

Приложение к рабочей программе

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Направление подготовки (специальность): 31.05.01 Лечебное дело

Форма обучения _очная_

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

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

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

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

2. Перечень оценочных средств

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

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тестовый контроль	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
3	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

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

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-3, ОПК - 1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-5, ПК-6, ПК-10	Текущий	Раздел 1 Преэклампсия, эклампсия. Тромботические микроангиопатии в акушерстве. Раздел 2 Массивные акушерские кровотечения. Раздел 3 Эмболия амниотической жидкостью.	<i>Тестовый контроль Решение ситуационных задач Реферат Зачет</i>

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: стестового контроля, решения ситуационных задач, Оценочные средства для текущего контроля.

4.1 Ситуационные задачи (УК-1, УК-3, ОПК - 1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Задача 1 <https://sdo.pimunn.net/mod/assign/view.php?id=204999>

Задача 2. <https://sdo.pimunn.net/mod/assign/view.php?id=196215>

Задача 3. <https://sdo.pimunn.net/mod/assign/view.php?id=205003>

Задача 4. <https://sdo.pimunn.net/mod/assign/view.php?id=205007>

Задача 5. <https://sdo.pimunn.net/mod/assign/view.php?id=196605>

Задача 6 <https://sdo.pimunn.net/mod/assign/view.php?id=196604>

4.2. Вопросы тестового контроля (УК-1, УК-3, ОПК - 1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

1. Наиболее информативными для диагностики низкой плацентации во время беременности являются данные:

- а) осмотра с помощью зеркал
- б) наружного акушерского исследования
- в) УЗИ
- г) влагалищного исследования
- д) кольпоскопии

2. Выберите верное определение гестационной артериальной гипертензии:

- а) повышение АД ($\geq 140/90$ мм рт.ст.), впервые зафиксированное после 20-й недели беременности и сопровождающееся признаками полиорганной недостаточности
- б) повышение АД ($\geq 140/90$ мм рт.ст.), впервые зафиксированное после 24-й недели беременности и не сопровождающееся значимой протеинурией ($< 0,3$ г/л)
- в) повышение АД ($\geq 140/90$ мм рт.ст.), впервые зафиксированное до 20-й недели беременности и не сопровождающееся значимой протеинурией ($< 0,3$ г/л)
- г) повышение АД ($\geq 140/90$ мм рт.ст.), впервые зафиксированное после 20-й недели беременности и сопровождающееся клинически значимой протеинурией ($> 0,3$ г/л)
- д) повышение АД ($\geq 140/90$ мм рт.ст.), впервые зафиксированное после 20-й недели беременности и не сопровождающееся значимой протеинурией ($< 0,3$ г/л)

3. Судорожный приступ при эклампсии сопровождается:

- а) всем перечисленным
- б) расширением зрачков
- в) цианозом
- г) апноэ
- д) прикусыванием языка

4. Что из перечисленных данных лабораторных исследований характерно для диагноза внутрисосудистого гемолиза?

- а) все перечисленные
- б) уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ) > 50 МЕ/л;
- в) повышение уровня гаптоглобина более 3 г/л
- г) уровень непрямого билирубина менее 10 г/л
- д) наличие фрагментированных эритроцитов

5. В основе патогенеза тромботической тромбоцитопенической пурпуры лежит:

- а) недостаточная активность металлопротеазы ADAMTS13
- б) шига-токсин-опосредованная активация комплемента
- в) трансплантация
- г) действие нейраминидазы
- д) активация комплемента

6. Рекомендовано назначить КТГ плода с 26 недель беременности при тяжелой преэклампсии:
- а) ежедневно
 - б) 1 раз в 2 дня
 - в) 1 раз в 10 дней
 - г) 1 раз в неделю
 - д) 1 раз в 3 дня
7. Магния сульфат вводится по следующей схеме:
- а) в начальной дозе 6 г сухого вещества (24 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 2 г/час (8 мл/час 25% раствора)
 - б) схема введения подбирается индивидуально в зависимости от веса пациентки
 - в) в начальной дозе 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствора)
 - г) в дозе 2 г/час (8 мл/час 25% раствора)
 - д) в начальной дозе 2 г сухого вещества (8 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствора)
8. Беременной пациентке группы высокого риска преэклампсии рекомендовано:
- а) назначение диуретиков
 - б) назначение производных прегнина
 - в) назначение магния сульфата
 - г) назначение рыбьего жира из печени тресковых рыб
 - д) выполнение аэробных упражнений 3-4 раза в неделю по 45-90 минут
9. Ранняя послеродовая эклампсия возникает:
- а) в первые 14 дней после родов
 - б) в первые 72 часа после родов
 - в) через 48 часов после родов в течение 28 суток после родов
 - г) в первые 7 дней после родов
 - д) в первые 48 часов после родов
10. Ведение пациентки с тяжелой ПЭ включает в себя все, кроме:
- а) измерение АД каждые 15 минут до достижения стабилизации
 - б) катетеризация мочевого пузыря
 - в) катетеризация периферической вены
 - г) почасовой контроль диуреза
 - д) рутинное измерение ЦВД
11. Для типичного гемолитико-уремического синдрома характерно:
- а) активность ADAMTS-13 менее 10%
 - б) антинуклеарные антитела
 - в) антитела к ADAMTS-13
 - г) положительные результаты иммунного блоттинга на ВИЧ-инфекцию
 - д) определение в образцах фекалий ДНК энтерогеморрагических E.coli методом ПЦР
12. Послеродовое кровотечение — это
- а) кровопотеря, превышающая или равная 1000 мл при естественных родах и 1500 мл и более при оперативном родоразрешении, или любой клинически значимый объем кровопотери (приводящий к гемодинамической нестабильности), возникающий на протяжении 42 дней после рождения плода.
 - б) кровопотеря, превышающая или равная 500 мл при естественных родах и 1000 мл и более при оперативном родоразрешении, или любой клинически значимый объем кровопотери (приводящий к гемодинамической нестабильности), возникающий на протяжении 42 дней после рождения плода.
 - в) кровопотеря, превышающая или равная 400 мл при естественных родах и 800 мл и более при оперативном родоразрешении, или любой клинически значимый объем кровопотери (приводящий к гемодинамической нестабильности), возникающий на протяжении 42 дней после рождения плода.
 - г) кровопотеря, превышающая или равная 500 мл при естественных родах и 1000 мл и более при оперативном родоразрешении, или любой клинически значимый объем

кровопотери (приводящий к гемодинамической нестабильности), возникающий на протяжении 60 дней после рождения плода.

д) кровопотеря, превышающая или равная 500 мл при естественных родах и при оперативном родоразрешении, или любой клинически значимый объем кровопотери (приводящий к гемодинамической нестабильности), возникающий на протяжении 42 дней после рождения плода.

13. К основным этиологическим факторам риска раннего гипотонического кровотечения не относится:

- а) многоводие
- б) эпизиотомия
- в) длительная токолитическая терапия
- г) родостимуляция окситоцином
- д) многоплодная беременность

14. Позднее послеродовое кровотечение – это

- а) кровотечение, возникшее позже 24 часов после родов в течение 8 недель послеродового периода
- б) кровотечение, возникшее позже 24 часов после родов в течение 6 недель послеродового периода
- в) кровотечение, возникшее позже 48 часов после родов в течение 6 недель послеродового периода
- г) кровотечение, возникшее позже 12 часов после родов в течение 6 недель послеродового периода
- д) кровотечение, возникшее позже 2 часов после родов в течение 6 недель послеродового периода

15. Нормальные показатели шокового индекса после родов составляют:

- а) 1,0-1,4
- б) 0,7-0,9
- в) 1,0-1,5
- г) 1,2-1,5
- д) 1,0-1,3

16. При проведении терапии массивного послеродового кровотечения рекомендовано поддерживать все следующие показатели, кроме:

- а) фибриноген более 2 г/л
- б) ПТВ и АЧТВ не превышающее норму в 1,5 раза
- в) фибриноген менее 2 г/л
- г) гемоглобин более 70 г/л
- д) количество тромбоцитов более $50 \cdot 10^9/\text{л}$

17. ПОЗДНЯЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ ВОЗНИКАЕТ:

- а) после 36 недель беременности
- б) после 34 недель беременности
- в) после 28 недель беременности
- д) после 22 недель беременности

18. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ НЕ РЕКОМЕНДОВАНЫ:

- а) клонидин
- б) нифедипин
- в) дилтиазем
- г) метопролол
- д) метилдопа

19. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ - ЭТО ТАКАЯ ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПЛАЦЕНТА, КАК ПРАВИЛО, РАСПОЛАГАЕТСЯ:

- а) в нижнем сегменте матки
- б) в теле матки
- в) в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев

20. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) сахарный диабет
 - б) хроническая артериальная гипертензия
 - в) воспалительные заболевания матки в анамнезе
21. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) разрыв матки по рубцу
 - б) плотное прикрепление плаценты
 - в) дефект последа
22. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ - ЭТО:
- а) отслойка плаценты в третьем периоде родов
 - б) отслойка плаценты только во время беременности
 - в) отслойка плаценты во время беременности, в первом и втором периодах родов
 - д) отслойка плаценты только в родах
23. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО:
- а) внутреннее или комбинированное
 - б) гипоксия плода
 - в) рецидивирующий характер
 - д) гипертонус матки
24. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:
- а) поперечное и косое положение плода
 - б) гипертонус матки
 - в) асимметрия матки
 - д) гипоксия плода
25. Массивная кровопотеря- это
- а) одномоментная потеря более ≥ 2000 мл крови или ≥ 2500 мл крови за 3 часа
 - б) одномоментная потеря более ≥ 500 мл крови или ≥ 1500 мл крови за 3 часа
 - в) одномоментная потеря более ≥ 1500 мл крови или ≥ 2500 мл крови за 3 часа
 - г) одномоментная потеря более ≥ 1000 мл крови или ≥ 2000 мл крови за 3 часа
 - д) одномоментная потеря более ≥ 500 мл крови или ≥ 1000 мл крови за 3 часа
26. При наличии какого из факторов возможно ведение родов через естественные родовые пути?
- а) нарушение параметров гемодинамики у беременной при ПОНРП
 - б) наличие выраженного внутреннего кровотечения
 - в) непрогрессирующая ПОНРП с признаками дистресса плода
 - г) прогрессирующая ПОНРП
 - д) непрогрессирующей ПОНРП в I периоде родов
27. Какой из перечисленных факторов не ассоциирован с увеличением риска эмболии амниотической жидкостью?
- а) кесарево сечение
 - б) дискоординация родовой деятельности
 - в) эпизиотомия
 - г) ПОНРП
 - д) многоводие
28. ДЛЯ ПОЛНОГО ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО:
- а) отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в послеродовом периоде
 - б) сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода
 - в) небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода
 - д) несворачиваемость крови, вытекающей из половых путей
29. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС - ЭТО:
- а) частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД
 - б) частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД
 - в) частное от деления частоты дыхания на частоту пульса
 - д) частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту

пульса

30. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) окситоцин
- б) метилэргометрин
- в) мизопростол
- д) карбетоцин

31. РОЖЕНИЦА НАХОДИТСЯ В 3-М ПЕРИОДЕ РОДОВ, 8 МИНУТ НАЗАД РОДИЛСЯ ПЛОД МАССОЙ 3500 Г. ВНЕЗАПНО УСИЛИЛИСЬ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ, КРОВОПОТЕРЯ ДОСТИГЛА 200 МЛ. ЧТО ДЕЛАТЬ?

- а) определить признаки отделения последа
- б) произвести ручное отделение и выделение последа
- в) приступить к выделению последа наружными приемами
- г) ввести сокращающие матку средства

32. ТАКТИКА РОДОСТИМУЛЯЦИИ ОКСИТОЦИНОМ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ВКЛЮЧАЕТ

- а) в/в дозированное введение окситоцина, начиная с минимальной скорости, с постепенным увеличением скорости каждые 15-20 минут
- б) проведение стимуляции при целом плодном пузыре
- в) антибиотикопрофилактику
- г) длительность стимуляции в течение 6-8 часов

33. НАЛИЧИЕ АРИТМИЧНЫХ, БОЛЕЗНЕННЫХ, РАЗЛИЧНОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ СХВАТОК ПРИ ОТСУТСТВИИ ДИНАМИКИ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ НА ФОНЕ АКТИВНОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- а) патологического прелиминарного периода
- б) дискоординированной родовой деятельности
- в) чрезмерно сильной родовой деятельности
- г) гиперстимуляции окситоцином

34. ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭТО:

- а) аномалия характеризующаяся чрезвычайно сильными и частыми схватками и потугами на фоне повышенного тонуса матки
- б) это аномалия возникает с самого начала родов и продолжается в течение всех родов, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы сглаживания, раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе
- в) это аномалия возникает после периода нормальной родовой деятельности, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе
- г) аномалия, характеризующаяся нескоординированными сокращениями между отделами матки, нарушение принципа «тройного нисходящего градиента» и рассогласованностью в работе продольных и поперечных гладкомышечных элементов

35. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОЛОСТНЫХ ЩИПЦОВ СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ В ПРАВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ; В КАКОМ РАЗМЕРЕ МАЛОГО ТАЗА НАЛОЖИТЬ ЩИПЦЫ И ЛОЖКА ПРИ ЭТОМ БУДЕТ «БЛУЖДАЮЩАЯ»?

- а) в правом косом, «блуждающая» правая ложка
- б) в правом косом, «блуждающая» левая ложка
- в) в левом косом, «блуждающая» правая ложка
- г) в левом косом, «блуждающая» левая ложка

36. МИНИМАЛЬНЫМ ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКИМ ИНТЕРВАЛОМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) 9 мес
- б) 24 + 9 мес
- в) 12 мес
- г) 12 + 9 мес

37. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВТОРОГО ЭТАПА ОПЕРАЦИИ

КОМБИНИРОВАННОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА НА НОЖКУ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ

- а) захватывается нижележащая ножка
- б) захватывается вышележащая ножка
- в) выбор ножки не имеет значения
- г) выбор ножки зависит от его массы

38. ПЕРВОБЕРЕМЕННАЯ, 26 ЛЕТ, ПОСТУПИЛА В РОДДОМ С ОТОШЕДШИМИ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ И ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТЬЮ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ; ПРОВОДИЛАСЬ СТИМУЛЯЦИЯ ОКСИТОЦИНОМ; ЧЕРЕЗ 10 МИНУТ ОТ НАЧАЛА ПОТУГ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА СОСТАВИЛО 100 УДАРОВ В МИНУТУ; ПРИ ОСМОТРЕ ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОЛНОЕ, ГОЛОВКА ПЛОДА В УЗКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА, СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ В ПРАВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ, МАЛЫЙ РОДНИЧОК К ПЕРЕДИ; ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ:

- а) вакуум-экстракция
- б) операция акушерские щипцы
- в) краниотомия
- г) кесарево сечение

39. ИМЕЮТСЯ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПОЛОСТНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ; ПЛОД ЖИВОЙ, СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ; ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОЛНОЕ, ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ НЕТ, ГОЛОВКА ПЛОДА В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА, СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ В ЛЕВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ, МАЛЫЙ РОДНИЧОК СПРАВА СПЕРЕДИ; В КАКОМ РАЗМЕРЕ МАЛОГО ТАЗА НАДО НАЛОЖИТЬ ЩИПЦЫ И КАКАЯ ЛОЖКА ЩИПЦОВ ПРИ ЭТОМ БУДЕТ "БЛУЖДАЮЩЕЙ"?

- а) в левом косом размере, "блуждающая" правая ложка
- б) в левом косом размере, "блуждающая" левая ложка
- в) в правом косом размере, "блуждающая" левая ложка
- г) в правом косом размере, "блуждающая" правая ложка

40. ПРИ ПЛОТНОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ ВОРСИНЫ ХОРИОНА, КАК ПРАВИЛО, ПРОНИКАЮТ В ГЛУБЬ СТЕНКИ МАТКИ

Вопрос 40 Выберите один ответ: а.

- а) в миометрий
- б) в компактный слой слизистой оболочки
- в) в базальный слой слизистой оболочки
- г) в спонгиозный слой слизистой оболочки

41. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС - ЭТО

- а) частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД
- б) частное от деления частоты дыхания на частоту пульса
- в) частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса
- г) частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД

42. ПРИЧИНОЙ ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОГО РАЗРЫВА МАТКИ В РОДАХ МОЖЕТ БЫТЬ:

- а) крупный плод
- б) неправильное вставление головки
- в) наличие в анамнезе воспалительных изменений в миометрии
- г) клинически узкий таз

43. ПРИ ИСТИННОМ ПРИРАЩЕНИИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ПРАВИЛО, ПОКАЗАНО

- а) выскабливание послеродовой матки
- б) ручное отделение плаценты
- в) введение окситоцина
- г) надвлагалищная ампутация матки

44. ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ "МИГРАЦИЮ" ПЛАЦЕНТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) перемещение ворсин хориона по базальной мембране матки
- б) повышенная ферментативная активность ворсин хориона

- в) растяжение (дистракция) циркулярных гладкомышечных волокон матки
 г) сокращение (контракция) гладкомышечных волокон
45. ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ "МИГРАЦИЮ" ПЛАЦЕНТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
- а) перемещение ворсин хориона по базальной мембране матки
 б) повышенная ферментативная активность ворсин хориона
 в) атрофия нижней части плаценты и более активное развитие верхней части плаценты
 г) сокращение (контракция) гладкомышечных волокон
46. ПРИ НЕПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ, ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ РОДОВЫХ ПУТЕЙ, И ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА НА 5-6 СМ РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПОКАЗАНО
- а) путем кесарева сечения
 б) через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией
 в) через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции
 г) через естественные родовые пути
47. У ПОВТОРНОРОДЯЩЕЙ ПРИ ОТКРЫТИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА 4-5 СМ ДИАГНОСТИРОВАНО НЕПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ, ГОЛОВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ОТСУТСТВУЕТ. ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ МАССА ПЛОДА - 3300 Г. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ
- а) внутривенное капельное введение спазмолитиков
 б) кесарево сечение
 в) проведение амниотомии и при отсутствии кровотечения возможны роды через естественные родовые пути
 г) ведение родов через естественные родовые пути с выжидательной тактикой
48. В КАКОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОИСХОДИТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ОЦК
- а) в 26-28 недель
 б) в 20-22 неделю
 в) в 32-34 недели
 г) в 12-14 недель
49. УХУДШЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО НАБЛЮДАЕТСЯ Вопрос 49 Выберите один ответ: а.
- а) с 20-24 недель беременности
 б) с 33-34 недель беременности
 в) с ранних сроков беременности
 г) с 12-13 недель беременности
50. УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ НАТОЩАК $<5,1$ ММОЛЬ/Л, В ХОДЕ ПГТТ ЧЕРЕЗ 1 ЧАС $<10,0$ ММОЛЬ/Л, ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА $\geq 7,8$ ММОЛЬ/Л И $<8,5$ ММОЛЬ/Л – ЭТО
- а) ГСД
 б) «манифестный» СД
 в) вариант нормы для небеременных
 г) вариант нормы при беременности

Ключи к тесту:

Вопрос	Ответ
1	в
2	а
3	а
4	д
5	а
6	а
7	в
8	д

9	В
10	Д
11	Д
12	Б
13	Б
14	Б
15	Б
16	В
17	Б
18	В
19	В
20	В
21	а
22	В
23	В
24	а
25	В
26	Д
27	В
28	а
29	а
30	а
31	Г
32	а
33	В
34	Б
35	В
36	В
37	Б
38	Б
39	Б
40	Г
41	а
42	а
43	Б
44	В
45	Г
46	а
47	В
48	Г
49	В
50	Г

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

Содержание оценочного средства (вопросы, темы рефератов.)

5.1.1. Темы рефератов по дисциплине

1. Современные технологии лечения акушерских кровотечений.
2. ДВС-синдром в акушерстве.
3. Органосохраняющая и кровесберегающая тактика при вращении плаценты.
4. Интенсивная терапия острой массивной кровопотери в акушерстве.
5. Поэтапный хирургический гемостаз в акушерстве.

6. Современные концепции скрининга и профилактики преэклампсии.
7. Атипичный гемолитико-уремический синдром в акушерской практике.
8. Особенности ведения беременных с тромботической тромбоцитопенической пурпурой.
9. Прогностические маркеры развития преэклампсии.
10. Дифференциальная диагностика различных вариантов тромботических микроангиопатий в акушерстве.
11. Мультидисциплинарный подход в ведении и лечении пациенток с тромботическими микроангиопатиями в акушерском стационаре.
12. Геморрагический шок в акушерстве.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для тестирования:

- Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)
 Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)
 Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)
 Оценка «2» (Неудовлетворительно) - балла (менее 70%)

Для ситуационных задач:

«Отлично» - студент свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу: полностью сформулирован клинический диагноз; дано обоснование диагноза и ответы на все поставленные вопросы. Студент умеет систематизировать, обобщать и применять знания в смежных дисциплинах. В ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность понятий. Ответ изложен литературным языком с использованием медицинской терминологии, логичен, доказателен.

«Хорошо» - студент достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе.

«Удовлетворительно» - студент с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же может при необходимости решить ситуационную задачу на практике.

«Неудовлетворительно» - студент имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи: неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Средний/высокий

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Экономика» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – *ссылка* <https://sdo.pimunn.net/mod/quiz/view.php?id=196700>