

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра акушерства и гинекологии №2**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки

31.05.02 Педиатрия

_____/Л.Я. Климов/

« ____ » ____ 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

И.о. зав. кафедрой акушерства и
гинекологии №2

_____/Д.В. Аксененко/

« ____ » ____ 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование
дисциплины

Производственная практика

Направление подготовки

31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль)

Практика акушерско-гинекологического
профиля

Форма обучения

Очная

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

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза.
ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

1. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ОПК-4 ОПК-7	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	10 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	25 с эталоном ответов
Всего		50 заданий

2. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

[illegible]

		3.Сгибание головки 4.Внутренний поворот плечиков, наружный поворот головки Установите правильную последовательность действий врача при диагностике беременности на ранних сроках: 1. бимануальное исследование (размеры матки) 2. определение ХГЧ в крови 3. анамнез и жалобы 4. УЗИ Установите правильную последовательность развития приступа эклампсии: 1. клонические судороги 2. фибриллярные подергивания мышц лица 3. тонические судороги 4. разрешение припадка 5. головная боль, нарушение зрения Установите правильную последовательность действий врача при предлежании плаценты: 1. определение срока и способа родоразрешения 2. изучение жалоб, анамнеза 3. УЗИ 4. наружное акушерское исследование 5. исследование с помощью зеркал Установите правильную последовательность действий врача при кровотечении, обусловленном нарушением выделения последа: 1. метод Креде-Лазаревича 2. операция ручного выделения последа 3. подтверждение наличия признаков отделения плаценты 4. метод Гентера 5. метод Абуладзе	3,1,2,4 5,2,3,1,4 2,4,5,3,1 3,5,4,1,2
3.	ОПК-4 ОПК-7	Сформулируйте вероятный диагноз. Повторнородящая 30 лет, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью при доношенной беременности. В анамнезе 1 физиологические роды, 6 артифициальных аборт. Течение первого и второго периодов родов без осложнений. Через 10 мин. после рождения плода началось кровотечение из половых путей. Признаки отделения плаценты отсутствуют. Кровопотеря 500 мл., кровотечение продолжается.	Беременность 40 недель. Положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция, передний вид. Роды 2, срочные, 3 период. Плотное прикрепление плаценты? Истинное приращение плаценты? ОГА.

		Сформулируйте вероятный диагноз. Первобеременная 19 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия менструации в течении двух месяцев. Соматический анамнез: в 15 лет перенесла единственную атаку ревматизма, после которой сформировался порок сердца. Ежегодно получает профилактическое противорецидивное лечение. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски; акроцианоза нет. Перкуторные границы сердца в пределах нормы. При аускультации выявлено ослабление I тона, короткий убывающий систолический шум на верхушке. Пульс 76 в минуту, ритмичен, удовлетворительных свойств, АД 115/70 – 115-65 мм.рт.ст. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Живот мягкий, не увеличен, край печени у реберной дуги, отеков нет. БИМАНУАЛЬНО: Тело матки в антефлексии-верзио, мягковатой консистенции, увеличено соответственно 6-7 неделям беременности, подвижно, безболезненно. Придатки не определяются, область их безболезненна. Сформулируйте клинический диагноз. К врачу женской консультации с целью постановки на диспансерный учет обратилась первобеременная 19 лет. С 14 лет страдает сахарным диабетом 1 типа, получает инсулин. Срок беременности 10 недель. Жалобы на жажду, сухость во рту, повышенный аппетит, полиурию. Кожа и слизистые бледные. Пульс 90 в мин. удовлетворительных свойств. АД 130/90 мм рт ст. Отеков нет. Сахар крови 15,8 ммоль/л. Гликированный гемоглобин 8,5% В анализе мочи: сахар 2,6%, белок 0,99%, большое количество цилиндров, реакция на ацетон (+++). Консультация окулиста: артерии глазного дна спазмированы, вены расширены, пролиферативная ретинопатия, множество свежих и старых мелкоточечных кровоизлияний. В родильное отделение доставлена роженица с жалобами на головную боль, тошноту, мелькание "мушек" перед глазами, схваткообразные боли внизу живота. Настоящая беременность пятая, срок 39 недель. В анамнезе: одни физиологические роды, 3 медицинских аборта без осложнений. С 30 недель данной беременности отмечает отеки, повышение АД до 150/100 мм.рт.ст. Лечения не получала. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: Общее состояние беременной тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, выраженные распространенные отеки. Пульс 92 в минуту, удовлетворительных свойств. АД 180/110 -175/100 мм.рт.ст. Над всей поверхностью легких везикулярное дыхание. ЧДД 24 в минуту. Родовая деятельность в течение 6 часов. Схватки по 40-45 секунд, 3 схватки за 10 минут, умеренной силы и болезненности. Вне схваток матка хорошо расслабляется, базальный тонус нормальный. ВДМ 36 см. ОЖ 95 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Головка хорошо прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, ясное 140 в минуту. Патологических выделений из гениталий нет. ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Шейка матки сглажена, края зева тонкие, мягкие, растяжимые. Открытие маточного зева 8-9 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева. Сформулируйте клинический диагноз.	Беременность 6-7 недель. Ревматизм, ремиссия. Приобретенный порок сердца: митральная недостаточность. ХСН 0. Беременность 10 недель. СД 1 типа, тяжелое течение. Диабетическая ангиоретинопатия, нефропатия. Кетоацидоз. Беременность 39 недель. Положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция. Роды 2, срочные, 1 период, активная фаза. Тяжелая преэклампсия. ОГА.
--	--	--	--

	В родильное отделение доставлена роженица с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, головную боль, слабость, сонливость. По информации сопровождающего персонала, дома отмечалось два судорожных приступа с потерей сознания. Соматический анамнез отягощен хроническим пиелонефритом с частыми обострениями. Настоящая беременность вторая, срок 37-38 недель, роды вторые. С 32 недель отмечается гипертензия, отеки – не лечилась. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: Общее состояние роженицы тяжелое. В сознании, однако, в окружающем ориентируется плохо, на вопросы отвечает неадекватно, заторможена. Зрачки обычных размеров, равновеликие; корнеальный и зрачковый рефлексы сохранены. Выраженные распространенные отеки. Тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС 100 в минуту. АД 180/110 мм.рт.ст. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Родовая деятельность продолжается 9 часов. Схватки по 40-45 секунд, 4 за 10 минут, потужного характера. Вне схватки матка расслабляется хорошо, симметрична, безболезненна, ВДМ 35 ОЖ 92 см. Положение плода продольное, головное предлежание; головка в полости малого таза. Сердцебиение плода не определяется. Патологических выделений из гениталий нет. ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Шейка матки не определяется, открытие полное. Головка в широкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Плодного пузыря нет. Данные дополнительного обследования: гематокрит 42%; общий белок крови 52г/л; билирубин 58 мкмоль/л; АСТ 50 МЕ/л; АЛТ 70 МЕ/л; свертывающая система: фибриноген 6,2 г/л; протромбиновое время 10 сек; тромбиновое время 20 сек; АЧТВ 20 сек.; Тромбоциты – 100x10⁹/л. Сформулируйте клинический диагноз. Повторнородящая 28 лет, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью при доношенной беременности. В анамнезе 2 физиологических родов, 1 патологические, осложнившиеся гипотоническим кровотечением, 6 искусственных абортов. Течение настоящих родов осложнилось первичной слабостью родовой деятельности, в связи с чем проводилась родостимуляция окситоцином. Продолжительность первого периода родов 13 часов, второго – 40 минут. Родилась живая доношенная девочка массой 4300. Через 10 минут самостоятельно отделилась плацента и выделился послед со всеми дольками и оболочками. С последом одномоментно выделилось около 400 мл. крови. Родовые пути осмотрены в зеркалах – целы. Матка сократилась недостаточно, периодически расслабляется, дно ее на уровне пупка. Из половых путей порциями выделяется кровь, жидкая и в сгустках. Общее состояние родильницы удовлетворительное. Кровопотеря составила 600 мл, кровотечение продолжается. Сформулируйте клинический диагноз. Первобеременная 32-х лет, направлена в отделение патологии беременных. Артериальное давление до беременности не повышалось. С 26 недель беременности зарегистрировано в ЖК повышение АД до 140/90 мм рт ст., получала допегит 250 мг 2 раза в день, давление снизилось до 120/70 мм рт ст. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 31 года, беременность первая наступила сразу, срок ее 34-35 нед. С 33 нед. беременности отмечаются отеки нижних конечностей, в последние две недели - стойкая гипертензия. Получает допегит 250 мг 2 раза в день. Состояние беременной при осмотре удовлетворительное, жалоб нет. PS 84 в мин, ритмичный, удовлетворительных свойств.	Беременность 37-38 недель. Положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция передний вид. Роды 2, срочные, 2 период. Эклампсия. Антенатальная гибель плода. Тромбоцитопения. Хронический пиелонефрит. Беременность 40 недель. Положение плода продольное, головное предлежание. Роды 3 срочные. Ранний послеродовый период. Первичная слабость родовой деятельности, родостимуляция. Крупный плод. ОАГА. Гипотоническое маточное кровотечение. Беременность 34-35 недель. Положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция. Умеренная преэклампсия.
--	--	---

	АД 145/90, 150/90 мм рт. ст. В моче — белок 2 г/л. Живот увеличен за счет беременности ВДМ 35 см ОЖ 96 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода ритмичное, ясное 136 в мин., слева ниже пупка. Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей. Шейка матки отклонена к крестцу, длиной 3,5 см. ткани ее плотные. Цервикальный канал закрыт. Через своды определяется предлежащая головка. Костный таз не изменен. Сформулируйте клинический диагноз.	
	Первородящая 23 лет, поступила в родильное отделение с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью, продолжающейся 6 часов. Настоящая беременность первая, с 30 нед. беременности появились клинические признаки гестационного пиелонефрита, лечение не проводилось. В течение последнего месяца - отеки нижних конечностей, стойкая гипертензия. Состояние роженицы удовлетворительное. Жалоб нет. PS 80 в мин, ритмичный. АД 150/100 мм. рт ст. Схватки по 40 сек., умеренной силы, болезненные, 3 схватки за 10 мин. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ритмичное, ясное, слева ниже пупка 140 в мин. Размеры таза 25-28-31-20см. ВДМ 36 см., ОЖ 100 см. Отеки нижних и верхних конечностей. В анализе мочи - белок 1,26 г/л, лейкоцитов 25- 30 в поле зрения. Биохимические тесты в норме. Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, мягкие, открытие 4 см. Плодный пузырь цел, выражен. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Костный таз не изменен. Сформулируйте клинический диагноз.	Беременность 40 недель. Положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция. Роды 1, срочные 1 период, латентная фаза. Гестационный пиелонефрит. Умеренная преэклампсия.
	Пациентка М., 23 лет, обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры до субфебрильных цифр, появление белей желтого цвета с неприятным запахом. Сформулируйте клинический диагноз.	Острый сальпингоофорит, эндометрит, обострение хронического воспаления или инфекции нижних отделов половых путей.
	Больная 47 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. ИЗ АНАМНЕЗА: Перенесённые заболевания — грипп, ангина, в 30 лет аппендэктомия. Менструации с 14 лет, регулярные, через 30 дней, по 5 дней, безболезненные. Последняя менструация 3 месяца назад. Половая жизнь с 23 лет. Беременностей — 2, закончились срочными родами. Гинекологические заболевания отрицает. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ: Считает себя больной в течение 10 дней, когда после 3-х месячного отсутствия менструации начались кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся до настоящего времени. ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. АД 130/80 мм. рт. ст., пульс 80 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные половые органы развиты правильно. В ЗЕРКАЛАХ: Шейка матки цилиндрической	Аномальное маточное кровотечение (АМК) перименопаузального периода — предположительно АМК-М (PALM-COEIN), требующее исключения гиперплазии эндометрия.

		формы, зев щелевидный, слизистая розовая, выделения кровянистые, умеренные. БИМАНУАЛЬНО: Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие. ДИАГНОЗ (FIGO)?	
4.	ОПК-4 ОПК-7	1. Перечислите действия врача при кровотечении, обусловленном нарушении выделения последа: 2. Что определяется при помощи 1 приема Леопольда-Левицкого 3. Проводная ось таза – это 4. Перечислите размеры большого таза 5. Продолжительность 3 периода родов не должна превышать	Определить признаки отделения плаценты, применить методы наружного отделения плаценты (метод Амбуладзе), выполнить операцию ручного отделения плаценты. Высота стояния дна матки Точка пересечения всех прямых размеров 25-26 28-29 30-31 20-21 30 минут
5.	ОПК-4 ОПК-7	Наиболее частой причиной кровотечения в третьем периоде родов является: 1. нарушение в система гемостаза 2. частичное плотное прикрепление плаценты 3. частичное истинное приращение плаценты 4. разрыв шейки матки 5. задержка частей плаценты. Начальным критерием гипертензии при преэклампсии является АД выше: 1. 120/80 мм.рт.ст 2. 135/85 мм.рт.ст 3. 140/90 мм.рт.ст 4. 145/90 мм.рт.ст 5. 150/100 мм.рт.ст Современными особенностями преэклампсии являются:	2 3 5

	1. преобладание сочетанных форм 2. раннее начало преэклампсии во второй половине беременности 3. волнообразное течение 4. резистентность к проводимому лечению 5. все ответы правильны	
	Современными особенностями преэклампсии являются: 1. преобладание атипичных форм 2. «стертое» течение 3. длительное течение 4. высокая материнская смертность 5. все ответы верны	5
	Клинико-лабораторными критериями умеренной преэклампсии являются: 1. гипертензия не выше 159/109 мм.рт.ст. 2. ангиоретинопатия 3. прирост АД 25-30% к исходному 4. ХПН, СЗРП I степени 5. альбуминурия 0,3 г/л и более в суточном количестве мочи	1,3,4,5
	Клинико-лабораторными критериями тяжелой преэклампсии являются: 1. артериальная гипертензия свыше 160/110 мм.рт.ст. 2. выраженные изменения лабораторных данных 3. ангиопатия II ст., ангиретинопатия 4. ХПН, СЗРП II-III ст. 5. все ответы верны	5
	Для кровотечения при предлежании плаценты характерно: 1. внезапность возникновения 2. рецидивирующий характер 3. безболезненность 4. различная интенсивность 5. все выше перечисленное	5
	Наиболее характерный клинический симптом предлежания плаценты: 1. боли внизу живота 2. изменение сердцебиения плода 3. изменение формы матки 4. кровотечение различной интенсивности	4
	излитие вод Клинические признаки тяжелой формы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты: 1. внутреннее и наружно-внутреннее кровотечение 2. болевой синдром 3. острая гипоксия плода	5

	4. гипертонус, асимметрия матки 5. все перечисленное выше Основным фактором, определяющим развитие острой формы ДВС-синдрома при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, является: 1. маточно-плацентарная апоплексия 2. морфофункциональные изменения плаценты 3. повреждение эндотелия сосудов 4. поступление тромбопластических тканевых субстанций в кровеносную систему матери 5. все перечисленное выше Что из перечисленного НЕ является видом нарушения менструального цикла? а) Полименорея б) Альгодисменорея в) Гиперменорея г) Аменорея При каком состоянии бели считаются физиологическими? а) Обильные, творожистые б) Скудные, слизистые, не раздражающие кожу в) Пенистые, с неприятным запахом г) Гнойные, желто-зеленые Какой индекс массы тела (ИМТ) считается нормой для женщины репродуктивного возраста? а) 15-19 б) 20-26 в) 27-30 г) >30 Андроидный (висцеральный) тип ожирения диагностируется при отношении объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ): а) <0.85 б) >0.85	4 б б б
--	---	-------------------------------------

	в) =1.0 г) <0.7 Какой тип телосложения характеризуется преобладанием продольных размеров, сниженным мышечным тонусом и часто сопровождается неправильным положением матки? а) Гиперстенический б) Астенический в) Инфантильный г) Интерсексуальный Какие из перечисленных состояний относятся к факторам риска рака эндометрия? 1. Ожирение 2. Раннее менархе 3. Гипотиреоз 4. Поздняя менопауза (после 55 лет) 5. Множественные роды в анамнезе Какой объём менструальной кровопотери считается нормальным? 6. До 90 мл 7. До 80 мл 8. До 8 мл 9. До 85 мл Какой метод лечения АМК наиболее эффективен для уменьшения менструальной кровопотери у женщин, не планирующих беременность? 1. НПВП 2. Комбинированные оральные контрацептивы 3. Левоноргестрел-ВМС 4. Гестагены в лютеиновую фазу	б 1,2,4 2 3
--	---	---

		Какие лабораторные исследования рекомендованы при АМК всем пациенткам? 1. Общий анализ крови 2. Коагулограмма 3. Ферритин 4. Гонадотропины 5. ХГЧ	1,2,3,5
		При толщине эндометрия ≤ 4 мм у пациентки в постменопаузе на фоне МГТ и отсутствии факторов риска РЭ рекомендуется: 1. Немедленная гистероскопия 2. Выжидательная тактика 3. Назначение гестагенов 4. УЗИ каждую неделю	2

Разработан:

Учебным ассистентом кафедры акушерства и гинекологии №2

О.Г. Сысоева

Методические рекомендации

Задания для оценочных средств должны быть пяти типов

Типы заданий и примерный сценарий выполнения

№ п/п	Тип заданий	Сценарий выполнения	Примерное время выполнения минут
1	Задание закрытого типа на установление соответствия	1. Внимательно прочитать текст задания и понять, что в качестве ответа ожидаются пары элементов. 2. Внимательно прочитать оба списка: – список 1 — вопросы, утверждения, факты, понятия и т.д.; – список 2 — утверждения, свойства объектов и т.д. 3. Сопоставить элементы списка 1 с элементами списка 2, сформировать пары элементов.	1-3

		4. Записать попарно буквы и цифры (в зависимости от задания) вариантов ответа (например, А1 или Б4)	
2	Задание закрытого типа на установление последовательности	1. Внимательно прочитать текст задания и понять, что в качестве ответа ожидается последовательность элементов. 2. Внимательно прочитать предложенные варианты ответа. 3. Построить верную последовательность из предложенных элементов. 4. Записать буквы/цифры (в зависимости от задания) вариантов ответа в нужной последовательности без пробелов и знаков препинания (например, БВА или 135)	3-5
3	Задание закрытого типа с выбором одного или нескольких верных вариантов ответа из четырех предложенных	1. Внимательно прочитать текст задания и понять, что в качестве ответа ожидается только один из предложенных вариантов. 2. Внимательно прочитать предложенные варианты ответа. 3. Выбрать один ответ, наиболее верный. 4. Записать только номер (или букву) выбранного варианта ответа.	1-3
4	Задания открытого типа с кратким ответом/ вставить термин, словосочетание.... ., дополнить предложенное.	1. Внимательно прочитать текст задания и понять суть вопроса. 2. Продумать логику и полноту ответа. 3. Записать ответ, используя четкие компактные формулировки. 4. В случае расчетной задачи записать решение и ответ	3-5
5	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	1. Внимательно прочитать текст задания и понять суть вопроса. 2. Продумать логику и полноту ответа. 3. Записать ответ, используя четкие компактные формулировки. 4. В случае расчетной задачи записать решение и ответ	5-10

Инструкции по выполнению заданий разного типа

Тип задания	Инструкция
Задание закрытого типа на установление соответствия	Прочитайте текст и установите соответствие
Прочитайте текст и установите последовательность	Прочитайте текст и установите последовательность
Задание закрытого типа с выбором одного или нескольких верных вариантов ответа из четырех предложенных	Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)
Задания открытого типа с кратким ответом/ вставить термин, словосочетание	Прочитайте текст и продолжите предложение
Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ