	+
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
ОПК-6.1	Принимает участие в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды амбулаторно, в условиях стационара, дневного стационара		+
ОПК-6.2	Применяет шкалу реабилитационной маршрутизации у пациентов по профилю «нефрология»		+
ОПК-6.3	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации у пациентов по профилю «нефрология»		+
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу		
ОПК-7.1	Проводит в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность	+	
ОПК-7.2	Устанавливает причинно-следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина		+
ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения		
ОПК-8.1	Проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению населения и формированию у пациентов приверженности к ведению здорового образа жизни	+	+
ОПК-8.2	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни		+
ОПК-9	Способен проводить анализ медико-статистической		

<i>Индекс</i>	<i>Содержание</i>	<i>1 этап ГИА</i>	<i>2 этап ГИА</i>
	<i>информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</i>		
ОПК-9.1	Применяет современные методы управления персоналом, контролирует выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками	+	
ОПК-9.2	Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа, использует современные программные средства для анализа медико-статистической информации		+
ОПК-10	<i>Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</i>		
ОПК-10.1	Распознает состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	+	+
ОПК-10.2	Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	+	
ПК-1	<i>Готов к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология».</i>		
ПК-1.1	Проводит обследование пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	+	+
ПК-1.2	Назначает лечение при заболеваниях и (или) состояниях, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» вне медицинской организации, осуществляет контроль его эффективности и безопасности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	+	+
ПК-2	<i>Готов к оказанию медицинской помощи при хронических заболеваниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента</i>		

<i>Индекс</i>	<i>Содержание</i>	<i>1 этап ГИА</i>	<i>2 этап ГИА</i>
	<i>и не требующих экстренной медицинской помощи, по профилю акушерство и гинекология.</i>		
ПК-2.1	Проводит дифференциальную диагностику акушерских и гинекологических осложнений с другими заболеваниями/состояниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	+	+
ПК-2.2	Разрабатывает план лечения при акушерских осложнениях и гинекологических заболеваниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи	+	+

4.2. Перечень трудовых функций готовность к выполнению которых проверяется на ГИА;

По окончании освоения программы ординатуры выпускник будет готов осуществлять следующие трудовые функции «Врач Акушер-гинеколог», утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19. 04.2021 №262Н.

Обобщенные трудовые функции наименование	Трудовые функции наименование	код ТФ
Оказание медицинской помощи населению по профилю "Акушерство и гинекология"	Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	A/01.8
	Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	A/02.8
	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	A/03.8

	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	A/04.8
	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	A/05.8
	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	A/06.8
	Оказание медицинской помощи в экстренной форме	A/07.8

4.3 Показатели и критерии оценивания компетенций, шкалы оценивания;

4.3.1. Критерии оценивания первого этапа ГИА (тестирование)

Доля правильных ответов	Оценка
90% и более	отлично
80-89%	хорошо
70-79%	удовлетворительно
менее 70%	неудовлетворительно

4.3.2. Критерии оценивания на втором этапе ГИА

Критерии выставления оценки при проведении собеседования:

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если теоретическое содержание дисциплины освоено полностью, обучающийся строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, не затрудняется с ответом, делает обоснованные выводы и заключения, свободно ориентируется в теоретических и практических особенностях своей специальности, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач; индивидуальное задание выполнено на оценку «отлично».

Оценка «хорошо» ставится обучающемуся, если он строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, однако допускает отдельные неточности и пробелы в знаниях, не критичные в практической деятельности, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач; индивидуальное задание выполнено на оценку «хорошо».

Оценка «удовлетворительно» ставится обучающемуся, усвоившему только базовую часть программного материала, при ответе допускает неточности, не критичные ошибки, материал излагает непоследовательно, затрудняется применить теоретические знания при решении практической задачи, допускает ошибки, которые исправляет с помощью преподавателя; индивидуальное задание выполнено на оценку «удовлетворительно».

Оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, который не способен продемонстрировать знания теоретического материала, допускает существенные ошибки при изложении учебного материала, при ответе подменяет теоретическую аргументацию рассуждениями обыденно-бытового характера, в решении стандартных практических задач делает существенные ошибки. В ответе допускает грубые ошибки, которые не

может исправить даже с помощью преподавателя; индивидуальное задание выполнено на оценку «неудовлетворительно».

Критерии оценки выполнения индивидуальных заданий (ситуационных задач)

Оценка «отлично» выставляется, если обучающийся объясняет ход решения ситуационной задачи, объяснение подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями и наглядными демонстрациями, с правильным и свободным владением терминологией, с использованием знаний клинических рекомендаций и национальных руководств; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

Оценка «хорошо» выставляется, если обучающийся объясняет ход решения ситуационной задачи, объяснение подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие, однако обучающийся самостоятельно исправляет свои ошибки, демонстрирует умение применять основные положения клинических рекомендаций и национальных руководств в практической деятельности.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающийся объясняет ход решения ситуационной задачи, объяснение недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях, которые он исправляет только после указания преподавателя, неуверенно ориентируется в клинических рекомендациях и национальных руководствах по профилю.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающийся объясняет ход решения ситуационной задачи, но объяснение дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, без умения схематических изображений и наглядных демонстраций или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют, демонстрирует отсутствие умения применять клинические рекомендации и национальные руководства в решении клинических практических заданий.

4.4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения ОПОП (перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, в том числе комплект тестовых заданий)

Комплект тестовых заданий для проведения первого этапа ГИА

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания, эталонный ответ</i>
УК-1.1	Осуществляет системный критический анализ достижений в области медицины и фармации по профилю	1. Для внутреннего эндометриоза тела матки характерны: 1. Меноррагии 2. "мажущие" кровянистые выделения из половых путей до и после менструации 3. Боли во время менструации 7. Янтарные водянистые бели, появляющиеся порционно в значительном количестве Правильный ответ: 1,2,3 2. Максимально точным методом диагностики АГС является (один наиболее правильный ответ): 1. Генетический

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		2. Применение пробы с АКТГ 3. Применение пробы с дексаметазоном 4. Исследование гормонов-предшественников (17-ОН-прогестерона) 5. Информативность предложенных методов примерно одинакова. Правильный ответ: 2 3. Лакторея может возникнуть при (один наиболее правильный ответ): 1. Пролактинсекретирующей опухоли гипофиза 2. Первичном гипотиреозе 3. Мастопатии 4. Приеме фенотиазиновых производных 5. Во всех вышеперечисленных случаях Правильный ответ: 5
УК-1.1	Определяет возможности и способы применения современных достижений медицины и фармации при решении профессиональных задач	1..При значительном дефиците 21-гидроксилазы развивается клиническая картина (один наиболее правильный ответ) ... А. Преждевременного полового созревания по гетеросексуальному типу Б. Преждевременного полового созревания по изосексуальному типу В. Задержки полового созревания центрального генеза Г. Задержки полового созревания гонадного генеза Д. Никакая степень ферментного дефекта не может сказаться на протекании процессов полового созревания Правильный ответ: А 2. Показанием к ЭКО является: 1. Гиперпролактинемия 2. Синдром Рокитанского-Кюстнера 3. Гипотиреоз 4. + Трубно-перитонеальное бесплодие 5. Все выше перечисленное Правильный ответ: 5
УК-2.1	Обосновывает цель и задачи проекта, его актуальность и значимость на основании анализа данных	1. Проектная деятельность - это: 1.использование знаний, умений и навыков, полученных в ходе обучения, для постановки и решения практических задач, которые могут носить как академический, так и прикладной характер 2.деятельность врача по диагностике и лечению пациентов

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		3. нехарактерная для врача деятельность во внерабочее время 4. формирование знаний и умений специалиста путем изучения специальной литературы 5. создание отчета о профессиональной деятельности за год Правильный ответ: 1 2. Классификация проектов: 1. По масштабу: микропроект, малый, средний, мегапроект 2. По сложности: простой, организационно сложный, технически сложный, ресурсно сложный, комплексно сложный 3. по тяжести: легкий, средний, тяжелый 4. по степени заинтересованности автора: интересный. Малоинтересный 5. по отношению к профессиональной деятельности: медицинский, немедицинский Правильный ответ: 1,2 3. Сколько этапов жизненного цикла управления проектом: 1. Три 2. Два 3. Пять 4. Шесть 5. десять Правильный ответ: 3
УК-2.2	При разработке проекта в области медицины применяет технологии проектного менеджмента	1. Этапы жизненного цикла управления проектом: 1. Инициация 2. Планирование 3. Выполнение 4. Разметка 5. переделка Правильный ответ: 1,2,3 1. Принципы формулировки цели проекта: 1. Конкретность 2. Измеримость 3. Выявляемость 4. нуждаемость 5. обращаемость Правильный ответ: 1,2 2. Система SMART – это: 1. методика постановки целей и задач в

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания, эталонный ответ</i>
		управлении 2. технология финансирования 3. методика диагностики заболеваний 4. особенности планирования операционных вмешательств 5. методика статистической обработки данных Правильный ответ: 1
УК-3.1	Организовывает процесс оказания медицинской помощи по профилю в соответствии с законодательными и нормативными документами	1. Организация процесса оказания медицинской помощи в стационаре и поликлинике регулируется: 1. Порядками оказания медицинской помощи по профилю 2. Конституцией РФ 3. Приказом Министерства здравоохранения РФ 4. Положением об организации мед.помощи данной медицинской организации 5. Рекомендациями главного специалиста по профилю Правильный ответ: 1 2. Основным документом, регламентирующим диагностику и лечение отдельных заболеваний по профилю, является: 1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю 2. Конституция РФ 3. Приказ Министерства здравоохранения РФ 4. Положение об организации мед.помощи данной медицинской организации 5. Клинические рекомендации по профилю Правильный ответ: 5 3. Организация медицинской помощи на врачебном участке в медицинской организации амбулаторного типа осуществляется: 1. Медицинской сестрой 2. Врачом- участковым 3. Старшей медицинской сестрой 4. Санитаркой 5. Главным врачом медицинской организации Правильный ответ: 1,2
УК-3.2	Осуществляет руководство работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала	1. Основы рабочей деятельности врача по профилю регламентируются: 1. Порядком оказания медицинской помощи по профилю 2. Конституцией РФ

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания, эталонный ответ</i>
		3. Приказом Министерства здравоохранения РФ 4. Положением об организации мед.помощи данной медицинской организации 5. Должностной инструкцией Правильный ответ: 5
УК-4.1	Выстраивает деловые профессиональные отношения	1. Основные положения построения деловых профессиональных отношений осуществляются с учетом: 1.этики, 2.деонтологии 3.конфликтологии 4. Порядков оказания медицинской помощи по профилю 5. Конституции РФ Правильный ответ: 1,2,3 2. Корпоративная культура – это: 1. совокупность моделей поведения, которые приобретены организацией в процессе адаптации к внешней среде и внутренней интеграции, показавших свою эффективность и разделяемых большинством членов организации 2. правила поведения в стационаре 3. особенности соблюдения режима труда и отдыха 4. нормы общения между пациентом и врачом 5. особенности общения сотрудников на работе и дома Правильный ответ: 1 3. Элементы корпоративной культуры – это: 1. Личные цели и возможности каждого сотрудника 2. Стиль и методы общения 3. Распорядок и традиции 4. Особенности приема пищи в коллективе 5. Конфликты в коллективе Правильный ответ: 1,2,3
УК-4.2	Применяет методы бесконфликтного общения с пациентами и коллегами	1. Укажите причиной какого конфликта могут явиться психологические особенности личности 1. объективного 2. субъективного 3. социально-психологического 4. личностного Правильный ответ:4

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		2. Укажите, какие взаимодействия между партнерами осуществляются при деловом стиле общения 1. ослабление контроля за социально-статусными и этикетными нормами 2. признание ценности и значимости поведенческих действий друг друга 3. умение партнеров адаптировать собственные профессиональные знания к конкретной деловой ситуации 4. рациональное использование партнерами поддерживающих техник Правильный ответ: 2 3. Выберите из предложенных вариантов обязательные условия существования коллектива «Коллектив существует, если есть: 1. общая значимая цель, совпадающая с общественными целями 2. общая совместная деятельность для достижения поставленной позитивной цели 3. группа людей с общими интересами 4. объединение людей больше десяти человек Правильный ответ: 1,2
УК-5.1	Определяет задачи развития собственной карьерной траектории	1. Виды деловой карьеры: 1.Вертикальная карьера 2.Горизонтальная карьера 3.Ступенчатая карьера 4.финансовая карьера 5. лекарственная карьера Правильный ответ: 1,2,3 2. Карьерная траектория — это 1.Описание пути, по которому проходит человек на протяжении карьеры 2.Описание механизмов лечения пациентов 3.Описание методик диагностики при онкологических болезнях 4.Описание методик финансирования здравоохранения 5.Методы самоконтроля в здравоохранении Правильный ответ: 1
УК-5.2	Применяет методы профессионального и личностного развития в соответствии с	1.Профессиональное развитие врача включает в себя: 1.Повышение квалификации путем обучения на профильной кафедре

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
	индивидуальными потребностями	2.Участие в профессиональных конференциях 3.Участие в он-лайн вебинарах по соответствующей специальности 4.Поездки на экскурсии в отпуске 5.Чтение художественной литературы Правильный ответ: 1,2,3 2.Для личностного роста врача необходимо: 1. Иерархия системы ценностей и реализация ее на практике 2. Участие в ночных дежурствах 3. Изучение нормативно-правовых актов, регулирующих медицинскую деятельность 4. Изучение финансовых отчетов медицинской организации 5. Анализ летальности в своем клиническом подразделении Правильный ответ: 1
ОПК-1.1	Решает стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационно-коммуникационных технологий	1. Уровни медицинских информационных систем в России: 1. Базовый, медицинской организации, региональный, федеральный 2. Низкий, средний, высокий 3. Легкий, средний, тяжелый 4. Финансовый, юридический, деонтологический 5. Международный и базовый Правильный ответ: 1 2. Какие задачи решаются с помощью систем консультативной поддержки принятия врачебных решений? 1. сортировка и учёт электронных медицинских карт 2. сведения о лекарственных препаратах 3. сведения о доходах пациента 4. сведения о личной жизни пациента 5. комплаентность в лечении Правильный ответ: 1,2
ОПК-1.2	Осуществляет деятельность в соответствии с требованиями информационной безопасности	1. Главное требование информационной безопасности в профессиональной деятельности врача: 1. Сохранение персональных данных пациентов 2. Сохранение личных данных врача 3. Ведение истории болезни только в электронном виде

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		4. Использование сложных паролей при входе в личный кабинет 5. Ведение медицинской документации только на национальном языке Правильный ответ: 1 2. По правилам категорирования информационных систем, в которых обрабатываются данные о здоровье субъекта персональных данных, относят: 1. не ниже третьей 2. первой 3. второй 4. девятой 5. нулевой Правильный ответ: 1
ОПК-2.1	При организации управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи использует медико-статистические показатели	1. Показатели статистики здоровья населения: 1. медико-демографические 2. инвалидности 3. Доходов населения 4. состояния эпидемиологического контроля в медицинской организации 5. деонтологические показатели Правильный ответ: 1,2 2. Как рассчитывается показатель общей летальности? 1. число умерших больных/число выбывших больных $\times 100\%$ 2. число умерших больных/число выздоровевших больных $\times 100\%$ 3. число инвалидов /число выбывших больных $\times 100\%$ 4. число умерших больных/число наблюдающихся больных $\times 100\%$ 5. число умерших больных/10 тысяч населения $\times 100\%$ Правильный ответ: 1 3. Этапы внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг включают: 1. анализ учетной и отчетной документации; 2. проведение клинического аудита 3. метод оценки финансовой деятельности клиники 4. этап оценки качества эпидемиологического окружения 5. проведение исследования состояния помещений

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания, эталонный ответ</i>
		медицинской организации Правильный ответ: 1,2
ОПК-2.3	Проводит работу по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	
ОПК-3.1	Принимает участие в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам	1. Наука об обучении, образовании, методике преподавания дисциплины называется..... 1. теорией воспитания 2. дидактикой 3. педагогическим менеджментом 4. педагогической технологией Правильный ответ: 2 2. Процессом обучения называется 1. преподавание 2. учебная деятельность 3. специфический процесс познания, управляемый педагогом 4. формирование умений и навыков Правильный ответ: 3 3. Функциями процесса обучения являются..... 1. образовательная, воспитательная, развивающая 2. образовательная, объяснительная, воспитательная 3. проектировочная, прогностическая, развивающая 4. ориентирующая, формулирующая, направляющая Правильный ответ: 1 4. Укажите активные формы обучения.... 1. Сократов круг 2. лекция 3. урок 4. интеллектуальная дуэль Правильный ответ: 1,4 5. Какие из перечисленных методов обучения являются активными... 1. беседа 2. инструктаж 3. метод коллективной мыслительной деятельности (КМД) 4. показ

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания, эталонный ответ</i>
		5. кейс-метод 6. метод моделирования профессиональной деятельности Правильный ответ: 3,5,6
ОПК-3.2	Применяет современные психолого-педагогические технологии, методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан, повышение у них мотивации сохранения и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1. Видами педагогического требования врача к пациенту являются.... 1. намёк 2. совет 3. изменение отношение к пациенту 4. просьба 5. ограничение в правах Правильный ответ: 1,2,4 2. К методам воздействия на сознание пациентов, с целью формирования у них основ ЗОЖ являются.... 1. убеждение 2. соревнование 3. наказание 4. беседа Правильный ответ: 1,4 3. К методам организации деятельности по формированию опыта по ЗОЖ у пациентов являются 1. поручение 2. создание воспитательных ситуаций 3. поощрение 4. беседа 5. педагогическое требование Правильный ответ: 1,2,5 4. К методам, мотивации, стимулирования и коррекции поведения пациента по сохранению своего здоровья относятся 1. порицание 2. создание воспитывающих ситуаций 3. поощрение 4. беседа 5. соревнование Правильный ответ: 1,3,5 5. Целенаправленное обучение и воспитание пациентов ЗОЖ осуществляется.... 1. в Школе здоровья 2. частной клинике 3. в Центре медицинской профилактики 4. на приёме у врача Правильный ответ: 1,3

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания, эталонный ответ</i>
ОПК-4.1	Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей)	1. Физическое и умственное переутомление оказывает влияние на репродуктивную регуляцию посредством: 1. Изменения регуляции в центрах вегетативной нервной системы 2. Воздействия на ядра ствола мозга 3. Изменяя внутричерепное давление 4.Влияния на нейросекрецию нейронов внегипоталамических отделов и гипоталамуса Правильный ответ: 4
ОПК-4.2	Проводит физикальное исследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1.Для миомы с подслизистым расположением узлов характерно: 1. Отсутствие клинических проявлений 2. Нарушение менструальной функции по типу опсоменореи 3. Нарушение функции соседних органов 4.Нарушение менструальной функции по типу гиперполименореи. Правильный ответ: 4
ОПК-4.3	Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека	1. Бактериологическое исследование средней порции мочи во время беременности выявило в двух тестах, проведенных с интервалом в неделю, E.coli в концентрации 10^7 в первом случае, 10^5 во втором, жалоб пациентка не предъявляет, соматически неотягощена, дизурических явлений нет. Предложите тактику: 1.Назначить повторный анализ при появлении жалоб. Без жалоб, клинических проявлений лечение не требуется 2.Назначить третий контрольный анализ, при дальнейшем снижении концентрации прекратить наблюдение, лечение не требуется 3.Назначить антибактериальную терапию 4.Рекомендовать уменьшить объем потребляемой жидкости Правильный ответ: 3 2.Отметьте изменения, нехарактерные для периода беременности:

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		1.склонность к задержке жидкости , периодическим отекам 2.появление небольшой протеинурии 3.снижение АД 4.увеличение клубочковой фильтрации 5.увеличение уровня сывороточных белков Правильный ответ: 5
ОПК-4.4	Обосновывает и планирует объем лабораторных исследований пациентов, интерпретирует их результаты	1. В приемное отделение обратилась пациентка с беременностью 25 недель.Жалуется на первый эпизод повышения артериального давления до 140/95 мм рт.ст. При обследовании: суточная протеинурия 0,25 г/сут; биохимический анализ крови: АЛТ- 18 Ед/л, АСТ- 16 Ед/л, креатинин- 62 мкмоль/л; клинический анализ крови: гемоглобин- 105 г/л, тромбоциты- 182. По данным УЗИ: плод соответствует сроку беременности, кровотоки в пределах нормы. Какой диагноз следует поставить? 1 Гестационная артериальная гипертензия 2 Хроническая артериальная гипертензия 3 Умеренная преэклампсия 4 Тяжёлая преэклампсия Правильный ответ: 1
ОПК-4.5	Использует алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1.Какой из этих признаков является обязательным критерием постановки диагноза «хориоамнионит»? 1 Фебрильная лихорадка 2 Боли в нижних отделах живота 3 Диарея 4 Повышение СОЭ 2.В какой из приведенных ситуаций следует поставить диагноз задержка роста плода? 1. Предполагаемая масса плода соответствует 7%, окружность живота - 9%, пульсационный индекс в артерии пуповины - 91% 2. Предполагаемая масса плода соответствует 4%, окружность живота - 10%, пульсационный индекс в артерии пуповины - 9% 3. Предполагаемая масса плода соответствует 9%, окружность живота - 12%, пульсационный индекс в артерии пуповины - 96% 4. Предполагаемая масса плода соответствует 5%, окружность живота - 5%, пульсационный

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		индекс в артерии пуповины - 5% Правильный ответ: 3 3. Какой из нижеперечисленных факторов не учитывается при расчете риска преэклампсии в ходе скрининга первого триместра? 1 Среднее артериальное давление беременной 2 Пульсационный индекс в маточных артериях 3 Толщина воротникового пространства 4 Протеин А, связанный с беременностью (РАРР-А) Правильный ответ: 3
ОПК-5.1	Разрабатывает план лечения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1. Пациентка П., 19 лет. Беременность 8 недель 3 дня. Эпилепсия, постоянно принимает противосудорожные препараты. Питание, со слов, полноценное и разнообразное. Какова необходимая дозировка препаратов фолиевой кислоты? 1 400 мкг в сутки 2 4000 мкг в сутки 3 10000 мкг в сутки 4 При подтверждении факта полноценного питания дотация фолиевой кислоты в данном сроке не обязательна Правильный ответ: 2
ОПК-5.2	Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность их применения	1. Пациентка С., 36 лет. Планирует беременность. Из анамнеза известно, что 4 года назад произошло ДТП, получена сочетанная травма таза, компрессионный перелом позвоночника, длительная иммобилизация в течение 6 месяцев, в исходе венозное тромбоэмболическое осложнение. Будет ли требоваться тромбопрофилактика при наступившей беременности? 1 Нет, тромбоз спровоцирован серьезным хирургическим вмешательством и длительной иммобилизацией, достаточно компрессионного трикотажа 2 Рекомендована тромбопрофилактика с 28-ой недели беременности 3 Необходимо начать тромбопрофилактику с начала беременности 4 При госпитализации в родильный дом или в гинекологическое отделение начать тромбопрофилактику Правильный ответ: 3

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
ОПК-5.3	Назначает немедикаментозную терапию пациентам, оценивает эффективность её назначения	1. Какая из перечисленных мер действительно эффективна в снижении риска ЗРП? 1 Прекращение курения 2 Применение низкомолекулярных гепаринов 3 Оксигенотерапия 4 Увеличение потребления белка Правильный ответ: 1
ОПК-5.4	Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения	1. Что из перечисленного не относится к показаниям для оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения в плановом порядке? 1 Ягодичное предлежание плода мужского пола 2 Предполагаемая масса плода более 4500 г 3 Дистоция плечиков в анамнезе 4 Рубец на матке после иссечения маточного угла Правильный ответ: 1 2. Что из нижеперечисленного верно в отношении заднебокового асинклитизма? 1 Задняя теменная кость опускается в малый таз первой, стреловидный шов отклонен впереди, 2 Также называют асинклитизм Негеле 3 Для его коррективы обычно применяют вакуум-экстракцию 4 Чаще встречается при поперечно-суженном тазе Правильный ответ: 1 3. Укажите препарат выбора для лечения гипертонии у беременных: 1. альфа- метилдопа 2. клонидин (клофелин) 3. ингибиторы АПФ 4. антагонисты Са 5. мочегонные Правильный ответ: 1
ОПК-7.1	Проводит в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина в целях определения его способности	1. Что из нижеперечисленного является критерием неразвивающейся беременности при трансвагинальном УЗИ? 1 Отсутствие сердцебиения у эмбриона, чей копчик-теменной размер достиг 7 мм 2 Два желточных мешка в одном плодном яйце 3 Отсутствие эмбриона в плодном яйце, при

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
	осуществлять трудовую или иную деятельность	наличии желточного мешка 4 Брадикардия эмбриона в сроке более 6 недель беременности Правильный ответ: 1. 6.В план ведения беременной с гломерулонефритом входит: 1.осмотр окулистом при взятии на учет по беременности и в 28-30 недель 2.общий анализ мочи – еженедельно 3.измерение АД на сроке 20 и 30-32 недели беременности 4.ежедневный осмотр нефрологом 5.ЭКГ в 20 недель беременности Правильный ответ: 1
ОПК-7.2	Устанавливает причинно-следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина	1.Пациентка Р., 32 года. Беременность 10 недель. Резус-отрицательная кровь без явлений сенсibilизации. Обратилась с жалобами на кровяные выделения из половых путей. После дообследования установлен диагноз «Угрожающий выкидыш». Назначена терапия, направленная на пролонгирование беременности. Внутримышечно введен антирезусный иммуноглобулин. Когда следует вновь ввести антирезусный иммуноглобулин при дальнейшем течении беременности без особенностей? 1 В сроке 28 недель 2 В сроке 22 недели 3 Во время беременности уже не нужно, только в течение 72 часов после родов 4 Во время беременности уже не нужно, только в течение 42 дней после родов Правильный ответ: 1
ОПК-8.1	Проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению населения и формированию у пациентов приверженности к ведению здорового образа жизни	1.Какая из перечисленных мер действительно эффективна в снижении риска ЗРП? 1 Прекращение курения 2 Применение низкомолекулярных гепаринов 3 Оксигенотерапия 4 Увеличение потребления белка Правильный ответ: 1 2.Артериальной гипертонией у беременных принято считать уровень АД равный и более: 1. 120/70 мм рт. ст. 2. 130/80 мм рт. ст. 3. 135/85 мм рт. ст. 4. 140/90 мм рт. ст. 5. 150/95 мм рт. ст. Правильный ответ: 4

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания, эталонный ответ</i>
ОПК-9.1	Применяет современные методы управления персоналом, контролирует выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками	1. Основными методами управления средним и младшим персоналом являются: 1. организационно-распорядительные 2. правовые 3. семейные 4. тоталитарные 5. финансово-медицинские Правильный ответ: 1,2 2. К должностным обязанностям медицинских сестер, контролируемым врачом, относят: 1. соблюдение пациентом режима лечения 2. внесение данных в медицинскую карту больного 3. соблюдение финансовых ограничений 4. телефонные звонки на рабочем месте 5. деятельность в обеденный перерыв Правильный ответ: 1,2
ОПК-10.1	Распознает состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	1. У больной 35 лет, после проведения ЭКО обнаружен синдром гиперстимуляции яичников. Какие симптомы характерны для этого синдрома? 1. Увеличение яичников до 6-12 см и более 2. Гемоконцентрация, гиповолемия, электролитный дисбаланс 3. Асцит, нарушение функции печени и почек 4. Гидроторакс Правильный ответ: 1,2,3,4 2. Больная 20 лет доставлена в стационар машиной скорой помощи с жалобами на приступообразные боли внизу живота, рвоту, учащенное мочеиспускание. Заболела остро, на 23 день менструального цикла. При осмотре: живот умеренно вздут, положительные симптомы раздражения брюшины. Пульс 88 уд. в мин, температура тела 37° С. Гинекологическое исследование: шейка матки не эрозирована, тело матки плотное, подвижное, безболезненное. Справа и спереди от матки пальпируется образование 6 на 6 см, тугоэластической консистенции, резко болезненное при смещении. Слева придатки не определяются. Своды свободные, безболезненные. Выделения слизистые. Какой диагноз можно предположить (один наиболее правильный ответ)? 1. Почечная колика 2. Кишечная непроходимость 3. Апоплексия яичника 4. Перекрут ножки опухоли яичника

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		5. Острое воспаление придатков матки с tuboовариальным образованием справа Правильный ответ: 4
ОПК-10.2	Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	1. Больная 20 лет доставлена в стационар машиной скорой помощи с жалобами на приступообразные боли внизу живота, рвоту, учащенное мочеиспускание. Заболела остро, на 23 день менструального цикла. При осмотре: живот умеренно вздут, положительные симптомы раздражения брюшины. Пульс 88 уд. в мин, температура тела 37° С. Гинекологическое исследование: шейка матки не эрозирована, тело матки плотное, подвижное, безболезненное. Справа и спереди от матки пальпируется образование 6 на 6 см, тугоэластической консистенции, резко болезненное при смещении. Слева придатки не определяются. Своды свободные, безболезненные. Выделения слизистые. Укажите наиболее рациональную тактику лечения (один наиболее правильный ответ). 1. Холод на низ живота, антибактериальную терапию, инфузионная терапия, спазмолитики 2. Экстренное чревосечение, удаление правых придатков матки 3. Экстренное чревосечение, резекция правого яичника 4. Чревосечение в плановом порядке при отсутствии эффекта от консервативной терапии 5. Произвести пункцию патологического образования под контролем трансвагинальной эхографии с последующим цитологическим исследованием аспирата Правильный ответ: 2 2 Показаниями для экстирпации матки при проведении кесарева сечения являются: 1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и развитие матки Кувелера 2. Некроз субсерозного миоматозного узла 3. Атония матки 4. Истинное приращение плаценты Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.
ПК-1.1	Проводит обследование	1. Какую патологию надо исключить у пациентки, если

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
	пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»	одна из предшествующих беременностей у нее закончилась индуцированными родами из-за тяжелой ЗРП в сроке до 34 недель? 1 АФС 2 врожденную тромбофилию 3 сбалансированные транслокации в кариотипе 4 сахарный диабет Правильный ответ: 1 2. В каком из перечисленных случаев возможно ведение родов через естественные родовые пути у пациентки с рубцом на матке после операции кесарева сечения? 1 При крупных размерах плода 2 При локализации плаценты в области послеоперационного рубца 3 При расположении рубца в области нижнего сегмента матки 4 При ОРСТ I ст. Правильный ответ: 3 3. Показанием к прерыванию беременности у беременной с патологией почек является: 1. хронический пиелонефрит в стадии обострения 2. хронический гломерулонефрит, гематурическая форма 3. поликистозная болезнь почек 4. туберкулез единственной почки 5. нефрэктомия в анамнезе Правильный ответ: 4
ПК-1.2	Назначает лечение при заболеваниях и (или) состояниях, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» вне медицинской организации, осуществляет контроль его эффективности и безопасности	1. В 37 недель гестации у беременной взят вагинальный мазок на наличие <i>Streptococcus agalactiae</i>, результат положительный, концентрация 10^2. Дальнейшая тактика? 1 В концентрации до 10^5 терапия не требуется 2 Назначить курс системной антибактериальной терапии на 10 дней с последующим контролем через 7 дней после окончания лечения 3 Провести санацию влагалища препаратами антимикробного и противогрибкового действия местно 7 дней 4 Начать антибактериальную терапию при развитии регулярной родовой деятельности и/или с излитием околоплодных вод Правильный ответ: 4 2 В каком случае для терапии внутрипеченочного холестаза беременных следует применять эфферентные

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		методы лечения? 1 Отсутствие стойкого клинического эффекта от применения урсодезоксихолиевой кислоты и адеметионина 2 Повышение желчных кислот > 10 мкмоль/л 3 Сильный “мучительный” зуд в области стоп и ладоней 4 Повышение печеночных трансаминаз Правильный ответ: 1
ПК-2.1	Проводит дифференциальную диагностику акушерских и гинекологических осложнений с другими заболеваниями/состояниями	1.Пациентка С., 36 лет. Планирует беременность. Из анамнеза известно, что 4 года назад произошло ДТП, получена сочетанная травма таза, компрессионный перелом позвоночника, длительная иммобилизация в течение 6 месяцев, в исходе венозное тромбоэмболическое осложнение. Будет ли требоваться тромбопрофилактика при наступившей беременности? 1 Нет, тромбоз спровоцирован серьёзным хирургическим вмешательством и длительной иммобилизацией, достаточно компрессионного трикотажа 2 Рекомендована тромбопрофилактика с 28-ой недели беременности 3 Необходимо начать тромбопрофилактику с начала беременности 4 При госпитализации в родильный дом или в гинекологическое отделение начать тромбопрофилактику Правильный ответ: 3 2.У беременной женщины возник острый гломерулонефрит. Нормальное течение беременности, родов, рождение здорового ребенка в этом случае: 1.возможно 2.невозможно 3.невозможно при наличии пиелонефрита 4.невозможно при наличии злокачественной артериальной гипертензии Правильный ответ: 4
ПК-2.2	Разрабатывает план лечения при акушерских осложнениях и гинекологических заболеваниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не	1. Беременная Н., 32 года, срок гестации 16 недель, первое обращение к врачу акушеру-гинекологу. Цервикальный скрининг был проведен 4 года назад, результатов не имеет, со слов - норма. Какова тактика по цервикальному скринингу? 1 С учетом повышенного риска кровотечения

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания, эталонный ответ</i>
	требующих экстренной медицинской помощи , в том числе в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи	провести цервикальный скрининг через 3 месяца после родов 2 С учетом повышенного риска самопроизвольного выкидыша провести цервикальный скрининг через месяц после родов 3 Провести цервикальный скрининг в рамках данного приема 4 Провести скрининг через 5 лет от предыдущего 2.Какова тактика при снижении уровня альбумина в крови при беременности? 1 Назначить протеиновые коктейли 2 Рекомендовать диету с повышенным содержанием белков 3 При исключении протеинурии продолжить ведение беременности по алгоритму физиологической беременности 4 Немедленная госпитализация Правильный ответ: 3

Комплект заданий для проведения второго этапа ГИА (вопросы для собеседования)

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
УК-1.2	Определяет возможности и способы применения современных достижений медицины и фармации при решении профессиональных задач	1. Роль клинических рекомендаций в решении профессиональных задач врача-акушера-гинеколога 2. Пренатальная диагностика патологических состояний плода. Медико-генетическое консультирование.
УК-3.1	Организовывает процесс оказания медицинской помощи по профилю в соответствии с законодательными и нормативными документами	1. Показания к плановому направлению на стационарное лечение беременных при доношенной беременности, оформление мед.документации 2. Показания к экстренному направлению на стационарное лечение пациентов с гинекологической и акушерской патологией, оформление мед.документации 3. Инфекционные заболевания у беременных, медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина)
УК-3.2	Осуществляет руководство работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала	1. Роль медицинской сестры акушерского стационара, ее обучение, функциональные обязанности

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
ОПК-2.3	Проводит работу по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	1. Порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез.
ОПК-3.2	Применяет современные психолого-педагогические технологии, методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан, повышение у них мотивации сохранения и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.	1. Основные правила обучения среднего медицинского персонала отделения/кабинета акушера-гинеколога. 2. Методика обучения среднего и младшего персонала на рабочем месте
ОПК-4.1	Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей)	1. Острый живот в гинекологии. Определение понятия. Причины. 2. Трубная беременность. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение и реабилитация. 3. Прерывание беременности на ранних сроках. Методы. Понятие медикаментозного аборта.
ОПК-4.2	Проводит физикальное исследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи,	1. Эндометриоз. Определение понятия. Современная классификация. 2. Внутренний эндометриоз. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация больных. 3. Миома матки. Классификация. Клиника. Современные методы диагностики. 4. Показания к хирургическому лечению больных миомой матки. 5. Миома матки и беременность. Особенности течения беременности и родов.
ОПК-4.3	Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека	1. Диагностика ВИЧ инфекции во время беременности. Тактика ведения беременности и родов. 2. Норма беременности. Определение, понятия. 3. Невынашивание беременности. Причины. Современные методы диагностики и лечения. 4. Антенатальная охрана плода. Определение, понятия. Роль современных технологий. 5. Иммуногематологический конфликт матери и плода по системе АВО. Диагностика. Лечение. Профилактика.

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
ОПК-4.4	Обосновывает и планирует объем лабораторных и инструментальных исследований пациентов, интерпретирует их результаты	1. Пренатальная диагностика патологических состояний плода. Медико-генетическое консультирование. 2. Внутриутробные инфекции. Понятие TORCH инфекции. Особенности диагностики во время беременности.
ОПК-4.5	Использует алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1. Проблемы перименопаузы и постменопаузы. Возможности заместительной гормональной терапии. 2. Дисгормональные заболевания молочных желез. Причины. Классификация мастопатий. Клиника. Диагностика. Лечение.
ОПК-5.1	Разрабатывает план лечения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1. Аномалии родовой деятельности. Причины. Классификация. Диагностика. 2. Узкий таз в современном акушерстве. Классификация узких тазов. 3. Особенности течения беременности и родов при тазовых предлежаниях. Показания к операции кесарева сечения. 4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Причины. Клиника. Диагностика. Особенности ведения беременности и родов.
ОПК-5.2	Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с	1. Особенности реанимации и интенсивной терапии, новорожденных при тяжелой асфиксии. 2. Внутренний эндометриоз. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация больных.

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
	учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность их применения	
ОПК-5.3	Назначает немедикаментозную терапию пациентам, оценивает эффективность её назначения	1. Методы немедикаментозного лечения гестационного сахарного диабета; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
ОПК-5.4	Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения	1. Предраковые заболевания шейки матки. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация больных. 2. Гиперпластические процессы эндометрия. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация больных.
ОПК-6.1	Принимает участие в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды амбулаторно, в условиях стационара, дневного стационара	1. Медицинская реабилитация в акушерстве и гинекологии: показания, противопоказания
ОПК-6.2	Применяет шкалу реабилитационной маршрутизации	1. Медицинская профилактика в акушерстве и гинекологии: состав реабилитационной бригады, цели, задачи реабилитации, методы оценки эффективности
ОПК-6.3	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации	1. Медицинские показания для направления пациентов гинекологического и (или) акушерского профиля врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе, при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов
ОПК-7.2	Устанавливает причинно-следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и	1. ВИЧ инфекция и беременность. Профилактика вертикального пути передачи ВИЧ от матери к ребёнку. 2. Направление на МСЭ

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
	состоянием здоровья гражданина	гинекологического пациента: показания, правила оформления медицинской документации
ОПК-8.1	Проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению населения и формированию у пациентов приверженности к ведению здорового образа жизни	1. Школа материнства. Основные методы профилактики осложнений в родах. 2. Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний в период беременности, родах и послеродовом периоде.
ОПК-8.2	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни	1. Принципы осуществления диспансеризации населения с целью раннего выявления заболеваний и (или) нарушений функции органов репродуктивной системы, основных факторов риска их развития в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами
ОПК-9.2	Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа, использует современные программные средства для анализа медико-статистической информации	1. Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, в том числе в форме электронного документа.
ОПК-10.1	Распознает состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	1. Остановка сердца во время проведения ОКС: меры экстренной помощи 2. Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)
ПК-1.1	Проводит обследование пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»	1. Акушерский перитонит – причины возникновения, фазы, патогенез, особенности акушерских перитонитов. Принципы лечения. 2. «Критические» периоды эмбриогенеза. Влияние на эмбрион и плод повреждающих факторов внешней среды. 3. Беременность и роды при сахарном диабете – влияние на плод, сроки и способы родоразрешения. Показания к

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
		операции кесарево сечение. Принципы ведения родов. 4. Эклампсия – определение, патогенез, клинико-диагностические критерии, акушерская тактика. 5. Клинически узкий таз – определение, причины, клинико-диагностические критерии, принципы родоразрешения. 6. Современная классификация послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний, современные особенности клинического течения.
ПК-1.2	Назначает лечение при заболеваниях и (или) состояниях, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» вне медицинской организации, осуществляет контроль его эффективности и безопасности	1. Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности – причины, акушерская тактика, осложнения для матери и плода. Анатомо-физиологические особенности недоношенных новорожденных. 2. Послеродовый эндометрит – определение, формы, клинико-диагностические критерии, принципы лечения.
ПК-2.1	Проводит дифференциальную диагностику акушерских и гинекологических осложнений с другими заболеваниями/состояниями	1. Беременность и пороки сердца. Принципы ведения родов, сроки и способы родоразрешения. Показания к операции кесарево сечение. 2. Беременность при хронической ревматической болезни. Принципы диспансерного наблюдения беременных. Противопоказания к вынашиванию беременности. Сроки и способы родоразрешения. 3. Заболевания почек и беременность (пиелонефрит, гломерулонефрит), принципы диспансерного наблюдения беременных, осложнения. Противопоказания к вынашиванию беременности.
ПК-2.2	Разрабатывает план лечения при акушерских осложнениях и гинекологических заболеваниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной	1. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода по резус-фактору и системе АВО – условия, факторы сенсибилизации, патогенез гемолитической болезни плода. 2. Современные методы антенатальной диагностики гемолитической болезни плода, врачебная тактика.

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
	медицинской помощи , в том числе в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи	7. Общеравномерносуженный таз – определение, анатомические особенности, диагностика, особенности биомеханизма родов.

Комплект заданий для проведения второго этапа ГИА (индивидуальных заданий (ситуационных задач)

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
УК-1.1	Осуществляет системный критический анализ достижений в области медицины и фармации по профилю	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Беременная К., 35 лет, поступила в акушерский стационар по скорой медицинской помощи в сроке 24-25 недель с жалобами на подтекание околоплодных вод в течение 12 часов, повышение температуры тела до 38,3 °С в течение 2 часов. Из анамнеза: в детстве перенесла корь, краснуху, ветряную оспу. Соматические заболевания: отрицает. Наследственность: неотягощена. Гинекологические заболевания: отрицает. Менструации с 12 лет, умеренные, безболезненные по 5-6 дней, через 28 дней, регулярные. В браке с 20 лет, муж здоров. Репродуктивный анамнез: 1 беременность – своевременные роды, без осложнений, мальчик, вес при рождении - 3400 г, рост - 55 см. 2 беременность – медицинский аборт в 8 недель беременности, без осложнений. 3 беременность – медицинский аборт в 10 недель беременности, эндометрит. 4 беременность – самопроизвольный выкидыш в 10 недель беременности, выскабливание стенок полости матки, без осложнений. 5 беременность – преждевременные роды в 34-35 недель беременности, девочка, вес при рождении - 2220, рост - 45 см, здорова. 6 беременность – настоящая. Течение настоящей беременности: На учете в женской консультации с 7-8 недель. 1 триместр: умеренная рвота беременных. 2 триместр: в 19-20 недель – ОРВИ с гипертермией до 37,9°C, без осложнений.

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		Statuspraesens: T=38,5°C. Состояние тяжелое. В сознании, на вопросы отвечает. Голова не болит. Зрение ясное. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 23 в мин. Пульс – 106 уд/мин, ритмичный. АД – 90/60 – 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Акушерский статус: Матка возбудима при пальпации, безболезненная во всех отделах. Сердцебиение плода не выслушивается. Осмотр шейки матки при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы, отклонена кзади, длина влагалищной части 2,5 см, кашлевая проба положительная, результат амниотеста положительный. Выделения мутные, сгнилостным запахом. Взят посев отделяемого из цервикального канала флору и чувствительность к антибиотикам. Данные УЗИ плода: размеры плода соответствуют 24-25 неделям беременности, головное предлежание, предполагаемая масса плода (ПМП) – 670±100г, сердцебиение (СБ) – отсутствует, индекс амниотической жидкости (ИАЖ) – 4 см, плацента – задней стенке матки, толщиной 20 мм, степень зрелости - 0, длина шейки матки - 35 мм. Данные лабораторного обследования: Клинический анализ крови: Hb=101 г/л, Ht=42%, Leu=24x10⁹, Plt=124x10³. Биохимический анализ крови: Общий белок = 45 г/л, альбумин 19 г/л, креатинин = 125 ммоль/л, билирубин 22 мкмоль/л, АЛТ = 105, АСТ = 97. Прокальцитонин тест > 10 нг/л. Лактат = 2,8 ммоль/л, рН = 7,35, РаСО₂ = 30 мм рт. ст. Вопросы к задаче: 1. Сформулируйте предполагаемый диагноз. 2. Обоснование диагноза. 3. Перечислите основные клинические симптомы заболевания, развившегося после излития околоплодных вод. 4. Какие системные проявления сопровождают это заболевание? 5. По каким шкалам необходимо оценить описанные клинические симптомы при поступлении? Проведите необходимую оценку в баллах. 6. Какие лабораторные показатели указывают на тяжесть состояния пациентки? 7. Какое дополнительное обследование показано в данном клиническом случае? 8. Дифференциальная диагностика. 9. Акушерская тактика. 10. Определите объем хирургического лечения, если к нему имеются показания.

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания						
		Ответ 1. Беременность 24-25 недель. Головное предлежание. Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО). Хориоамнионит. Сепсис. Септический шок. Антенатальная гибель плода. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. 2. ПРПО – жалобы пациентки, данные объективного обследования (кашлевая проба положительная, амниотест положительный, ИАЖ=4 см). Диагноз хориоамнионита установлен на основании клинических симптомов: лихорадка матери ($>37,8^{\circ}\text{C}$); тахикардия матери ($>100\text{-}120$ ударов в минуту); выделения из влагалища с гнилостным запахом. Диагноз «Сепсис» поставлен на основании развития угрожающей жизни органной дисфункции. Диагноз септического шока установлен на основании сочетания артериальной гипотензии (АД среднее < 65 мм рт. ст.) и повышения концентрации лактата артериальной крови более 2 ммоль/л. Антенатальная гибель плода – отсутствие сердцебиения плода клинически и по данным УЗИ. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез – аборты, выкидыш, преждевременные роды в анамнезе. 3. Хориоамнионит - признаки: лихорадка матери ($>37,8^{\circ}\text{C}$); тахикардия плода ($>160\text{-}180$ ударов в минуту); тахикардия матери ($>100\text{-}120$ ударов в минуту) выделения из влагалища с гнилостным запахом; болезненность матки; лейкоцитоз у матери (более 15-18 тыс/мкл) 4. Синдром системного воспалительного ответа (ССВО) – два и более признака из перечисленных ниже: изменение температуры тела (как в сторону повышения, более 38°C, так и в сторону понижения – ниже 36°C), учащение сердцебиения (более 90 ударов в минуту) и дыхания (более 20 вдохов в минуту), изменение количества лейкоцитов в крови (менее 4×10^9 или более 12×10^9 клеток/л). 5. Шкала qSOFA, шкала Глазго, в отделении реанимации и интенсивной терапии – шкала SOFA. Оценка признаков органной дисфункции при поступлении - qSOFA 2 балла из 3 (ЧДД $> 22/\text{мин}$, АД сист ≤ 100 мм рт.ст.; нет признаков нарушения сознания). <u>Шкала qSOFA</u> <table><tr><th>Показатель</th><th>qSOFA, баллы</th></tr><tr><td>Частота дыхания $> 22/\text{мин}$</td><td>1</td></tr><tr><td>Нарушения сознания (Шкала Глазго < 15)</td><td>1</td></tr></table>	Показатель	qSOFA, баллы	Частота дыхания $> 22/\text{мин}$	1	Нарушения сознания (Шкала Глазго < 15)	1
Показатель	qSOFA, баллы							
Частота дыхания $> 22/\text{мин}$	1							
Нарушения сознания (Шкала Глазго < 15)	1							

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		Систолическое артериальное давление ≤ 100 mmHg 1 6. На выраженную органную дисфункцию указывают: гипербилирубинемия, гиперферментемия, гипопроteinемия, гипоальбуминемия, анемия, тромбоцитопения, повышение креатинина сыворотки, лактата, снижение PaCO_2). 7. Дополнительное обследование при поступлении: группа крови/Rh фактор, гемостазиограмма/ТЭГ, бактериологический посев отделяемого из полости матки, посев крови, другие биомаркеры, кроме указанного в задаче прокальцитонина (С-реактивный белок, пресепсин). 8. Дифференциальная диагностика проводится с ССВО при хориоамнионите: Сепсис – угрожающая жизни органная дисфункция, вызванная нарушением регуляции ответа организма на инфекцию. Признаки органной дисфункции перечислены в пунктах 5, 6. Синдром системного воспалительного ответа (ССВО) – два и более признака из перечисленных ниже: изменение температуры тела (как в сторону повышения, более 38°C, так и в сторону понижения – ниже 36°C), учащение сердцебиения (более 90 ударов в минуту) и дыхания (более 20 вдохов в минуту), изменение количества лейкоцитов в крови (менее 4×10^9 или более 12×10^9 клеток/литр). 9. Комплексная терапия сепсиса проводится акушером-гинекологом совместно с анестезиологом-реаниматологом и смежными специалистами (по показаниям). На данном этапе обеспечить венозный доступ, в течение первого часа начать комплексную инфузионную и антибактериальную терапию сепсиса на фоне мониторингирования параметров гемодинамики, минутного диуреза, КЩС крови. Коррекция гемодинамических нарушений, вазопрессоры, инотропная терапия, ИВЛ по показаниям. Провести санацию первичного очага инфекции в течение 6 часов. Учитывая развитие полиорганной недостаточности на фоне хориоамнионита, антенатальную гибель и отсутствие условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути показано проведение кесарева сечения с коллегиальным интраоперационным решением вопроса о гистерэктомии. 10. Кесарево сечение, решение вопроса о гистерэктомии. Показания к гистерэктомии, согласно действующим

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		клиническим рекомендациям: матка -очаг инфекции; ухудшение клинической картины; прогрессирование признаков полиорганной недостаточности (снижение АД, олигурия, острый респираторный дистресс-синдром взрослых, желтуха, энцефалопатия, ДВС-синдром, тромбоцитопения); диагностированный хориоамнионит; нарастание воспалительной реакции на фоне интенсивной терапии; рост уровня биомаркеров; антенатальная гибель плода. Решение вопроса о гистерэктомии должно проводиться консилиумом (коллегиально)!
ОПК-4.1	Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей)	Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 Первородящая 20 лет. Беременность доношенная. Регулярная родовая деятельность продолжается 6 часов. Схватки по 40-35 сек., умеренной силы и болезненности, 3 схватки за 10 минут. Воды целы. Положение плода продольное; предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 в мин., слева ниже пупка. ВДМ 39, ОЖ 100 см. Размеры таза: 25-28-30-20 см. <u>Данные влагалищного исследования:</u> шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, растяжимые, открытие 4-5 см. Плодные оболочки целы. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева у лона. Емкость таза удовлетворительная. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Вычислите истинную конъюгату. 3. Вычислите предполагаемую массу плода. 4. Составьте план ведения родов. 5. Методы оценки состояния плода в родах. Ответ 1. Беременность 39-40 нед. Положение продольное, головное предлежание, I позиция, передний вид. Роды 1 срочные, I период родов, активная фаза. 2) 20 см(наружная конъюгата) - 9 см = 11 см 3) Жордания-М (гр) = ОЖ (см) x ВДМ (см) =100*39=3900 гр Джонсона-М (гр) = (ВДМ - 11) x 155=(39-11)x155=4340 гр

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		Якубовой $M = (ВДМ + ОЖ) \times 100 : 4 = 3475 \text{ гр}$ 4) Принимая во внимание все выше изложенное определяется общий прогноз родов – благоприятный. Роды вести через естественные родовые пути, применяя спазмолитические и обезболивающие (ненаркотические и наркотические анальгетики) средства. ДЭА (по протоколу обезболивания). В родах следить за общим состоянием роженицы: • состояние сознания, цвет кожи и слизистых, степень болевых ощущений, наличие головной боли нарушений зрения (каждые 15-30 мин); • регистрация: пульс, АД, частота дыхания – не реже 1 раз в час; • термометрия – не реже 1 раза в 4 час; • оценка мочевыделительной функции (мочеиспускание каждые 2-3 час; при невозможности вывести катетером; • контроль сократительной деятельности (частота, сила, продолжительность, болезненность схваток) - каждые 30 мин. Регистрация в партограмме обязательна; • влагалищное исследование проводится: при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, каждые 4-6 час в течение родов, при изменении акушерской ситуации (изменение характера родовой деятельности, ухудшение состояния роженицы и плода, появление кровянистых выделений). • оценка клинического соответствия таза подлежащей части Во втором периоде родов: • контроль за состоянием роженицы (PS, АД, ЧДД – каждые 30 мин); • определение высоты расположения головки (наружные приемы, влагалищное исследование); • мониторинг изгоняющих схваток (партограмма); • ручное пособие в родах (акушерка). Профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах (окситоцин 5-10 ЕД + 50 мл физ – рра, с помощью инфузомата 15,2 мл/час). В третьем периоде родов:

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		• контроль общего состояния, показателей гемодинамики; • определение признаков отделения плаценты; • тщательная оценка величины кровопотери (не более 0,5% от массы тела беременной). 5) В первом периоде мониторинг сердечной деятельности плода: аускультация в течение 30 сек-1 мин, каждые 15-30 мин; КТГ. КТГ при физиологических родах проводится в дискретном режиме: при поступлении в течение 40-60 мин, далее по 20-30 мин после излития вод, перед и после проведения обезболивания, при открытии зева более 8 см (по показаниям – при ухудшении состояния роженицы, при появлении кровянистых выделений.); • аускультация плода 30-60 сек в начале второго периода каждые 15 мин, затем после каждой потуги (или КТГ);
ОПК-4.2	Проводит физикальное исследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи,	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Первобеременная 30 лет. Беременность доношенная. Родовая деятельность продолжается 4 часа. Околоплодные воды целы. Положение плода продольное. Над входом в малый таз — мягкая крупная часть. Сердцебиение плода ритмичное, ясное справа выше пупка. Размеры таза: 25-28-31-20см. ВДМ 35 ОЖ 90 см. <u>Данные влагалищного исследования:</u> шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, растяжимые, открытие 4 см. Плодные оболочки целы. Над входом в малый таз определяется крупная мягкая предлежащая часть. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Вычислите предполагаемую массу плода. 3. Определите степень риска перинатальной патологии. 4. Составьте план ведения родов. 5. Методы оценки состояния плода в родах. Ответ 1) Беременность 39-40 нед. Положение продольное, II позиция, передний вид. Роды 1 срочные, I период родов, активная фаза. Тазовое предлежание плода. 2) Жордания-М (гр) = ОЖ (см) x ВДМ (см) = 90*35=3150 гр

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		Джонсона-М (гр) = (ВДМ - 11) x 155=(35-11)x155=3720 гр Якубовой М = (ВДМ+ОЖ) x 100:4 = 3125 гр 3) Степень риска перинатальной патологии — 3 балла, низкая степень риска. 4)Принимая во внимание все выше изложенное определяется общий прогноз родов – благоприятный. Роды вести через естественные родовые пути, применяя спазмолитические и обезболивающие (ненаркотические и наркотические анальгетики) средства. ДЭА (по протоколу обезболивания). В родах следить за общим состоянием роженицы: • состояние сознания, цвет кожи и слизистых, степень болевых ощущений, наличие головной боли нарушений зрения (каждые 15-30 мин); • регистрация: пульс, АД, частота дыхания – не реже 1 раз в час; • термометрия – не реже 1 раза в 4 час; • оценка мочевыделительной функции (мочеиспускание каждые 2-3 час; при невозможности вывести катетером; • контроль сократительной деятельности (частота, сила, продолжительность, болезненность схваток) - каждые 30 мин. Регистрация в партограмме обязательна; • влагалищное исследование проводится: при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, каждые 4-6 час в течение родов, при изменении акушерской ситуации (изменение характера родовой деятельности, ухудшение состояния роженицы и плода, появление кровянистых выделений). • оценка клинического соответствия таза подлежащей части Во втором периоде родов: • контроль за состоянием роженицы (PS, АД, ЧДД – каждые 30 мин); • определение высоты расположения головки (наружные приемы, влагалищное исследование); • мониторинг изгоняющих схваток (партограмма); • ручное пособие по Цовьянову в родах (оказывается врачом).

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		Профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах (окситоцин 5-10 ЕД +50 мл физ –рра, с помощью инфузомата 15,2 мл/час). В третьем периоде родов: • контроль общего состояния, показателей гемодинамики; • определение признаков отделения плаценты; • тщательная оценка величины кровопотери (не более 0,5% от массы тела беременной). 5) В первом периоде мониторинг сердечной деятельности плода: аускультация в течении 30 сек-1 мин, каждые 15-30 мин; КТГ. КТГ при физиологических родах проводится в дискретном режиме: при поступлении в течение 40-60 мин, далее по 20-30 мин после излития вод, перед и после проведения обезболивания, при открытии зева более 8 см (по показаниям – при ухудшении состояния роженицы, при появлении кровянистых выделений.); • аускультация плода 30-60 сек в начале второго периода каждые 15 мин, затем после каждой потуги (или КТГ);
ОПК-4.3	Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Первородящая 20 лет. Беременность доношенная. Регулярная родовая деятельность продолжается 8 часов. Схватки по 40-35 сек., умеренной силы и болезненности, 3 схватки за 10 мин. Воды отошли 3 часа назад, светлые. Положение плода продольное предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. ВДМ 38 см, ОЖ 99 см. Сердцебиение ритмичное, ясное слева ниже пупка. <u>Данные влагалищного</u> шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, мягкие, открытие 5 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Вычислите истинную конъюгату. 3. Вычислите предполагаемую массу плода. 4. Составьте план ведения родов. 5. Методы оценки состояния плода в родах. Ответ 1). Беременность 39-40 нед.

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		Положение продольное, головное предлежание, I позиция. Роды 1 срочные, I период родов, активная фаза. Раннее излитие околоплодных вод. 2) $20 \text{ см}(\text{наружная конъюгата}) - 9 \text{ см} = 11 \text{ см}$ 3) Жордания-М (гр) = ОЖ (см) x ВДМ (см) = $99 \times 38 = 3762 \text{ гр}$ Джонсона-М (гр) = $(\text{ВДМ} - 11) \times 155 = (38 - 11) \times 155 = 4185 \text{ гр}$ Якубовой М = $(\text{ВДМ} + \text{ОЖ}) \times 100 : 4 = 3425 \text{ гр}$ 4) Принимая во внимание все выше изложенное определяется общий прогноз родов – благоприятный. Роды вести через естественные родовые пути, применяя спазмолитические и обезболивающие (ненаркотические и наркотические анальгетики) средства. ДЭА (по протоколу обезболивания). В родах следить за общим состоянием роженицы: • состояние сознания, цвет кожи и слизистых, степень болевых ощущений, наличие головной боли нарушений зрения (каждые 15-30 мин); • регистрация: пульс, АД, частота дыхания – не реже 1 раз в час; • термометрия – не реже 1 раза в 3 часа; • оценка мочевыделительной функции (мочеиспускание каждые 2-3 час; при невозможности вывести катетером; • контроль сократительной деятельности (частота, сила, продолжительность, болезненность схваток) - каждые 30 мин. Регистрация в партограмме обязательна; • влагалищное исследование проводится: при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, каждые 4-6 час в течение родов, при изменении акушерской ситуации (изменение характера родовой деятельности, ухудшение состояния роженицы и плода, появление кровянистых выделений). • Оценка клинического соответствия таза предлежащей части Во втором периоде родов: • контроль за состоянием роженицы (PS, АД, ЧДД – каждые 30 мин); • определение высоты расположения головки

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		(наружные приемы, влагалищное исследование); • мониторинг изгоняющих схваток (партограмма); • ручное пособие в родах (акушерка). Профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах (окситоцин 5-10 ЕД +50 мл физ – рра, с помощью инфузомата 15,2 мл/час). В третьем периоде родов: • контроль общего состояния, показателей гемодинамики; • определение признаков отделения плаценты; • тщательная оценка величины кровопотери (не более 0,5% от массы тела беременной). 5) В первом периоде мониторинг сердечной деятельности плода: аускультация в течение 30 сек-1 мин, каждые 15-30 мин; КТГ. КТГ при физиологических родах проводится в дискретном режиме: при поступлении в течение 40-60 мин, далее по 20-30 мин после излития вод, перед и после проведения обезболивания, при открытии зева более 8 см (по показаниям – при ухудшении состояния роженицы, при появлении кровянистых выделений.); • аускультация плода 30-60 сек в начале второго периода каждые 15 мин, затем после каждой потуги (или КТГ);
ОПК-4.4	Обосновывает и планирует объем лабораторных и инструментальных исследований пациентов, интерпретирует их результаты	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы На прием к врачу женской консультации 05.04.2025 пришла женщина 25 лет с жалобами на тошноту, бывает рвота по утрам, 1-2 раза в день. Перенесённые заболевания: хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит. Месячные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 3 - 4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация – 5 недель назад (01.03.2023) Замужем. Настоящая беременность четвертая: первая закончилась срочными родами, вторая и третья – медицинскими абортами. <u>Объективно.</u> Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Рост 155 см, масса тела 52 кг. Температура тела – 36,5°C, пульс – 76 ударов в 1 мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Данные пельвиометрии: 23 – 25 – 28

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		– 18 см. Индекс Соловьева 14 см. <u>Осмотр в зеркалах:</u> слизистая влагалища и шейки матки цианотичная. Шейка матки не эрозирована, наружный зев щелевидной формы. <u>Бимануальное исследование:</u> Тело матки увеличено до 5 недель беременности, ассиметричной формы, при пальпации тонус матки повышается. Определяется размягченный перешеек. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите срок беременности и предполагаемую дату родов. 3. Оцените данные пельвиометрии. 4. Какими специалистами должна быть осмотрена женщина при диспансерном наблюдении? 5. Какие методы используются для диагностики беременности? Ответ 1)Беременность 5 недель. Рвота беременных легкой степени. ОГА(отягощенный гинекологический анамнез). Хронический тонзиллит, компенсированный, ремиссия. Хронический пиелонефрит, ремиссия. 2)Срок беременности обосновывается: По дате последней менструации — 5 недель. По данным бимануального исследования — 5 недель. Предполагаемая дата родов: а) по дате последней менструации (1-й день последней менструации + 7 дней - 3 месяца) - 8 декабря 2023 б) по дате первого шевеления + 20 недель (у первородящих) или 22 недели (у повторнородящих). в) по первой явке в женскую консультацию (критерий объективен при ранней явке - до 12 недель). г) по дате оплодотворяющего полового сношения (дата + 38 недель - 266 дней). ж) по данным УЗИ (оптимально в 11-14 нед) – более точный метод, чем по дате менструации. 3) Общеравномерносуженный таз 1 степени. 4)Терапевтом, стоматологом, офтальмологом; эндокринологом, генетиком по показаниям 5) Содержание хорионического гонадотропина в крови, УЗИ.

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
ОПК-4.5	Использует алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы . Беременная, 24 лет, поступила в акушерский стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и в поясничной области, которые начались 3 часа тому назад. Воды не отходили. Менструальные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, замужем. Настоящая беременность первая, доношенная. Женскую консультацию посещала регулярно. Беременность протекала без патологических отклонений. <u>Объективно.</u> Женщина правильного телосложения, среднего роста. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,6°C, пульс – 76 в 1 мин., АД — 120/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. Живот увеличен за счет беременности, окружность живота – 95 см, высота стояния дна матки над лобком – 38 см. Размеры таза: 26-28-30-20 см. Схватки через 2-3 минуты продолжительностью 20 - 30 секунд, удовлетворительной силы. Положение плода продольное, предлежащая часть – головка, подвижна, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, частота – 136 уд./мин <u>Данные влагалищного исследования.</u> Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, края тонкие растяжимые, наружный зев раскрыт на 2-3 см, плодный пузырь цел, во время схватки хорошо наливается. Пальпируется предлежащая часть – головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок пальпируется слева у лона. Мыс крестца не достигается. Выделения слизистые. Емкость малого таза достаточная. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Вычислите истинную конъюгату. 3. Вычислите предполагаемую массу плода. 4. Составьте план ведения родов. 5. Методы оценки состояния плода в родах.

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		Ответ 1) Беременность 39-40 нед. Положение продольное, головное предлежание, I позиция, передний вид. Роды 1 срочные, I период родов, латентная фаза. 2) 20 см(наружная конъюгата) - 9 см = 11 см 3) Жордания-М (гр) = ОЖ (см) x ВДМ (см) =95*38=3610гр Джонсона-М (гр) = (ВДМ - 11) x 155=(38-11)x155=4185гр Якубовой М = (ВДМ+ОЖ) x 100:4 = 3325 гр 4)Принимая во внимание все выше изложенное определяется общий прогноз родов – благоприятный. Роды вести через естественные родовые пути, применяя спазмолитические и обезболивающие (ненаркотические и наркотические анальгетики) средства. ДЭА (по протоколу обезболивания). В родах следить за общим состоянием роженицы: • состояние сознания, цвет кожи и слизистых, степень болевых ощущений, наличие головной боли нарушений зрения (каждые 15-30 мин); • регистрация: пульс, АД, частота дыхания – не реже 1 раз в час; • термометрия – не реже 1 раза в 4 час; • оценка мочевыделительной функции (мочеиспускание каждые 2-3 час; при невозможности вывести катетером; • контроль сократительной деятельности (частота, сила, продолжительность, болезненность схваток) - каждые 30 мин. Регистрация в партограмме обязательна; • влагалищное исследование проводится: при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, каждые 4-6 час в течение родов, при изменении акушерской ситуации (изменение характера родовой деятельности, ухудшение состояния роженицы и плода, появление кровянистых выделений). • Оценка клинического соответствия таза предлежащей

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		части Во втором периоде родов: • контроль за состоянием роженицы (PS, АД, ЧДД – каждые 30 мин); • определение высоты расположения головки (наружные приемы, влагалищное исследование); • мониторинг изгоняющих схваток (партограмма); • ручное пособие в родах (акушерка). Профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах (окситоцин 5-10 ЕД +50 мл физ – рра, с помощью инфузомата 15,2 мл/час). В третьем периоде родов: • контроль общего состояния, показателей гемодинамики; • определение признаков отделения плаценты; • тщательная оценка величины кровопотери (не более 0,5% от массы тела беременной). 5) В первом периоде мониторинг сердечной деятельности плода: аускультация в течение 30 сек-1 мин, каждые 15-30 мин; КТГ. КТГ при физиологических родах проводится в дискретном режиме: при поступлении в течение 40-60 мин, далее по 20-30 мин после излития вод, перед и после проведения обезболивания, при открытии зева более 8 см (по показаниям – при ухудшении состояния роженицы, при появлении кровянистых выделений.); аускультация плода 30-60 сек в начале второго периода каждые 15 мин, затем после каждой потуги (или КТГ)
ОПК-5.1	Разрабатывает план лечения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Основная часть Беременная М., 27 лет поступила в отделение патологии беременности по направлению врача женской консультации. Жалоб на момент поступления не предъявляет. У беременной имеет место третья резус-отрицательная группа крови. Данные анамнеза: из перенесённых заболеваний отмечает корь, редкие ОРВИ. В возрасте 11 лет двухсторонняя пневмония. Менструации с 14 лет, через 28 дней, по 4 дня, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Первая беременность наступила через 2 года после начала половой жизни и закончилась искусственным абортom при сроке

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
	помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	беременности 10 недель в возрасте 23 лет. У мужа резус-положительная принадлежность крови. Данная беременность вторая. На диспансерном учёте состоит со срока беременности 8 недель. Посещает ж/к регулярно. Срок гестации по менструальному анамнезу на момент поступления 35-36 недель. С 20 недель гестации ведётся в женской консультации как беременная с резус-отрицательной принадлежностью крови. С 31 недели в крови определяется титр антител к резус-фактору (31 нед. — 1:2, 33 нед. — 1:16, 35 нед. — 1:32). В стационар на дополнительное обследование направляется впервые. УЗИ плода выполнялось только в сроке гестации 22 недели. Объективно: при обследовании матка соответствует сроку гестации, не тонизируется при осмотре. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Размеры таза 24-28-30-19. Сердцебиение плода ясное — 140 в минуту. По данным КТГ имеет место удовлетворительное состояние плода. При проведении влагалищного исследования: шейка матки укорочена до 1 см., цервикальный канал проходим для пальца исследующего за внутренний зев, валик внутреннего зева отсутствует. Плодный пузырь цел. Мыс не достигается. Экзостозов нет. Задание: 1.Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания 2.Какие ошибки, если они имели место, были допущены при ведении данной беременной в женской консультации. 3.Какие данные из условий задачи указывают на заболевание плода. 4.С какой целью выполняется определение оптической плотности околоплодных вод. 5.Тактика ведения и родоразрешения данной беременной. Ответ Беременность — 35-36 нед. Предстоящие первые роды в головном предлежании. Изосенсибилизация к Rh-фактору (Гемолитическая болезнь плода). ОАГА. 1.Беременная слишком поздно была госпитализирована в отделение, несмотря на наличие в анализах нарастающего титра антител к Rh-фактору, Не выполнено УЗИ плода в третьем триместре.
ОПК-5.2	Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Основная часть Беременная 23 лет, срок беременности 32 недели доставлена в акушерский стационар с жалобами на боли в пояснице больше

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
	соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность их применения	слева, озноб повышение температуры до 39 °. Матка при осмотре тонизируется, положение плода продольное, предлежит головка сердцебиение плода ясное ритмичное 140 уд. в мин. Выделений из половых путей нет. Отеков нет. А/Д 120/80. Влагалищное исследование: вход во влагалище нерожавшей женщины, ёмкое, шейка матки сформирована, отклонена кзади, длиной 3 см. предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов нет, выделения слизистые, светлые. <i>Задание к ситуационной задаче</i> 1. Диагноз 2. Дополнительное обследование, тактика ведения больной, лечение? Эталон ответа Диагноз: беременность 32 недели, головное предлежание, острый пиелонефрит. Дополнительное обследование: посев мочи на флору и чувствительность антибактериальным препаратам Лечение: антибактериальная терапия 1. Парэнтерально до нормализации температуры тела, но не менее 5 суток: цефтриаксон, цiproофлоксацин, гентамицин с ампициллином. 2. Перорально до завершения полного курса в 14 дней: фторхинолоны, цефалоспорины, амоксилав. 3. На 3 день лечения — повторный посев мочи на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам. 4. Контрольное культуральное исследование мочи через 2 недели после завершения лечения, и поддерживающая терапия до окончания беременности. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Основная часть В женскую консультацию обратилась беременная 25 лет спок. беременности 26 недель, с жалобами на желтушность кожных покровов легкий кожный зуд, слабость, сонливость, плохой аппетит, утомляемость! Моча — темная пенистая, кал — светлый. Из анамнеза выяснено, что 3 месяца назад лечилась у стоматолога: экстракция зуба под местной анестезией. При осмотре — желтушность кожных покровов, склер глаз, твердого неба. Матка в нормальном тонусе, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Влагалищное исследование: вход во влагалище нерожавшей женщины, ёмкое, шейка матки сформирована, отклонена кзади, длиной 3 см. предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов нет, выделения слизистые, светлые. <i>Задание к ситуационной задаче по акушерству</i> 1. Диагноз? 2. Дополнительное обследование, тактика ведения больной,

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		лечение. Дополнительные методы исследования к ситуационной задаче по акушерству ОАМ: уд вес – 1012, белок 0,03 г/л, лейкоциты 1-3 в п/зр, эритроциты 3-5 в п/зр, желчные пигменты (+) Общий анализ крови: эритроциты — $3,1 \cdot 10^{12}/л$, НЬ 114 г/л, лейкоциты $-4,4 \cdot 10^9$ эозинофилы — 6%, палочкоядерные — 10% сегментоядерные — 34% лимфоциты — 42% моноциты -8% СОЭ — 28 мм/час Биохимические анализы: АСТ — 90 МЕ/л, АЛТ — 120 МЕ/л, билирубин общий — 128,8 мг/л прямой — 2,6 мг/л непрямого (связанный) -126,2 мг/л, ПТИ – 80%, общий белок — 63 г/л, австралийский антиген — положительный. Эталон ответа Диагноз: Беременность 26 недель. Головное предлежание. Острый вирусный гепатит "В". Тактика ведения больной: изолировать пациентку в отдельную палату, выделить индивидуальную посуду и инструменты, вызвать врача — инфекциониста, обследовать: общий анализ крови, общий анализ мочи с определением желчных пигментов, кровь на австралийский антиген, анализ крови на АСТ, АЛТ, билирубин, общий белок, ПТИ. При подтверждении диагноза перевести на лечение и обследование в инфекционную больницу. Лечение: диета, инфузионная терапия, при тяжёлом течении — глюкокортикоидные гормоны Возможна вертикальная передача вируса. После рождения — обследование новорожденного на наличие HbsAg. При его отсутствии — вакцинация.
ОПК-5.3	Назначает немедикаментозную терапию пациентам, оценивает эффективность её назначения	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Больная 15,5 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильное кровотечение из половых путей, слабость, головокружение. Из анамнеза состоит на учете по поводу хронического тонзилита. Наследственность не отягощена. Менструации с 15 лет, нерегулярные, умеренные, безболезненные. Заболела 8 дней назад, когда после 2 месячного перерыва появились умеренные кровянистые выделения. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появились слабость и головокружение. Объективно: общее состояние средней тяжести, пульс — 100 в мин., АД — 95/50 мм рт. ст. Кожные покровы и слизистые бледные. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Половая формула — Ma2. 3Ax2P2Mei. Специальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке по женскому типу, девственная плева не нарушена. Ректальное исследование — тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		обеих сторон не определяются. Анализ крови — Нв -55 г/л, Эр. — $2,7 \times 10^{12}$. <i>Задание к ситуационной задаче</i> 1. Поставьте диагноз. 2. С какими заболеваниями надо дифференцировать? 3. Тактика ведения. 4. Рекомендации по дальнейшему ведению. Эталон ответа 1. Аномальное маточное (ювенильное) кровотечение. 2. Нарушения в системе гемостаза, гормонопродуцирующие опухоли яичников, беременность, органические поражения ЦНС. 3. Остановка кровотечения — гормональный гемостаз (эстрогены, эстроген-гестагенные контрацептивы). Противоанемическое лечение. 4. А. Оценить возможные причины ановуляции: низкая масса тела, стресс (физический, психологический), опухоль гипофиза, функция щитовидной железы, с их последующим устранением. В. Рассмотреть необходимость гормональной регуляции менструального цикла: гестагены, комбинированные оральные контрацептивы, препараты заместительной гормональной терапии.
ОПК-5.4	Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения	Ситуационная задача 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы В акушерскую клинику доставлена первородящая женщина 34 лет с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание "мушек»» перед глазами, отеки ног, кистей. При осмотре: общее состояние тяжелое, заторможена. Артериальное давление 170/110 мм Нг на левой руке и 165/100 мм Нг на правой. Матка соответствует 36-37 неделям беременности, что согласуется с предполагаемым сроком, сердцебиение плода ясное ритмичное, выслушивается слева ниже пупка. Отечность стоп, голеней, кистей, передней брюшной стенки. Влагалищное исследование: влагалищная часть шейки матки укорочена до 1,5см, размягчена; цервикальный канал пропускает палец за внутренний зев, ткани в области внутреннего зева уплотнены. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Таз емкий, крестцовый мыс не достигается. <i>Задание к ситуационной задаче</i> 1. Диагноз? 2. Акушерская тактика? <i>Дополнительное обследование к ситуационной задаче</i> КТГ: БЧСС 160 в мин., амплитуда осцилляций > 10 уд/мин, частота мгновенных осцилляций >6 в мин, акцелераций 2, децелераций нет. Движения плода более 3, СТ нет, НСТ реактивный. УЗИ: Беременность 36 нед. 3 дня (по менструации). Плод один в головном предлежании. С/Б — да, движения — 3, дыхательные движения > 30 сек. Размеры плода соответствуют 35 — 36 нед. беременности. Эхоструктура легких — зрелые. Плацента сзади II

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		степени зрелости. Количество вод -норма. Аномалий развития плода нет. Общий анализ мочи — белок 2,1 г/л Суточная протеинурия — 6,5 г/л Эталон ответа Диагноз: Беременность I 35 — 36 недель. Положение плода продольное, Предлежание головное. Позиция I . Передний вид. Зрелость шейки матки 9 баллов. Осложнения: Тяжелая преэклампсия. Тактика: Противосудорожная терапия Профилактика судорог показана перед родоразрешением, во время родов и, как минимум, в течение 24 часов после родоразрешения. В/в введение сульфата магния: нагрузочная доза — 16 — 24 мл. 25% раствора в течение 20 мин, поддерживающая доза — 80 мл. 25% р-ра в 500 мл. 0,9% р-ра хлорида натрия или 5% р-ра глюкозы со скоростью введения 50мл/ч (16 капель в мин). Гипотензивная терапия присоединяется к магниальной если диастолическое АД >110 мм, рт.ст. Нифедипин 10 мг. разжевать и проглотить, затем 10 мг. под язык. Клофелин 0,3 мг. под язык Специфическим методом лечения тяжелой преэклампсии является родоразрешение. Учитывая зрелость шейки матки, показаны индуцированные роды. Схема родовозбуждения — амниотомия, маммарная стимуляция; при отсутствии родовой деятельности в течение 2-3 часов назначаются токолитические препараты. Индуцирование родовой деятельности проводится в/в капельным введением окситоцина или препаратами простагландинов, например, мизопростолом по 50 мкг, энтерально или интравагинально. Ведение влагалищных родов: мониторинг АД матери, оценка и регистрация рефлексов каждый час, введение катетера для измерения почасового диуреза.
ОПК-6.1	Принимает участие в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды амбулаторно, в условиях стационара, дневного стационара	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Повторнородящая 30 лет (в анамнезе Б-5, Р-1, А-3) 39 недель, поступила в акушерский стационар с жалобами на регулярные схватки, продолжающиеся 5 часов. Размеры таза 23-25-28-18 см. Матка вытянута в поперечном направлении. Головка плода слева, тазовый конец-справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное-120 уд/мин, выслушивается справа на уровне пупка. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 7 см. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть не определяется. Мыс достигается, диагональная конъюгата- 11см. Экзостозов нет. Задание к ситуационной задаче 1.Диагноз 2.Тактика врача Эталон ответа к 1. Беременность пятая 39 недель. Поперечное положение плода. I позиция. Общеравномерносуженный таз. I степень сужения. I период родов. Отягощенный акушерский анамнез.

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		2. Учитывая форму матки (вытянута в поперечном направлении), отсутствие предлежащей части, расположение головки слева, диагностировано поперечное положение плода, I позиция. Уменьшение всех наружных размеров таза на 2 см, характерно для общеравномерносуженного таза. Степень сужения определили, исходя из данных диагональной конъюгаты. В норме этот размер равен 12,5 — 13 см, вычитая 2 см, получаем размер истинной конъюгаты, по которой судим о степени сужения таза. В данном случае $11-2=9$ см, что соответствует 1-й степени сужения таза. Учитывая высокий риск в родах для матери и плода при наличии поперечного положения, показано родоразрешение путем операции кесарево сечение.
ОПК-6.2	Применяет шкалу реабилитационной маршрутизации	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Повторнобеременная первородящая 36 поступила в родильное отделение с жалобами на преждевременное излитие околоплодных вод зеленоватого цвета. Регулярной родовой деятельности. Срок гестации по менструации — 43 — 44 недели. В течение двух недель до поступления в стационар беспокоили нерегулярные схваткообразные боли внизу живота. Размеры таза: 24-27-30-18. Предполагаемая масса плода: 4.300. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки длиной до 3 см, частично размягчена по периферии, наружный зев пропускает кончик пальца, через передний свод пальпируется головка, несколько подвижна над входом в малый таз, мыс не достигается, экзостозов нет. В анамнезе два самопроизвольных выкидыша в сроках 7 и 10 недель. <i>Задание к ситуационной задаче</i> 1. Диагноз. 2. Дополнительные методы исследования. 3. Тактика родоразрешения. <i>Дополнительные методы исследования к ситуационной задаче</i> КТГ: Монотонный ритм (сниженная вариабельность), умеренная брадикардия 110-100 уд/мин, нестрессовый тест нереактивный. УЗИ. Биофизический профиль плода: индекс амниотической жидкости — 4 см, дыхательной активности нет, двигательная сохранена. Эталон ответа 1. Беременность 43 — 44 недели, третья. Роды первые. Продольное положение плода. Головное предлежание. Первая позиция. Передний вид. Затылочное вставление. Крупный плод. Общеравномерносуженный таз I степени. Осложнения: Длительный прелиминарный период. Преждевременное излитие околоплодных вод. 2. КТГ, УЗИ 3. Таким образом, имеется истинное перенашивание (срок гестации более 42 недель), несвоевременное излитие околоплодных вод, недостаточная биологическая готовность организма к родам («незрелая» шейка матки), патологический прелиминарный период, хроническая гипоксия плода, общеравномерносуженный таз I степени. Показано: родоразрешение путём операции кесарево сечение в экстренном порядке.

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
ОПК-6.3	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Больная С. 28 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на тошноту, слабость, тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,3. Из анамнеза: Менструации регулярные, через 30 дней, по 5 дней умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 43 дня назад. Больная замужем. Беременностей было три: одни роды и два искусственных аборта. После последнего аборта развился двусторонний аднексит (стационарное лечение). После лечения в течение года предохранялась от беременности комбинированными оральными контрацептивами (мерсилон). В течение последнего года от беременности не предохранялась. Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 86 в мин, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот правильной формы, не вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления в норме. Мочеиспускание слегка учащено. Влагалищное исследование: Шейка матки слегка цианотична. цилиндрической формы, чистая. Из цервикального канала выделений нет. Тело матки в правильном положении, мягкой консистенции, несколько больше нормы, при движении за шейку матки — болезненности не отмечается. Придатки тяжисты, утолщены справа, незначительно болезненны при пальпации. Своды глубокие, правый свод сглажен. Пациентка была направлена в гинекологическое отделение с диагнозом: Беременность 5-6 недель. Хронический аднексит. На прерывание беременности. При производстве искусственного мини-аборта элементов плодного яйца не найдено. Учитывая тянущие боли внизу живота, болезненность в области придатков, повышение температуры тела, больной с диагнозом: Нарушение менструального цикла. Обострение хронического аднексита, пациентка оставлена в стационаре, начата антибактериальная терапия. Несмотря на лечение, боли внизу живота продолжали оставаться, температура тела 37,2 — 37,3. Однократно — обморочное состояние. При бимануальном исследовании в области правых придатков пальпируется умеренно болезненное, мягкой консистенции, образование 4х3х2 см. Выделения из цервикального канала незначительные, кровянистые. Анализ крови: Гемоглобин — 121 г/л, гематокрит — 0,38, лейкоцитов - $10,4 \times 10^9$ /л, СОЭ — 20 мм/ч. УЗИ: см. заключение. Анализ крови на ХГ — 1600 мМЕ/мл. <i>Задание к ситуационной задаче</i> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие ошибки были допущены врачом женской консультации, врачами гинекологического отделения. 3. Поставьте клинический диагноз, используя дополнительные методы исследования. Эталон ответа Врачом женской консультации на основании задержки менструации, увеличенной мягкой консистенции матки, цианотичной шейки матки поставлен диагноз маточной беременности. На основании утолщенных, незначительно болезненных при пальпации придатков,

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		ошибочно выставлен диагноз хронического аднексита. Субфебрильную температуру в первом триместре беременности не следует рассматривать как патологию. Её повышение связано с анаболическим эффектом действия высокого уровня гестагенов. Не был учтен фактор риска внематочной беременности. При остром сальпингите в анамнезе риск внематочной беременности увеличивается в 4-6 раз. Необходимо помнить, что у всех женщин репродуктивного возраста при болях внизу живота на фоне задержки менструации в первую очередь исключают внематочную беременность. Наиболее эффективный подход к диагностике внематочной беременности: постоянно помнить о ее возможности и быстро переходить к объективным методам ранней диагностики (ультразвуковое исследование и количественное определение содержания ХГ в крови). В настоящее время все женщины направляемые на мини-аборт (задержка менструации не более 21 дня), в обязательном порядке должны пройти ультразвуковое исследование для подтверждения локализации плодного яйца в матке и уточнения срока беременности (приказ №50 от 10.02.2003). Трансвагинальное УЗИ позволяет диагностировать маточную беременность при задержке менструации на 3-5 дней (диаметр плодного яйца 3-4 мм). Отсутствие плодного яйца при УЗИ на 38 и более день после даты последней менструации, при растущих концентрациях ХГ в крови, указывает на наличие внематочной беременности. Необходимо помнить, что при внематочной беременности уровень ХГ растет значительно медленнее и не имеет линейной зависимости со сроком беременности подобно при маточной беременности. Содержание ХГ в крови 1000-1500 мМЕ/мл или более и отсутствие маточной беременности при УЗИ указывает на наличие внематочной беременности. Если при производстве мини-аборта не обнаружены элементы плодного яйца («пустая матка»), в первую очередь необходимо исключить внематочную беременность (ХГ, УЗИ). Необходимо помнить, что яркая клиническая картина внематочной беременности развивается при ее прерывании, до чего состояние женщины может быть вполне удовлетворительным. Назначение антибактериальной терапии в данном случае явилось ошибкой.
ОПК-7.2	Устанавливает причинно-следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина	Ситуационная задача 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы В женскую консультацию обратилась первобеременная 28 лет с жалобами на слабое шевеление плода в течение 2-х дней. Срок беременности 36 недель. Дно матки между пупком и мечевидным отростком (30см над лоном), сердцебиение плода глухое, ритмичное. АД — 155/95 мм. рт. ст. Цифры АД при взятии на учет (11 недель) — 140/90 мм. рт. ст. Повышение АД отмечает с 25 лет по поводу чего не обследовалась. <i>Задание к ситуационной задаче</i> 1. Поставить диагноз 2. Назначьте план обследования и дальнейшую тактику ведения Эталон ответа 1. Беременность 36 недель. Задержка внутриутробного роста плода. Хроническая артериальная гипертензия. 2. Учитывая серьезную опасность, связанную со снижением двигательной активности плода объективное обследование должно быть проведено незамедлительно, желательно в течение ближайших часов.

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		Саморегистрация двигательной активности полезна в группе беременных высокого риска, начиная с 28 недель беременности. Следует считать движения плода в течение 30 мин или 1 часа три раза в день в положении лежа на левом боку (в 9ч, 13ч и 18.) или ограничиться подсчетом движений плода в вечерние часы. Во всех случаях, когда отмечается менее 5 движений (большие движения плода) за 1 ч саморегистрации показано применение более объективных методов обследования. Учитывая отставание размеров матки от ожидаемого (ВСДМ 30см против 34см в норме) предполагается ЗВРП при которой часто развивается дистресс плода. В данной ситуации необходимо выполнить ультразвуковое исследование и кардиотокографию. Ультразвуковая диагностика включает измерение размеров плода (фетометрия), расчет массы плода по данным фетометрии. Для постановки диагноза ЗВРП применяются перцентильные кривые. Заключение о ЗВРП ставят при отклонении тех или иных фетометрических параметров (в зависимости от формы ЗВРП), массы плода менее 10-го перцентиля. Полезным дополнением при УЗИ является оценка биофизического профиля плода в сокращенном варианте (без НСТ) который включает в себя оценку дыхательных движений плода, двигательной активности, мышечного тонуса и объема околоплодных вод. При снижении балльной оценки БПП обязательно проводят кардиотокографию с оценкой нестрессового теста (НСТ). Наиболее часто причиной ЗВРП является фето-плацентарная недостаточность, поэтому в протокол УЗИ необходимо включить доплерографию. Метод позволяет оценить кровоток в сосудах матки (маточные артерии), артерии пуповины, сосудах плода (аорта, средняя мозговая артерия, пупочная вена, венозный проток). При нарушении маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков происходит повышение индексов сосудистого сопротивления, снижение объемных показателей кровотока. Наиболее опасным следует считать появление критических значений кровотока (нулевой и отрицательный диастолический кровоток в артерии пуповины, венозном протоке, дикротическая выемка в маточных артериях, централизация кровообращения у плода). В обследование обязательно включается кардиотокография с обязательной оценкой НСТ. При ЗВРП возникшей на фоне фето-плацентарной недостаточности, часто регистрируется ареактивный НСТ, со снижением мгновенной вариабельности. В норме реактивный обязательно(положительный) НСТ характеризуется наличием 2-х и более акцелераций за 20 мин наблюдения. К ЗВРП ведут ряд факторов, один из этих факторов риска — хроническая артериальная гипертензия. Такие беременные требуют большего внимания при наблюдении в женской консультации, нередко профилактической госпитализации в ОПБ для оценки течения заболевания и развития плода. В данной ситуации необходима срочная госпитализация для более объективной оценки состояния и развития плода. Досрочное родоразрешение показано, если тяжесть заболевания матери с течением беременности нарастает, присоединяется преэклампсия, а рост плода незначителен или отсутствует, развивается маловодие или появляются признаки дистресса плода (нарушение вариабельности сердечного ритма по данным КТГ, критические значения кровотока в артерии пуповины). В зависимости от тяжести состояния плода родоразрешение может быть как оперативным

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		(кесарево сечение), так и через естественные родовые пути под тщательным мониторингом контролем.
ОПК-9.2	Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа, использует современные программные средства для анализа медико-статистической информации	Ситуационная задача 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы В акушерскую клинику доставлена первородящая женщина с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание "мушек" перед глазами. При осмотре: общее состояние тяжелое, заторможена. Артериальное давление 170/110 мм Нг на левой руке и 160/100 мм.рт.ст на правой. Пульс 88 в мин. Матка соответствует 35 неделям беременности, что согласуется с предполагаемым сроком, сердцебиение плода 140 ударов в мин. Отечность стоп, голеней, кистей, передней брюшной стенки. Готовность родовых путей оценена в 10 баллов. Дополнительные методы обследования к ситуационной задаче по акушерству Общий анализ крови: эритроциты $4,4 \times 10^{12}$ в л, НБ 128 г/л, тромбоциты 135×10^9/л. Биохимия крови: общий белок 56 г/л, билирубин 9,5 ммоль/л, креатинин 98 мкмоль/л, мочевины 8,8 ммоль/л, АЛТ 56 ЕД, АСТ 34 ЕД. Общий анализ мочи: р 1018, лейкоциты 6-7 п/зр, эритроциты 3-4 п/зр, белок 7 г/л., эпителий + КТГ: нестрессовый тест реактивный, базальная ЧСП 140 в мин, вариабельность сердечного ритма 10 уд/мин. УЗИ: плод один, в головном предлежании, соответствует 35 неделям беременности, С/б (+), Дв (+), ДД (+), предполагаемая масса 2500 г, аномалий развития нет. Легкие плода «зрелой» эхоструктуры. Плацента 2 ст зрелости, расположена в теле матки спереди. Количество вод нормальное (ИАЖ 15 см). Шейка матки 1,5 см, ц/канал 4 мм. Допплерометрия плацентарного кровотока: Правая маточная артерия: С/Д 2,4, ИР 0,6; левая маточная артерия: С/Д 3,2, ИР 0,72, определяется дикротическая выемка; Артерия пуповины: С/Д 3,0, ИР 0,7. Исследование центральной гемодинамики: ударный объем 56 мл, минутный объем 4,9 л/мин, сердечный индекс 2,6 л/мин/м², периферическое сосудистое сопротивление 1950 дин х с х см-5. <i>Задание к ситуационной</i> 1. Диагноз? 2. Акушерская тактика? Эталон ответа 1. Беременность 1-35 недель. Предстоящие I роды в головном предлежании. Тяжелая преэклампсия. 2. Тактика — принципы терапии В. В. Строганова — создание лечебно — охранительного режима, седативная терапия, быстрое и бережное родоразрешение. Лечебно — охранительный режим — затемненное помещение, спокойная обстановка, внушение беременной уверенности в благоприятный исход. Седативная терапия — седуксен (реланиум) 2 — 4 мг в/м или в/в, MgSO₄ — 25% 20 мл на 60 мл физиологического раствора в течение 20 мин – насыщающая доза и 80 мл 25% раствора в 400 мл физ. раствора в течение 8-10 часов — поддерживающая доза, постоянный мочевого катетер, контроль сухожильных рефлексов. Гипотензивная терапия — Гидралазин (апрессин) в/в 2,5 — 5 мг болюсом с последующей капельной инфузией 100 мг в 200 мл

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		физиологического раствора. Клофелин в/в капельная инфузия 0,9 мг в 500 мл 5% раствора глюкозы. Быстрое и бережное родоразрешение — консервативное родоразрешение путем индукции родов простагландинами или окситоцином с предварительной амниотомией.
ОПК-10.1	Распознает состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Основная часть Повторнородящая (Б — 6, Р — 2, А — 4) 30 лет с регулярной родовой деятельностью в течение 5-и часов доставлена в родильное отделение. При осмотре: схватки по 50 — 60 сек., регулярные. Положение плода продольное предлежит тазовый конец, прижат к плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода глухое, аритмичное 80 — 100 уд/мин., выслушивается слева выше пупка. Околоплодные воды излились 15 минут назад. При влагалищном исследовании: тонус мышц тазового дна сохранен, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 7-8 см. Плодного пузыря нет. Подтекают околоплодные воды. Во влагалище определяется пульсирующая петля пуповины. Предлежит тазовый конец (пальпируются ягодичы, межягодичная щель, крестец), прижат к плоскости входа в малый таз. Таз емкий, мыс не достигаем, экзостозов нет. На КТГ: выраженные атипические вариабельные децелерации на фоне брадикардии. Задание к ситуационной задаче 1.Диагноз 2.Тактика ведения. 3.Ошибки ведения Эталон ответа 1. Беременность VI, Роды . Продольное положение, первая позиция передний вид, тазовое (чисто-ягодичное) предлежание. I периода родов. Дистресс плода. Выпадение петли пуповины. 2. Так как не готовы родовые пути, показано родоразрешение путем операции кесарево сечение в нижнем сегменте. Показания: • выпадение петли пуповины при неготовых родовых путях • тазовое предлежание • дистресс плода Условия: • удовлетворительное состояние женщины • живой плод • безводный промежуток 15 минут 3. Необходимо было провести дородовую госпитализацию в ОПБ для решения вопроса о наиболее рациональном способе родоразрешения при тазовом предлежании и предупреждении возможных осложнений.
ПК-1.1	Проводит обследование пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих	Ситуационная задача 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Пациентка 35 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалища. П/м — 07.08. 96 г. Дата поступления — 21.10.96 г. Настоящая беременность протекала с тошнотой и рвотой. 10.10.96 г. без видимой причины

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
	оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»	появились кровянистые выделения из влагалища, продолжались один день. 16.10 и 20.10 они повторились и были более обильными. Вмешательства, направленные на прерывание беременности, отрицает. Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые несколько бледные, t - нормальная, PS — 80 уд/мин., АД — 140/90 — 150/90 мм рт. ст. Сердце и легкие без патологии. При осмотре на зеркалах — слизистая шейки матки цианотичная. При бимануальном исследовании — матка соответствует 14 нед. беременности, своды свободны, придатки увеличены, несколько болезненны. <i>Задание к ситуационной задаче</i> 1. Диагноз? 2. Обследование? 3. Тактика ведения? <i>Дополнительные методы обследования к ситуационной задаче</i> Концентрация ХГЧ в сыворотке крови составляет 30000 МЕ/мл При ультразвуковом исследовании матка увеличена до 14-15 недель беременности, полость заполнена неоднородным эхопозитивным содержимым с большим количеством мелких округлых анэхогенных включений. В проекции обоих яичников визуализируются многокамерные анэхогенные тонкостенные включения размерами справа: 7,5×4,9×5,3 см, слева: 6,9×4,8×3,8 см. Свободной жидкости в малом тазу нет. Эталон ответа Предполагаемый диагноз: Пузырный занос? Беременность 10 — 11 недель. Многоплодие? Начавшийся самопроизвольный аборт? Предлежание хориона? На основании: 1. матка не соответствует сроку беременности — по п/м срок беременности 10 — 11 недель, по данным обследования — 14 недель 2. повторяющиеся кровянистые выделения 3. увеличение и болезненность придатков 4. явления токсикоза Для проведения дифференциального диагноза необходимо дополнительное обследование: анализ крови на хорионический гонадотропин (при пузырном заносе количество его резко повышается), УЗИ (могут быть выявлены элементы пузырного заноса в виде гомогенной мелкозернистой массы и отсутствие плода, а также лютеиновые кисты яичников; с высокой степенью достоверности можно диагностировать многоплодную беременность, предлежание или отслойку хориона). Тактика ведения. Необходимо провести вакуум-аспирацию содержимого полости матки с обязательным гистологическим исследованием. Во время и после операции показано внутривенное введение окситоцина, В послеоперационном периоде показана профилактическая монохимиотерапия метотрексатом в сочетании с фолиевой кислотой в течение 5 дней внутривенно. Контроль излеченности — 3 последовательных отрицательных анализа крови на ХГЧ, взятых с интервалом 1,5-2 недели. Обычно ХГЧ определяется до 9 — 11 недель после эвакуации пузырного заноса. В течение года контроль ХГЧ каждые 3 месяца. В течение года контрацепция КОК.

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
ПК-1.2	Назначает лечение при заболеваниях и (или) состояниях, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» вне медицинской организации, осуществляет контроль его эффективности и безопасности.	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Повторнородящая 30 лет, находится в родах 12 часов. Первый период родов сопровождался слабостью родовой деятельности, ввиду чего было назначено родоусиление путем в/в капельного введения окситоцина. Отмечалась бурная родовая деятельность, излились светлые околоплодные воды. Внезапно у роженицы появился сильный озноб, отмечено повышение t до 39°, цианоз лица, затрудненное дыхание. АД — 85/60 мм рт.ст., PS — 110 уд/мин., слабого наполнения. КТГ: БЧСС — 110 уд/мин, стрессовый тест — положительный. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка плода в узкой части полости малого таза, вставление правильное. <i>Задание к ситуационной задаче</i> 1. Диагноз? 2. Тактика врача? Эталон ответа Диагноз: II период вторых родов осложнения: слабость родовой деятельности эмболия околоплодными водами операции и пособия: в/в капельное введение окситоцина Тактика врача: 1. Родоразрешение путем операции — наложение полостных акушерских щипцов. Показания: шоковое состояние роженицы, острая гипоксия плода. Условия: полное открытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря живой плод, правильное вставление головки, головка в узкой части малого таза. 2. ИВЛ с давлением в конце выдоха 5 см. водного столба смесью 50% O_2 и воздуха 3. Одновременно начинают противошоковую терапию: • интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия (до стабилизации систолического давления 90-100 мм рт.ст. и ЦВО до 50-100 мм. вод. ст.); плазмозамещающие растворы — Полиглюкин, Реополиглюкин, Рондекс — в/в или струйно, при повышении давления переходят на капельное введение растворов, раствор глюкозы 5% * 400 в/в капельно • введение вазоактивных веществ — р-р адреналина гидрохлорида 0,1% — 0,5 п/к или р-р • норадреналина гидрохлорида 0,02% — 1,0 развести в 400 мл 5% р-ра глюкозы и вводить в/в капельно с 10 — 15 капель, для достижения терапевтического эффекта (АД 100 мм.рт.ст.) скорость увеличить до 20 - 6- капель • внутривенное фракционное или капельное введение кортикостероидных препаратов (преднизолон) 4. Контроль ДВС: • время свертывания по Ли-Уайту • определение уровня фибриногена в крови: быстрое выявление по Мочабели и/или определение концентрации фибриногена по Мочабели с высушиванием.
ПК-2.1	Оказание медицинской помощи	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
	пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями или нарушениями функции почек в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Роженица 28 лет, повторнородящая с нормальными размерами таза, поступила на родоразрешение с регулярной родовой деятельностью. АД -170/110 мм рт.ст., выраженные отеки. Через 2 часа после поступления — припадок эклампсии. Сердцебиение плода 145 уд/мин, глуховатое. Влагалищное исследование: плодного пузыря нет, раскрытие маточного зева полное. Головка в узкой части малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. <i>Задание к ситуационной задаче</i> 1. Диагноз? 2. Ошибки ведения? 3. Тактика врача? <i>Дополнительное обследование к ситуационной задаче</i> КТГ: БЧСС- 145 уд/мин амплитуда осцилляций — 6 -10 уд./мин частота осцилляций — более 6 /мин акцелераций — нет децелерации — переменные Анализ мочи: белок 0,5 г/л Эталон ответа Диагноз: II период вторых родов, эклампсия. Ошибки ведения: недооценка тяжести состояния роженицы, ведение тяжелых форм гестоза должно включать предотвращение судорог (магнезиальную терапию) и снижение чрезмерно повышенного АД. Дополнительное обследование: КТГ, анализ мочи. Тактика врача: 1. Родоразрешение путем операции — наложение полостных акушерских щипцов. Показания; приступ эклампсии во II периоде родов, гипоксия плода. Условия: полное открытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, живой плод, правильное вставление головки, головка в узкой части малого таза. 2. Одновременно начинают противосудорожную терапию: Серноокислый магний 1 г/мин в/в до 4 — 5 г (16 — 20 мл 25% раствора в течение 4-5 минут). Поддерживающая доза сульфата магния — 2 г/ч в виде внутривенной капельной инфузии (80 мл 25% раствора (20 г) в 500 мл 0,9% раствора NaCl или в 400 мл 5% раствора глюкозы, скорость введения 50 мл/ч — 16 капель/мин). Если судороги не прекращаются, дополнительно ввести в/в 5 — 10 мг седуксена. Иметь в готовности инструменты для интубации пациентки на случай дыхательной депрессии и глюконат кальция 10 мл 10% раствора для в/в введения если проявится токсическое действие серноокислого магния. 3. Гипотензивная терапия: Гидралазин (апрессин) 5 мг болюсом в/в с последующей капельной инфузией 100 мг в 200 мл 0,9% р-ра хлорида натрия. Магнезиальная терапия продолжается в течение 24 — 48 часов после родов. Гипотензивная терапия при диастолическом АД выше 110 мм рт.ст. (таблетки нифедипина 0,01).
ПК-2.2	Разрабатывает план лечения при акушерских осложнениях и гинекологических заболеваниях, не сопровождающихся	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы Первородящая 20 лет. В анамнезе 2 искусственных аборта. В родах 8 часов, утомлена. Схватки через каждые 5-6 минут по 25-30, слабо умеренно болезненные. Околоплодные воды не изливались. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в 1 мин. Головка плода

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
	я угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи	прижата ко входу в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4-5 см, края средней толщины, плохо растяжимые.» Плодный пузырь цел, плоский. Предлежит головка плода, плотно прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева спереди. <i>Задание к ситуационной задаче</i> 1.Диагноз. 2.План ведения. Эталон ответа Диагноз: Беременность 3-я, 1 период 1 родов в головном предлежании, первая позиция передний вид. Первичная слабость родовой деятельности. Плоский плодный пузырь. Диагноз слабости родовой деятельности устанавливают на основании: • недостаточной маточной активности; • замедленной скорости сглаживания шейки матки и раскрытия маточного зева; • длительного стояния предлежащей части во входе малого таза и замедленного продвижения при соответствии с размерами таза; • увеличенной продолжительности родов; • утомления роженицы и нередко внутриутробного страдания плода. Диагноз слабости родовой деятельности следует ставить при динамическом наблюдении за роженицей в течение 2-3 ч. При Мониторном наблюдении диагноз можно установить уже через 1-2 ч. В дифференциальном отношении важно исключить патологический прелиминарный период, дистоцию шейки матки, дискоординированную родовую деятельность, клиническое несоответствие между размерами таза и головкой плода. При установлении диагноза первичной слабости родовых сил необходимо приступить к ее лечению. В I периоде родов, при отсутствии противопоказаний, поведение роженицы должно быть активным, ей следует вставать, ходить. Необходимо контролировать функцию мочевого пузыря и кишечника. Прежде всего, где это возможно, необходимо устранить причины, вызывающие слабость родовых сил, при многоводии и маловодии и наличии зрелости шейки матки, или при раскрытии маточного зева на 4-5 см, вскрывают плодный пузырь. При утомлении роженицы следует предоставить ей отдых путем дачи акушерского медикаментозного наркоза при отсутствии срочных показаний к родоразрешению (острая гипоксия плода, угроза образования акушерских свищей и др.). Для лечебного акушерского наркоза с успехом используют раствор натрия оксибутирата 20% (ГОМК). Для премедикации вводят раствор промедола (2% — 1 мл) или раствор пипольфена (2,5% — 1 мл), раствор димедрола (1%-1 мл) внутримышечно или внутривенно. ГОМК вводят внутривенно медленно из расчета 50-65 мг на 1 кг массы тела (в среднем 4 г сухого вещества) через 15-20 мин после премедикации. Сон наступает через 3-8 мин после введения ГОМК и продолжается обычно в течение 2 — 3 ч. Вопрос назначения акушерского наркоза решается совместно акушером-гинекологом и анестезиологом, осуществляет его врач-анестезиолог. Нередко достаточно предоставления роженице отдыха, чтобы после ее пробуждения восстановилась нормальная родовая деятельность. Если после предоставления лечебного сна-отдыха родовая деятельность

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
		не восстановилась, через 1 — 2 ч показано назначение утеротонических средств. Внутривенное введение окситоцина. Для внутривенного введения 1 — 2 мл окситоцина (5-10 ЕД) разводят в 500 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида и вводят капельно, начиная с 6 — 8 капель/мин, постепенно увеличивая количество капель каждые 15-30 мин на 5 — 10 капель до получения эффекта (но не более 40 капель/мин) Для капельного введения окситоцина целесообразно использовать специальные дозирующие перфузоры (насосы). Если введение окситоцина, в достаточной дозе, в течение 2 ч не усиливает сокращения матки и не способствует увеличению раскрытия шейки матки, то дальнейшая или повторная инфузия его нецелесообразна. При этом можно поставить вопрос о кесаревом сечении.

4.5. Методические материалы, определяющие процедуру оценивания, структура экзаменационного билета

Первый этап ГИА – тестирование. Предлагаемые тестовые задания включают вопросы, позволяющие оценить уровень теоретической подготовленности, отражающих индикаторы достижения компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности «Врач Акушер-гинеколог», утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19. 04.2021 №262Н.

Для формирования заданий использована закрытая форма. У ординатора есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий необходимо изучить лекционный материал по дисциплинам, включённым в учебный план по специальности, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников, нормативных документов, регламентирующих оказание медицинской помощи по профилю Акушерство и гинекология, клинических рекомендаций по изучаемым нозологиям.

Второй этап ГИА – собеседование. Цель второго этапа – оценивание уровня, сформированности у обучаемого клинического мышления и умений применять полученные знания, умения и навыки для решения профессиональных задач. Форма проведения – собеседование по вопросам и выполнение индивидуальных заданий, сформулированных в форме клинических и ситуационных задач. Каждый комплект из двух индивидуальных заданий (ситуационных задач) представлен как «плановыми», так и «неотложными» ситуациями. При написании ситуационных задач авторы использовали данные действующих федеральных клинических рекомендаций, федеральных и международных руководств, монографий и директивных документов, а также опирались на свой клинический и педагогический опыт.

Для подготовки к ответу на государственном экзамене выпускнику предоставляется не менее 30 минут.

Типовое задание включает следующую информацию (5 из предложенных вопросов):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и обеспечения безопасности пациента.

3. Укажите основные принципы лечения(с оценкой эффективности и безопасности).
4. Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?
5. Какие виды документов должен оформить врач?
6. Оцените необходимость оказания медицинской помощи в экстренной форме.
7. Обоснуйте назначение немедикаментозного лечения.
8. Профилактика, экспертиза трудоспособности, медицинская реабилитация, прогноз заболевания.

5. Порядок подачи апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии.

Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные университетом.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее

даты завершения обучения в университете обучающегося, подавшего апелляцию. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена. Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

6. Порядок проведения ГИА для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

6.1. Для обучающихся из числа инвалидов государственная итоговая аттестация проводится организацией с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее - индивидуальные особенности).

6.2. При проведении государственной итоговой аттестации обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

проведение государственной итоговой аттестации для инвалидов в одной аудитории совместно с обучающимися, не имеющими ограниченных возможностей здоровья, если это не создает трудностей для обучающихся при прохождении государственной итоговой аттестации;

присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочесть и оформить задание, общаться с членами государственной экзаменационной комиссии);

пользование необходимыми обучающимся техническими средствами при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом их индивидуальных особенностей;

обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

6.3. Все локальные нормативные акты университета по вопросам проведения государственной итоговой аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме.

6.4. По письменному заявлению обучающегося инвалида продолжительность сдачи обучающимся инвалидом государственного аттестационного испытания может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи:

продолжительность сдачи государственного экзамена, проводимого в письменной форме, - не более чем на 90 минут;

продолжительность подготовки обучающегося к ответу на государственном экзамене, проводимом в устной форме, - не более чем на 20 минут.

6.5. В зависимости от индивидуальных особенностей, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья организация обеспечивает выполнение следующих требований при проведении государственного аттестационного испытания:

а) для слепых: задания и иные материалы для сдачи государственного

аттестационного испытания оформляются рельефно-точечным шрифтом Брайля или в виде электронного документа, доступного с помощью компьютера со специализированным программным обеспечением для слепых, либо зачитываются ассистентом; письменные задания выполняются обучающимися на бумаге рельефно-точечным шрифтом Брайля или на компьютере со специализированным программным обеспечением для слепых, либо надиктовываются ассистенту; при необходимости обучающимся предоставляется комплект письменных принадлежностей и бумага для письма рельефно-точечным шрифтом Брайля, компьютер со специализированным программным обеспечением для слепых;

б) для слабовидящих: задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются увеличенным шрифтом; обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс; при необходимости обучающимся предоставляется увеличивающее устройство, допускается использование увеличивающих устройств, имеющихся у обучающихся;

в) для глухих и слабослышащих, с тяжелыми нарушениями речи: обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования, при необходимости обучающимся предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования; по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в письменной форме;

г) для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (тяжелыми нарушениями двигательных функций верхних конечностей или отсутствием верхних конечностей): письменные задания выполняются обучающимися на компьютере со специализированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту; по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в устной форме.

6.6. Обучающийся инвалид не позднее чем за 3 месяца до начала проведения государственной итоговой аттестации подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении государственных аттестационных испытаний с указанием особенностей его психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее - индивидуальные особенности). К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в организации). В заявлении обучающийся указывает на необходимость (отсутствие необходимости) присутствия ассистента на государственном аттестационном испытании, необходимость (отсутствие необходимости) увеличения продолжительности сдачи государственного аттестационного испытания по отношению к установленной продолжительности (для каждого государственного аттестационного испытания).

7. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература

Печатные издания	Электронные издания
1. Акушерство : учеб. / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 656 с.	1. Айламазян, Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. - 10-е изд. ,перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-6698-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466988.html - Режим доступа : по подписке.
2. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии: рук.для практикующих врачей: в 2 т./ Рос. о-во акушеров-	2. Акушерство : учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - 2-е изд. ,перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-7201-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472019.html - Режим доступа : по подписке.

гинекологов. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Литтерра, 2019. - 784 с. 3. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учебное пособие/под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учебное пособие/под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 5. Акушерство : учеб. / под ред. В.Е. Радзинского. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 6. Макаров И. О. Задержка развития плода. Врачебная тактика : учеб.пособие для системы послевуз. и доп. проф. образования врачей: рекомендовано УМО по мед. и фармацевт. образованию вузов России / И. О. Макаров, Е. В. Юдина, Е. И. Боровкова. – М. 2012. – 56 с. 7. Макаров И. О. Кардиотокография при беременности и в родах : учеб. пособие : рекомендовано учеб.- метод. об-нием по мед. и фармацевт. образованию вузов России в качестве учеб. пособия для системы послевузов. и доп. проф. образования врачей / И. О. Макаров, Е. В. Юдина. – 3-е изд. – М. :МЕДпресс-информ, 2014. – 110 с., ил. 8. Акушерство: национальное руководство: -М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017 9. Гинекология:	3. Гинекология : учебник / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд. ,перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-7188-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL:https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970471883.html - Режим доступа : по подписке. 4. Савельева, Г. М. Гинекология / гл. ред. Савельева Г. М. , Сухих Г. Т. , Серов В. Н. , Радзинский В. Е. , Манухин И. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-5739-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL:https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457399.html - Режим доступа : по подписке. 5. Гинекология : учебник / под ред. В. Е. Радзинского, Л. Р. Токтар. - 2-е изд. ,перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6916-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL:https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970469163.html - Режим доступа : по подписке.
--	--

национальное руководство: -М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018.	
---	--

Дополнительная литература

Печатные издания	Электронные издания
1. Аксененко, В. А. Акушерство : учеб. пособие к практическим занятиям студентов 4 курса специальностей 060101 Лечебное дело, 060103 Педиатрия / В. А. Аксененко, Л. Н. Можейко. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2019. – 124 с. – Ссылка на книгу 2. Аксененко, В. А. Сборник задач по акушерству и гинекологии для гос. Аттестационного экзамена студ. 6 курса леч. фак. : учеб. пособие / В. А. Аксененко, Л. Н. Можейко, О. И. Нехаева. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2019. – 40 с. – Ссылка на книгу 3. Аксененко, В. А. Сборник задач по гинекологии для студентов 5 курса лечебного и педиатрического факультетов : учеб. пособие / В. А. Аксененко, О. И. Нехаева. - Ставрополь :Изд-во СтГМУ, 2019. - 88 с. 4. Акушерство. Руководство к п/з: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 728 с. 5. Гинекология. Руководство к практическим занятиям : учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2020. - 552 с. 6. Кесарево сечение в современном акушерстве : учеб. пособие / сост. : В. А. Аксененко, И. Г. Нежданов. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2017. – 47 с. – Ссылка на книгу 7. Нехаева, О. И. Схема истории болезни гинекологической больной : для студ. 5 курса леч. фак. : учеб. пособие / О. И. Нехаева, Е. М. Кузьмина, К. К. Куюмчева. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2019. – 44 с. – Ссылка на книгу 8. Преэклампсия. Кровотечения.	1. Айламазян, Э. К. Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-6104-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461044.html - Режим доступа : по подписке. 2. Савельева, Г. М. Гинекология : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, И. Б. Манухина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1008 с. - (Серия "Национальные руководства"). - 1008 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-6796-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467961.html - Режим доступа : по подписке. 3. Радзинский, В. Е. Гинекология. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / Под ред. В. Е. Радзинского. 3-е изд., перераб. и доп. 2020. - 552 с. : ил. - 552 с. - ISBN 978-5-9704-5459-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454596.html . - Режим доступа : по подписке. 4. Радзинский, В. Е. Акушерство. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. Радзинского В. Е., Костина И. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 736 с. - ISBN 978-5-9704-6029-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460290.html - Режим дос

Сепсис : Часть 3. Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания. Сепсис:учеб. пособие / сост.: В. А. Аксененко, Л. Н. Можейко, О. И. Нехаева [и др.]. - Ставрополь :Изд-во СтГМУ, 2017. - 89 с. 9. Сборник задач по акушерству для студентов 4 курса леч. и пед. фак. : учеб. пособие / В. А. Аксененко, Л. Н. Можейко, А. А. Дубовой, А. А. Лукашевич. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2019. – 124 с. – Ссылка на книгу 10. Сборник тестов по акушерству для студентов 4 курса леч. и пед. фак. : учеб. пособие / В. А. Аксененко, Л. Н. Можейко, А. А. Дубовой, И. Г. Нежданов. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2019. – 16 с. – Ссылка на книгу 11. Сборник тестов по гинекологии для студентов 5 курса леч. фак. : учеб. пособие / В. А. Аксененко, Л. Н. Можейко, О. И. Нехаева [и др.]. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2019. – 142 с. – Ссылка на книгу	
---	--

9. Профессиональные базы данных и информационные справочные системы

1. Каталог профессиональных медицинских ресурсов, раздел «Акушерство и гинекология» <http://www.medlinks.ru/speciality.php?topic=60>
 2. Форум общения врачей по разделам акушерства и гинекологии Русского медицинского сервера <https://forums.rusmedserv.com/forumdisplay.php?f=2>
 3. Международный информационно-образовательный портал <http://univadis.ru>
 4. Медицинское обозрение <http://medscape.ru> представляет для обзора оригинальные журнальные статьи медицинской тематики
 5. Каталог профессиональных медицинских ресурсов <http://webmed.irkutsk.ru> включает ссылки на наиболее авторитетные тематические сайты, журналы, общества, а также полезные документы и программы.
 6. Научная электронная база научных медицинских журналов, рецензируемых ВАК <http://elibrary.ru>
 7. База данных медицинских и биологических публикаций <http://ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
 8. Клинические рекомендации МЗ РФ «Акушерство и гинекология» (протоколы лечения). <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
- Периодические издания
- Научно-практический журнал Акушерство и гинекология <https://www.aig-journal.ru/>
 - Журнал акушерства и женских болезней <https://journals.eco-vector.com/jowd>
 - Научно-практический медицинский рецензируемый журнал Доктор.ру <http://www.medicina-journal.ru/> (тематические выпуски «Гинекология»)
 - Журналы «Женская консультация» и «Гинекология» <https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/zhenskaya-konsultatsiya-gazeta/>
<https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/ginekologiya/>
 - Журнал Акушерство, гинекология и репродукция <http://www.gynecology.su/jour/index>
 - Русский медицинский журнал: <https://www.rmj.ru/>

- Биомедицинский журнал: <http://www.medline.ru/>
- Free Medical Journals: <http://www.freemedicaljournals.com/>
- ConsiliumMedicum: <https://con-med.ru/>

10. Лицензионное и свободно распространяемое программное обеспечение

Наименование	Договор
Сервис проверки уникальности текста	Контракт №154/ЭТ от 08.07.2024
1С: Университет Проф	Договор № 27 от 30.04.2014
kaspersky endpoint security	Контракт 170/ЭТ от 29.07.2024
Архиватор 7-zip	Бесплатный
Adobe Acrobat Reader DC	Бесплатный
Astra Linux Common Edition	Договор № 199/ЭТ от 12.09.2023
1С: Электронное обучение. Корпоративный университет	Договор № 78/ЭТ от 06.06.2022
1С: Электронное обучение. Веб-кабинет преподавателя и студента	Договор № 78/ЭТ от 06.06.2022
Консультант Плюс	Контракт 251/ЭТ от 11.12.2023

11. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине.

11.1 Помещения для проведения ГИА

Помещения для проведения ГИА, соответствующие действующим противопожарным правилам и нормам

11.2 Технические средства обучения

Для проведения ГИА используются технические средства, входящие в перечень оборудования компьютерного класса