

## 12.1. Формы промежуточной аттестации: проводится в виде зачета.

### Примерный перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. Какова структура заболеваний сердца при беременности?
2. Каковы особенности течения беременности, родов и послеродового периода при ревматизме и болезни миокарда?
3. Пороки сердца и беременность — каковы особенности?
4. Почему актуально понятие «оперированное сердце» при беременности?
5. Каковы особенности течения беременности и родов при гипертонической болезни?
6. Почему возникает проблема пиелонефрита при беременности?
7. В чем особенности течения беременности при гломерулонефрите?
8. Почему актуален вопрос диагностики и лечения анемии при беременности?
9. Почему и чем осложняются беременность и роды при эндокринных заболеваниях?
10. Постановка диагноза острого аппендицита при беременности проблемы их решения.
11. Острый холецистит при беременности — трудности диагностики, клиника.

### Примеры тестовых заданий для промежуточной аттестации.

Тестовое задание Инструкция: выберите один правильный ответ:	Контролируемые компетенции
1. Наиболее часто встречаются следующие заболевания сердечно-сосудистой системы: А. ревматические пороки сердца Б. гипотония В. пороки «синего» типа Г. острая сердечная недостаточность	УК1; ПК6
2. При стойком повышении АД у роженицы во II периоде родов необходимо: А. кесарево сечение Б. провести управляемую нормотонию В. сделать эпизиотомию Г. выключить потуги Д. ввести гипотензивные препараты Е. наложить акушерские щипцы	УК1; ПК6

**12.2. Формы итоговой аттестации:** Итоговая аттестация по Программе проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-терапевта в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

### Примерная тематика контрольных вопросов итоговой аттестации:

1. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение (ПК5, ПК6, ПК7).
2. Приобретенные пороки сердца и беременность, диагностика. Современные методы

лечения (ПК5, ПК6).

3. Течение беременности и родов при сахарном диабете (УК1; ПК5; ПК7).
4. Течение беременности и родов при анемии (иУК1; ПК6).
5. Течение беременности и родов при заболевании печени (УК1, ПК6).

**Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку врача.**

**Контролируемые компетенции: УК1;ПК1;ПК2; ПК5;ПК6;ПК8;ПК10**

#### **Ситуационная задача 1.**

Роженица И. 26 лет, поступила в роддом 30.04 в 12 часов с началом родовой деятельности при сроке беременности 39 недель. Из анамнеза: в детстве часто болела гриппом, перенесла корь. Тонзилэктомия. В 16 лет диагностирован ревматический порок сердца. Данная беременность вторая. В сроке 8-10 недель находилась в роддоме в связи с выявленным возвратным эндомиокардитом с нарушением кровообращения 2А степени. Больная отказалась от прерывания. Выписана в 16 недель и выбыла из под наблюдения, так как поменяла место жительства. При поступлении: общее состояние средней тяжести, одышка. Кожные покровы бледные, цианоз губ. Дыхание 30 уд. в 1 мин. Пульс 92 в 1 мин. АД 120х80 мм рт. ст. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Границы сердца расширены влево. Над верхушкой выслушивается присистолический и систолический шум, акцент над легочной артерией. Масса беременной 74 кг, рост 165 см. ВДМ 39 см, ОЖ 94 см. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 144 уд. в 1 мин., схватки через 3-4 мин по 45-50 секунд хорошей силы. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края ее тонкие, растяжимые, открытие 6 см. Плодный пузырь вскрылся во время исследования. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева у лона. **Поставьте диагноз. План ведения родов.**

#### **Ситуационная задача 2.**

Больная Л-ва 29 лет, поступила в родильный дом 2.04 с беременностью 20 недель и жалобами на одышку. В детстве часто болела ангинами. Пять первых беременностей прерывались по медицинским показаниям из-за болезни сердца. Данная беременность шестая. В первой половине беспокоила одышка при нагрузке. Впервые обратилась в сроке 20 недель и сразу была госпитализирована. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые. Умеренный цианоз губ. Границы сердца увеличены влево. Над верхушкой выслушивается пресистолический шум с первым хлопающим тоном и акцент второго тона над легочной артерией. Рентгенологически небольшое увеличение обоих желудочков и левого предсердия. В легких хрипов нет. Печень не увеличена. Отмечается пастозность голеней. ОЖ 80 см, ВДМ— 22 см. **Диагноз. План ведения.**

### **12.3. Примеры тестовых заданий. Контролируемая компетенция (УК1;ПК6)**

1. У беременных часто возникают анемии:
  - от недостатка витаминов
  - от недостатка железа
  - от избытка микроэлементов
  - на фоне экстрагенитальных заболеваний
2. Непосредственными причинами железодефицитных анемий являются:
  - нарушение синтеза гемоглобина
  - дефицит железа
  - нерациональное питание
  - частые кровопотери
  - иммунодефицитные состояния

3. Предрасполагающими факторами анемий у беременных могут быть:
  - частые и обильные кровотечения
  - гипоцидные гастриты
  - длительное кормление детей грудным молоком
  - длительное бесплодие
  - частые беременности и роды
  
4. Обследование больных пиелонефритом при беременности включает:
  - еженедельный анализ мочи на белок
  - анализ мочи по Нечипоренко
  - анализ мочи по Зимницкому
  - обследование глазного дна
  - измерение в/глазного давления
  
5. Беременность при сахарном диабете осложняется:
  - многоводием
  - преэклампсией
  - родовым травматизмом
  - плацентарной недостаточностью и гипоксией плода
  - сердечной недостаточностью
6. При беременности у больных сахарным диабетом:
  - повышается потребность в инсулине
  - снижается потребность в инсулине
  - ухудшается течение болезни
  - повышается сахар в крови
  - развивается ацидоз тканей
7. Сахарный диабет на плод:
  - не влияет
  - оказывает эмбриотоксическое действие
  - оказывает отрицательное влияние