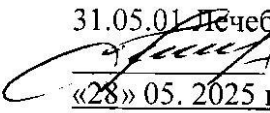


**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра акушерства и гинекологии № 1 с курсом дополнительного профессионального
образования**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки

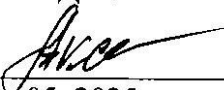
31.05.01 Лечебное дело

 /Ф.П. Никулина/

«28» 05. 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии с
курсом ДПО

 /В.А. Аксененко/

«28» 05. 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Беременность при экстрагенитальных патологиях
Направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2024

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
ПК-1	Готов к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ПК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
Всего		50 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1.	ПК-1	Установите соответствие между «критическим периодом» беременности при пороках сердца и его основной характеристикой: Период А) Первый критический период (6-12 нед.) Б) Второй критический период (26-34 нед.) В) Четвертый критический период (роды) Г) Шестой критический период (послеродовой) Характеристика 1) Период максимальных гемодинамических нагрузок, опасен развитием ХСН. 2) Период родов, опасен резким усугублением нагрузки на ССС. 3) Опасен обострением ревматического процесса из-за снижения функции надпочечников. 4) Опасен тромбоэмболическими осложнениями из-за активации свертывающей системы.	А3, Б1, В2, Г4
2.	ПК-1	Установите соответствие между действием врача и этапом оказания помощи при отеке легких:	А2, Б4, В1, Г3

		Действие А) Ингаляция кислорода через пеногасители (спирт) Б) Введение наркотических анальгетиков (морфин) В) Введение нитратов (нитроглицерин) Г) Введение диуретиков (лазикс) Цель мероприятия 1) Снижение постнагрузки на левый желудочек 2) Борьба с гипоксией и пеной в дыхательных путях 3) "Разгрузка" малого круга кровообращения (снижение ОЦК) 4) Уменьшение психомоторного возбуждения и одышки	
3.	ПК-1	Установите соответствие между сроком беременности и особенностью течения сахарного диабета (СД) в этот период: Период беременности А) I триместр (до 16 нед.) Б) II триместр (16-28 нед.) В) III триместр (после 34 нед.) Г) Ранний послеродовый период (1-3 сут.) Изменение потребности в инсулине и течение СД 1) Значительное снижение толерантности к глюкозе, рост потребности в инсулине из-за контринсулярных гормонов плаценты. 2) Возможны два варианта: ухудшение (гипергликемия) или "кажущееся улучшение" (тенденция к гипогликемии). 3) Повышение толерантности к глюкозе, снижение потребности в инсулине, риск гипогликемии. 4) Период "мнимого благополучия" с риском гипогликемии.	А4, Б1, В2, Г3
4.	ПК-1	Установите соответствие между диагнозом и лабораторным критерием, на котором он основывается: Диагноз А) Гестационный сахарный диабет (ГСД) Б) Манифестный (впервые выявленный) СД В) Норма у небеременных (вне гестации) Г) Норма у беременных (I триместр) Лабораторный критерий (глюкоза венозной плазмы) 1) Глюкоза натощак $\geq 7,0$ ммоль/л или через 2 часа при ПГТТ $\geq 11,1$ ммоль/л 2) Глюкоза натощак $\geq 5,1$ но $< 7,0$ ммоль/л 3) Глюкоза натощак $< 5,1$ ммоль/л 4) Глюкоза натощак $3,5 - 5,5$ ммоль/л	А2, Б1, В4, Г3
5.	ПК-1	Установите соответствие между сроком беременности и характерным изменением функции почек: Показатель А) Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) в I триместре Б) Почечный кровоток в III триместре В) Объем "мертвого пространства" мочеточников Г) Канальцевая реабсорбция Изменение при беременности 1) Увеличивается в 2 раза, что способствует пиелозктазии 2) Увеличивается на 30-50% по сравнению с небеременными 3) Постепенно уменьшается к концу беременности 4) Остается практически неизменной на протяжении всей беременности	А2, Б3, В1, Г4
6.	ПК-1	Установите последовательность стадий острой жировой дистрофии печени (ОЖДП) у беременных:	2,1,4,3

		1.Желтушная стадия с быстрым развитием печеночно-почечной недостаточности. 2.Дожелтушная стадия с диспептическими нарушениями (тошнота, рвота, изжога). 3.Терминальная стадия с полиорганной недостаточностью и комой. 4.Появление признаков синдрома ДВС (кровоточивость).	
7.	ПК-1	Установите последовательность событий в патогенезе внутрипеченочного холестаза беременных (ВХБ): 1.Генетическая предрасположенность и повышенная чувствительность к половым гормонам. 2.Поступление желчных кислот в кровь. 3.Нарушение транспорта компонентов желчи из гепатоцита в желчные капилляры. 4.Развитие кожного зуда.	1,3,2,4
8.	ПК-1	Установите последовательность миграции боли при типичном приступе аппендицита у беременной в I триместре: 1.Локализация боли в правой подвздошной области (точка Мак-Бурнея). 2.Возникновение острой боли в эпигастрии. 3.Появление тошноты и однократной рвоты. 4.Перемещение боли в околопупочную область.	2,4,1,3
9.	ПК-1	Установите последовательность развития симптомов при странгуляционной кишечной непроходимости (заворот кишок): 1.Внезапная резкая схваткообразная боль в животе. 2.Быстрое ухудшение состояния с развитием перитонита и шока. 3.Множественная рвота, не приносящая облегчения. 4.Асимметрия живота и задержка стула и газов.	1,3,4,2
10.	ПК-1	Установите последовательность этапов развития железодефицитной анемии (ЖДА) у беременной: 1.Отрицательный баланс железа и истощение его запасов в депо (снижение ферритина). 2.Развитие анемии (снижение гемоглобина и эритроцитов). 3.Повышенный расход железа на нужды плода и увеличение ОЦП. 4.Появление клинических симптомов (слабость, ломкость ногтей, извращение вкуса).	3,1,2,4
11.	ПК-1	Пациентка 28 лет, срок беременности 10 недель, состоит на учете с диагнозом: ревматическая болезнь сердца, митральный стеноз I степени, ХСН 0. При сборе анамнеза выяснено, что последнее обострение ревматизма было 1,5 года назад. Определите допустимость вынашивания беременности и дайте рекомендации по дальнейшему ведению согласно классификации Л.В. Ваниной и клиническим рекомендациям.	Согласно классификации Л.В. Ваниной, у пациентки I степень риска (порок без признаков обострения и сердечной недостаточности). Вынашивание беременности допустимо при условии качественного диспансерного наблюдения. Пациентка подлежит плановой госпитализации в первый «критический» срок (6-12 недель) для уточнения диагноза и проведения 10-14-дневного курса профилактического лечения (антибиотики пенициллинового ряда, препараты калия и магния

			для улучшения метаболизма миокарда).
12.	ПК-1	Пациентка с сахарным диабетом 1 типа планирует беременность. Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) составляет 8,2%. Соответствует ли пациентка критериям прегравидарной подготовки? Если нет, то какой показатель и в течение какого срока необходимо достичь?	Нет, не соответствует. Критерием компенсации диабета для планирования беременности является уровень HbA1c менее 6,5%. Пациентке необходимо достичь идеальной компенсации СД в течение 6 месяцев до планируемого зачатия и сохранять ее на протяжении всего гестационного процесса.
13.	ПК-1	В роддоме у родильницы с тиреотоксикозом средней степени тяжести на 2-е сутки после родов появились тахикардия, потливость, тремор рук, субфебрильная температура, эмоциональная лабильность. Развитие какого осложнения можно заподозрить? С чем связано его развитие в послеродовом периоде и какова акушерская тактика в отношении лактации?	Можно заподозрить развитие тиреотоксического криза. Это связано с устранением иммуносупрессивного влияния гормонов фетоплацентарного комплекса после родов и началом лактации. Акушерская тактика: лактацию необходимо подавлять, так как она усугубляет течение тиреотоксикоза.
14.	ПК-1	Пациентка с хроническим пиелонефритом, срок беременности 35 недель. Жалоб нет. В анализах мочи: лейкоциты 15-20 в п/зр, бактерии +++. Каковы сроки и задачи рододовой госпитализации для данной пациентки?	Пациентка подлежит рододовой госпитализации в отделение патологии беременных в плановом порядке в 37 недель. Однако, учитывая наличие активного воспалительного процесса (лейкоцитурия, бактериурия), госпитализация должна быть проведена ранее, в 35 недель, для решения следующих задач: 1. Уточнение диагноза и проведение курса лечения основного заболевания. 2. Выявление и коррекция акушерских осложнений. 3. Динамический контроль состояния плода. 4. Решение вопроса о сроках и способе родоразрешения.
15.	ПК-1	На сроке 16 недель у пациентки впервые выявлены изменения в крови: Hb 85 г/л, лейкоциты $25 \times 10^9/\text{л}$ (с большим количеством бластов), тромбоциты $50 \times 10^9/\text{л}$. Ваш предварительный диагноз. Какова акушерская тактика в отношении сохранения беременности?	Предварительный диагноз: Острый лейкоз (подтверждается исследованием костного мозга). Сочетание беременности и острого лейкоза является крайне неблагоприятным. Врачебная тактика требует немедленного завершения беременности (прерывание по медицинским показаниям) вне зависимости от срока, чтобы незамедлительно начать специфическую

			терапию (цитостатики, иммунотерапию).
16.	ПК-1	Перечислите два основных метода родоразрешения, которые применяются для исключения потуг у беременных с сердечно-сосудистой патологией.	Наложение акушерских щипцов или вакуум-экстракция плода.
17.	ПК-1	При проведении перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г глюкозы на 24-28-й неделе беременности, какой показатель глюкозы венозной плазмы через 2 часа подтверждает диагноз гестационного сахарного диабета (ГСД)?	$\geq 8,5$ ммоль/л.
18.	ПК-1	Какова ключевая акушерская тактика при подтвержденном диагнозе HELLP-синдрома вне зависимости от срока беременности?	Немедленное родоразрешение.
19.	ПК-1	Назовите группу гипотензивных препаратов, которые категорически противопоказаны при беременности из-за риска нарушений развития почек плода, маловодия и гипоплазии костей черепа.	Ингибиторы АПФ (и блокаторы рецепторов ангиотензина II - БРА, сартаны).
20.	ПК-1	Какая манипуляция является ключевой для восстановления оттока мочи и повышения эффективности антибактериальной терапии при остром гестационном пиелонефрите?	Катетеризация (стентирование) мочеточников.
21.	ПК-1	К «относительно благоприятным» формам пороков сердца для исхода беременности относятся: 1. Митральный стеноз и аортальный стеноз 2. Тетрада Фалло и коарктация аорты 3. Недостаточность митрального клапана и дефект межпредсердной перегородки 4. Сочетанные и комбинированные пороки 5. Трикуспидальные пороки и стеноз легочной артерии	3
22.	ПК-1	К нагрузочным изменениям гемодинамики во время беременности, предъявляющим повышенные требования к миокарду, относятся: 1. Уменьшение объема циркулирующей плазмы (ОЦП) 2. Увеличение частоты сердечных сокращений на 15-20 ударов в минуту 3. Снижение ударного объема сердца 4. Повышение общего периферического сосудистого сопротивления с ранних сроков 5. Уменьшение емкости сосудистой системы	2
23.	ПК-1	Основной задачей первой плановой госпитализации беременной с пороком сердца (в сроке 6-12 недель) является: 1. Решение вопроса о родоразрешении путем кесарева сечения 2. Проведение профилактики резус-конфликта 3. Решение вопроса о допустимости вынашивания беременности 4. Выбор метода контрацепции после родов 5. Вакцинация против гриппа	3
24.	ПК-1	Какое из перечисленных состояний является противопоказанием к вынашиванию беременности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы? 1. Недостаточность митрального клапана без признаков ХСН 2. Наличие признаков хронической сердечной недостаточности (ХСН I-III) независимо от характера порока 3. Проталс митрального клапана без регургитации	2

		4.Открытый артериальный проток в детстве, закрытый оперативно 5.Дефект межпредсердной перегородки малых размеров	
25.	ПК-1	Основным критерием полной компенсации сахарного диабета перед планированием беременности является уровень гликированного гемоглобина (HbA1c): 1.Менее 8,0% 2.Менее 6,5% 3.Более 7,0% 4.В пределах 7,5-8,5% 5.Более 9,0%	2
26.	ПК-1	В чем заключается основной механизм развития диабетической фетопатии (макросомии)? 1.Гипогликемия матери → гиперинсулинизм плода 2.Гипергликемия матери → гиперинсулинизм плода → макросомия 3.Дефицит инсулина у плода 4.Повышенное потребление белка плодом 5.Артериальная гипертензия у матери	2
27.	ПК-1	Абсолютным противопоказанием к вынашиванию беременности при сахарном диабете является: 1.Ювенильная форма СД 2.Наличие СД у обоих родителей 3.Тяжелая диабетическая нефропатия с клиренсом креатинина < 50 мл/мин 4.Гестационный СД в анамнезе 5.Возраст беременной старше 35 лет	3
28.	ПК-1	В каком сроке беременности проводится второй этап ПГТТ для диагностики ГСД (при отсутствии нарушений в ранние сроки)? 1.10-12 недель 2.16-20 недель 3.24-28 недель 4.30-34 недели 5.Сразу после родов	3
29.	ПК-1	Какое изменение функции щитовидной железы происходит у здоровых женщин в первом триместре беременности? 1.Снижение секреции тиреоидных гормонов 2.Повышение функциональной активности и уровня тиреоидных гормонов 3.Атрофия ткани щитовидной железы 4.Развитие узлового зоба 5.Повышение чувствительности к йоду	2
30.	ПК-1	Основной причиной первичного гипотиреоза у беременных (до 90% случаев) является: 1.Дефицит йода 2.Оперативное удаление щитовидной железы 3.Хронический аутоиммунный тиреоидит (АИТ) 4.Лечение радиоактивным йодом в анамнезе 5.Опухоль гипофиза	3
31.	ПК-1	Для лечения тиреотоксикоза у беременных препаратом выбора является: 1.Препараты радиоактивного йода 2.Тиреостатики (пропилтиоурацил, тиамазол) в минимальных дозах 3.Хирургическое лечение во всех триместрах 4.Препараты лития	3

		5.Бета-блокаторы в монотерапии	
32.	ПК-1	При лечении тиреотоксикоза у беременной уровень свободного Т4 рекомендуется поддерживать: 1.На нижней границе нормы 2.На верхней границе нормы или несколько выше 3.Значительно ниже нормы для блокады ЩЖ плода 4.Не контролируется, только ТТГ 5.На уровне, характерном для небеременных	2
33.	ПК-1	Какое изменение мочевыводящих путей во время беременности является предрасполагающим фактором для развития гестационного пиелонефрита? 1.Сужение мочеточников 2.Расширение, удлинение и гипотония мочеточников 3.Усиление перистальтики мочеточников 4.Увеличение мышечного тонуса лоханок 5.Уменьшение объема «мертвого пространства»	2
34.	ПК-1	Наиболее частым возбудителем гестационного пиелонефрита является: 1.Кишечная палочка (E. coli) 2.Бледная трепонема 3.Микобактерия туберкулеза 4.Вирус простого герпеса 5.Кандида альбиканс	1
35.	ПК-1	Для какого заболевания почек характерна триада симптомов: отеки, артериальная гипертензия и протеинурия, развивающаяся после перенесенной ангины? 1.Гестационный пиелонефрит 2.Мочекаменная болезнь 3.Острый гломерулонефрит 4.Гидронефроз 5.Туберкулез почек	3
36.	ПК-1	Какой вариант желтухи относится к группе «Желтухи, обусловленные беременностью»? 1.Вирусный гепатит А 2.Желчнокаменная болезнь 3.Холестатический гепатоз (ВХБ) 4.Цирроз печени 5.Рак головки поджелудочной железы	3
37.	ПК-1	Для какого заболевания характерна классическая триада: гемолиз, повышение печеночных ферментов, тромбоцитопения? 1.Острый жировой гепатоз (ОЖДП) 2.Вирусный гепатит В 3.HELLP-синдром 4.Внутрипеченочный холестаз беременных (ВХБ) 5.Острый холецистит	3
38.	ПК-1	Акушерская тактика при подтвержденном диагнозе острой жировой дистрофии печени (ОЖДП): 1.Пролонгирование беременности до доношенного срока 2.Консервативная терапия гепатопротекторами в течение 2 недель 3.Немедленное родоразрешение 4.Перевод в инфекционное отделение 5.Плазмаферез и выжидательная тактика	3
39.	ПК-1	Первым и ведущим симптомом внутрипеченочного холестаза беременных (ВХБ) является:	3

		1.Желтуха 2.Боль в правом подреберье 3.Кожный зуд 4.Лихорадка 5.Диспепсия	
40.	ПК-1	Наиболее частой хирургической патологией у беременных является: 1.Острый холецистит 2.Острый панкреатит 3.Острый аппендицит 4.Острая кишечная непроходимость 5.Прободная язва желудка	3
41.	ПК-1	Что такое «токсические ножницы» при гангренозном аппендиците? 1.Сочетание высокой температуры и брадикардии 2.Несоответствие выраженности боли и мышечного напряжения 3.Сочетание тахикардии (более 100 уд/мин) и нормальной или субфебрильной температуры 4.Сочетание рвоты и запора 5.Разница в частоте пульса на правой и левой руке	3
42.	ПК-1	Основной причиной роста риска острой кишечной непроходимости (ОКН) у беременных в III триместре является: 1.Изменение гормонального фона и повышение внутрибрюшного давления 2.Прием препаратов железа 3.Гестационный пиелонефрит 4.Многоводие 5.Снижение физической активности	1
43.	ПК-1	Какой симптом считается патогномоничным для заворота сигмовидной кишки (положительная проба Цеге-Мантейфеля)? 1.Асимметрия живота 2.Рвота примесью крови 3.При клизме в прямую кишку можно ввести не более 500 мл жидкости 4.Отсутствие стула более 3 суток 5.Наличие чаш Клойбера на рентгенограмме	3
44.	ПК-1	Какая анемия является самой распространенной формой патологии крови у беременных (до 90%)? 1.В12-дефицитная анемия 2.Апластическая анемия 3.Железодефицитная анемия (ЖДА) 4.Гемолитическая анемия 5.Фолиеводефицитная анемия	3
45.	ПК-1	Какой уровень гемоглобина во II и III триместрах беременности является критерием анемии? 1.Менее 120 г/л 2.Менее 110 г/л 3.Менее 105 г/л 4.Менее 100 г/л 5.Менее 90 г/л	3
46.	ПК-1	Основным методом лечения идиопатической аутоиммунной гемолитической анемии у беременных является: 1.Спленэктомия 2.Глюкокортикоиды	2

		3.Препараты железа 4.Переливание эритроцитарной массы 5.Витамин В12	
47.	ПК-1	Какой тип родоразрешения предпочтителен при остром лейкозе у беременной? 1.Только плановое кесарево сечение 2.Родоразрешение через естественные родовые пути 3.Беременность пролонгируют до 40 недель для созревания плода 4.Метод родоразрешения не важен, главное - начать химиотерапию 5.Только экстренное кесарево сечение в любом сроке	2
48.	ПК-1	Невосполнимая потеря железа организмом женщины за одну беременность составляет примерно: 1.50-100 мг 2.200-300 мг 3.700-750 мг 4.Более 1500 мг 5.Менее 50 мг	3
49.	ПК-1	Какое артериальное давление является критерием хронической артериальной гипертензии (ХАГ) у беременной, если оно зафиксировано до 20 недель гестации? 1.≥ 130/80 мм рт. ст. 2.≥ 135/85 мм рт. ст. 3.≥ 140/90 мм рт. ст. 4.≥ 150/100 мм рт. ст. 5.≥ 160/110 мм рт. ст.	3
50.	ПК-1	Какой антигипертензивный препарат из перечисленных ПРОТИВОПОКАЗАН при беременности? 1.Метилдопа (Допегит) 2.Нифедипин пролонгированный 3.Эналаприл (ингибитор АПФ) 4.Лабеталол 5.Метопролол	3

Разработан:
ассистент кафедры акушерства и
гинекологии с курсом ДПО

Е.Ю. Сорокина