

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Специальность: 31.08.01 Акушерство и гинекология

Кафедра: акушерства и гинекологии ФДПО

Форма обучения: очная

Владимир
2023

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

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

2. Перечень оценочных средств

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

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины

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, УК-4, ПК-1, ПК-6, ПК-7	Текущий	Раздел 1. Проблемы эндокринологии в гинекологии Раздел 2. Контрацепция и МГТ в практике врача акушера-гинеколога	Ситуационные задачи
УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-6, ПК-7	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тестовые задания Собеседование

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

4.1 Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач

Перечень ситуационных задач для оценки компетенций УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-6, ПК-7

Задача 1

Больной 50 лет. Больна 4 года. Кровотечения наступают после задержки в 2-3 месяца. Неоднократно лечилась в стационаре. Проводилась симптоматическая терапия кровоостанавливающими средствами, антианемическое лечение. Последнее кровотечение после 1,5 месячной задержки началось 2 недели назад. При поступлении: состояние удовлетворительное, отмечается умеренная бледность кожных покровов. Нв – 100 г/л. При гинекологическом исследовании – скудные, темно-красные выделения из матки. Тело матки незначительно увеличено, безболезненное, подвижное. Придатки не определяются. Тазовая клетчатка свободная.

Диагноз, обследование, тактика лечения

Задача 2

Больную Ф., 38 лет в течение 1 года беспокоят кровянистые выделения из влагалища после полового сношения, мажущие темно-коричневые выделения, возникающие за 3-4 дня до менструации и в течение 1-2 дней после нее. В анамнезе 2 родов, 5 медабортов, 2 года назад была произведена диатермокоагуляция эрозии шейки матки. Осмотр в зеркалах (за 2 дня до менструации): шейка матки цилиндрическая, вокруг цервикального канала располагаются темно-красного цвета образования 2-3 мм в диаметре, легко кровоточит при пальпации, остальная поверхность шейки чистая.

Диагноз, обследование, лечение

Задача 3

Больная В., 26 лет. Беспокоит отсутствие менструаций в течение 9 мес, отсутствие беременности. Из анамнеза установлено, что росла и развивалась эмоциональной, подвижной девочкой. Менструации установились с 13 лет, были регулярными, беременностей не было. 1 год назад трагически погибли родители, тяжело переживала их смерть. Получает седативные препараты, назначенные невропатологом. При обследовании – нормального телосложения, на краниограмме: турецкое седло без патологии, при осмотре – матка и яичники нормальных размеров, проба с прогестероном отрицательная.

Диагноз, обследование, лечение

Задача 4

Больная 24-х лет обратилась к гинекологу с жалобой на отсутствие беременности. Замужем. Дважды – самопроизвольный выкидыш в сроке 6-7 нед беременности. При гинекологическом обследовании: осмотр в зеркалах: на шейке матки – зона гиперемии диаметром 1 см, выделения слизисто-гноевидные, обильные. При бимануальном исследовании: матка нормальных размеров, подвижная, безболезненная, придатки не определяются.

Диагноз, обследование, тактика

Задача 5.

Пациентка 64 года, обратилась на прием к гинекологу с целью ежегодного профилактического обследования. Жалобы на частую усталость. Из анамнеза: хронические заболевания: гипертоническая болезнь (наблюдается кардиологом); не курит, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было. У матери перелом шейки бедра в возрасте 70 лет, компрессионные переломы позвоночника, у отца – рак желудка. Последняя самостоятельная менструация в возрасте 50 лет.

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 48 кг. ИМТ 17,1. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледная, истончена. Тело матки обычных размеров, плотное,

подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей. Область их при пальпации безболезненна. Своды свободны. Патологических образований органов малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделений нет.

Какое дополнительное обследование необходимо провести, лечение.

Задача 6

Пациентка 43-х лет обратилась на прием к гинекологу.

Жалобы на отсутствие самостоятельной менструации в течение 1,5 лет; приливы жара, сопровождающиеся потливостью до 10 раз в сутки; нервозность; плаксивость; частую немотивированную усталость; потерю интереса к сексу и ко многим вещам.

Курит по 10 сигарет в день в течение 15 лет, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было; мама – перелом шейки бедра в возрасте 70 лет. Приливы жара, нервозность, плаксивость, усталость беспокоят в течение последних 2 лет, после прекращения менструации (1,5 года назад) ухудшение состояния. С указанными жалобами обратилась впервые. **Объективный статус:** Состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 50 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей, область их безболезненна при пальпации. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделения скудные, светлые.

Диагноз, дообследование, рекомендации

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

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

5.1.1. Перечень тестовых заданий:

Тестовые задания с вариантами ответов	Код компетенции, (согласно РПД)
Раздел 1. «Проблемы эндокринологии в гинекологии»	
Первичная аменорея это: а) отсутствие развития вторичных половых признаков и менструаций к возрасту 13 лет; б) отсутствие менструаций при условии развития вторичных половых признаков в возрасте 15 лет; в) отсутствие менструаций через 3 года после телархе; г) правильно – б) ,в); д) правильно – а), б), в).	УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-6, ПК-7
Олигоменорея (с учетом данных FIGO) это: а) длительность менструального цикла более 35 дней или частота менструаций менее 9 в год; б) длительность менструального цикла более 38 дней или частота менструаций менее 9 в год; в) длительность менструального цикла более 41 дня или частота менструаций менее 8 в год; г) длительность менструации менее 4 дней или частота	

менструаций менее 9 в год;
<p>3. Вторичная аменорея это:</p> <p>а) отсутствие менструаций в течение не менее 3 месяцев при ранее регулярном менструальном цикле;</p> <p>б) отсутствие менструаций в течение не менее 9 месяцев при ранее нерегулярном менструальном цикле;</p> <p>в) правильно а</p> <p>г) правильно а и б</p>
<p>4. Синдром Шерешевского-Тернера проявляет себя</p> <p>а) гипергонадотропной аменореей;</p> <p>б) нормогонадотропной аменореей;</p> <p>в) гипогонадотропной аменореей;</p> <p>г) гиперпролактинемической аменореей.</p>
<p>5. Вторичная маточная аменорея развивается при</p> <p>а) синдроме Шихана;</p> <p>б) синдроме Ашермана;</p> <p>в) синдроме Майера-Рокитанского;</p> <p>г) синдроме нечувствительности к андрогенам.</p>
<p>6. Первичная яичниковая аменорея развивается при</p> <p>а) синдроме Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера</p> <p>б) синдроме нечувствительности к андрогенам</p> <p>в) синдроме Свайера</p> <p>г) синдроме Каллмана.</p>
<p>7. Дефекты ферментов 17-альфа-гидроксилазы и ароматзы могут приводить к развитию</p> <p>а) функциональной гипоталамической аменореи;</p> <p>б) первичной яичниковой аменореи;</p> <p>в) гипофизарной аменореи;</p> <p>г) аменореи на фоне ВДКН.</p>
<p>8. Для синдрома Свайера характерно:</p> <p>а) гипогонадотропная аменорея;</p> <p>б) нормогонадотропная аменорея;</p> <p>в) гипергонадотропная аменорея;</p> <p>г) ничего из вышеперечисленного.</p>
<p>9. Для функциональной гипоталамической аменореи характерно:</p> <p>а) недостаточная продукция эстрогенов при нормальных или пониженных уровнях ФСГ, повышенных уровнях пролактина;</p> <p>б) недостаточная продукция эстрогенов при нормальных или пониженных уровнях ФСГ, нормальных уровнях пролактина;</p> <p>в) средний уровень продукции эстрогенов при нормальных или пониженных уровнях ФСГ, нормальных уровнях пролактина;</p> <p>г) недостаточная продукция эстрогенов при нормальных или повышенных уровнях ФСГ, нормальных уровнях пролактина</p>

<p>10. Первичная аменорея и отсутствие развития вторичных половых признаков свидетельствует о гипогонадизме и косвенно указывает на возможное наличие</p> <ul style="list-style-type: none">а) гипогонадотропного гипогонадизма;б) дисгенезии гонад;в) наследственных дефектов стероидогенеза;г) всего вышеперечисленного.
<p>11. Оценка уровня ФСГ, ЛГ, пролактина и ТТГ рекомендуется</p> <ul style="list-style-type: none">а) у пациенток с вторичной аменореей;б) у пациенток с первичной аменореей;в) у всех пациенток с аменореей;г) у пациенток с аменореей и отсутствием развития вторичных половых признаков.
<p>12. Цитогенетическое исследование (кариотип) рекомендуется пациенткам с</p> <ul style="list-style-type: none">а) первичной аменореей;б) гипергонадотропной аменореей;в) отсутствием матки;г) всё перечисленное верно;д) правильно – б) ,в);
<p>13. Рекомендуется определять уровни общего тестостерона, ПССГ, ДГЭА-С и 17-гидроксипрогестерона пациенткам с</p> <ul style="list-style-type: none">а) гипогонадотропной аменореей;б) гипергонадотропной аменореей;в) нормогонадотропной аменореей;г) всё перечисленное верно;
<p>14. Рекомендуется исследовать МПКТ пациенткам с</p> <ul style="list-style-type: none">а) гипогонадотропной аменореей;б) гипергонадотропной аменореей;в) нормогонадотропной аменореей;г) всё перечисленное верно;д) верно а), б).
<p>15. Пациенткам с аменореей прогестагеновая проба рекомендуется в следующем виде:</p> <ul style="list-style-type: none">а) прием микронизированного прогестерона по 400 мг/сут или дидрогестерона по 20 мг/сут в течение 8 дней;б) прием микронизированного прогестерона по 400 мг/сут или дидрогестерона по 20 мг/сут в течение 10 дней;в) прием микронизированного прогестерона по 200 мг/сут или дидрогестерона по 10 мг/сут в течение 10 дней;г) пациенткам с аменореей прогестагеновая проба не рекомендуется; <p>16. Консультация специалиста психиатрического профиля рекомендуется пациенткам с</p> <ul style="list-style-type: none">а) первичной аменореей;б) функциональной гипоталамической аменореей;в) отсутствием матки;

г) всё перечисленное верно;	
Раздел 2. «Контрацепция и МГТ в практике врача акушера-гинеколога	
1. Преждевременная менопауза (преждевременная недостаточность яичников) : А. прекращение менструаций в возрасте до 40 лет Б. прекращение менструаций в возрасте до 45 лет В. прекращение менструаций в возрасте до 36 лет	УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7
2. Симптомы и признаки менопаузы: А. вазомоторные Б. психоэмоциональные В. урогенитальные Г. сексуальные Д. скелетно-мышечные Е. все вышеперечисленное	
3. Противопоказаниями для назначения МГТ являются все, кроме А. коагулопатии Б. влагалищного кровотечения неясной этиологии В. рака эндометрия в анамнезе Г. ВСД по гипертоническому типу Д. тромбоза	
4. В подростковом возрасте предпочтительно использовать следующие методы контрацепции, кроме А. "двойного голландского метода" Б. мини-пили В. низкодозированных эстроген-гестагенных контрацептивов Г. барьерных методов в сочетании со спермицидами	
5. Показания для исследования уровня 25-ОН витамина D крови: А. наличие факторов риска остеопороза, Б. наличие переломов в анамнезе, В. ожирение Г. все перечисленное верно	
6. Комбинированная эстроген-гестагенная терапия назначается: А. после тотальной гистерэктомии. Б. в случае высокой надвлагалищной ампутации матки, В. пациенткам после гистерэктомии с распространенным наружным генитальным эндометриозом в анамнезе, Г. верно б и в	
7. После назначения МГТ пациенткам оценка эффективности и переносимости терапии проводится А. через 1-2 месяца после начала лечения, Б. через 3 месяца В. через 4 месяца Г. через 6 месяцев	
8. Минимальная величина М-эхо (толщина эндометрия), являющаяся признаком гиперплазии эндометрия у женщин в постменопаузе: А. 15 мм; Б. 22 мм; В. 8 мм; Г. 6 мм;	

Д. 5 мм
<p>9. Планирование семьи — это:</p> <p>А. комплекс мер, позволяющий конкретной семье безопасно регулировать количество детей и время их зачатия;</p> <p>Б. комплекс медико—социальных мероприятий, направленных на регуляцию рождаемости, сохранение репродуктивного здоровья женского населения и обеспечение рождения здорового потомства;</p> <p>В. комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на регуляцию рождаемости, сохранение репродуктивного здоровья мужского населения и обеспечение рождения здорового потомства;</p> <p>Г. все перечисленное;</p> <p>Д. ничего из перечисленного;</p>
<p>10. Что отражает индекс Перля?</p> <p>А. количество беременностей, наступивших в течение 1 года у одной женщины репродуктивного возраста, постоянно использующей конкретное контрацептивное средство;</p> <p>Б. количество беременностей, наступивших в течение 1 года у 1000 женщин, постоянно использующих конкретное контрацептивное средство;</p> <p>В. количество беременностей, наступивших в течение 1 года у 100 женщин, постоянно использующих какое—либо контрацептивное средство;</p> <p>Г. количество беременностей, наступивших в течение 1 года у 100 женщин после отмены конкретного контрацептивного средства;</p>
<p>11. Какие методы контрацепции относят к высокоэффективным?</p> <p>А. презерватив;</p> <p>Б. КОК;</p> <p>В. спермициды;</p> <p>Г. календарный метод;</p> <p>Д. внутриматочную контрацепцию;</p> <p>Е. все перечисленное;</p> <p>Ж. ничего из перечисленного</p>
<p>12. Какие методы контрацепции снижают риск инфекций, передаваемых половым путем?</p> <p>А. презерватив;</p> <p>Б. КОК;</p> <p>В. спермициды;</p> <p>Г. календарный метод;</p> <p>Д. внутриматочная контрацепция;</p> <p>Е. верно а, в;</p> <p>Ж. ничего из перечисленного;</p>
<p>13. Какие из перечисленных препаратов относят к комбинированным оральным контрацептивам?</p> <p>А. Марвелон;</p> <p>Б. НоваРинг;</p> <p>В. Пластырь Евра;</p> <p>Г. Чарозетта;</p> <p>Д. Новинет;</p>

Е. верно а и д; Ж. ничего из перечисленного;	
14. Что относится к механизмам контрацептивного действия комбинированных оральных контрацептивов на репродуктивную систему? А. регуляция МЦ; Б. подавление овуляции в яичниках; В. изменение характера шейечной слизи; Г. изменения эндометрия, препятствующие имплантации плодного яйца: Д верно б,в,г Е. верно все	
15. Частоту каких видов рака в популяции снижают комбинированные оральные контрацептивы? А. рак эндометрия; Б. колоректальный рак; В. рак шейки матки; Г. рак яичников; Д. все перечисленное; е) ничего из перечисленно	

5.1.2. Вопросы для собеседования к зачету по дисциплине «Гинекологическая эндокринология»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Менструальный цикл и его регуляция 2. Нейроэндокринные гинекологические синдромы 3. Гиперпролактинемия. Диагностика, лечение. 4. Аномальные маточные кровотечения. Классификация, обследование, лечение. 5. Преждевременная недостаточность яичников 6. Климактерический синдром. Менопаузальная гормональная терапия 7. Альтернативные методы лечения климактерического синдрома 8. Генитоуринарный синдром 9. Синдром поликистозных яичников 10. Бесплодный брак 11. Современные методы контрацепции 12. Врожденная дисфункция коры надпочечников	УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено

Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные 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 незначительные 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 незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Каткова Надежда Юрьевна, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФДПО ФГОУ ВПО «ПИМУ» МЗ РФ, д.м.н., доцент

Гусева Ольга Игоревна, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФДПО ФГОУ ВПО «ПИМУ» МЗ РФ, д.м.н.