

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Приволжский исследовательский медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

По дисциплине: «Преэклампсия»
направление подготовки: 31.06.01 «Клиническая медицина»
направленность: «Акушерство и гинекология»

Квалификация выпускника:
Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:
заочная

Н.Новгород
2018

Фонд оценочных средств по дисциплине «Презклампися» предназначен для контроля знаний по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» направленность «Акушерство и гинекология».

Текущий контроль по дисциплине «Презклампися» осуществляется в течение всего срока освоения данной дисциплины.

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «Презклампися» проводится по итогам обучения и является обязательной.

1. Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине «Презклампися»

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				Вид	количество
1	Раздел 1. Стратегия доказательной медицины. Патогенетические и патоморфологические изменения отдельных органов и систем при презкламписии.	УК-1	Знать: - основы применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья взрослого населения и подростков, деятельности медицинских учреждений и в научных исследованиях.	<i>Вопросы к коллоквиуму</i>	5
			Уметь: - анализировать научную, нормативную и справочную литературу и официальные статистические обзоры на русском и иностранных языках	<i>Темы докладов, сообщений</i>	3
			Владеть: - базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной и научной деятельности	<i>Темы рефератов</i>	3
		ОПК-5	Знать: – этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику презкламписии; – особенности оказания медицинской помощи взрослому населению и подросткам при	<i>Вопросы к разделу 1 дисциплины</i>	5

		<p>неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии;</p> <ul style="list-style-type: none">– клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у пациентов в акушерстве и гинекологии;– показания и противопоказания к направлению больных с акушерско-гинекологическими заболеваниями на санаторно-курортное лечение;– основы организации стационарной помощи подросткам и взрослому населению;– ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения, осуществление экспертизы трудоспособности;– основы применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья взрослого населения и подростков, деятельности медицинских учреждений и в научных исследованиях, готовить обзоры и реферативные сообщения по современным научным проблемам;– участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области акушерства и гинекологии по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике;– соблюдать основные требования информационной безопасности к разработке новых методов и технологий в области акушерства и гинекологии;	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> – участвовать в проведении статистического анализа и выполнить диссертационную работу по теме научного исследования; – участвовать в оценке эффективности инновационно-технологических рисков при внедрении новых медико-организационных технологий в деятельность медицинских организаций. 		
		<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – разработать больному человеку оптимальный план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждения их нежелательных побочных действий, использовать методы немедикаментозного лечения; – составить программу реабилитации на госпитальном и поликлиническом этапе, осуществить контроль за ее выполнением; – оказать квалифицированную помощь при наиболее часто встречающихся неотложных состояниях; – диагностировать и оказывать неотложную помощь при остром животе в акушерстве гинекологии; – вести медицинскую документацию различного характера в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях; – проводить санитарно-просветительную работу, составить ее план; – руководить работой среднего медицинского персонала в стационаре. 	Фонд тестовых заданий	2

		<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности; – методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения; – алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи населению при неотложных и угрожающих жизни состояниях. – вести деловую переписку (служебные записки, докладные, письма); – готовить обзоры и реферативные сообщения по современным научным проблемам; – участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области акушерства и гинекологии по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике; – соблюдать основные требования информационной безопасности к разработке новых методов и технологий в области акушерства и гинекологии; – участвовать в проведении статистического анализа и выполнить диссертационную работу по теме научного исследования; участвовать в оценке эффективности инновационно-технологических рисков при внедрении новых медико-организационных технологий в деятельность медицинских организаций. 	<p><i>Комплект контрольных заданий по вариантам</i></p>	<p>2</p>
--	--	---	---	----------

2	<p><u>Раздел 2.</u> Клиническая картина, диагностика, методы профилактики преэклампсии.</p>	ОПК-4	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – диагностику преэклампсии; – ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения, осуществление экспертизы трудоспособности; – основы применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья взрослого населения и подростков, деятельности медицинских учреждений и в научных исследованиях. 	<p><i>Вопросы к коллоквиуму</i></p>	5
			<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – направить на обследование, на консультацию к специалистам; – интерпретировать результаты обследования, использовать данные лучевого обследования, для постановки диагноза в амбулаторных и стационарных условиях. – наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; – диагностировать и оказывать неотложную помощь при остром животе в акушерстве гинекологии; – руководить работой среднего медицинского персонала в стационаре, вести деловую переписку (служебные записки, докладные, письма); – готовить обзоры и реферативные сообщения по современным научным проблемам; – участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области акушерства и гинекологии по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике; – соблюдать основные 	<p><i>Темы рефератов</i></p>	3

		<p>требования информационной безопасности к разработке новых методов и технологий в области акушерства и гинекологии;</p> <ul style="list-style-type: none"> – участвовать в проведении статистического анализа и выполнить диссертационную работу по теме научного исследования; – участвовать в оценке эффективности инновационно-технологических рисков при внедрении новых медико-организационных технологий в деятельность медицинских организаций. 		
		<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности; – методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения; – интерпретацией результатов лучевых методов диагностики у пациентов; – алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; – алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; – алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи населению при неотложных и угрожающих жизни состояниях. – вести деловую переписку (служебные записки, докладные, 	<p><i>Темы докладов, сообщений</i></p>	<p>3</p>

		<p>письма);</p> <ul style="list-style-type: none"> – готовить обзоры и реферативные сообщения по современным научным проблемам; – участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области акушерства и гинекологии по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике; – соблюдать основные требования информационной безопасности к разработке новых методов и технологий в области кардиологии; – участвовать в проведении статистического анализа и выполнить диссертационную работу по теме научного исследования; – участвовать в оценке эффективности инновационно-технологических рисков при внедрении новых медико-организационных технологий в деятельность медицинских организаций. 		
	ПК-7	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - показатели здоровья женского населения; -методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии заболеваний женской половой сферы; -современные методы профилактики в акушерстве и гинекологии; -организацию и проведение диспансеризации женщин, анализ ее эффективности. 	<p><i>Комплект контрольных заданий по вариантам</i></p> <p><i>Фонд тестовых заданий</i></p>	<p>2</p> <p>2</p>
		<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить санитарно-просветительную работу, составить ее план; -участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области 	<p><i>Задания для решения кейс-задачи</i></p>	<p>2</p>

			<p>акушерства и гинекологии по профилактике различных вариантов преэклампсии и ее осложнений;</p> <p>- выявлять пациентов группы высокого риска по развитию акушерско-гинекологической патологии.</p>		
			<p>Владеть:</p> <p>- методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения;</p> <p>- способностью и готовностью применять современные профилактические методы в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения;</p> <p>- навыками диспансерного наблюдения гинекологических больных и беременных.</p>	<i>Вопросы к разделу 2 дисциплины</i>	5
3	<u>Раздел 3.</u> Сочетанная преэклампсия.	ОПК-4	<p>Знать:</p> <p>– диагностику преэклампсии;</p> <p>– ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения, осуществление экспертизы трудоспособности;</p> <p>– основы применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья взрослого населения и подростков, деятельности медицинских учреждений и в научных исследованиях.</p>	<i>Вопросы к коллоквиуму</i>	4
			<p>Уметь:</p> <p>– направить на обследование, на консультацию к специалистам;</p> <p>– интерпретировать результаты обследования, использовать данные лучевого обследования, для постановки диагноза в амбулаторных и стационарных условиях.</p> <p>– наметить объем</p>	<i>Темы рефератов</i>	3

		<p>дополнительных исследований для уточнения диагноза;</p> <ul style="list-style-type: none"> – диагностировать и оказывать неотложную помощь при остром животе в акушерстве гинекологии; – руководить работой среднего медицинского персонала в стационаре, вести деловую переписку (служебные записки, докладные, письма); – готовить обзоры и реферативные сообщения по современным научным проблемам; – участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области акушерства и гинекологии по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике; – соблюдать основные требования информационной безопасности к разработке новых методов и технологий в области акушерства и гинекологии; – участвовать в проведении статистического анализа и выполнить диссертационную работу по теме научного исследования; участвовать в оценке эффективности инновационно-технологических рисков при внедрении новых медико-организационных технологий в деятельность медицинских организаций. 		
		<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности; – методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях 	<p><i>Вопросы к разделу 3 дисциплины</i></p>	<p>4</p>

		<p>системы здравоохранения;</p> <ul style="list-style-type: none">– интерпретацией результатов лучевых методов диагностики у пациентов;– алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам;– алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза;– алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи населению при неотложных и угрожающих жизни состояниях.– вести деловую переписку (служебные записки, докладные, письма);– готовить обзоры и реферативные сообщения по современным научным проблемам;– участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области акушерства и гинекологии по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике;– соблюдать основные требования информационной безопасности к разработке новых методов и технологий в области кардиологии;– участвовать в проведении статистического анализа и выполнить диссертационную работу по теме научного исследования; участвовать в оценке эффективности инновационно-технологических рисков при внедрении новых медико-организационных технологий в деятельность медицинских организаций.		
--	--	---	--	--

		ПК-5	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные симптомы, методы диагностики преэклампсии; - диагностические возможности методов непосредственного исследования беременной женщины; - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования беременных женщин; - алгоритм общеклинического обследования. 	Комплект контрольных заданий по вариантам	2
			<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - собрать анамнез, провести опрос; - провести физикальное обследование, первичное обследование систем и органов; - наметить план экстренного обследования, направленный на выявление неотложных и жизнеугрожающих ситуаций; - определить объем плановых диагностических мероприятий; - сформулировать предварительный диагноз. 	Темы докладов, сообщений	3
			<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами общеклинического исследования; - способностью анализировать и интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных методов диагностики; - алгоритмом постановки предварительного диагноза. 	Фонд тестовых заданий	2
4	Раздел 4. Оценка степени тяжести преэклампсии.	ПК-5	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные симптомы, методы диагностики преэклампсии; - диагностические возможности методов непосредственного исследования беременной женщины; - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования беременных женщин; - алгоритм общеклинического обследования. 	Вопросы к коллоквиуму	4

			<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - собрать анамнез, провести опрос; - провести физикальное обследование, первичное обследование систем и органов; - наметить план экстренного обследования, направленный на выявление неотложных и жизнеугрожающих ситуаций; - определить объем плановых диагностических мероприятий; - сформулировать предварительный диагноз. 	<i>Темы рефератов</i>	3
			<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами общеклинического исследования; - способностью анализировать и интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных методов диагностики; - алгоритмом постановки предварительного диагноза. 	<i>Комплект контрольных заданий по вариантам</i>	2
5	<u>Раздел 5.</u> Острый жировой гепатоз беременных. HELLP – синдром.	УК-5	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы организации стационарной помощи подросткам и взрослому населению; 	<i>Вопросы к коллоквиуму</i>	5
			<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – руководить работой среднего медицинского персонала в стационаре. 	<i>Темы рефератов</i>	3
			<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оценками состояния здоровья населения различных возрастно-половых и социальных групп; методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения; 	<i>Темы докладов, сообщений</i>	3
		ПК-6	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современные методы проведения комплексной терапии различных вариантов 	<i>Вопросы к разделу 5 дисциплины</i>	5

			<p>преэклампсии и ее осложнений;</p> <p>- клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у пациентов в акушерстве и гинекологии.</p>		
			<p>Уметь:</p> <p>- разработать оптимальный план терапии с применением персонализированного подхода;</p> <p>- подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств.</p>	<p><i>Комплект контрольных заданий по вариантам</i></p>	2
			<p>Владеть:</p> <p>- новейшими методами диагностики, лечения, реабилитации в области акушерства и гинекологии;</p> <p>- методами прогнозирования перспективы развития лечения;</p> <p>- навыками организации и самостоятельного проведения прикладных научных исследований в области акушерства и гинекологии.</p>	<p><i>Фонд тестовых заданий</i></p>	2
6	<p><u>Раздел 6.</u> Наблюдение за беременной в женской консультации.</p>	ОПК-5	<p>Знать:</p> <p>– этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику заболеваний женской половой системы среди населения;</p> <p>– особенности оказания медицинской помощи взрослому населению и подросткам при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии;</p> <p>– клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных</p>	<p><i>Комплект контрольных заданий по вариантам</i></p>	2

		<p>состояний у пациентов в акушерстве и гинекологии;</p> <ul style="list-style-type: none">– показания и противопоказания к направлению больных с акушерско-гинекологическими заболеваниями на санаторно-курортное лечение;– основы организации стационарной помощи подросткам и взрослому населению;– ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения, осуществление экспертизы трудоспособности;– основы применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья взрослого населения и подростков, деятельности медицинских учреждений и в научных исследованиях, готовить обзоры и реферативные сообщения по современным научным проблемам;– участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области акушерства и гинекологии по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике;– соблюдать основные требования информационной безопасности к разработке новых методов и технологий в области акушерства и гинекологии;– участвовать в проведении статистического анализа и выполнить диссертационную работу по теме научного исследования;– участвовать в оценке эффективности инновационно-технологических рисков при внедрении новых медико-организационных технологий в	
--	--	---	--

		<p>деятельность медицинских организаций.</p> <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – разработать больному человеку оптимальный план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждения их нежелательных побочных действий, использовать методы немедикаментозного лечения; – составить программу реабилитации на госпитальном и поликлиническом этапе, осуществить контроль за ее выполнением; – оказать квалифицированную помощь при наиболее часто встречающихся неотложных состояниях; – диагностировать и оказывать неотложную помощь при остром животе в гинекологии; – вести медицинскую документацию различного характера в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях; – проводить санитарно-просветительную работу, составить ее план; – руководить работой среднего медицинского персонала в стационаре. 	<p><i>Вопросы к разделу 6 дисциплины</i></p>	4
		<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности; – методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения; 	<p><i>Фонд тестовых заданий</i></p>	2

			<ul style="list-style-type: none"> – алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи населению при неотложных и угрожающих жизни состояниях. – вести деловую переписку (служебные записки, докладные, письма); – готовить обзоры и реферативные сообщения по современным научным проблемам; – участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области акушерства и гинекологии по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике; – соблюдать основные требования информационной безопасности к разработке новых методов и технологий в области акушерства и гинекологии; – участвовать в проведении статистического анализа и выполнить диссертационную работу по теме научного исследования; участвовать в оценке эффективности инновационно-технологических рисков при внедрении новых медико-организационных технологий в деятельность медицинских организаций. 		
		ПК-5	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные симптомы, методы диагностики преэклампсии; - диагностические возможности методов непосредственного исследования беременной женщины; - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования беременных женщин; - алгоритм общеклинического 	<i>Вопросы к коллоквиуму</i>	4

			обследования.		
			Уметь: - собрать анамнез, провести опрос; - провести физикальное обследование, первичное обследование систем и органов; - наметить план экстренного обследования, направленный на выявление неотложных и жизнеугрожающих ситуаций; - определить объем плановых диагностических мероприятий; - сформулировать предварительный диагноз.	<i>Темы рефератов</i>	3
			Владеть: - методами общеклинического исследования; - способностью анализировать и интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных методов диагностики; - алгоритмом постановки предварительного диагноза.	<i>Темы докладов, сообщений</i>	3
7	<u>Раздел 7.</u> Принципы лечения преэклампсии в зависимости от степени тяжести. Акушерская тактика, показания к досрочному родоразрешению.	ПК-6	Знать: - современные методы проведения комплексной терапии различных вариантов преэклампсии и ее осложнений; - клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у пациентов в акушерстве и гинекологии.	<i>Вопросы к коллоквиуму</i>	5
			Уметь: - разработать оптимальный план терапии с применением персонализированного подхода; - подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств.	<i>Комплект контрольных заданий по вариантам</i>	2

		<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - новейшими методами диагностики, лечения, реабилитации в области акушерства и гинекологии; - методами прогнозирования перспективы развития лечения; - навыками организации и самостоятельного проведения прикладных научных исследований в области акушерства и гинекологии. 	<p><i>Фонд тестовых заданий</i></p>	2
	ПК-8	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> -структуру акушерско-гинекологической службы, показатели работы подразделений организаций здравоохранения; -нормативную документацию для оценки качества эффективности работы медицинских организаций акушерско-гинекологической службы; - основы юридических прав в акушерстве и гинекологии, правовые аспекты медицинской деятельности; -правила этики и деонтологии при проведении лечебно-профилактических мероприятий. 	<p><i>Вопросы к разделу 7 дисциплины</i></p>	5
		<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам вне/в период беременности и в послеродовом периоде; -оценить эффективность лечебных и диагностических мероприятий; -организовать ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством. 	<p><i>Комплект разноуровневых ситуационных задач</i></p>	2
		<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> -навыками планирования и анализа работы медицинских 	<p><i>Темы докладов, сообщений</i></p>	3

		<p>служб; -принципами сотрудничества с другими специалистами и службами, страховыми компаниями, ассоциациями врачей; -общими принципами статистических методов обработки медицинской документации.</p>		
--	--	--	--	--

***Примерный перечень оценочных средств и форм их представления в ФОС**

№	<u>Наименование оценочного средства</u>	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства (в фонде)
1.	<u>Квалификационная выпускная работа</u>	<i>Научно-исследовательский самостоятельный труд обучающегося выпускного курса образовательной организации. Она должна объединять теоретические и практические навыки обучающихся и в общем отражать знания, умения, навыки, полученные им за годы обучения, а также раскрывать новый аспект в интересующей автора области по изучаемой специальности.</i>	<i>Темы квалификационных выпускных работ</i>
2.	<u>Кейс-задача</u>	<i>Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения</i>	<i>Задания для решения кейс-задачи</i>
3.	<u>Контрольная работа</u>	<i>Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу</i>	<i>Комплект контрольных заданий по вариантам</i>
4.	<u>Лабораторная работа</u>	<i>Средство для закрепления и практического освоения материала по определенному разделу</i>	<i>Комплект лабораторных заданий</i>

5.	<p><u>Разноуровневые задачи и задания</u></p>	<p>А) Задания репродуктивного уровня. Позволяют оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины/модуля: тестовые задания (открытой и закрытой форм), простые ситуационные задачи с коротким ответом или простым действием, задания на установление правильной последовательности, задания на нахождение ошибок в последовательности (определить правильный вариант последовательности действий) и др.</p> <p>Б) Задания реконструктивного уровня. Позволяют оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей: задания на принятие решения в нестандартной ситуации, задания на оценку последствий принятых решений и эффективности выполнения действия, комплексные практические контрольные задания с многоходовыми решениями в типичной и в нестандартной ситуациях и др.</p> <p>В) Задания творческого уровня. Это частично регламентированные задания, имеющие нестандартное решение и позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения.</p>	Комплект разноуровневых ситуационных задач
6.	<p><u>Реферат</u></p>	<p>Продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, исследуемой проблемы, где обучающийся приводит различные точки зрения, в т.ч. собственную.</p>	Темы рефератов

7.	<u>Собеседование</u>	<i>Средство контроля, организованное как специальная беседа с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося.</i>	<i>Вопросы по темам/разделам дисциплины, зачетные/экзаменационные вопросы</i>
8.	<u>Сообщение, доклад</u>	<i>Продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы.</i>	<i>Темы докладов, сообщений</i>
9.	<u>Тестовые задания</u>	<i>Система заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающихся.</i>	<i>Фонд тестовых заданий</i>
10.	<u>Деловая и /или ролевая игра</u>	<i>Совместная деятельность группы обучающихся и преподавателя под управлением преподавателя с целью решения учебных и профессионально-ориентированных задач путем игрового моделирования реальной проблемной ситуации.</i>	<i>Тема, концепция, роли и ожидаемый результат по каждой игре</i>
11.	<u>Коллоквиум</u>	<i>Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимся.</i>	<i>Вопросы</i>
12.	<u>Рабочая тетрадь/ альбом/дневник</u>	<i>Дидактический комплекс, предназначенный для самостоятельной работы обучающегося и позволяющий оценивать уровень усвоения им учебного материала</i>	<i>Образец тетради/альбома/дневника</i>
13.	<u>Тренажер</u>	<i>Техническое средство, которое может быть использовано для контроля приобретенных аспирантом профессиональных навыков и умений по управлению конкретным материальным объектом</i>	<i>Комплект заданий для работы на тренажере</i>
16.	<u>Экзаменационные материалы</u>	<i>Итоговая форма оценки знаний</i>	<i>Перечень вопросов и заданий к экзамену по дисциплине</i>

2. Критерии и шкала оценивания

код компетенции	оценка 5 «отлично»	оценка 4 «хорошо»	оценка 3 «удовлетворительно»	оценка 2 «неудовлетворительно»
	глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

3. Оценочные средства

(полный перечень оценочных средств)

1). Текущий контроль

Контролируемый раздел «Стратегия доказательной медицины. Патогенетические и патоморфологические изменения отдельных органов и систем при преэклампсии», **формируемые компетенции** (УК-1, ОПК-5).

Вопросы к коллоквиуму для контроля компетенции (УК-1):

1. Стратегия доказательной медицины.
2. Стоимость и эффективность лечебных мероприятий при заболеваниях женской половой системы.

3. Особенности взаимодействия лекарственных средств, применяемых при преэклампсии. Побочные эффекты лекарственных средств, применяемых при лечении преэклампсии.
4. Современные представления о преэклампсии. Определение и характеристика преэклампсии, современные представления об этиологии и патогенетических аспектах преэклампсии
5. Патогенетические и патоморфологические изменения отдельных органов и систем при преэклампсии.

Темы докладов, сообщений для контроля компетенции (УК-1):

1. Современные представления о «пусковых механизмах» и патогенезе преэклампсии.
2. Патогенетические и патоморфологические особенности гипертензивных расстройств во время беременности.
3. Патогенез различных клинических форм преэклампсии; эклампсии.

Контрольные задания по вариантам для контроля компетенции (ОПК-5):

ВАРИАНТ 1.

1.К факторам риска преэклампсии относится:

- a) семейная история сердечно-сосудистых заболеваний;
- b) прием кокаина, метамфетамина;
- c) хроническая гипертония;
- d) все перечисленное;
- e) верно а, с.

2. Диагноз «гестационная артериальная гипертензия» может быть установлен:

- a) в I триместре беременности;
- b) с 12 недель беременности;
- c) после 20 недель беременности;
- d) после 28 недель беременности.

3. Преэклампсия - это состояние, возникающее:

- a) при высоком содержании пролактина;
- b) только во время беременности;
- c) при тубоовариальном абсцессе;
- d) при цистаденоме.

4. Для преэклампсии характерны следующие патофизиологические реакции:

- a) нарушение реологических свойств крови;
- b) вазоспазм;
- c) гиперкоагуляция;
- d) все перечисленное.

5. Состояние расценивается как эclamптический статус, если судорожный припадок длится:

- a) Более 30 минут;
- b) Более 5 минут;
- c) Более 10 минут;
- d) Более 15 минут.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	d	c	b	D	a

ВАРИАНТ 2.

1.Перечислите факторы риска преэclamпсии:

- a) сахарный диабет 1 или 2 типа;
- b) новый партнер;
- c) хроническая гипертония;
- d) все перечисленные.

2.Что не относится к признакам преэclamпсии:

- a) боли в эпигастрии;
- b) головная боль;
- c) гипотония;
- d) гиперрефлексия.

3.Преэclamпсия - это мультисистемное патологическое состояние, возникающее:

- a) до 20 недель беременности;
- b) после 20 недель беременности;
- c) после 34 недель беременности;
- d) с 22 до 34 недель беременности.

4.Что характерно для первого, вводного момента судорог при эclamпсии:

- a) клонические судороги;
- b) тонические судороги;
- c) мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, век;
- d) изо рта выделяется пена, окрашенная кровью, зрачки постепенно сужаются, лицо постепенно розовеет.

5.Для тяжелой артериальной гипертензии во время беременности характерно:

- a) САД <140 мм.рт.ст. и ДАД <90 мм.рт.ст.;
- b) САД 160 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст.;
- c) САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 90-109 мм.рт.ст.;
- d) САД 140-159 мм.рт.ст и/или ДАД 110 мм.рт.ст..

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	d	c	b	c	b

Контролируемый раздел «Клиническая картина, диагностика, методы профилактики преэклампсии», формируемые компетенции (ОПК-4, ПК-7).

Вопросы к коллоквиуму для контроля компетенции (ОПК-4):

- 1.Клиническая картина преэклампсии.
- 2.Диагностика преэклампсии.
- 3.Методы профилактики преэклампсии.
- 4.Основные клинические симптомы преэклампсии
- 5.Особенности течения преэклампсии на современном этапе.

Темы докладов, сообщений для контроля компетенции (ОПК-4):

1. Преэклампсия в сочетании с соматическими заболеваниями. Дифференциальная диагностика между сочетанными и чистыми формами.
2. Характерные изменения лабораторных и функциональных методов исследования при преэклампсии.
3. Дифференциальная диагностика умеренной и тяжелой преэклампсии.

Контрольные задания по вариантам для контроля компетенции (ПК-7):

ВАРИАНТ 1.

1. К клиническим проявлениям преэклампсии со стороны сердечно-сосудистой системы не относится:

- a) артериальная гипертензия;
- b) гиповолемия;
- c) артериальная гипотензия;
- d) сердечная недостаточность.

2. Различают следующие формы эклампсии:

- a) во время беременности и в родах;
- b) ранняя послеродовая (первые 48 часов);
- c) ранняя послеродовая (первые 24 часа);
- d) поздняя послеродовая (в течение 28 суток после родов);
- e) верно a, b, d;
- f) верно a, c, d.

3. Золотым стандартом для диагностики протеинурии является:

- a) использование тест-полоски;
- b) количественное определение белка в суточной порции;
- c) количественное определение белка в двух пробах, взятых с интервалом в 6 часов;
- d) кольцевая проба Геллера.

4. Что характерно для умеренной степени протеинурии:

- a) уровень белка 0,3-5 г/сут. или >0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- b) уровень белка ≥ 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- c) уровень белка <0,3 г/сут., а также <0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- d) уровень белка ≥ 5 г/сут. или значение «3+» по тест-полоске.

5. Какой уровень тромбоцитов свидетельствует о развитии тяжелой преэклампсии:

- a) $150-400 \cdot 10^9/\text{л}$;
- b) $> 400 \cdot 10^9/\text{л}$;
- c) $<100 \cdot 10^9/\text{л}$;
- d) ничего из перечисленного.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	C	E	b	a	c

ВАРИАНТ 2.

1. Что относится к характерным лабораторным изменениям при преэклампсии?

- a) повышение уровня альбумина;

- b) лейкоцитоз;
- c) повышение уровня билирубина;
- d) снижение уровня креатинина.

2. Что характерно для выраженной степени протеинурии:

- a) уровень белка 0,3-5 г/сут. или >0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- b) уровень белка ≥ 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- c) уровень белка <0,3 г/сут., а также <0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- d) уровень белка 0,3-5 г/сут. или значение «1+» по тест-полоске.

3. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано:

- a) аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов;
- b) режим bed-rest;
- c) сульфат магния;
- d) рыбий жир;
- e) все перечисленное.

4. Диагностические критерии умеренной преэклампсии:

- a) артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
- b) артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 5,0$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
- c) артериальная гипертензия: САД ≥ 160 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 110 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 5,0$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
- d) артериальная гипертензия: САД ≥ 160 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 110 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 час пробе мочи.

5. Клинические проявления преэклампсии со стороны плода:

- a) антенатальная гибель;
- b) внутриутробная гипоксия;
- c) задержка внутриутробного роста;
- d) все перечисленные.
- e) ничего из перечисленного.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	c	B	A	a	d

Кейс-задачи для контроля компетенции (ПК-7):

Задача № 1.

В перинатальный центр машиной скорой помощи, доставлена пациентка Н., 43 лет. Слов сестры: Б-4, Р-3, беременность около 30 недель, в женской консультации не наблюдалась. Жалобы на головную боль, нарушение зрения, рвоту. АД - 180/120 мм.рт.ст., выраженные отеки на нижних конечностях. При осмотре появились судороги.

Вопрос:

1. Предварительный диагноз
2. Тактика ведения

Эталон ответа:

1. Эклампсия.
2. Срочное родоразрешение с последующим наблюдением в ОРИТ.

Задача № 2.

Пациентка К., 30 лет, срок беременности 37 недель, поступила в приемный покой акушерского стационара с жалобами на головные боли. АД - 180/110 мм рт. ст., ОАМ: белок 6 г/л, отеки голеней.

Вопросы:

Предварительный диагноз и его обоснование.

Эталон ответа:

Д-з: беременность 37 недель. Тяжелая преэклампсия.

Обоснование диагноза: пациентка предъявляет жалобы на головные боли, объективно: АД - 180/110 мм рт. ст. ($\geq 160/110$ мм.рт.ст), ОАМ: белок 6 г/л (значительная протеинурия), отеки голеней.

Контролируемый раздел «Сочетанная преэклампсия», формируемые компетенции (ОПК-4, ПК-5).

Вопросы к коллоквиуму для контроля компетенции (ОПК-4):

1. Сочетанная преэклампсия. Особенности течения преэклампсии на фоне сердечно-сосудистой патологии.
2. Сочетанная преэклампсия. Особенности течения преэклампсии на фоне заболеваний почек.
3. Сочетанная преэклампсия. Особенности течения преэклампсии на фоне сахарного диабета.
4. Дифференциальная диагностика сочетанных и чистых форм преэклампсии.

Темы докладов, сообщений для контроля компетенции (ПК-5):

1. Влияние сочетанных форм преэклампсии на развитие плода и новорожденного.
2. Преэклампсия в сочетании с пиелонефритом. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Дифференцированный подход в лечении чистых и сочетанных форм преэклампсии.

Контрольные задания по вариантам для контроля компетенции (ПК-5):

ВАРИАНТ 1.

1. К клиническим проявлениям преэклампсии со стороны сердечно-сосудистой системы не относится:

- a) артериальная гипертензия;
- b) гиповолемия;
- c) артериальная гипотензия;
- d) сердечная недостаточность.

2. У женщин с коморбидными заболеваниями антигипертензивная терапия должна быть назначена для удержания АД:

- a) менее 140/90 мм.рт.ст.;
- b) 150/90-160/100 мм.рт.ст.;
- c) менее 150/100 мм.рт.ст.
- d) менее 160/110 мм.рт.ст.

3. Что характерно для выраженной степени протеинурии:

- a) уровень белка 0,3-5 г/сут. или $>0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи;
- b) уровень белка ≥ 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- c) уровень белка $<0,3$ г/сут., а также $<0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи;
- d) уровень белка 0,3-5 г/сут. или значение «1+» по тест - полоске.

4. Клинические проявления преэклампсии со стороны желудочно-кишечного тракта:

- a) изжога;
- b) рвота;
- c) тошнота;
- d) все перечисленные.

е) ничего из перечисленного.

5. У женщин с предшествующей или гестационной гипертензией сульфат магнесии может быть введен с целью нейропротекции у плода в сроки:

- a) $\leq 31+6$ недель;
- b) $\leq 35+6$ недель;
- c) $\leq 34+6$ недель;
- d) $\leq 32+6$ недель;

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	c	A	b	d	a

ВАРИАНТ 2.

1. Клинически значимая протеинурия во время беременности определена как:

- a) наличие белка в моче $\geq 0,3$ г/л в суточной пробе;
- b) наличие белка в моче $< 0,3$ г/л в суточной пробе;
- c) наличие белка в моче $< 0,3$ г/л в двух пробах, взятых с интервалом 6 часов;
- d) наличие белка в моче $\geq 0,03$ г/л в суточной пробе.

2. К характерным лабораторным изменениям при преэклампсии относятся все, кроме:

- a) снижение уровня альбумина;
- b) лейкоцитоз;
- c) повышение уровня билирубина;
- d) протеинурия.

3. При тяжелой послеродовой АГ лечение женщинам с коморбидными заболеваниями должно быть назначено для удержания АД:

- a) САД < 160 мм.рт.ст., ДАД < 110 мм.рт.ст.;
- b) САД < 160 мм.рт.ст., ДАД < 100 мм.рт.ст.;
- c) САД < 140 мм.рт.ст., ДАД < 90 мм.рт.ст.;
- d) САД < 150 мм.рт.ст., ДАД < 100 мм.рт.ст.;

4. При тяжелой послеродовой АГ лечение женщинам без коморбидных заболеваний должно быть назначено для удержания АД:

- a) САД < 160 мм.рт.ст., ДАД < 110 мм.рт.ст.;
- b) САД < 170 мм.рт.ст., ДАД < 120 мм.рт.ст.;
- c) САД < 140 мм.рт.ст., ДАД < 90 мм.рт.ст.;
- d) САД < 150 мм.рт.ст., ДАД < 100 мм.рт.ст.;

5. Для диагноза внутрисосудистого гемолиза характерно:

- a) уровень ЛДГ > 600 МЕ/л;
- b) уровень непрямого билирубина > 12 г/л;
- c) повышение уровня гаптоглобина;
- d) верно a, b;
- e) все перечисленное.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	a	B	c	a	d

Контролируемый раздел «Оценка степени тяжести преэклампсии», формируемые компетенции (ПК-5).

Вопросы к коллоквиуму для контроля компетенции (ПК-5):

1. Оценка степени тяжести преэклампсии.
2. Специальные методы исследования преэклампсии.
3. Дифференциальная диагностика гипертензивных расстройств при беременности.
4. Осложнения преэклампсии.

Контрольные задания по вариантам для контроля компетенции (ПК-5):

ВАРИАНТ 1.

- 1. Какой уровень тромбоцитов свидетельствует о развитии тяжелой преэклампсии:**
 - a) $150-400 \cdot 10^9/\text{л}$;
 - b) $> 400 \cdot 10^9/\text{л}$;
 - c) $<100 \cdot 10^9/\text{л}$;
 - d) ничего из перечисленного.
- 2. Для тяжелой артериальной гипертензии во время беременности характерно:**
 - a) САД <140 мм.рт.ст. и ДАД <90 мм.рт.ст.;
 - b) САД $140-159$ мм.рт.ст. и/или ДАД $90-109$ мм.рт.ст.;
 - c) САД 160 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст.;
 - d) САД $140-159$ мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст..
- 3. Диагностическими критериями HELLP-синдрома 1 степени тяжести являются:**
 - a) тромбоциты $\leq 100 \cdot 10^9/\text{л}$ и $\geq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
 - b) тромбоциты $\leq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
 - c) ЛДГ ≥ 600 МЕ/л;
 - d) верно a, c;
 - e) верно b, c.
- 4. Показания к срочному родоразрешению (часы) при преэклампсии:**
 - a) прогрессирующее ухудшение функции печени и/или почек;
 - b) постоянная эпигастральная боль, тошнота или рвота;
 - c) постоянная головная боль и зрительные проявления;

d) все перечисленные.

5. К критериям тяжелой преэклампсии относится:

- a) САД 140-159 мм.рт.ст. или ДАД 90-109 мм.рт.ст.;
- b) САД ≥ 160 мм.рт.ст., ДАД ≥ 110 мм.рт.ст.;
- c) суточная протеинурия $\geq 0,3$ г/л;
- d) суточная протеинурия > 5 г/л;
- e) верно b, c;
- f) верно b,d

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	c	C	e	d	f

ВАРИАНТ 2.

1. Для диагноза внутрисосудистого гемолиза характерно:

- a) патологический мазок крови с наличием фрагментированных эритроцитов (шизоцитов);
- b) снижение уровня гаптоглобина;
- c) уровень непрямого билирубина < 12 г/л;
- d) верно a, b.
- e) верно a, c;

2. Диагностические критерии умеренной преэклампсии:

- a) артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
- b) артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 5,0$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
- c) артериальная гипертензия: САД ≥ 160 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 110 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 5,0$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
- d) артериальная гипертензия: САД ≥ 160 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 110 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 час пробе мочи.

3. Клинические проявления преэклампсии со стороны плода:

- a) антенатальная гибель;
- b) внутриутробная гипоксия;
- c) задержка внутриутробного роста;
- d) все перечисленные.
- e) ничего из перечисленного.

- 4. Показания к срочному родоразрешению (часы) при преэклампсии:**
- артериальная гипертензия, не поддающаяся медикаментозной коррекции;
 - количество тромбоцитов менее $100 \cdot 10^9/\text{л}$ и прогрессирующее их снижение;
 - кровотечение из родовых путей, подозрение на отслойку плаценты;
 - верно а, b;
 - все перечисленное.
- 5. Состояние расценивается как экламптический статус, если судорожный припадок длится:**
- Более 30 минут;
 - Более 5 минут;
 - Более 10 минут;
 - Более 15 минут.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	d	A	D	d	a

Контролируемый раздел «Острый жировой гепатоз беременных. HELLP – синдром», формируемые компетенции (УК-5, ПК-6).

Вопросы к коллоквиуму для контроля компетенции (УК-5):

- Определение клинической картины HELLP- синдрома.
- Диагностические критерии по степени тяжести HELLP- синдрома.
- Принципы интенсивной терапии при HELLP- синдроме.
- Определение клинической картины острого жирового гепатоза беременных
- Осложнения HELLP – синдрома.

Темы докладов, сообщений для контроля компетенции (УК-5):

- HELLP- синдром: определение, клиническая картина, диагностические критерии по степени тяжести, осложнения.
- Острый жировой гепатоз: определение, клиническая картина, диагностические критерии, осложнения.
- Принципы интенсивной терапии при HELLP – синдроме.

Контрольные задания по вариантам для контроля компетенции (ПК-6):

ВАРИАНТ 1.

1. Диагностическими критериями HELLP-синдрома 1 степени тяжести являются:

- a) тромбоциты $\leq 100 \cdot 10^9/\text{л}$ и $\geq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
- b) тромбоциты $\leq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
- c) ЛДГ ≥ 600 МЕ/л;
- d) верно а, с;
- e) верно b, с.

2. Оперативное родоразрешение женщин с HELLP-синдромом проводят в условиях:

- a) общей анестезии;
- b) комбинированной спинально-эпидуральной анестезии;
- c) СМА;
- d) эпидуральной анестезии.

3. Для диагноза внутрисосудистого гемолиза характерно:

- a) патологический мазок крови с наличием фрагментированных эритроцитов (шизоцитов);
- b) снижение уровня гаптоглобина;
- c) уровень непрямого билирубина < 12 г/л;
- d) все а, с;
- e) верно а, b.

4. Что из перечисленного не является противопоказанием для трансфузии тромбомассы при HELLP-синдроме:

- a) гемолитико-уремический синдром;
- b) число тромбоцитов $< 20 \cdot 10^9/\text{л}$;
- c) гепарин-индуцированная тромбоцитопения;
- d) тромботическая тромбоцитопеническая пурпура.

5. Для клинической картины HELLP-синдрома не является характерным:

- a) отсутствие клинически значимой протеинурии;
- b) боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота;
- c) артериальная гипертензия;
- d) чувствительность при пальпации в правом верхнем квадранте живота.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	Е	А	е	b	А

ВАРИАНТ 2.

- 1. Нейроаксиальные методы анестезии могут применяться у женщин:**
- с уровнем тромбоцитов более или равно $50 \cdot 10^9/\text{л}$ для спинальной и эпидуральной анестезии;
 - с преэклампсией при отсутствии коагуляционных нарушений;
 - с HELLP-синдромом;
 - верно а, б;
 - все перечисленные.
- 2. Симптомом HELLP-синдрома являются все, кроме:**
- Уровень тромбоцитов выше $400 \cdot 10^9/\text{л}$;
 - Уровень ЛДГ $>600 \text{ МЕ/л}$;
 - Уровень билирубина $>12 \text{ г/л}$;
 - Наличие фрагментированных эритроцитов в мазке крови.
- 3. Диагностическими критериями HELLP-синдрома 2 степени тяжести являются:**
- тромбоциты $\leq 100 \cdot 10^9/\text{л}$ и $\geq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
 - тромбоциты $\leq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
 - ЛДГ $\geq 600 \text{ МЕ/л}$;
 - верно а, с;
 - верно б, с.
- 4. Оперативное родоразрешение женщин с HELLP-синдромом проводят в условиях:**
- эпидуральной анестезии;
 - общей анестезии;
 - СМА;
 - комбинированной спинально-эпидуральной анестезии.
- 5. Показания для проведения КТ или МРТ головного мозга:**
- судорожный приступ, зафиксированный ранее 20й недели беременности;
 - гемипарез;
 - эклампсия, резистентная к магниевой терапии при наличии грубой очаговой неврологической симптоматики;
 - все перечисленное.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	b	A	d	b	d

Контролируемый раздел «Наблюдение за беременной в женской консультации», формируемые компетенции (ОПК-5, ПК-5).

Вопросы к коллоквиуму для контроля компетенции (ПК-5):

1. Наблюдение за беременной в женской консультации.
2. Факторы риска преэклампсии.
3. Доклиническая стадия преэклампсии.
4. Профилактика преэклампсии.

Темы докладов, сообщений для контроля компетенции (ПК-5):

1. Послеродовое наблюдение пациенток, перенесших преэклампсию/эклампсию в родах, в условиях женской консультации.
2. Цель и принципы профилактических мероприятий преэклампсии. Роль женской консультации в профилактике преэклампсии.
3. Возможные отдаленные последствия преэклампсии и их профилактика

Контрольные задания по вариантам для контроля компетенции (ОПК-5):

ВАРИАНТ 1.

1. К факторам риска преэклампсии относится:

- a) семейная история сердечно-сосудистых заболеваний;
- b) прием кокаина, метамфетамина;
- c) хроническая гипертония;
- d) все перечисленное;
- e) верно а, с.

2. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано:

- a) витамины Е и С;
- b) аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов;
- c) чеснок (в таблетках);
- d) рыбий жир;
- e) все перечисленное.

3. Сульфат магния для профилактики и лечения судорог при преэклампсии и эклампсии вводится:

- a) в начальной дозе 1 г сухого вещества (4 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 4 г/час (16 мл/час 25% раствора);
- b) в начальной дозе 8 г сухого вещества (32 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 2 г/час (4 мл/час 25% раствора);
- c) 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);
- d) в начальной дозе 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение часа, затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствора).

- 4. Базовая терапия умеренной ПЭ не включает в себя:**
- a) госпитализацию для уточнения диагноза;
 - b) обязательное родоразрешение в течение 6-24 ч;
 - c) пролонгирование беременности;
 - d) тщательный мониторинг состояния матери и плода.
- 5. У женщин с предшествующей или гестационной гипертензией сульфат магнесии может быть введен с целью нейропротекции у плода в сроки:**
- e) $\leq 31+6$ недель;
 - f) $\leq 35+6$ недель;
 - g) $\leq 34+6$ недель;
 - h) $\leq 32+6$ недель;

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	d	B	c	b	a

ВАРИАНТ 2.

- 1. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано:**
- a) Аспирин 500 мг в день с 12 недели до родов;
 - b) Аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов;
 - c) Аспирин 1 г мг в день с 12 недели до родов;
 - d) Аспирин 0,5-1 г мг в день с 12 недели до родов.
- 2. С целью профилактики ранней послеродовой эклампсии инфузию магния сульфата следует проводить в течение:**
- a) 48 часов;
 - b) 6 часов;
 - c) 24 часов;
 - d) 12 часов.
- 3. Выберите верное утверждение:**
- a) недопустимо применение клонидина на ранних сроках, может вызывать эмбриопатию;
 - b) внутривенное введение клонидина противопоказано;
 - c) время наступления гипотензивного действия клонидина 30 минут;
 - d) максимальная доза клонидина 700 мкг/сут.
- 4. Наиболее изученным и безопасным препаратом для лечения АГ во время беременности является:**
- a) метилдопа;

- b) атенолол;
- c) дилтиазем;
- d) празозин.

5. Целевой уровень АД (безопасный для матери и плода) при проведении антигипертензивной терапии:

- a) САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 80-95 мм.рт.ст.;
- b) САД 100-120 мм.рт.ст., ДАД 60-80 мм.рт.ст.;
- c) САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 100-115 мм.рт.ст.;
- d) САД 140-165 мм.рт.ст., ДАД 90-115 мм.рт.ст..

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	b	c	a	A	a

Контролируемый раздел «Принципы лечения преэклампсии в зависимости от степени тяжести. Акушерская тактика, показания к досрочному родоразрешению», формируемые компетенции (ПК-6, ПК-8).

Вопросы к коллоквиуму для контроля компетенции (ПК-6):

1. Принципы лечения преэклампсии в зависимости от степени тяжести.
2. Основные положения патогенетической терапии преэклампсии.
3. Принципы лечения эклампсии.
4. Акушерская тактика при преэклампсии, показания к досрочному родоразрешению. Родоразрешение путем операции кесарева сечения, особенности родоразрешения через естественные родовые пути.
5. Ведение послеродового и послеоперационного периода, реабилитация женщин, перенесших преэклампсию, выхаживание новорожденных.

Темы докладов, сообщений для контроля компетенции (ПК-8):

1. Дифференцированный подход к антигипертензивной терапии при умеренной артериальной гипертензии при наличии/отсутствии у пациентки коморбидных заболеваний.
2. Показания и методы досрочного прерывания беременности при преэклампсии.
3. Принципы ведения родов у рожениц с преэклампсией. Показания для родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Контрольные задания по вариантам для контроля компетенции (ПК-6):

ВАРИАНТ 1.

1. Выберите правильное утверждение:

- a) магния сульфат превосходит бензодиазепины, фенитоин и нимодипин по эффективности профилактики эклампсии;
- b) магния сульфат- эффективный антигипертензивный препарат;
- c) плановое применение магния сульфата во время беременности предотвращает развитие и прогрессирование преэклампсии;
- d) при экстренных показаниях со стороны матери и/или плода не следует откладывать родоразрешение для того, чтобы ввести сульфат магния с целью нейропротекции у плода.

2. Выберите препарат для быстрого снижения АД при тяжелой преэклампсии в период беременности:

- a) магния сульфат;
- b) нифедипин;
- c) урапидил;
- d) спиронолактон.

3. Антигипертензивные препараты для использования при кормлении грудью:

- a) нифедипин;
- b) беназеприл;
- c) лизиноприл;
- d) эналаприл.

4. Целевой уровень АД (безопасный для матери и плода) при проведении антигипертензивной терапии:

- a) САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 80-95 мм.рт.ст.;
- b) САД 100-120 мм.рт.ст., ДАД 60-80 мм.рт.ст.;
- c) САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 100-115 мм.рт.ст.;
- d) САД 140-165 мм.рт.ст, ДАД 90-115 мм.рт.ст..

5. Терапевтический уровень магния в организме при введении $MgSO_4$:

- a) 6,3-7,1 ммоль/л;
- b) 3,8-5,0 ммоль/л;
- c) 2,0-4,0 ммоль/л;
- d) 4,0- 6,0 ммоль/л.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	D	B	c	a	c

ВАРИАНТ 2.

1. Показания к срочному родоразрешению (часы) при преэклампсии:

- a) прогрессирующее ухудшение функции печени и/или почек;
- b) постоянная эпигастральная боль, тошнота или рвота;
- c) постоянная головная боль и зрительные проявления;
- d) все перечисленные.

2. Профилактика РДС-плода проводится:

- a) до 34 недель беременности;
- b) до 37 недель беременности;
- c) с 22 по 36 недели беременности;
- d) до 28 недель беременности.

3. Время наступления гипотензивного эффекта нифедипина:

- a) 30-45 минут;
- b) 2-5 минут;
- c) 2-15 минут;
- d) 10-20 минут.

4. Какой препарат не используется в качестве антигипертензивной терапии при кормлении грудью?

- a) метилдопа;
- b) эналаприл;
- c) нифедипин;
- d) ничего из перечисленного.

5. Клинико-лабораторный контроль при введении сульфата магния включает все, кроме:

- a) рутинный мониторинг уровня магния в сыворотке крови;
- b) контроль диуреза ежечасно;
- c) контроль ЧДД, SpO₂ каждые 10 мин на протяжении первых 2 часов, затем каждые 30 мин;
- d) контроль коленных рефлексов каждые 10 мин на протяжении первых 2 часов, затем каждые 30 мин

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5
правильный ответ	D	A	a	b	a

2). Промежуточный контроль.

Контролируемый раздел «Стратегия доказательной медицины. Патогенетические и патоморфологические изменения отдельных органов и систем при преэклампсии», **формируемые компетенции** (УК-1, ОПК-5).

Вопросы к разделу для контроля компетенции (ОПК-5):

1. Стратегия доказательной медицины.
2. Стоимость и эффективность лечебных мероприятий при заболеваниях женской половой системы.
3. Особенности взаимодействия лекарственных средств, применяемых при преэклампсии. Побочные эффекты лекарственных средств, применяемых при лечении преэклампсии.
4. Современные представления о преэклампсии. Определение и характеристика преэклампсии, современные представления об этиологии и патогенетических аспектах преэклампсии
5. Патогенетические и патоморфологические изменения отдельных органов и систем при преэклампсии.

Темы рефератов для контроля компетенции (УК-1):

1. Современные представления о «пусковых механизмах» и патогенезе преэклампсии.
2. Патогенетические и патоморфологические особенности гипертензивных расстройств во время беременности.
3. Патогенез различных клинических форм преэклампсии; эклампсии.

Тестовые задания для контроля компетенции (ОПК-5):

Вариант 1.

1. К факторам риска преэклампсии относится:

- a) семейная история сердечно-сосудистых заболеваний;
- b) прием кокаина, метамфетамина;
- c) хроническая гипертония;
- d) все перечисленное;
- e) верно а, с.

2. Диагноз «гестационная артериальная гипертензия» может быть установлен:

- a) в I триместре беременности;
- b) с 12 недель беременности;
- c) после 20 недель беременности;
- d) после 28 недель беременности.

- 3. Преэклампсия - это состояние, возникающее:**
- a) при высоком содержании пролактина;
 - b) только во время беременности;
 - c) при тубоовариальном абсцессе;
 - d) при цистаденоме.
- 4. Для преэклампсии характерны следующие патофизиологические реакции:**
- a) нарушение реологических свойств крови;
 - b) вазоспазм;
 - c) гиперкоагуляция;
 - d) все перечисленное.
- 5. Состояние расценивается как экламптический статус, если судорожный припадок длится:**
- a) Более 30 минут;
 - b) Более 5 минут;
 - c) Более 10 минут;
 - d) Более 15 минут.
- 6. Перечислите факторы риска преэклампсии:**
- a) сахарный диабет 1 или 2 типа;
 - b) новый партнер;
 - c) хроническая гипертония;
 - d) все перечисленные.
- 7. Что не относится к признакам преэклампсии:**
- a) боли в эпигастрии;
 - b) головная боль;
 - c) гипотония;
 - d) гиперрефлексия.
- 8. Преэклампсия - это мультисистемное патологическое состояние, возникающее:**
- a) до 20 недель беременности;
 - b) после 20 недель беременности;
 - c) после 34 недель беременности;
 - d) с 22 до 34 недель беременности.
- 9. Что характерно для первого, вводного момента судорог при эклампсии:**
- a) клонические судороги;
 - b) тонические судороги;
 - c) мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, век;
 - d) изо рта выделяется пена, окрашенная кровью, зрачки постепенно сужаются, лицо постепенно розовеет.
- 10. Для тяжелой артериальной гипертензии во время беременности характерно:**

- a) САД <140 мм.рт.ст. и ДАД <90 мм.рт.ст.;
- b) САД 160 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст.;
- c) САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 90-109 мм.рт.ст.;
- d) САД 140-159 мм.рт.ст и/или ДАД 110 мм.рт.ст.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
правильный ответ	d	c	B	d	a	d	c	b	c	b

Вариант 2.

- 1. Для преэклампсии характерны следующие патофизиологические реакции:**
 - b) нарушение реологических свойств крови;
 - c) вазоспазм;
 - d) гиперкоагуляция;
 - e) все перечисленное.

- 2. Состояние расценивается как экламптический статус, если судорожный припадок длится:**
 - a) Более 30 минут;
 - b) Более 5 минут;
 - c) Более 10 минут;
 - d) Более 15 минут.

- 3. Перечислите факторы риска преэклампсии:**
 - a) сахарный диабет 1 или 2 типа;
 - b) новый партнер;
 - c) хроническая гипертония;
 - d) все перечисленные.

- 4. К факторам риска преэклампсии относится:**
 - a) семейная история сердечно-сосудистых заболеваний;
 - b) прием кокаина, метамфетамина;
 - c) хроническая гипертония;
 - d) все перечисленное;
 - e) верно а, с.

- 5. Диагноз «гестационная артериальная гипертензия» может быть установлен:**
 - a) в I триместре беременности;
 - b) с 12 недель беременности;
 - c) после 20 недель беременности;
 - d) после 28 недель беременности.

- 6. Преэклампсия - это состояние, возникающее:**
 - a) при высоком содержании пролактина;

- b) только во время беременности;
- c) при тубоовариальном абсцессе;
- d) при цистаденоме.

7. Что характерно для первого, вводного момента судорог при эклампсии:

- a) клонические судороги;
- b) тонические судороги;
- c) мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, век;
- d) изо рта выделяется пена, окрашенная кровью, зрачки постепенно сужаются, лицо постепенно розовеет.

8. Для тяжелой артериальной гипертензии во время беременности характерно:

- a) САД <140 мм.рт.ст. и ДАД <90 мм.рт.ст.;
- b) САД 160 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст.;
- c) САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 90-109 мм.рт.ст.;
- d) САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст.

9. Что не относится к признакам преэклампсии:

- a) боли в эпигастрии;
- b) головная боль;
- c) гипотония;
- d) гиперрефлексия.

10. Преэклампсия - это мультисистемное патологическое состояние, возникающее:

- a) до 20 недель беременности;
- b) после 20 недель беременности;
- c) после 34 недель беременности;
- d) с 22 до 34 недель беременности.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
правильный ответ	d	a	D	d	c	b	c	b	c	b

Контролируемый раздел «Клиническая картина, диагностика, методы профилактики преэклампсии», формируемые компетенции (ОПК-4, ПК-7).

Вопросы к разделу для контроля компетенции (ПК-7):

1. Клиническая картина преэклампсии.
2. Диагностика преэклампсии.

3. Методы профилактики преэклампсии.
4. Основные клинические симптомы преэклампсии
5. Особенности течения преэклампсии на современном этапе.

Темы рефератов для контроля компетенции (ОПК-4):

1. Преэклампсия в сочетании с соматическими заболеваниями. Дифференциальная диагностика между сочетанными и чистыми формами.
2. Характерные изменения лабораторных и функциональных методов исследования при преэклампсии.
3. Дифференциальная диагностика умеренной и тяжелой преэклампсии.

Тестовые задания для контроля компетенции (ПК-7):

Вариант 1.

- 1. К клиническим проявлениям преэклампсии со стороны сердечно-сосудистой системы не относится:**
 - a) артериальная гипертензия;
 - b) гиповолемия;
 - c) артериальная гипотензия;
 - d) сердечная недостаточность.
- 2. Различают следующие формы эклампсии:**
 - a) во время беременности и в родах;
 - b) ранняя послеродовая (первые 48 часов);
 - c) ранняя послеродовая (первые 24 часа);
 - d) поздняя послеродовая (в течение 28 суток после родов);
 - e) верно a, b, d;
 - f) верно a, c, d.
- 3. Золотым стандартом для диагностики протеинурии является:**
 - a) использование тест-полоски;
 - b) количественное определение белка в суточной порции;
 - c) количественное определение белка в двух пробах, взятых с интервалом в 6 часов;
 - d) кольцевая проба Геллера.
- 4. Что характерно для умеренной степени протеинурии:**
 - a) уровень белка 0,3-5 г/сут. или $>0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи;
 - b) уровень белка ≥ 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи;
 - c) уровень белка $<0,3$ г/сут., а также $<0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи;

d) уровень белка ≥ 5 г/сут. или значение «3+» по тест - полоске.

5. Какой уровень тромбоцитов свидетельствует о развитии тяжелой преэклампсии:

- a) $150-400 \cdot 10^9/\text{л}$;
- b) $> 400 \cdot 10^9/\text{л}$;
- c) $< 100 \cdot 10^9/\text{л}$;
- d) ничего из перечисленного.

6. Что относится к характерным лабораторным изменениям при преэклампсии?

- a) повышение уровня альбумина;
- b) лейкоцитоз;
- c) повышение уровня билирубина;
- d) снижение уровня креатинина.

7. Что характерно для выраженной степени протеинурии:

- a) уровень белка 0,3-5 г/сут. или $> 0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи;
- b) уровень белка ≥ 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- c) уровень белка $< 0,3$ г/сут., а также $< 0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи;
- d) уровень белка 0,3-5 г/сут. или значение «1+» по тест - полоске.

8. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано:

- a) аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов;
- b) режим bed-rest;
- c) сульфат магния;
- d) рыбий жир;
- e) все перечисленное.

9. Диагностические критерии умеренной преэклампсии:

- a) артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
- b) артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 5,0$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
- c) артериальная гипертензия: САД ≥ 160 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 110 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 5,0$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
- d) артериальная гипертензия: САД ≥ 160 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 110 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 час пробе мочи.

10. Клинические проявления преэклампсии со стороны плода:

- a) антенатальная гибель;
- b) внутриутробная гипоксия;
- c) задержка внутриутробного роста;

- d) все перечисленные.
- e) ничего из перечисленного.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
правильный ответ	c	c	b	a	c	C	b	a	a	d

Вариант 2.

1. Что относится к характерным лабораторным изменениям при преэклампсии?

- a) повышение уровня альбумина;
- b) лейкоцитоз;
- c) повышение уровня билирубина;
- d) снижение уровня креатинина.

2. Что характерно для выраженной степени протеинурии:

- a) уровень белка 0,3-5 г/сут. или >0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- b) уровень белка ≥ 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- c) уровень белка <0,3 г/сут., а также <0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- d) уровень белка 0,3-5 г/сут. или значение «1+» по тест-полоске.

3. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано:

- a) аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов;
- b) режим bed-rest;
- c) сульфат магния;
- d) рыбий жир;
- e) все перечисленное.

4. Диагностические критерии умеренной преэклампсии:

- a) артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
- b) артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 5,0$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
- c) артериальная гипертензия: САД ≥ 160 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 110 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 5,0$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
- d) артериальная гипертензия: САД ≥ 160 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 110 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 час пробе мочи.

5. Клинические проявления преэклампсии со стороны плода:

- a) антенатальная гибель;

- b) внутриутробная гипоксия;
- c) задержка внутриутробного роста;
- d) все перечисленные.
- e) ничего из перечисленного.

6. К клиническим проявлениям преэклампсии со стороны сердечно-сосудистой системы не относится:

- a) артериальная гипертензия;
- b) гиповолемия;
- c) артериальная гипотензия;
- d) сердечная недостаточность.

7. Различают следующие формы эклампсии:

- a) во время беременности и в родах;
- b) ранняя послеродовая (первые 48 часов);
- c) ранняя послеродовая (первые 24 часа);
- d) поздняя послеродовая (в течение 28 суток после родов);
- e) верно a, b, d;
- f) верно a, c, d.

8. Золотым стандартом для диагностики протеинурии является:

- a) использование тест-полоски;
- b) количественное определение белка в суточной порции;
- c) количественное определение белка в двух пробах, взятых с интервалом в 6 часов;
- d) кольцевая проба Геллера.

9. Что характерно для умеренной степени протеинурии:

- a) уровень белка 0,3-5 г/сут. или >0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- b) уровень белка ≥ 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- c) уровень белка <0,3 г/сут., а также <0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- d) уровень белка ≥ 5 г/сут. или значение «3+» по тест - полоске.

10. Какой уровень тромбоцитов свидетельствует о развитии тяжелой преэклампсии:

- a) $150-400 \cdot 10^9/\text{л}$;
- b) $> 400 \cdot 10^9/\text{л}$;
- c) $<100 \cdot 10^9/\text{л}$;
- d) ничего из перечисленного.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
правильный ответ	c	b	a	a	d	c	c	b	a	c

Контролируемый раздел «Сочетанная преэклампсия», формируемые компетенции (ОПК-4, ПК-5).

Вопросы к разделу для контроля компетенции (ОПК-4):

1. Сочетанная преэклампсия. Особенности течения преэклампсии на фоне сердечно-сосудистой патологии.
2. Сочетанная преэклампсия. Особенности течения преэклампсии на фоне заболеваний почек.
3. Сочетанная преэклампсия. Особенности течения преэклампсии на фоне сахарного диабета.
4. Дифференциальная диагностика сочетанных и чистых форм преэклампсии.

Темы рефератов для контроля компетенции (ОПК-4):

1. Влияние сочетанных форм преэклампсии на развитие плода и новорожденного.
2. Преэклампсия в сочетании с пиелонефритом. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Дифференцированный подход в лечении чистых и сочетанных форм преэклампсии.

Тестовые задания для контроля компетенции (ПК-5):

Вариант 1

1. Клинически значимая протеинурия во время беременности определена как:

- a) наличие белка в моче $\geq 0,3$ г/л в суточной пробе;
- b) наличие белка в моче $< 0,3$ г/л в суточной пробе;
- c) наличие белка в моче $< 0,3$ г/л в двух пробах, взятых с интервалом 6 часов;
- d) наличие белка в моче $\geq 0,03$ г/л в суточной пробе.

2. К характерным лабораторным изменениям при преэклампсии относятся все, кроме:

- a) снижение уровня альбумина;
- b) лейкоцитоз;
- c) повышение уровня билирубина;
- d) протеинурия.

3. При тяжелой послеродовой АГ лечение женщинам с коморбидными заболеваниями должно быть назначено для удержания АД:

- a) САД < 160 мм.рт.ст., ДАД < 110 мм.рт.ст.;
- b) САД < 160 мм.рт.ст., ДАД < 100 мм.рт.ст.;
- c) САД < 140 мм.рт.ст., ДАД < 90 мм.рт.ст.;
- d) САД < 150 мм.рт.ст., ДАД < 100 мм.рт.ст.;

4. При тяжелой послеродовой АГ лечение женщинам без коморбидных заболеваний должно быть назначено для удержания АД:

- a) САД <160 мм.рт.ст., ДАД <110 мм.рт.ст.;
- b) САД <170 мм.рт.ст., ДАД <120 мм.рт.ст.;
- c) САД <140 мм.рт.ст., ДАД <90 мм.рт.ст.;
- d) САД <150 мм.рт.ст., ДАД <100 мм.рт.ст.;

5. Для диагноза внутрисосудистого гемолиза характерно:

- a) уровень ЛДГ >600 МЕ/л;
- b) уровень непрямого билирубина >12 г/л;
- c) повышение уровня гаптоглобина;
- d) верно a, b;
- e) все перечисленное.

6. К клиническим проявлениям преэклампсии со стороны сердечно-сосудистой системы не относится:

- a) артериальная гипертензия;
- b) гиповолемия;
- c) артериальная гипотензия;
- d) сердечная недостаточность.

7. У женщин с коморбидными заболеваниями антигипертензивная терапия должна быть назначена для удержания АД:

- a) менее 140/90 мм.рт.ст.;
- b) 150/90-160/100 мм.рт.ст.;
- c) менее 150/100 мм.рт.ст.
- d) менее 160/110 мм.рт.ст.

8. Что характерно для выраженной степени протеинурии:

- a) уровень белка 0,3-5 г/сут. или >0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- b) уровень белка ≥ 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- c) уровень белка <0,3 г/сут., а также <0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- d) уровень белка 0,3-5 г/сут. или значение «1+» по тест - полоске.

9. Клинические проявления преэклампсии со стороны желудочно-кишечного тракта:

- a) изжога;
- b) рвота;
- c) тошнота;
- d) все перечисленные.
- e) ничего из перечисленного.

10. У женщин с предшествующей или гестационной гипертензией сульфат магнесии может быть введен с целью нейропротекции у плода в сроки:

- a) $\leq 31+6$ недель;
- b) $\leq 35+6$ недель;
- c) $\leq 34+6$ недель;

d) $\leq 32+6$ недель;

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
правильный ответ	a	b	c	a	d	C	a	b	d	a

Вариант 2.

1. К клиническим проявлениям преэклампсии со стороны сердечно-сосудистой системы не относится:

- a) артериальная гипертензия;
- b) гиповолемия;
- c) артериальная гипотензия;
- d) сердечная недостаточность.

2. У женщин с коморбидными заболеваниями антигипертензивная терапия должна быть назначена для удержания АД:

- a) менее 140/90 мм.рт.ст.;
- b) 150/90-160/100 мм.рт.ст.;
- c) менее 150/100 мм.рт.ст.
- d) менее 160/110 мм.рт.ст.

3. Что характерно для выраженной степени протеинурии:

- a) уровень белка 0,3-5 г/сут. или $>0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи;
- b) уровень белка ≥ 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- c) уровень белка $<0,3$ г/сут., а также $<0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи;
- d) уровень белка 0,3-5 г/сут. или значение «1+» по тест - полоске.

4. Клинические проявления преэклампсии со стороны желудочно-кишечного тракта:

- a) изжога;
- b) рвота;
- c) тошнота;
- d) все перечисленные.
- e) ничего из перечисленного.

5. У женщин с предшествующей или гестационной гипертензией сульфат магнесии может быть введен с целью нейропротекции у плода в сроки:

- a) $\leq 31+6$ недель;
- b) $\leq 35+6$ недель;
- c) $\leq 34+6$ недель;
- d) $\leq 32+6$ недель;

6. Клинически значимая протеинурия во время беременности определена как:

- a) наличие белка в моче $\geq 0,3$ г/л в суточной пробе;
- b) наличие белка в моче $<0,3$ г/л в суточной пробе;
- c) наличие белка в моче $<0,3$ г/л в двух пробах, взятых с интервалом 6 часов;
- d) наличие белка в моче $\geq 0,03$ г/л в суточной пробе.

7.К характерным лабораторным изменениям при преэклампсии относятся все, кроме:

- a) снижение уровня альбумина;
- b) лейкоцитоз;
- c) повышение уровня билирубина;
- d) протеинурия.

8. При тяжелой послеродовой АГ лечение женщинам с коморбидными заболеваниями должно быть назначено для удержания АД:

- a) САД <160 мм.рт.ст., ДАД <110 мм.рт.ст.;
- b) САД <160 мм.рт.ст., ДАД <100 мм.рт.ст.;
- c) САД <140 мм.рт.ст., ДАД <90 мм.рт.ст.;
- d) САД <150 мм.рт.ст., ДАД <100 мм.рт.ст.;

9. При тяжелой послеродовой АГ лечение женщинам без коморбидных заболеваний должно быть назначено для удержания АД:

- a) САД <160 мм.рт.ст., ДАД <110 мм.рт.ст.;
- b) САД <170 мм.рт.ст., ДАД <120 мм.рт.ст.;
- c) САД <140 мм.рт.ст., ДАД <90 мм.рт.ст.;
- d) САД <150 мм.рт.ст., ДАД <100 мм.рт.ст.;

10. Для диагноза внутрисосудистого гемолиза характерно:

- a) уровень ЛДГ >600 МЕ/л;
- b) уровень непрямого билирубина >12 г/л;
- c) повышение уровня гаптоглобина;
- d) верно a, b;
- e) все перечисленное.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
правильный ответ	c	a	b	d	a	a	b	c	a	d

Контролируемый раздел «Оценка степени тяжести преэклампсии», формируемые компетенции (ПК-5).

Темы рефератов для контроля компетенции (ПК-5):

1. Дифференциальная диагностика умеренной и тяжелой преэклампсии.
2. Характерные изменения лабораторных и функциональных методов исследования при различных формах преэклампсии.
3. Диагностика клинически значимой протеинурии.

Контролируемый раздел «Острый жировой гепатоз беременных. HELLP – синдром», формируемые компетенции (УК-5, ПК-6).

Вопросы к разделу для контроля компетенции (ПК-6):

1. Определение клинической картины HELLP- синдрома.
2. Диагностические критерии по степени тяжести HELLP- синдрома.
3. Принципы интенсивной терапии при HELLP- синдроме.
4. Определение клинической картины острого жирового гепатоза беременных
5. Осложнения HELLP – синдрома.

Темы рефератов для контроля компетенции (УК-5):

1. HELLP- синдром: определение, клиническая картина, диагностические критерии по степени тяжести, осложнения.
2. Острый жировой гепатоз: определение, клиническая картина, диагностические критерии, осложнения.
3. Принципы интенсивной терапии при HELLP – синдроме.

Тестовые задания для контроля компетенции (ПК-6):

Вариант 1.

- 1. Нейроаксиальные методы анестезии могут применяться у женщин:**
 - a) с уровнем тромбоцитов более или равно $50 \cdot 10^9/\text{л}$ для спинальной и эпидуральной анестезии;
 - b) с преэклампсией при отсутствии коагуляционных нарушений;
 - c) с HELLP-синдромом;
 - d) верно a, b;
 - e) все перечисленные.
- 2. Симптомом HELLP-синдрома являются все, кроме:**
 - a) Уровень тромбоцитов выше $400 \cdot 10^9/\text{л}$;
 - b) Уровень ЛДГ $>600 \text{ МЕ/л}$;

- с) Уровень билирубина >12 г/л;
- д) Наличие фрагментированных эритроцитов в мазке крови.

3. Диагностическими критериями HELLP-синдрома 2 степени тяжести являются:

- а) тромбоциты $\leq 100 \cdot 10^9/\text{л}$ и $\geq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
- б) тромбоциты $\leq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
- с) ЛДГ ≥ 600 МЕ/л;
- д) верно а, с;
- е) верно б, с.

4. Оперативное родоразрешение женщин с HELLP-синдромом проводят в условиях:

- а) эпидуральной анестезии;
- б) общей анестезии;
- с) СМА;
- д) комбинированной спинально-эпидуральной анестезии.

5. Показания для проведения КТ или МРТ головного мозга:

- а) судорожный приступ, зафиксированный ранее 20й недели беременности;
- б) гемипарез;
- с) эклампсия, резистентная к магниальной терапии при наличии грубой очаговой неврологической симптоматики;
- д) все перечисленное.

6. Диагностическими критериями HELLP-синдрома 1 степени тяжести являются:

- а) тромбоциты $\leq 100 \cdot 10^9/\text{л}$ и $\geq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
- б) тромбоциты $\leq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
- с) ЛДГ ≥ 600 МЕ/л;
- д) верно а, с;
- е) верно б, с.

7. Оперативное родоразрешение женщин с HELLP-синдромом проводят в условиях:

- а) общей анестезии;
- б) комбинированной спинально-эпидуральной анестезии;
- с) СМА;
- д) эпидуральной анестезии.

8. Для диагноза внутрисосудистого гемолиза характерно:

- а) патологический мазок крови с наличием фрагментированных эритроцитов (шизоцитов);
- б) снижение уровня гаптоглобина;
- с) уровень непрямого билирубина <12 г/л;
- д) все а, с;

е) верно а, в.

9. Что из перечисленного не является противопоказанием для трансфузии тромбомассы при HELLP-синдроме:

- а) гемолитико-уремический синдром;
- б) число тромбоцитов $<20 \cdot 10^9/\text{л}$;
- в) гепарин-индуцированная тромбоцитопения;
- г) тромботическая тромбоцитопеническая пурпура.

10. Для клинической картины HELLP-синдрома не является характерным:

- а) отсутствие клинически значимой протеинурии;
- б) боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота;
- в) артериальная гипертензия;
- г) чувствительность при пальпации в правом верхнем квадранте живота.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
правильный ответ	б	а	д	б	д	Е	а	е	б	а

Вариант 2.

1. Диагностическими критериями HELLP-синдрома 1 степени тяжести являются:

- а) тромбоциты $\leq 100 \cdot 10^9/\text{л}$ и $\geq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
- б) тромбоциты $\leq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
- в) ЛДГ ≥ 600 МЕ/л;
- г) верно а, в;
- д) верно б, в.

2. Оперативное родоразрешение женщин с HELLP-синдромом проводят в условиях:

- а) общей анестезии;
- б) комбинированной спинально-эпидуральной анестезии;
- в) СМА;
- г) эпидуральной анестезии.

3. Для диагноза внутрисосудистого гемолиза характерно:

- а) патологический мазок крови с наличием фрагментированных эритроцитов (шизоцитов);
- б) снижение уровня гаптоглобина;
- в) уровень непрямого билирубина <12 г/л;
- г) все а, в;
- д) верно а, в.

4. Что из перечисленного не является противопоказанием для трансфузии тромбомассы при HELLP-синдроме:

- a) гемолитико-уремический синдром;
- b) число тромбоцитов $<20 \cdot 10^9/\text{л}$;
- c) гепарин-индуцированная тромбоцитопения;
- d) тромботическая тромбоцитопеническая пурпура.

5. Для клинической картины HELLP-синдрома не является характерным:

- a) отсутствие клинически значимой протеинурии;
- b) боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота;
- c) артериальная гипертензия;
- d) чувствительность при пальпации в правом верхнем квадранте живота.

6. Нейроаксиальные методы анестезии могут применяться у женщин:

- a) с уровнем тромбоцитов более или равно $50 \cdot 10^9/\text{л}$ для спинальной и эпидуральной анестезии;
- b) с преэклампсией при отсутствии коагуляционных нарушений;
- c) с HELLP-синдромом;
- d) верно a, b;
- e) все перечисленные.

7. Симптомом HELLP-синдрома являются все, кроме:

- a) Уровень тромбоцитов выше $400 \cdot 10^9/\text{л}$;
- b) Уровень ЛДГ $>600 \text{ МЕ/л}$;
- c) Уровень билирубина $>12 \text{ г/л}$;
- d) Наличие фрагментированных эритроцитов в мазке крови.

8. Диагностическими критериями HELLP-синдрома 2 степени тяжести являются:

- a) тромбоциты $\leq 100 \cdot 10^9/\text{л}$ и $\geq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
- b) тромбоциты $\leq 50 \cdot 10^9/\text{л}$;
- c) ЛДГ $\geq 600 \text{ МЕ/л}$;
- d) верно a, c;
- e) верно b, c.

9. Оперативное родоразрешение женщин с HELLP-синдромом проводят в условиях:

- a) эпидуральной анестезии;
- b) общей анестезии;
- c) СМА;
- d) комбинированной спинально-эпидуральной анестезии.

10. Показания для проведения КТ или МРТ головного мозга:

- a) судорожный приступ, зафиксированный ранее 20й недели беременности;
- b) гемипарез;
- c) эклампсия, резистентная к магниевой терапии при наличии грубой очаговой неврологической симптоматики;
- d) все перечисленное.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
правильный ответ	e	a	e	b	a	B	a	d	b	d

Контролируемый раздел «Наблюдение за беременной в женской консультации», формируемые компетенции (ОПК-5, ПК-5).

Вопросы к разделу для контроля компетенции (ОПК-5):

1. Наблюдение за беременной в женской консультации.
2. Факторы риска преэклампсии.
3. Доклиническая стадия преэклампсии.
4. Профилактика преэклампсии.

Темы рефератов для контроля компетенции (ПК-5):

1. Послеродовое наблюдение пациенток, перенесших преэклампсию/эклампсию в родах, в условиях женской консультации.
2. Цель и принципы профилактических мероприятий преэклампсии. Роль женской консультации в профилактике преэклампсии.
3. Возможные отдаленные последствия преэклампсии и их профилактика

Тестовые задания для контроля компетенции (ОПК-5):

Вариант 1.

1. К факторам риска преэклампсии относится:

- a) семейная история сердечно-сосудистых заболеваний;
- b) прием кокаина, метамфетамина;
- c) хроническая гипертония;
- d) все перечисленное;
- e) верно a, c.

2. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано:

- a) витамины E и C;
- b) аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов;
- c) чеснок (в таблетках);
- d) рыбий жир;
- e) все перечисленное.

- 3. Сульфат магния для профилактики и лечения судорог при преэклампсии и эклампсии вводится:**
- в начальной дозе 1 г сухого вещества (4 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 4 г/час (16 мл/час 25% раствора);
 - в начальной дозе 8 г сухого вещества (32 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 2 г/час (4 мл/час 25% раствора);
 - 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);
 - в начальной дозе 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение часа, затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствора).
- 4. Базовая терапия умеренной ПЭ не включает в себя:**
- госпитализацию для уточнения диагноза;
 - обязательное родоразрешение в течение 6-24 ч;
 - продолгование беременности;
 - тщательный мониторинг состояния матери и плода.
- 5. У женщин с предшествующей или гестационной гипертензией сульфат магния может быть введен с целью нейропротекции у плода в сроки:**
- $\leq 31+6$ недель;
 - $\leq 35+6$ недель;
 - $\leq 34+6$ недель;
 - $\leq 32+6$ недель;
- 6. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано:**
- Аспирин 500 мг в день с 12 недели до родов;
 - Аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов;
 - Аспирин 1 г мг в день с 12 недели до родов;
 - Аспирин 0,5-1 г мг в день с 12 недели до родов.
- 7. С целью профилактики ранней послеродовой эклампсии инфузию магния сульфата следует проводить в течение:**
- 48 часов;
 - 6 часов;
 - 24 часов;
 - 12 часов.
- 8. Выберите верное утверждение:**
- недопустимо применение клонидина на ранних сроках, может вызывать эмбриопатию;
 - внутривенное введение клонидина противопоказано;
 - время наступления гипотензивного действия клонидина 30 минут;
 - максимальная доза клонидина 700 мкг/сут.
- 9. Наиболее изученным и безопасным препаратом для лечения АГ во время беременности является:**
- метилдопа;

- b) атенолол;
- c) дилтиазем;
- d) празозин.

10. Целевой уровень АД (безопасный для матери и плода) при проведении антигипертензивной терапии:

- a) САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 80-95 мм.рт.ст.;
- b) САД 100-120 мм.рт.ст., ДАД 60-80 мм.рт.ст.;
- c) САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 100-115 мм.рт.ст.;
- d) САД 140-165 мм.рт.ст., ДАД 90-115 мм.рт.ст..

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
правильный ответ	d	b	c	b	a	B	c	a	a	a

Вариант 2.

1. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано:

- a) Аспирин 500 мг в день с 12 недели до родов;
- b) Аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов;
- c) Аспирин 1 г мг в день с 12 недели до родов;
- d) Аспирин 0,5-1 г мг в день с 12 недели до родов.

2. С целью профилактики ранней послеродовой эклампсии инфузию магния сульфата следует проводить в течение:

- a) 48 часов;
- b) 6 часов;
- c) 24 часов;
- d) 12 часов.

3. Выберите верное утверждение:

- a) недопустимо применение клонидина на ранних сроках, может вызывать эмбриопатию;
- b) внутривенное введение клонидина противопоказано;
- c) время наступления гипотензивного действия клонидина 30 минут;
- d) максимальная доза клонидина 700 мкг/сут.

4. Наиболее изученным и безопасным препаратом для лечения АГ во время беременности является:

- a) метилдопа;
- b) атенолол;
- c) дилтиазем;

d) празозин.

5. Целевой уровень АД (безопасный для матери и плода) при проведении антигипертензивной терапии:

- a) САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 80-95 мм.рт.ст.;
- b) САД 100-120 мм.рт.ст., ДАД 60-80 мм.рт.ст.;
- c) САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 100-115 мм.рт.ст.;
- d) САД 140-165 мм.рт.ст., ДАД 90-115 мм.рт.ст..

6. К факторам риска преэклампсии относится:

- a) семейная история сердечно-сосудистых заболеваний;
- b) прием кокаина, метамфетамина;
- c) хроническая гипертония;
- d) все перечисленное;
- e) верно а, с.

7. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано:

- a) витамины Е и С;
- b) аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов;
- c) чеснок (в таблетках);
- d) рыбий жир;
- e) все перечисленное.

8. Сульфат магния для профилактики и лечения судорог при преэклампсии и эклампсии вводится:

- a) в начальной дозе 1 г сухого вещества (4 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 4 г/час (16 мл/час 25% раствора);
- b) в начальной дозе 8 г сухого вещества (32 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 2 г/час (4 мл/час 25% раствора);
- c) 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);
- d) в начальной дозе 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение часа, затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствора).

9. Базовая терапия умеренной ПЭ не включает в себя:

- a) госпитализацию для уточнения диагноза;
- b) обязательное родоразрешение в течение 6-24 ч;
- c) пролонгирование беременности;
- d) тщательный мониторинг состояния матери и плода.

10. У женщин с предшествующей или гестационной гипертензией сульфат магния может быть введен с целью нейропротекции у плода в сроки:

- a) $\leq 31+6$ недель;
- b) $\leq 35+6$ недель;
- c) $\leq 34+6$ недель;
- d) $\leq 32+6$ недель;

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
правильный ответ	b	c	A	a	a	D	b	c	b	a

Контролируемый раздел «Принципы лечения преэклампсии в зависимости от степени тяжести. Акушерская тактика, показания к досрочному родоразрешению»,
формируемые компетенции (ПК-6, ПК-8).

Вопросы к разделу для контроля компетенции (ПК-8):

1. Принципы лечения преэклампсии в зависимости от степени тяжести.
2. Основные положения патогенетической терапии преэклампсии.
3. Принципы лечения эклампсии.
4. Акушерская тактика при преэклампсии, показания к досрочному родоразрешению. Родоразрешение путем операции кесарева сечения, особенности родоразрешения через естественные родовые пути.
5. Ведение послеродового и послеоперационного периода, реабилитация женщин, перенесших преэклампсию, выхаживание новорожденных.

Тестовые задания для контроля компетенции (ПК-6):

Вариант 1.

- 1. Показания к срочному родоразрешению (часы) при преэклампсии:**
 - a) прогрессирующее ухудшение функции печени и/или почек;
 - b) постоянная эпигастральная боль, тошнота или рвота;
 - c) постоянная головная боль и зрительные проявления;
 - d) все перечисленные.
- 2. Профилактика РДС-плода проводится:**
 - a) до 34 недель беременности;
 - b) до 37 недель беременности;
 - c) с 22 по 36 недели беременности;
 - d) до 28 недель беременности.
- 3. Время наступления гипотензивного эффекта нифедипина:**
 - a) 30-45 минут;
 - b) 2-5 минут;
 - c) 2-15 минут;
 - d) 10-20 минут.

- 4. Какой препарат не используется в качестве антигипертензивной терапии при кормлении грудью?**
- a) метилдопа;
 - b) эналаприл;
 - c) нифедипин;
 - d) ничего из перечисленного.
- 5. Клинико-лабораторный контроль при введении сульфата магния включает все, кроме:**
- a) рутинный мониторинг уровня магния в сыворотке крови;
 - b) контроль диуреза ежедневно;
 - c) контроль ЧДД, SpO₂ каждые 10 мин на протяжении первых 2 часов, затем каждые 30 мин;
 - d) контроль коленных рефлексов каждые 10 мин на протяжении первых 2 часов, затем каждые 30 мин
- 6. Выберите правильное утверждение:**
- a) магния сульфат превосходит бензодиазепины, фенитоин и нимодипин по эффективности профилактики эклампсии;
 - b) магния сульфат- эффективный антигипертензивный препарат;
 - c) плановое применение магния сульфата во время беременности предотвращает развитие и прогрессирование преэклампсии;
 - d) при экстренных показаниях со стороны матери и/или плода не следует откладывать родоразрешение для того, чтобы ввести сульфат магния с целью нейропротекции у плода.
- 7. Выберите препарат для быстрого снижения АД при тяжелой преэклампсии в период беременности:**
- a) магния сульфат;
 - b) нифедипин;
 - c) урапидил;
 - d) спиронолактон.
- 8. Антигипертензивные препараты для использования при кормлении грудью:**
- a) нифедипин;
 - b) беназеприл;
 - c) лизиноприл;
 - d) эналаприл.
- 9. Целевой уровень АД (безопасный для матери и плода) при проведении антигипертензивной терапии:**
- a) САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 80-95 мм.рт.ст.;
 - b) САД 100-120 мм.рт.ст., ДАД 60-80 мм.рт.ст.;
 - c) САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 100-115 мм.рт.ст.;
 - d) САД 140-165 мм.рт.ст, ДАД 90-115 мм.рт.ст.
- 10. Терапевтический уровень магния в организме при введении MgSO₄:**

- a) 6,3-7,1 ммоль/л;
- b) 3,8-5,0 ммоль/л;
- c) 2,0-4,0 ммоль/л;
- d) 4,0- 6,0 ммоль/л.

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
правильный ответ	d	a	a	b	a	D	b	c	a	c

Вариант 2.

1. Выберите правильное утверждение:

- a) магния сульфат превосходит бензодиазепины, фенитоин и нимодипин по эффективности профилактики эклампсии;
- b) магния сульфат - эффективный антигипертензивный препарат;
- c) плановое применение магния сульфата во время беременности предотвращает развитие и прогрессирование преэклампсии;
- d) при экстренных показаниях со стороны матери и/или плода не следует откладывать родоразрешение для того, чтобы ввести сульфат магния с целью нейропротекции у плода.

2. Выберите препарат для быстрого снижения АД при тяжелой преэклампсии в период беременности:

- a) магния сульфат;
- b) нифедипин;
- c) урапидил;
- d) спиронолактон.

3. Антигипертензивные препараты для использования при кормлении грудью:

- a) нифедипин;
- b) беназеприл;
- c) лизиноприл;
- d) эналаприл.

4. Целевой уровень АД (безопасный для матери и плода) при проведении антигипертензивной терапии:

- a) САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 80-95 мм.рт.ст.;
- b) САД 100-120 мм.рт.ст., ДАД 60-80 мм.рт.ст.;
- c) САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 100-115 мм.рт.ст.;
- d) САД 140-165 мм.рт.ст, ДАД 90-115 мм.рт.ст.

5. Терапевтический уровень магния в организме при введении MgSO₄:

- a) 6,3-7,1 ммоль/л;
- b) 3,8-5,0 ммоль/л;
- c) 2,0-4,0 ммоль/л;

d) 4,0- 6,0 ммоль/л.

6. Показания к срочному родоразрешению (часы) при преэклампсии:

- a) прогрессирующее ухудшение функции печени и/или почек;
- b) постоянная эпигастральная боль, тошнота или рвота;
- c) постоянная головная боль и зрительные проявления;
- d) все перечисленные.

7. Профилактика РДС-плода проводится:

- a) до 34 недель беременности;
- b) до 37 недель беременности;
- c) с 22 по 36 недели беременности;
- d) до 28 недель беременности.

8. Время наступления гипотензивного эффекта нифедипина:

- a) 30-45 минут;
- b) 2-5 минут;
- c) 2-15 минут;
- d) 10-20 минут.

9. Какой препарат не используется в качестве антигипертензивной терапии при кормлении грудью?

- a) метилдопа;
- b) эналаприл;
- c) нифедипин;
- d) ничего из перечисленного.

10. Клинико-лабораторный контроль при введении сульфата магния включает все, кроме:

- a) рутинный мониторинг уровня магния в сыворотке крови;
- b) контроль диуреза ежечасно;
- c) контроль ЧДД, SpO₂ каждые 10 мин на протяжении первых 2 часов, затем каждые 30 мин;
- d) контроль коленных рефлексов каждые 10 мин на протяжении первых 2 часов, затем каждые 30 мин

Правильные ответы:

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
правильный ответ	d	b	c	a	c	D	a	a	b	a

Разноуровневые ситуационные задачи для контроля компетенции (ПК-8):

Задача № 1.

Пациентка Н., 28 лет, Б-1, Р-1, на плановом приеме в ж/к. Беременность 30 недель. Жалоб нет. Впервые за беременность зафиксировано АД=150/90 мм.рт.ст. на обеих руках при двукратном измерении, ОАМ (cito)- белок 0,6 г/л. Пастозность голеней.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика ведения.
3. Препараты выбора для плановой терапии.

Эталон ответа:

1. Беременность 30 недель. Умеренная преэклампсия.
2. Госпитализация в ОПБ родильного дома, дообследование, лечения совместно со смежными специалистами (терапевтом).
3. Препараты выбора для плановой терапии: метилдопа

Задача № 2.

Первородящая Л., 21 года, доставлена с затемненным сознанием в клинику, дома дважды были судороги. Роды в срок, начались 5 часов назад. Температура 37,9 С, пульс 90 уд/мин, АД 150/90 мм.рт.ст. Отеки ног.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика ведения.

Эталон ответа:

- Диагноз: эклампсия
- Тактика ведения: экстренное родоразрешение;
ведение в ОРИТ, совместно с анестезиологом-реаниматологом.