Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 25.03.2025 14:42:14
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой акушерства и
гинекологии
Матюшкина Л.С. / _____ /
«02» июня 2024г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Б2.О.01(П) Клиническая практика
основной образовательной программы высшего образования подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология

Направление подготовки (специальность)	31.08.01 Акушерство и гинекология
Уровень подготовки	ординатура
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере акушерства и гинекологии)
Форма обучения	**очная**
Срок освоения ООП	**2 года**
Институт/кафедра	Кафедра акушерства и гинекологии

Владивосток – 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по направлению подготовки/специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), направленности 02 Здравоохранение (в сфере акушерства и гинекологии) в сфере профессиональной деятельности **профессиональных (ПК) компетенций**

https://tgmu.ru/sveden/files/yad/31.08.01_Akusherstvo_i_ginekologiya(3).pdf

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства*
		Форма
1	**Текущий контроль****	**Тесты**
		Чек-листы оценки практических навыков
2	**Промежуточная аттестация****	**Вопросы для собеседования**
		Задачи

***Из набора видов оценочных средств оставить нужное**

****При идентичности оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации возможно оформление одним Приложением или одной ссылкой**

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме.

Оценочные средства для текущего контроля.

Оценочное средство №1

Здоровый образ жизни – это
*индивидуальная система поведения, направленная на сохранение и укрепление здоровья
регулярные занятия физкультурой
лечебно-физкультурный оздоровительный комплекс
перечень мероприятий, направленный на сохранение и укрепление здоровья

Планирование беременности при гипотиреозе включает прием левотироксина, с целью снижения ТТГ менее:
*82,5 МЕД/л
4,8 МЕД/л
4,5 МЕД/л
3,7 МЕД/л

Метод родоразрешения зависит от показателей вирусной нагрузки у беременной:
*с ВИЧ-инфекцией

с гепатитом В
с цитомегаловирусом
с вирусом краснухи

Инфицирование плода происходит с меньшей вероятностью при попадании инфекции во время беременности:
*урогенным путем
лимфогенным путем
гематогенным путем
восходящим путем

При отсутствии антирезус-антител в I триместре беременности используется профилактическая доза антирезус RHO[D] иммунноглобулина:
*50 мкг
120 мкг
300 мкг
150 мкг

При проведении эхографического исследования плода в 12 недель учитывается показатель кровотока:
*в венозном протоке
в пупочной артерии
в аорте
в маточной артерии

Препаратом выбора для лечения диффузного токсического зоба при беременности является:
*пропилтиоурацил
мерказолил
тиамазол
карбимазол

Лечение тиреостатическими препаратами диффузного токсического зоба у беременных осуществляется под контролем:
*лейкоцитов
мочевины
биллирубина
гемоглобина

Сроком беременности во II триместре для исключения пороков развития у плода является:
*19 -22 недели
22- 24 недели
26-28 недели
14-18 недели

В третьем триместре беременности уровень тиреотропного гормона составляет:
*0,3- 3,5
0,9-4,8
1,2-5,1
0,6-5,6

Допплерометрическое исследование проводится со срока беременности:
*24 недель
20 недель
18 недель
28 недель

Выписка декретного отпуска при одноплодной беременности проводится:
*30 недель
34 недель
32 недель

27 недель

Кардиотокографическое исследование предпочтительно проводить со срока беременности:
*33-34 недель
22-24 недель
37-38 недель
40-41 недель

Кратность динамического контроля ТТГ при гипотиреозе у беременных с ЗГТ составляет 1 раз:
*в 4 недели в первой половине беременности и в 26-32 недели
В 8 недель в первой половине беременности и в 32-36 недели
В 12 недель в течение беременности и перед родоразрешением беременной
В 6 недель в первой половине беременности и в 30 -38 недель

Показанием для госпитализации в стационар является следующий тип пленки антенатальной кардиотокографии:
*патологический
подозрительный
нормальный
сальтаторный

Для постановки на учет по беременности предпочтительным является срок:
*до 12 недель
до 20 недель
до 18 недель
до 16 недель

Во втором триместре беременности уровень тиреотропного гормона составляет:
*0,2- 3,0
0,8-3,8
0,9-4,1
0,5-5,1

Изосерологическая несовместимость крови матери и плода определяется по системе:
*резус
гемоглобин
креатинин
мочевина

Основным методом лечения гипербилирубинемии у новорожденного при гемолитической болезни является использование:
*заменного переливания крови
раствора глюкозы
раствора хлористого калия
магния сульфата

Профилактикой обострения хронического гастрита у беременных является:
*соблюдение диеты
прием йодомарина
санация очагов инфекции
питьевой режим

Выписка декретного отпуска при многоплодной беременности является в срок:
*28 недель
31 недель
33 недель
26 недель

Для артериальной гипотонии беременных характерными являются цифры артериального давления:

*100/60 мм рт ст
110/65 мм рт ст
115/65 мм рт ст
120/70 мм рт ст

Предрасполагающим фактором развития язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки у беременных является возбудитель:
*Helicobacter pylori
Streptococcaceae
Peptococcaceae
Neisseriaceae

В первом триместре беременности уровень тиреотропного гормона составляет:
*0,1-2,5
0,5-3,5
0,3-4,5
0,4-4,8

К преждевременным относят роды, наступившие в сроки беременности:
*от 22 до 36 недель и 6 дней, с массой тела плода от 500 до 2500 г
от 23 до 36 недель, с массой тела плода от 500 до 2600 г
от 24 до 37 недель, с массой тела плода от 700 до 2700 г
от 24 до 37 недель и 6 дней, с массой тела плода от 700 до 2800 г

Диагностика активных преждевременных родов включает:
*****регулярные схватки (не менее 4 за 20 минут наблюдения), динамические изменения со стороны шейки матки, инсулиноподобный фактор роста в цервикальном канале
регулярные схватки (не менее 1 за 60 минут наблюдения), шейка матки размягчена, инсулиноподобный фактор роста в цервикальном канале
регулярные схватки (не менее 1 за 50 минут наблюдения), цервикальный канал шейки матки пропускает кончик пальца, инсулиноподобный фактор роста в цервикальном канале отсутствует
регулярные схватки (не менее 1 за 30 минут наблюдения), цервикальный канал шейки матки закрыт, инсулиноподобный фактор роста в цервикальном канале отсутствует

Болевой синдром при угрожающих прежде-временных родах следует дифференцировать с:
*пиелонефритом
гестационным диабетом
артериальной гипертензией
умеренной преэклампсией

Возможность токолиза снижена при раскрытии маточного зева более:
*3 см
1см
1,5 см
0,5 см

Отрицательный результат теста ACTIM-PARTUS указывает на низкий риск преждевременных родов в течение:
***7** дней
2 дней
3 дней
5 дней

Выявление фибронектина в шеечно-влагалищном секрете для прогноза преждевременных родов беременности возможно до:
*35 недель
39 недель
38 недель
40 недель

В качестве токолитической терапии исполь-зование атосибана проводится не более:
*3 циклов
2 циклов
5 циклов
6 циклов

В качестве токолитической терапии максималь-ная суточная доза нифедипина составляет:
*160 мг
100 мг
60 мг
130 мг

Противопоказанием к назначению атосибана в качестве токолитической терапии является:
*предлежание плаценты
компенсированная форма плацентарной недостаточности
анемия средней степени тяжести
умеренная преэклампсия

В качестве коррекции преждевременных родов использование индометацина возможно до:
*32 недель
34 недель
36 недель
37 недель

В качестве токолитической терапии использо-вание атосибана возможно до:
*24-33 недель
34-35 недель
22-23 недель
36-37 недель

В качестве токолитической терапии максималь-ная длительность приема индометацина составляет:
*48 часов
24 часов
30 часов
40 часов

При преждевременных родах использование вакуум-экстракции не рекомендуется:
* до 34 недель
до 36 недель
до 37 недель
до 35 недель

К факторам риска преждевременных родов относят:
*конизацию шейки матки
анемию средней степени тяжести
неполное предлежание плаценты
тазовое предлежание плода

Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода проводится на сроке беременности:
*24-34 недели
22-23 недели
35-36 недели
36-37 недели

Противопоказанием для назначения β2-адреномиметиков в качестве токолотической терапии при преждевременных родах является:
*хориоамнионит
хронический пиелонефрит
истмико-цервикальная недостаточность

гипотрофия плода

Забор материала для определения фибронектина производится из:
*шеечно-вагинального секрета
слизистой полости рта
из вены
околоплодных вод

Какое медицинское имущество относят к инвентарному:
*хирургический инструментарий
медикаменты
препараты крови и кровезаменители
биопрепараты

Какое медицинское имущество относят к расходному:
медицинские аппараты и приборы
дезинфекционная аппаратура и техника
медицинские наборы
*медикаменты

Экспертиза нетрудоспособности – это вид медицинской деятельности, целью которой является:
оценка состояния здоровья пациента
определение сроков нетрудоспособности пациента
определение степени нетрудоспособности пациента
*все перечисленное верно

Временную нетрудоспособность удостоверяет следующий документ:
история болезни при стационарном лечении
медицинская карта амбулаторного больного
*листок нетрудоспособности
талон на законченный случай временной нетрудоспособности

Медицинское страхование – это:
получение страхового полиса
*форма социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья
получение бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС и ДМС
получение бесплатной медицинской помощи за счет средств предприятия

Основной метод лечений гидросальпинкса:
*хирургический
физиотерапевтический
химиотерапевтический
гормональный

Циторедуктивная операция часто выполняется:
*при раке яичников
при миоме матки больших размеров
при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях тяжелой степени
при высокодифференцированной аденокарциноме эндометрия

Ультранизкой дозой эстрогенов, которые входят в состав препаратов, используемых для МГТ, считается:
*0,5 мг
0,1 мг
1,0 мг
2,0 мг

Для лечения эндометриоза широко применяют:

*диеногест
левоноргестерел
дроспиринон
хлормадинон ацетат

В качестве симптоматического лечения аномальных маточных кровотечений могут быть использованы:
*антифибринолитики
агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов
антибактериальные препараты
непрямые стимуляторы овуляции

Предпочтительным методом гемостаза у пациенток перименопаузы является:
*хирургический
симптоматический
гормональный
комбинированный

Основные показания к кольпоскопии:
подозрение на порок развития гениталий
*подозрение на фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки
невынашивание беременности
маточное кровотечение

Атипия эпителия шейки матки с нарушением слоистости, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы, - это:
*дисплазия шейки матки
метаплазия шейки матки
рак шейки матки
воспалительный процесс

Дисплазия шейки матки относится:
*к предраковым заболеваниям шейки матки
к фоновым заболеваниям шейки матки
к раку шейки матки
к воспалительному процессу

Гистероскопия при обследовании пациенток с нарушением менструального цикла производится с целью:
*диагностики патологии эндометрия
диагностики наружного генитального эндометриоза
выявления субсерозной или интерстициальной миомы матки
взятия аспирата из полости матки

Наиболее благоприятным сроком для диагностики аденомиоза с помощью гистероскопии является:
за 2–3 дня до менструации
на 14–15-й день менструального цикла
на 18–20-й день менструального цикла
*на 6–7-й день цикла (сразу после окончания менструации)

Состояние эндометрия при атрезии фолликула характеризуется:
*железистой гиперплазией
атипической железистой гиперплазией (аденоматозом)
высоким содержанием гликогена
децидуальными изменениями

Шкала оценивания
«Отлично» - более 90% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 80-89% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 70--79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Неудовлетворительно» - менее 69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

Оценочное средство №2

Чек-лист №1 оценки практических навыков

С	Направление подготовки 31.08.01 Акушерство и гинекология		
	Действие/ Аускультация сердцебиения плода	Проведено	Не проведено
1.	Положение пациента и врача. Пациентка лежит на спине на кушетке. Врач находится справа от пациентки, держа в руках акушерский стетоскоп.	1 балл	-1 балл
2.	Озвучена цель манипуляции: диагностическая	1 балл	-1 балла
3.	Перед проведением аускультации врач обрабатывает руки гигиеническим способом и проводит определение положения плода в матке.	1 балл	-1 балл
4.	После определения положения плода в матке с помощью наружного акушерского исследования врач переходит к аускультации сердца плода. Озвучен алгоритм выслушивания сердца плода: Сердцебиение лучше выслушивается со стороны спинки и ближе к головке. При затылочном предлежании сердцебиение выслушивается: I позиция – слева, ниже пупка беременной. II позиция – справа, ниже пупка беременной. При тазовом предлежании сердцебиение выслушивается: I позиция – слева, выше пупка. II позиция – справа, выше пупка. При поперечном положении плода: I позиция – слева, на уровне пупка. II позиция – справа, на уровне пупка. Техника аускультации сердца плода: стетоскоп узкой воронкой плотно устанавливают на живот беременной; широкой воронкой к уху и в течение 1 минуты считается сердцебиение. В норме частота сердцебиения плода 120-160 ударов	2 балла 2 балла	-2 балла; выполнено не в полном объеме - 1 балл -2 балла; выполнено не в полном объеме - 1 балл

	в 1 мин., ритмичное, ясное.		
5.	Проведена аускультация и дана общая характеристика сердцебиения плода: сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота сердечных сокращений 120-160 уд/мин	1 балл	-1 балл
6.	Дана характеристика возможных изменений сердцебиения плода: тахикардия, брадикардия, отсутствие сердцебиения (причины, выбор врачебной тактики, характеристика дополнительных методов оценки сердечной деятельности плода: УЗИ, КТГ)	2 балла	- 2 балла; выполнено не в полном объеме - 1 балл
	Итого:	10 баллов	

Общая оценка: ___

Шкала оценивания:
«Отлично» - 10 баллов
«Хорошо» - 9-8 баллов
«Удовлетворительно» - 7 баллов
«Неудовлетворительно» - менее 7 баллов

Критерии оценивания

Для зачета

«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточный контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме.

Оценочные средства для промежуточного контроля.

Вопросы для собеседования:

1. Структура и организация работы акушерского стационара. Приказ 1130-н.
2. Невынашивание беременности. Этиология. Современные методы диагностики невынашивания. Особенности работы кабинета по невынашиванию.
3. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки, клиника, методы диагностики и лечения.
4. Узкий таз в современном акушерстве. Особенности биомеханизма родов. Клинически узкий таз.
5. Предраковые заболевания эндометрия. Классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.

6. Преэклампсия. Эклампсия. Диагностика, клиника, тактика, интенсивная терапия. Показания к кесареву сечению.
7. Внематочная беременность. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение. Клинический протокол.
8. ВУИ. Приказ №1130-н.
9. Послеродовое и послеродовое кровотечение. Геморрагический шок. ДВС-синдром в акушерстве.
10. Тубоовариальные абсцессы. Этиология, клиника, диагностика, тактика ведения больных. Особенности оперативного лечения.
11. Заболевания почек и беременность.
12. Доброкачественные и пограничные опухоли яичников. Классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация. Приказ №1130-н.
13. Выявление групп риска возникновения внутриутробной инфекции среди родильниц и новорожденных. Приказ №1130-н.
14. Узкий таз в современном акушерстве. Этиология, классификация. Плоские тазы. Биомеханизм родов и особенности их течения.
15. Миома матки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
16. Септические заболевания в акушерстве. Классификация, клиника, диагностика и лечение I и II этапа послеродовой септической инфекции.
17. Аномалии развития половых органов. Классификация, диагностика, методы оперативного лечения.
18. Аномальные маточные кровотечения ювенильного периода. Диагностика, клиника, тактика.
19. Поперечное положение плода. Операции, исправляющие неправильное положение плода. Методы родоразрешения.
20. Эндометриоз. Классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
21. Выходные и полостные акушерские щипцы при переднем виде затылочного предлежания. Показания, условия, техника.
22. Рак яичников, стадии поражения, клиника, диагностика, лечение.
23. Правила организации работы родового отделения\родильного блока. Приказ №1130-н.
24. Тазовое предлежание. Диагностика, биомеханизм родов. Пособия по методу Цовьянову I и II. Показания к кесареву сечению при тазовом предлежании.
25. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, диспансерное наблюдение.
26. Разгибательные предлежания плода. Биомеханизм и особенности течения родов.
27. Синдром склерокистозных яичников. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, клинический протокол.
28. Противоэпедимические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ – инфицированных пациенток и их новорождённых. Протокол №1130-н.
29. Аномалии развития родовой деятельности. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Исходы для матери и плода.
30. Аномальные маточные кровотечения репродуктивного периода.
31. Преэклампсия. Классификация, клиника, диагностика. Лечение преэклампсии лёгкой и средней степени тяжести. Клинический протокол.
32. Воспалительные заболевания гениталий специфической этиологии. Клинический протокол.
33. Кровотечение во II половине беременности. Клиника, диагностика, тактика ведения, профилактика.
34. Основные принципы организации послеродового отделения, правила содержания физиологического послеродового отделения с совместным пребыванием матери и ребенка. Приказ №1130-н.

35. Бактериальный вагиноз. Диагностика, клиника, лечение, клинический протокол.
36. Трофобластическая болезнь.
37. Рак шейки матки, клиника, методы диагностики и лечения.
38. Сахарный диабет и беременность. Клинический протокол.
39. Апоплексия яичника.
40. Гиперпластические процессы эндометрия.
41. Хроническая фетоплацентарная недостаточность.
42. Совместные методы пренатальной диагностики. Показания, условия, методы.
43. Вспомогательные репродуктивные технологии. Особенности ведения индуцированной диагностики. Приказ № 1130-н. Клинический протокол.
44. Артериальная гипертензия и беременность. Клинический протокол.
45. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Клинический протокол.
46. Воспалительные заболевания органов малого таза неспецифической этиологии. Клинический протокол.
47. Переношенная беременность.
48. Рак вульвы и влагалища.
49. Прерывание беременности в ранние и поздние сроки. Клинический протокол.
50. Анемия и беременность.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1 (пример)

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.01	Специальность: Акушерство и гинекология
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Беременная К., 40 лет, доставлена в клинику из района в тяжелейшем состоянии с доношенной беременностью. Беременность 7. Роды 4. Самопроизвольных выкидышей 2. Во время данной беременности были отеки конечностей. При отсутствии родовой деятельности, появились боли в животе и кровотечение из половых путей. Со слов беременной количество теряемой крови 400 мл. Одновременно появилась общая слабость, одышка, была рвота. Кожа и видимые слизистые бледные, холодный пот. Пульс нитевидный, не сосчитывается. Артериальное давление не определяется. Температура 35,5°С. Тоны сердца приглушенные, чистые. Язык влажный. Живот вздут, брюшная стенка напряжена, болезненна. Симптом раздражения брюшины положительный. Матка плотной консистенции, напряжена, части плода ясно не определяются. Над входом в таз с трудом пальпируется головка. Сердцебиение плода не выслушивается. Из родовых путей небольшое кровотечение. В моче белок.
В	1	Сформулируйте клинический диагноз.
В	2	Проведите дифференциальную диагностику.
В	3	Чем обусловлена внутриутробная гибель плода.
В	4	Какой характерный вид имеет плацента при отслойке нормально расположенной плаценты.
В	5	Тактика врача.

Ситуационная задача №2 (пример)

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.01	Специальность: Акушерство и гинекология
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Беременная Т., 28 лет, поступила 10 ноября в роддом в экстренном порядке по поводу излития околоплодных вод 8 часов назад. Из анамнеза. Беременность 4. Предыдущие беременности закончились медицинскими абортами, постабортный период осложнился хроническим метроэндометритом. В женской консультации не наблюдалась. Последняя менструация 11-15 января. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Язык влажный, чистый. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм рт.ст. Пульс 82 уд/мин. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Мочеиспускание, стул в норме. Матка возбудима. Положение плода продольное. Спинка обращена кзади, к правой стенке матки. Предлежание головное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 162 уд/мин. ВДМ-44 см, ОЖ - 103 см. Размеры таза 24-26-28-18 см. Через 4 часа после поступления развилась родовая деятельность. Первый период без осложнений. В конце первого периода при полном открытии шейки матки схватки резко болезненные, нижний сегмент истончен, перерастянут, болезненный при пальпации. Признаки Вастена, Цангемейстера положительные. Отек шейки матки, влагалища. Мочеиспускание затруднено. Выполнено кесарево сечение в нижнем сегменте по Дерфлеру. Извлечен ребенок, мужского пола весом 4100 г. Безводный период составил 22 ч. Операция осложнилась гипотонией матки, матка сократилась после введения окситоцина. Кровопотеря 1000 мл. На вторые сутки после операции: Состояние средней степени тяжести. Жалобы на боли внизу живота. Резкий подъем температуры до 39,2С. Пульс 106 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный обложен белым налетом. Живот при пальпации, резко болезненный, взут, не участвует в акте дыхания, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Матка не контурируется из-за вздутия живота и болезненности при пальпации. Лохии кровянистые, газы не отходят, перистальтика не выслушивается, диурез снижен (количество мочи за сутки 900 мл), стула не было. Клинический анализ крови: Эр - 2,7 х 10^{12}/л, Hb - 89г/л, ЦП - 0,8, лейкоциты- 12,0х10^{9}/л, эозинофилы - 1%, п/я - 15%, с/я - 60%, лимфоциты -

		14%, моноциты - 10%, СОЭ - 50 мм/ч.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз и проведите его обоснование.
В	2	Определите тактику ведения пациентки в стационаре с учетом основного диагноза.
В	3	Определите тактику диспансерного наблюдения пациентов с данным заболеванием на амбулаторном этапе.
В	4	Перечислите методы физиотерапевтической реабилитации пациентки.
В	5	Определите профилактические мероприятия, которые могли бы предотвратить развитие данного осложнения.

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета/зачета с оценкой

5. Критерии оценивания результатов обучения

Оценка «***отлично***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка «***хорошо***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка «***удовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка «***неудовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.