

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
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Специальность 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

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 «Акушерство и гинекология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Акушерство и гинекология». 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 «Акушерство и гинекология» 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, ОПК -4 ОПК-5 ОПК-10, ПК-8, ПК-9	Текущий	Раздел 1. . Общие вопросы диагностики беременности, акушерских осложнений, оказания неотложной помощи в акушерстве Раздел 2. Вопросы оказания помощи в гинекологии Вопросы оказания помощи в гинекологии	Ситуационные задачи
УК-1, ОПК -4 ОПК-5 ОПК-10, ПК-8, ПК-9	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

4.1.1 Перечень ситуационных задач для оценки компетенций УК-1, ОПК -4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-8, ПК-9

Задача 1

Пациентка 27 лет пришла на скрининговое ультразвуковое исследование в сроке беременности 12 недель. Настоящая беременность вторая. В анамнезе самопроизвольный выкидыш в 12 недель беременности. При кариотипировании абортного материала хромосомных аномалий не обнаружено. Соматический анамнез не отягощен. В ходе ультразвукового исследования установлено, что копчико-теменной размер плода соответствует 9-10 неделям беременности. Сердцебиение плода не визуализируется.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дальнейшего ведения пациентки

Задача 2.

Пациентка 28 лет, соматически здорова. На учете в женской консультации с 10 нед. Группа крови женщины А (II) Rh –отрицательная, у мужа А (II) Rh – положительная. Настоящая беременность третья, в анамнезе двое родов, первый ребенок здоров, у второго была гемолитическая болезнь легкой степени (желтушная форма). После родов профилактика не проводилась. В настоящее время срок беременности 26 недель. Титр резусных антител 1 : 16, при постановке на учет составлял 1:4.

Составьте план ведения и обследования женщины.

Задача 3.

Пациентка 28 лет, соматически здорова. На учете в женской консультации с 10 нед. Группа крови женщины А (II) Rh –отрицательная, у мужа А (II) Rh – положительная. Настоящая беременность третья, в анамнезе двое родов.

Первая беременность 8 лет назад протекала без осложнений, резус-антитела были отрицательные, закончилась своевременными родами без осложнений, ребенок здоров имеет резус-положительный тип крови, специфическая профилактика не проводилась.

Вторая беременность 3 года назад, во время беременности резус-антитела не определяли, беременность протекала без осложнений, закончилась операцией кесарева сечения в связи с упорной слабостью родовой деятельности, у новорожденного была гемолитическая болезнь легкой степени (анемическая форма).

В настоящее время срок беременности 20-21 неделя. Впервые выявлен титр резус-антител 1 : 4, до этого титр был отрицательный.

Поставьте диагноз.

Какой метод дополнительного обследования необходимо назначить для диагностики гемолитической болезни плода и почему?

Составьте и обоснуйте план дальнейшего ведения пациентки.

Задача 4.

Пациентка 29 лет. Прооперирована 3 года назад – протезирование аортального клапана. Получает варфарин. В анамнезе 2 неразвивающиеся беременности. При данной беременности в ранние сроки была переведена на клексан 0,8 мг/сут. Со второго триместре снова получает варфарин 6,5 мг. В первом триместре в ходе

эхокардиоскопии обнаружен тромбоз аортального клапана. При последующих ультразвуковых исследованиях отрицательной динамики не установлено. Течение беременности стабильное. Прибавка веса 12 кг. ИМТ при постановке на учет 25. Поступила в родильный дом в сроке беременности 36-37 недель для подготовки к родам. Самочувствие удовлетворительное. Жалоб активно не предъявляет. АД 120/80 мм рт ст, пульс 72 уд в мин. ВДМ 35 см, ОЖ 97 см. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. По данным ультразвукового исследования плод соответствует сроку беременности.

Диагноз. Составьте и обоснуйте план дальнейшего ведения и метод родоразрешения.

Задача 5.

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-кровянистые выделения из матки. Тело матки незначительно увеличено, безболезненное, подвижное. Придатки не определяются. Тазовая клетчатка свободная.

Диагноз, обследование, тактика лечения

Задача 6

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 7

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 8

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 9.

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 10

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 контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания и вопросы для собеседования.

5.1.1. Перечень тестовых заданий:

Тестовые задания с вариантами ответов	Код компетенции, (согласно РПД)
Раздел 1. «Общие вопросы диагностики беременности, акушерских осложнений, оказания неотложной помощи в акушерстве»	
	УК-1,

<p>1 В какие сроки беременности определяется титр антитирезусных антител у несенсибилизированной беременной.</p> <p>А. 10, 20, 30 Б. 8, 18, 28 В. 12,22,32 Г. 10, 20, 26</p> <p>2. Показания для введения антирезусного иммуноглобулина в 1 триместре беременности</p> <p>А. серкляж Б. биопсия хориона В. угроза прерывания с кровянистыми выделениями Г. верно все</p> <p>3. Срок обязательного введения антирезусного иммуноглобулина при беременности у несенсибилизированной беременной.</p> <p>А. В 28 недель беременности Б. Перед родами В. В первом триместре беременности Г. 24 недели беременности</p> <p>24. На чем основана неинвазивная диагностика гемолитической болезни при беременности</p> <p>А. кордоцентез Б. определение титра антител В. определение оптической плотности билирубина в околоплодных водах Г. УЗДГ</p> <p>25. Какой метод диагностики позволяет определить тактику ведения беременности в случае резус-иммунизации</p> <p>А. УЗДГ средней мозговой артерии плода Б. УЗИ В. Кордоцентез Г. амниоцентез</p> <p>26. Какой показатель необходимо определить в ходе УЗДГ средней мозговой артерии плода для определения тактики ведения у беременных с резус-иммунизацией</p> <p>А. Максимальную систолическую скорость кровотока в средней мозговой артерии плода Б. Систолюдиастолическое отношение В. Индекс резистентности Г. Пульсационный индекс</p> <p>27. Какая тактика ведения у беременных с резус-иммунизацией в случае соответствия максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии (МСК СМА) плода 1-1,25 MOM</p> <p>А. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 2 недели, с 36 недель 1 раз в неделю, с 36 недель дополнительно КТГ. Родоразрешение в сроке 38 недель беременности Б. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 4 недели В. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении Г. Пролонгируется беременность до срока родов</p> <p>28. Какая тактика ведения у беременных с резус-иммунизацией в случае соответствия максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии (МСК СМА) плода 1,29-1,5 MOM</p>	<p>ОПК -4 ОПК-5 ОПК-10, ПК-8, ПК-9</p>
---	---

- А. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 4 недели
 Б. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в неделю, с 36 недель 1 раз в 3 дня, с 36 недель дополнительно КТГ. Родоразрешение в сроке 38 недель беременности
 В. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении
 Г. Пролонгируется беременность до срока родов
29. Какая тактика ведения у беременных с резус-иммунизацией в случае соответствия максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии (МСК СМА) плода более 1,5 MOM
- А. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 4 недели
 Б. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 2 недели
 В. Пролонгируется беременность до срока родов
 Г. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении или переливании плоду ЭМОЛГ в зависимости от срока беременности.
30. Если в положенный срок недель беременности неиммунизированной беременной с резус-отрицательным фактором не была проведена антенатальная специфическая профилактика, то
- А. В случае отсутствия резус-антител необходимо провести антенатальную профилактику в любом сроке беременности
 Б. Не нужно проводить антенатальную специфическую профилактику
 В. Специфическую антенатальную профилактику нужно провести при появлении антител к резус-фактору
 Г. Нужно провести только послеродовую специфическую профилактику
31. После проведения антенатальной специфической профилактики титр резус-антител
- А. Не определяют
 Б. Определяют 1 раз в месяц
 В. Определяют 1 раз в 2 недели
 Г. Определяют 1 раз в неделю
32. В чем заключается неспецифическая профилактика ГБН
- А. Сохранение первой и последующих беременностей
 Б. введение антирезусного иммуноглобулина во время беременности
 В. введение антирезусного иммуноглобулина после родов
 Г. определение титра антител во время беременности
33. Когда вводится антирезусный иммуноглобулин после родов.
- А. В течение первых 2 суток
 Б. В первые 72 часа
 В. в первую неделю
 Г. в первые 10 дней
34. В каком случае проводится плановая послеродовая специфическая иммунопрофилактика
- А. Всем родильницам с резус-отрицательной крови без явлений иммунизации, родившим детей с резус-положительным типом крови
 Б. Всем родильницам с резус-отрицательной кровью
 В. Всем родильницам с резус-отрицательной кровью с явлениями резус-иммунизации

<p>Г. Родильницам с резус-отрицательной кровью только после первых родов</p> <p>35. В какой дозе проводится плановая специфическая послеродовая иммунопрофилактика антиD-Ig</p> <p>А. 300 мкг, 1500 МЕ Б. 150 мкг, 750 МЕ В. 125 мкг, 625 МЕ Г. 20 мкг, 100 МЕ</p> <p>36. Если в родах была операция ручного отделения и выделения последа в какой дозе вводится анти – D - иммуноглобулин в послеродовом периоде</p> <p>А. 600 мкг, 3000 МЕ Б. 300 мкг, 1500 МЕ В. 150 мкг, 750 МЕ Г. 125 мкг, 625 МЕ</p> <p>37. Если роды закончились операцией кесарева сечения в какой дозе вводится анти – D - иммуноглобулин в послеродовом периоде</p> <p>А. 600 мкг, 3000 МЕ Б. 300 мкг, 1500 МЕ В. 150 мкг, 750 МЕ Г. 125 мкг, 625 МЕ</p> <p>38. Если в родах была ПОНРП в какой дозе вводится анти – D - иммуноглобулин в послеродовом периоде</p> <p>А. 600 мкг, 3000 МЕ Б. 300 мкг, 1500 МЕ В. 150 мкг, 750 МЕ Г. 125 мкг, 625 МЕ</p> <p>39. Какой метод родоразрешения предпочтителен при тяжелой анемии плода, отечной форме ГБП, а также после внутриматочного переливания плоду ЭМОЛТ</p> <p>А. роды через естественные родовые пути Б. кесарево сечение В. вакуум-экстракция в потугах Г. исключение потуг с использованием акушерских щипцов</p> <p>40. На течение и исход ГБП оказывают влияние следующие факторы:</p> <p>А. Срок беременности, при котором произошло родоразрешение Б. Сопутствующее инфицирование плода/новорожденного В. Тяжесть анемии при рождении Г. Наличие водянки Д. все вышеперечисленное</p>	
<p>Раздел 2. «Вопросы оказания помощи в гинекологии»</p>	
<p>1. Первичная аменорея это:</p> <p>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).</p>	<p>УК-1, ПК-7</p>

<p>2. Олигоменорея (с учетом данных FIGO) это:</p> <ul style="list-style-type: none">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> <ul style="list-style-type: none">а) отсутствие менструаций в течение не менее 3 месяцев при ранее регулярном менструальном цикле;б) отсутствие менструаций в течение не менее 9 месяцев при ранее нерегулярном менструальном цикле;в) правильно аг) правильно а и б
<p>4. Синдром Шерешевского-Тернера проявляет себя</p> <ul style="list-style-type: none">а) гипергонадотропной аменореей;б) нормогонадотропной аменореей;в) гипогонадотропной аменореей;г) гиперпролактинемической аменореей.
<p>5. Вторичная маточная аменорея развивается при</p> <ul style="list-style-type: none">а) синдроме Шихана;б) синдроме Ашермана;в) синдроме Майера-Рокитанского;г) синдроме нечувствительности к андрогенам.
<p>6. Первичная яичниковая аменорея развивается при</p> <ul style="list-style-type: none">а) синдроме Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузераб) синдроме нечувствительности к андрогенамв) синдроме Свайераг) синдроме Каллмана.
<p>7. Дефекты ферментов 17-альфа-гидроксилазы и ароматзы могут приводить к развитию</p> <ul style="list-style-type: none">а) функциональной гипоталамической аменореи;б) первичной яичниковой аменореи;в) гипофизарной аменореи;г) аменореи на фоне ВДКН.
<p>8. Для синдрома Свайера характерно:</p> <ul style="list-style-type: none">а) гипогонадотропная аменорея;б) нормогонадотропная аменорея;в) гипергонадотропная аменорея;г) ничего из вышеперечисленного.
<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> <p>а) гипогонадотропного гипогонадизма;</p> <p>б) дисгенезии гонад;</p> <p>в) наследственных дефектов стероидогенеза;</p> <p>г) всего вышеперечисленного.</p>
<p>11. Оценка уровня ФСГ, ЛГ, пролактина и ТТГ рекомендуется</p> <p>а) у пациенток с вторичной аменореей;</p> <p>б) у пациенток с первичной аменореей;</p> <p>в) у всех пациенток с аменореей;</p> <p>г) у пациенток с аменореей и отсутствием развития вторичных половых признаков.</p>
<p>12. Цитогенетическое исследование (кариотип) рекомендуется пациенткам с</p> <p>а) первичной аменореей;</p> <p>б) гипергонадотропной аменореей;</p> <p>в) отсутствием матки;</p> <p>г) всё перечисленное верно;</p> <p>д) правильно – б) ,в);</p>
<p>13. Рекомендуется определять уровни общего тестостерона, ПССГ, ДГЭА-С и 17-гидроксипрогестерона пациенткам с</p> <p>а) гипогонадотропной аменореей;</p> <p>б) гипергонадотропной аменореей;</p> <p>в) нормогонадотропной аменореей;</p> <p>г) всё перечисленное верно;</p>
<p>14. Рекомендуется исследовать МПКТ пациенткам с</p> <p>а) гипогонадотропной аменореей;</p> <p>б) гипергонадотропной аменореей;</p> <p>в) нормогонадотропной аменореей;</p> <p>г) всё перечисленное верно;</p> <p>д) верно а), б).</p>
<p>15. Пациенткам с аменореей прогестагеновая проба рекомендуется в следующем виде:</p> <p>а) прием микронизированного прогестерона по 400 мг/сут или дидрогестерона по 20 мг/сут в течение 8 дней;</p> <p>б) прием микронизированного прогестерона по 400 мг/сут или дидрогестерона по 20 мг/сут в течение 10 дней;</p> <p>в) прием микронизированного прогестерона по 200 мг/сут или</p>

дидрогестерона по 10 мг/сут в течение 10 дней; г) пациенткам с аменореей прогестагеновая проба не рекомендуется;	
16. Консультация специалиста психиатрического профиля рекомендуется пациенткам с а) первичной аменореей; б) функциональной гипоталамической аменореей; в) отсутствием матки; г) всё перечисленное верно;	

5.1.2. Вопросы для собеседования к зачету по дисциплине «Акушерство и гинекология»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Болезни сердечно-сосудистой системы и беременность. Клиника, показания к прерыванию беременности. Диагностика, тактика ведения беременности. 2. Гипертоническая болезнь и беременность. Осложнения, дифференциальная диагностика, лечение. 3. Сахарный диабет и беременность. Осложнения беременности. Тактика ведения беременности 4. Пиелонефрит и беременность 5. Гломерулонефрит и беременность. 6. Беременность у пациенток с терминальной почечной недостаточностью. Гемодиализ при беременности. 7. Анемия беременных. Диагностика и лечение. 8. Холестатический гепатоз при беременности. Диагностика, лечение, тактика. 9. Гипертензивные расстройства при беременности. Преэклампсия. Диагностика, лечение, профилактика 10. Выкидыш. Обследование, подготовка к беременности 11. Привычное невынашивание беременности. Подготовка к беременности, ведение беременности. 12. Истмико-цервикальная недостаточность. Причины, диагностика, методы коррекции 13. Резус несовместимость при беременности. Гемолитическая болезнь плода. 14. Многоплодная беременность. 15. Ведение родов в затылочном предлежании. Коинический протокол. 16. Кровотечения в родах. Причины. Диагностика, лечение 17. Физиологическое течение послеродового периода 18. Послеродовой эндометрит. Клиника, диагностика, лечение. 19. Мастит. Клиника, диагностика, лечение. 20. Менструальный цикл и его регуляция 21. Нейроэндокринные гинекологические синдромы 22. Гиперпролактинемия. Диагностика, лечение. 23. Аномальные маточные кровотечения. Классификация, обследование, лечение. 24. Преждевременная недостаточность яичников 	<p>УК-1, ОПК -4 ОПК-5 ОПК-10, ПК-8, ПК-9</p>

<p>25. Климактерический синдром. Менопаузальная гормональная терапия</p> <p>26. Альтернативные методы лечения климактерического синдрома</p> <p>27. Генитоуринарный синдром</p> <p>28. Синдром поликистозных яичников</p> <p>29. Бесплодный брак</p> <p>30. Современные методы контрацепции</p> <p>31. Врожденная дисфункция коры надпочечников</p> <p>32. Воспалительные заболевания женских половых органов</p> <p>33. Воспалительные болезни шейки матки, влагалища, вульвы</p>	
--	--

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 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

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.