

**Оценочные средства для проведения аттестации по дисциплине
«Сестринское дело в акушерстве и гинекологии» по специальности
34.02.01-« Сестринское дело» на 2023-2024 учебный год.**

Ситуационные задачи.

ЗАДАЧА №1

В родильное отделение поступила первобеременная 30 лет с регулярной родовой деятельностью при доношенной беременности и водами излившимися час назад. Схватки через 5-6 минут, по 30/35 сек, хорошей силы. Рост 165, масса 75 кг. Размеры таза: 27-29-32-21, Окружность живота 110 см, высота дна матки - 38 см. Положение плода продольное, головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд.в мин. При влагалищном исследовании : шейка матки сглажена, края мягкие, легко растяжимы, открытие маточного зева 6-7 см. Плодного пузыря нет. Головка в плоскости входа в малый таз. В центре определяется малый родничок. Мыс не достижим. Диагональнаяконъюгата 13 см. Таз без экзостозов.

Диагноз? Тактика?

ЗАДАЧА №2

В ж/к обратилась беременная С., 18 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, схваткообразные боли внизу живота, повышение температуры до 39 гр., жар, озноб. Беременность первая. Об-но: Т 39,2, пульс 100 уд.в мин., АД 100/65 мм рт. ст. Кожа и видимые слизистые бледной окраски, живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища ярко гиперемирована. Шейка цилиндрической формы с нарушением эпителиального покрова и гиперемией вокруг наружного зева. Зев свободно проходим для исследуемого пальца. Выделения обильные, кровянистые со сгустками. Тело матки в правильном положении, увеличено до 12 недель беременности, болезненно при пальпации. Придатки с обеих сторон не увеличены.

Диагноз? Тактика?

ЗАДАЧА № 3

У первобеременной К., 28 лет произошли роды крупным плодом масса 4400,0, рост 57 см, окружность головки 37 см. Во время прорезывания головки плода возникла угроза разрыва промежности. Дежурным врачом произведена перинеотомия, продолжавшаяся в разрыв промежности III степени.

В чем состоит ошибка?

ЗАДАЧА №4

Больной 25 лет, жалуется на рези при мочеиспускании и обильные выделения из влагалища. 10 дней назад имела случайную половую связь. Объективно: губки уретры гиперемированы, пальпация уретры безболезненная, при массировании ее выделяется капелька гноя. Шейка матки отечна с венчиком гиперемии, вокруг наружного зева, из которого стекают лентой слизисто - гнойные выделения. Матка и придатки без патологии.

Предположительный диагноз? План обследования и лечения?

ЗАДАЧА №5

Роженица, 32 лет поступила в родильный дом на вторые роды при пятой беременности. 1-я беременность закончилась своевременными родами без осложнений, 2-я, 3-я и 4-я беременности - медицинскими абортами. Последний аборт был год тому назад, осложнился воспалительным процессом гениталий. Данные роды закончились рождением крупного ребенка /масса 4300.0/. Последовый период продолжался 30 мин. Признаков отделения последа нет, кровотечение отсутствует.

Какова дальнейшая тактика? Какие осложнения можно ожидать в последовом периоде?

ЗАДАЧА №6

Больная И., 25 лет, поступила в гинекологический стационар с жалобами на тянущие боли внизу живота и в поясничной области, небольшие кровянистые выделения из половых органов в течение 2-х дней. Последняя менструация - 3 месяца назад. Настоящая беременность первая. Встала на учет в женскую консультацию сразу же после задержки менструации, беременность протекала нормально.

Оволосение на лобке выражено скудно, малые половые губы не прикрыты большими, задняя спайка образована малыми губами, промежность втянутая. Влагалище узкое, короткое, шейка матки конической формы, длинная, сочная, цианотичная. Наружный зев округлой формы, пропускает кончик пальца. Матка в антефлексии, шаровидной формы, мягковатой консистенции, увеличена до размеров головки новорожденного, подвижная, безболезненная. Яичники с обеих сторон не определяются. Своды влагалища свободные, безболезненные. Кровянистые выделения в небольшом количестве.

Диагноз? Какие данные подтверждают диагноз? Лечение?

ЗАДАЧА №7

В женскую консультацию обратилась больная 29 лет с жалобами на боли внизу живота, подъем температуры тела до 38,5 С, кровянистые выделения из половых путей. 5 дней назад был произведен медицинский аборт при беременности 9-10 недель. В течение трех лет страдает хроническим воспалительным заболеванием придатков матки.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки чистая, наружный зев пропускает палец. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, мягковатой консистенции, болезненное, подвижное. Придатки не определяются. Своды свободные. Выделения кровянистые, сгустками.

Предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования следует назначить. Принципы лечения.

ЗАДАЧА №8

В гинекологическое отделение доставлена больная П., 18 лет с жалобами на постоянные режущие боли внизу живота и пояснице. Заболела остро, внезапно. Была однократная рвота. Подобные приступы были уже дважды после активных движений, но проходили самостоятельно. Менструации с 14 лет, умеренные, безболезненные. Последняя менструация – неделю назад. Половую жизнь отрицает. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации умеренно болезненный в нижних отделах, больше справа. Признаки раздражения брюшины выражены слабо. Стул был утром. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Virgointacta.

Анализ крови: Hb - 120 г/л, лейкоциты – $8,6 \times 10^9$, лейкоцитарная формула без изменений, СОЭ 12 мм/час.

УЗИ: визуализируется образование в области правых придатков, размерами 7x8x12 см, с плотным компонентом в строме без кровотока при ЦДК.

Поставьте предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Какие дополнительные методы исследования следует провести? Лечение?

ЗАДАЧА №9

Больная 44 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные со сгустками крови менструации, общую слабость. В 40 лет обнаружена миома матки, размером до 6 недель беременности. Состояла на учете, не лечилась. Последние полгода месячные стали проходить обильно, продолжительностью до 7-10 дней. Через переднюю брюшную стенку на 2 см выше лона определяется образование исходящее из малого таза. Мочеиспускание свободное. Стул нерегулярный.

Данные гинекологического исследования. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки без патологии. Тело матки с неровными контурами, увеличено до 13-14 недель беременности, плотное (узловатое), ограничено в подвижности из-за своих размеров, безболезненное при пальпации. Придатки не определяются, параметрии свободные. Выделения из половых путей темно-красные, умеренные.

Общий анализ крови: Hb-65 г/л, Htr-20. Eг- $2,2 \times 10^{12}$, L- $4,5 \times 10^9$

Диагноз? С какой патологией следует дифференцировать? Какие дополнительные методы исследования следует провести? Лечение?

ЗАДАЧА №10

В приемное отделение больницы доставлена больная 30 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, тошноту, боли внизу живота, отдающие в прямую кишку, кровянистые выделения из половых путей в умеренном количестве. Выделения появились сегодня утром на фоне 12 дневной задержки месячных.

Заболела внезапно, когда появился острый приступ боли внизу живота, закружилась голова и больная потеряла сознание. Через несколько минут больная пришла в сознание, но сохранялись резкая слабость и головокружение.

Гинекологическое исследование. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки чистая. Тело матки увеличено до 5 недель беременности, мягковатой консистенции, болезненное при смещении. В области правых придатков матки определяется образование без четких контуров, болезненное. Пальпация области левых придатков так же болезненна. Задний свод влагалища выбухает. Из цервикального канала кровянистые выделения, умеренные.

Предварительный диагноз? Чем может быть объяснено развитие данной патологии у данной пациентки? Какой дополнительный метод диагностики позволит уточнить диагноз в данном случае? Тактика?

Тестовые задания.

Модуль «Акушерство»

1. Симптомы начавшегося разрыва матки:

1. непроизвольная и непродуктивная потужная деятельность при головке, подвижной над входом в малый таз
2. отсутствие болезненности матки вне схватки
3. кровянистые выделения из половых путей
4. косое положение плода

2. Клиническая картина классического послеродового эндометрита:

1. развивается на 1-5 сутки после самопроизвольных или оперативных родов

2. фебрильная лихорадка
3. озноб
4. тахикардия

3. Осложнения, возникающие в родах при тазовых предлежаниях:

- а) Интранатальная гипоксия плода
- б) Родовая травма плода
- в) Аномалии родовой деятельности
- г) Травма родовых путей
- д) Послеродовые гнойно-септические осложнения

4. Патогенетические механизмы преэклампсии:

1. снижение объема циркулирующей крови
2. снижение объема циркулирующей плазмы
3. повышение вязкости крови
4. снижение объема циркулирующих эритроцитов

5. Клинические признаки серозного послеродового мастита:

1. Покраснения кожи над участком уплотнения в молочной железе
2. Боли в молочной железе на стороне поражения
3. Температуры тела 38-39°
4. Гнойные выделения из соска молочной железы

6. К основным клиническим симптомам дискоординации сократительной деятельности матки относят:

1. резкая болезненность схваток
2. повышение базального тонуса матки
3. уплотнение краев шейки матки в схватку
4. предлежащая часть плода остаётся подвижной или только прижатой ко входу в малый таз.

7. Терапия беременных с преэклампсией включает:

1. лечебно-охранительный режим
2. нормализацию микроциркуляции, гиповолемии
3. гипотензивную терапию
4. регуляцию водно-солевого обмена

8. Показаниями к операции кесарево сечение со стороны плода являются:

1. Разгибательные вставления головки плода (передний вид лицевого, лобное)
2. Смерть матери при живом плоде

3. Выпадение пульсирующих петель пуповины при головном предлежании
4. Антенатальная гибель плода

9. Ведущие симптомы при септическом шоке:

1. внезапное, резкое ухудшение общего состояния
2. снижение АД менее 80 мм рт. ст.
3. олигурия
4. одышка, гипервентиляция

10. Опознавательные пункты, являющиеся границей плоскости широкой части полости малого таза?

1. Середина внутренней поверхности лонного сочленения
2. Середина вертлужных впадин
3. Середина 3 крестцового позвонка
4. Седалищные кости

11. Опознавательные пункты, являющиеся границей плоскости выхода таза?

1. Нижний край лонной дуги
2. Внутренние поверхности седалищных бугров
3. Верхушка копчика
4. Крестцово-копчиковое сочленение

12. Первая позиция, задний вид затылочного предлежания:

1. Малый родничок слева спереди, большой сзади справа выше малого
2. Спинка плода определяется слева
3. Малый родничок справа сзади, большой спереди выше малого
4. Малый родничок слева сзади, большой спереди выше малого

13. Какие патологические состояния относятся к аномалиям стояния стреловидного шва:

1. Высокое прямое стояние стреловидного шва
2. Передний асинклитизм
3. Низкое поперечное стояние стреловидного шва
4. Задний асинклитизм

14. Как определяется позиция и вид позиции плода при поперечном положении плода:

1. Положением головки (справа, слева)
2. Положением тазового конца (справа, слева)
3. Положением спинки плода (спереди, сзади)

4. Крупная часть плода размещается в одной из впадин большого таза

15. Опознавательные точки малого косога размера головки плода:

1. Центр большого родничка
2. Затылочный бугор
3. Подзатылочная ямка
4. Граница волосистой части головы

16. Опознавательные точки прямого размера головки плода:

1. Затылочный бугор
2. Граница волосистой части лба
3. Переносица
4. Большой родничок

17. Проводной точкой при лобномпредлежании является:

1. Малый родничок
2. Большой родничок
3. Середина между малым и большим родничком
4. Лоб

18. Особенности биомеханизма родов при общеравносуженном тазе:

1. Максимальное сгибание головки во входе в таз
2. Разгибание головки во входе в малый таз
3. Конфигурация головки плода
4. Неправильная ротация

19. Симптомами клинически узкого таза являются:

1. Высокое расположение контракционного кольца
2. Полное открытие шейки матки
3. Симптом прижатия мочевого пузыря
4. Головка плода прижата ко входу в малый таз (большая родовая опухоль)

20. Об отделении последа свидетельствуют:

1. признак Альфельда;
2. признак Кюстнера-Чукалова;
3. признак Вастена;
4. признак Штрассмана;
5. признак Цангемейстера.

21. Факторы, имеющие значение для отделения и выделения плаценты:

1. Маточные схватки
2. Ретроплацентарная гематома
3. Сокращение объема матки после рождения плода
4. Увеличение площади отслойки плаценты

22. Когда прекращается выделение лохий:

1. К концу 1 недели
2. К концу 2 недели
3. К концу 4 недели
4. К концу 3 недели

23. Какие функции присущи плаценте:

1. Дыхательная
2. Трофическая
3. Гормональная
4. Метаболическая

24. Поперечный размер узкой части полости малого таза равен:

1. 9,5 см
2. 10,5 см
3. 11,5 см
4. 12 см

25. Для наложения акушерских щипцов необходимыми условиями являются:

- а) Полное раскрытие шейки матки
- б) Опорожненный мочевой пузырь
- в) Отсутствие плодных оболочек
- г) Голова плода прижата ко входу в малый таз
- д) Стреловидный шов головы плода в прямом или косом размере таза

26. Яичник фиксирован к задней поверхности широкой связки матки:

- а) Собственной связкой яичника
- б) Брыжейкой
- в) Крестцово-маточной связкой
- г) Воронко-тазовой связкой
- д) Круглой маточной связкой

27. Оптимальный срок для выявления врожденных пороков развития плода:

- а) 11-16 недели
- б) 19-23 недель

- в) 32-28 недели
- г) 24-27 недель
- д) 32-34 недели

28. Осложнением беременности при гипертонической болезни может быть:

1. Преэклампсия
2. Внутриутробная задержка развития плода
3. Хроническая внутриутробная гипоксия плода
4. Обострение гипертонической болезни

29. Субинволюция матки после самопроизвольных родов обусловлена:

1. остатками плацентарной ткани, оболочек
2. особенностью расположения матки
3. лохиометрой
4. многоплодной беременностью

30. Показания к прерыванию беременности при тяжелой преэклампсии:

1. фетоплацентарная недостаточность
2. повышение уровня билирубина в крови до 40-80 мкмоль/л
3. отсутствие эффекта от лечения преэклампсии в течение 1-2 суток
4. олигурия

31. Кесарево сечение показано при:

1. тазовомпредлежании крупного плода
2. ножном предлежании плода в сочетании с плоским тазом у беременной
3. ножномпредлежании плода в тазовом предлежании плода мужского пола у первородящей
4. тазовом предлежании плода и дородовом излитии вод

32. КТГ - признаками страдания плода являются:

1. Наличие спорадических акселераций
2. Синусоидальный ритм
3. Вариабельность базального ритма более 150-155 уд в мин
4. Наличие поздних децелераций

33. Показания к досрочному прерыванию беременности при преэклампсии:

1. длительное течение преэклампсии и неэффективность комплексной терапии в течение 1-2 недель
2. прогрессирующее фетоплацентарное нарушение
3. задержка внутриутробного развития плода

4. нарушение концентрационной способности почек у беременной

34. Для умеренной преэклампсии характерно:

1. головная боль
2. нарушение зрения
3. боли в эпигастральной области
4. гипертензия

35. Концентрация альфафетопотеина в крови беременной повышается:

1. с увеличением срока беременности и нормальном состоянии плода
2. при пороках развития почек и мочевыводящих путей
3. гемолитической болезни плода
4. дефектов развития нервной трубки плода

36. Возможные осложнения при выполнении кесарева сечения:

1. ранение мочевого пузыря
2. ранение сосудистых пучков
3. гипотоническое кровотечение
4. ранение мочеточников

37. Локальный гипертонус матки характерен для:

1. предлежания плаценты
2. шеечно-перешеечной беременности
3. преждевременных родов
4. отслойки нормально расположенной плаценты

38. Какие размеры различают в широкой части полости малого таза ?

1. Прямой размер
2. Поперечный размер
3. Правый косой размер
4. Левый косой размер

39. Первая позиция передний вид затылочного предлежания:

1. Спинка плода определяется слева
2. Малый родничок слева спереди на одном уровне с большим
3. Малый родничок слева спереди ниже большого
4. Спинка плода определяется справа

40. Вторая позиция, передний вид затылочного предлежания:

1. Стреловидный шов в правом косом размере

2. Малый родничок справа сзади выше большого
3. Малый родничок справа спереди выше, большого
4. Спинка плода определяется справа

41. При асинклитическом вставлении головки:

1. Стреловидный шов стоит ближе к лону
2. Стреловидный шов стоит в одном из косых размеров
3. Стреловидный шов стоит ближе к мысу
4. Лобный шов в прямом размере входа в таз

42. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. При влагалищном исследовании доступны:

- 1 Крестцовая впадина
2. Промонториум
3. Терминальная линия частично
4. Верхний край лонного сочленения

43. Для запущенного поперечного положения плода характерно:

1. Поперечное положение плода
2. Плод неподвижен
3. Воды отсутствуют
4. Плодный пузырь цел

44. На основании каких опознавательных точек определяют вид при лицевом предлежании:

1. По малому родничку
2. По спинке плода
3. По большому родничку
4. По подбородку

45. При разрыве 2 степени происходит повреждение:

1. Кожи
2. Седалищно-пещеристой мышцы
3. Луковично-губчатой мышцы
4. Наружной мышцы, сжимающей задний проход

46. Осложнения, возникающие в родах при тазовых предлежаниях:

- а) Интранатальная гипоксия плода
- б) Родовая травма плода
- в) Аномалии родовой деятельности

- г) Травма родовых путей
- д) Послеродовые гнойно-септические осложнения

47. Маточный конец яичника связан с телом матки:

- а) Собственной связкой яичника
- б) Крестцово-маточной связкой
- в) Круглой маточной связкой
- г) Широкой маточной связкой
- д) Воронково-тазовой связкой

48. «Зрелость» шейки матки определяют по следующим признакам:

- а) консистенция
- б) длина
- в) открытие цервикального канала
- г) наличие цервикальной слизи
- д) расположение шейки матки по отношению к проводной оси таза

49. Первый период родов условно разделяют на следующие фазы:

- а) прелиминарная
- б) латентная
- в) активная
- г) фаза замедления

50. Второй период родов не должен продолжаться более, чем:

- а) 3 часа;
- б) 2 часа
- в) 1,5 часа
- г) 30 минут

Модуль «Гинекология»

001. При длительности менструального цикла 28 дней его следует считать:

1. нормопонирующим
2. антепонирующим
3. постпонирующим

002. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны:

1. гонадотропины

2. эстрогены
3. гестогены
4. рилизинг-факторы

003. Тесты функциональной диагностики (ТФД) позволяют определить:

1. двуфазность менструального цикла
2. уровень эстрогенной насыщенности организма
3. наличие овуляции
4. полноценность лютеиновой фазы цикла
5. все перечисленное

004. Первичная альгоменорея обусловлена:

1. инфантилизмом
2. ретродевиацией матки
3. высокой продукцией простагландинов
4. все перечисленное верно
5. ничем из перечисленного

005. Аномальные маточные кровотечения связанные с дисфункцией яичников необходимо дифференцировать:

1. с беременностью (прогрессирующей)
2. с начавшимся самопроизвольным выкидышем
3. с подслизистой миомой матки
4. правильные ответы "2" и "3"
5. все ответы правильные

006. При воспалительных заболеваниях женских половых органов отмечается:

1. преобладание ассоциаций микроорганизмов
2. возрастание числа анаэробов и вирусов
3. наличие хламидий и микоплазм
4. правильные ответы "2" и "3"
5. все ответы правильные

007. Больным с кистой бартолиновой железы рекомендуется:

1. УФО
2. лечение только в стадию обострения воспалительного процесса
3. оперативное лечение - вылушивание кисты бартолиновой железы в стадию ремиссии
4. правильные ответы "1" и "2"

5. все ответы правильные

008. Критерии излеченности больных гонореей устанавливаются после лечения в течение:

1. одного месяца
2. двух месяцев
3. трех месяцев
4. четырех месяцев
5. пяти месяцев

009. При токсической стадии гинекологического перитонита отмечается все перечисленное, кроме:

1. тахикардии (до 120 уд./мин)
2. выраженной одышки
3. отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки
4. гипотонии
5. олигурии

010. Противопоказанием к зондированию матки является:

1. острый воспалительный процесс половых органов
2. подозрение на маточную беременность
3. подозрение на наличие подслизистого узла миомы
4. правильные ответы "1" и "2"
5. все ответы правильные

011. При экстирпации матки с придатками не пересекаются:

1. воронко-газовые связки
2. круглые связки
3. крестцово-маточные связки
4. кардинальные связки
5. маточные концы труб

012. При нарушенной внематочной беременности с выраженной анемизацией больной проводится разрез:

1. поперечный надлобковый якорный
2. поперечный надлобковый по Пфанненштилю
3. поперечный интралиальный по Черни
4. нижнесрединный от лона до пупка

013. Атипичная гиперплазия эндометрия может перейти в рак:

1. в репродуктивном возрасте
2. в климактерическом возрасте
3. в любом возрасте
4. в период постменопаузы

014. Профилактика развития рака эндометрия состоит:

1. в устранении нарушений овуляции
2. в своевременном лечении диабета, ожирения и гипертонической болезни
3. в использовании оральных контрацептивов
4. правильные ответы "1" и "2"
5. все ответы правильные

015. Наиболее часто хориокарцинома возникает после:

1. абортов
2. пузырного заноса
3. нормальных родов
4. преждевременных родов

016. При прогрессирующей трубной беременности:

1. показана немедленная операция
2. операцию можно провести в плановом порядке
3. возможно консервативное лечение больной
4. все перечисленное верно
5. все перечисленное неверно

017. Клинические признаки перитонита:

1. вздутие живота
2. парез кишечника
3. прогрессирующая тахикардия
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

018. Источником кровотечения из яичника может быть:

1. желтое тело
2. фолликулярная киста яичника
3. киста желтого тела
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

019. Апоплексия яичника - это:

1. остро возникшее кровотечение из яичника
2. разрыв яичника
3. остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника
4. правильные ответы "1" и "2"
5. все ответы правильные

020. Для апоплексии яичника характерно все, кроме:

1. болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия
2. наружного кровотечения
3. отрицательных биологических реакций на беременность
4. резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови
5. нерезко выраженных симптомов раздражения брюшины

021. Эндометриоз шейки матки встречается после:

1. абортов
2. диатермокоагуляции шейки матки
3. гистеросальпингографии
4. правильные ответы "1" и "3"
5. все ответы правильные

022. Сперматозоиды после проникновения в матку и маточные трубы сохраняют способность к оплодотворению в течение:

1. 6-12 часов
2. 24-48 часов
3. 3-5 суток
4. 10 суток

023. Причинами бесплодия женщины в браке являются:

1. воспалительные заболевания половых органов
2. инфантилизм и гипоплазия половых органов
3. иммунологические факторы
4. правильные ответы "1" и "2"
5. все ответы правильные

024. Осложнением, чаще всего возникающим при введении ВМС, является:

1. истмико-цервикальная недостаточность
2. внематочная беременность
3. привычный выкидыш
4. острая инфекция ,
5. тромбоз вен таза

025. Особенности нормального менструального цикла являются:

1. овуляция
2. образование желтого тела в яичнике
3. преобладание гестагенов во второй фазе цикла
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

026. Эстрогены:

1. способствуют перистальтике матки и труб
2. усиливают процессы окостенения
3. стимулируют активность клеточного иммунитета
4. все ответы верные
5. все ответы неверные

027. При климактерическом синдроме у женщин в пременопаузе наблюдаются симптомы:

1. вегетососудистые
2. обменно-эндокринные
3. нервно-психические
4. все перечисленные
5. все ответы неверные

028. Главным эстрогенным гормоном женщины в период постменопаузы является:

1. эстрадиол
2. эстрон
3. эстриол
4. эстрадиол-дипропионат

029. Какие препараты применяются для провокации с целью обострения у больных с хроническим сальпингоофоритом:

1. Гоновакцину
2. Индометацин
3. Пирогенал
4. правильные ответы "1" и "3"
5. все ответы правильные

030. Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит:

1. от степени микробной обсемененности матки

2. от реактивности организма
3. от вирулентности бактериальной флоры
4. от особенностей течения родов
5. все ответы правильные

031. При сформировавшемся гнойном воспалительном образовании придатков матки показано:

1. пункция образования через задний влагалищный свод, опорожнение гнойной полости и введение в нее антибиотиков
2. хирургическое лечение
3. терапия пирогеналом
4. терапия гоновакциной
5. электрофорез цинка по брюшно-крестцовой методике

032. Плановая гинекологическая операция должна проводиться:

1. в дни менструации
2. в первую неделю после прекращения менструации
3. в дни ожидаемой менструации
4. накануне менструации
5. не имеет значения

033. Радикальным оперативным вмешательством в гинекологии является:

1. надвлагалищная ампутация матки
2. экстирпация матки
3. удаление больших (более 10 см) субсерозных узлов миомы матки
4. правильные ответы "1" и "2"
5. все ответы правильные

034. В состав хирургической ножки яичника не входит:

1. воронко-газовая связка
2. собственная связка яичника
3. мезовариум
4. труба
5. круглая связка

035. Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки - это:

1. предрак
2. начальная форма рака
3. фоновый процесс
4. дисгормональная гиперплазия

036. Реабилитация больных, оперированных по поводу внематочной беременности, включает:

1. электрофорез лекарственных средств
2. ультразвуковую терапию
3. гормональную терапию
4. правильные ответы "1" и "2"
5. все ответы правильные

037. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы сопровождается:

1. внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей
2. иррадиация боли в плечо
3. тошнота (или рвота)
4. правильные ответы "1" и "2"
5. все ответы правильные

038. Трубный аборт (без значительного внутрибрюшного кровотечения) надо дифференцировать:

1. с самопроизвольным выкидышем малого срока
2. с обострением хронического сальпингоофорита
3. с дисфункциональным маточным кровотечением
4. правильные ответы "1" и "2"
5. все ответы правильные

039. При перекруте ножки опухоли яичника наблюдаются:

1. сильные боли внизу живота, возникающие после физического напряжения
2. резко болезненная опухоль в малом тазу при бимануальном исследовании
3. симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли
4. правильные ответы "1" и "2"
5. все ответы правильные

040. Эндометриоз - это:

1. дисгормональная гиперплазия эктопированного эндометрия
2. опухолевидный процесс
3. доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию
4. правильные ответы "1" и "3"
5. все ответы правильные

041. Для "малых" форм эндометриоза яичников характерно наличие:

1. сохраненного двухфазного менструального цикла
2. болей внизу живота накануне менструации
3. бесплодия
4. правильные ответы "2" и "3"
5. все ответы правильные

042. В раннем послеоперационном периоде реабилитация больных с эндометриозом направлена:

1. на уменьшение структурных изменений в малом тазу
2. на уменьшение сопутствующих эндокринных изменений
3. на уменьшение болевых ощущений
4. все верно
5. все неверно

043. При обследовании бесплодной пары в первую очередь показана:

1. гистеросальпингография
2. цитология влагалищного мазка
3. определение базальной температуры
4. биопсия эндометрия
5. исследование спермы

044. Замужней женщине 28 лет, имеющей одного полового партнера, страдающей хроническим тромбофлебитом вен нижних конечностей, матери одного ребенка, необходимо рекомендовать:

1. оральные контрацептивы
2. хирургическую стерилизацию
3. внутриматочную контрацепцию
4. механическую контрацепцию

045. Гестагены:

1. обладают гипертермическим действием на организм
2. тормозят отделение мочи
3. усиливают отделение желудочного сока
4. все верно
5. все неверно

046. Повышение ректальной температуры во вторую фазу овуляторного менструального цикла обусловлено:

1. действием прогестерона яичника на центр терморегуляции в гипоталамусе

2. действием прогестерона, который снижает теплоотдачу
3. интенсификацией биохимических процессов в матке
4. все верно
5. все неверно

047. Аменорея - это отсутствие менструации в течение:

1. 4 месяцев
2. 5 месяцев
3. 6 месяцев
4. все верно
5. все неверно

048. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются:

1. в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания
2. в локальном воздействии на очаг инфекции
3. в повышении неспецифической активности организма
4. во всем перечисленном
5. ни в чем из перечисленного

049. Риск развития послеродовой септической инфекции определяется наличием у роженицы:

1. урогенитальной инфекции
2. экстрагенитальной патологии
3. невосполненной кровопотери
4. особенностей течения родов
5. все ответы правильные

050. Для пельвиоперитонита гонорейной этиологии характерны:

1. склонность к образованию спаек и сращений
2. частое ограничение процесса
3. наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота
4. правильные ответы "1" и "2"
5. все ответы правильные

**Модель бально-рейтинговой системы оценки успеваемости студентов,
обучающихся по специальности
34.02.01 «Сестринское дело»
по дисциплине
«Сестринское дело в акушерстве и гинекологии»**

Рейтинг по дисциплине (*Рдисц.*). Формируется на кафедре в соответствии с внутривузовским и внутрикафедральным положением о рейтинге студента по дисциплине.

Рейтинг оценивается суммарно с учетом:

1. Текущей успеваемости, оценка которой проводится по среднему баллу (*Р т. усп.*).
2. По среднему баллу выполнения самостоятельных работ (*Р сам. раб.*).
3. Оценки полученной на экзамене (*Р э.*).
4. Бонусов и штрафов.

Рейтинговый балл студента рассчитывается по следующей формуле:

$$R_{дисц.} = (R_{т. усп.} + R_{сам. раб.} + R_{э.}) / 3 + \text{бонусы} - \text{штрафы}$$

Максимальное количество баллов, которое может получить студент по дисциплине в семестре - **100**. Минимальное количество баллов, при котором дисциплина должна быть зачтена - **61**.

1. Методика подсчета среднего балла текущей успеваемости:

- знания и работа студента на практических занятиях оцениваются преподавателем по классической 5-бальной системе;

- в конце семестра производится централизованный подсчет среднего балла студента с переводом его в 100-бальную систему (согласно таблице №1).

Таблица 1. Перевод среднего балла текущей успеваемости студента в рейтинговый балл по 100-бальной системе.

Средний балл по 5-бальной системе	Рейтинговый балл по 100 бальной системе	Средний балл по 5-бальной системе	Рейтинговый балл по 100 бальной системе	Средний балл по 5-бальной системе	Рейтинговый балл по 100 бальной системе
5.0	100	4.0	81 - 82	2,9	57 - 60
4.9	96 - 99	3.9	80	2,8	53 - 56
4.8	96 - 97	3.8	79	2,7	49 - 52
4.7	94 - 95	3.7	78	2,6	45 - 48
4.6	92 - 93	3.6	77	2,5	41 - 44
4.5	91	3.5	76	2,4	36 - 40
4.4	89 - 90	3.4	73 – 74 - 75	2,3	31 - 35
4.3	87 - 88	3.3	70 – 71 - 72	2,2	21 - 30
4.2	85 - 86	3.2	67 – 68 - 69	2,1	11 - 20
4.1	83 - 84	3.1	64 - 65 - 66	2,0	0 - 10
		3.0	61 – 62 - 63		

2. Методика подсчета баллов за самостоятельную работу.

Самостоятельная работа студентов включает самостоятельное изучение 9 отдельных тем, предусмотренных учебным планом. Форма отчета самостоятельной работы – написание реферата по вопросам темы, объемом 10 страниц, написание УИРСов и написание клинической истории родов/болезни гинекологической больной.

Написание УИРСов и написание клинической истории родов/болезни гинекологической больной оценивается по 5 бальной системе.

Каждая тема самостоятельной работы оценивается от 1 до 10 баллов, работа, оцененная в 0 баллов, не засчитывается и требует доработки студентом (см. таблицу №2).

Таблица 2. Подсчет баллов за самостоятельную работу студентов.

Критерии оценки	Рейтинговый балл
-----------------	------------------

Работа не сдана, сдана не в полном объеме, работа не соответствует тематике самостоятельной работы.	0
Работа сдана в полном объеме, но в ней допущено более 2-х грубых клинических ошибок или пропущено более 1-го ключевого вопроса темы самостоятельной работы.	1-3
Работа сдана в полном объеме, но в ней допущены 1 - 2 грубые клинические ошибки или пропущен 1 ключевой вопрос темы самостоятельной работы.	4 - 7
Работа сдана в полном объеме, в ней нет грубых клинических ошибок, не пропущены ключевые вопросы темы самостоятельной работы.	8 - 10

3. Система бонусов и штрафов.

В данной модели расчета рейтингового балла предусматриваются бонусы, повышающие рейтинговый балл и штрафы, понижающие рейтинг, согласно приведенной таблице (см. таблицу №3).

Таблица 3. Бонусы и штрафы по дисциплине.

<u>Бонусы</u>	Наименование	Баллы
УИРС	Учебно-исследовательская работа по темам изучаемого предмета	до +5,0
НИРС	Сертификат участника СНО кафедры	+ 3,0 - 5,0
<u>Штрафы</u>	Наименование	Баллы
Дисциплинарные	Пропуск без уважительной причины лекции или практического занятия	- 2,0

	Систематические опоздания на лекции или практические занятия	- 1,0
	Выполнение самостоятельной работы не в установленные сроки.	- 1,0
Причинение материального ущерба	Нарушение ТБ.	- 2,0
	Порча оборудования и имущества	- 2,0

Итоговая оценка, которую преподаватель ставит в зачетную книжку, рассчитывается по итоговому рейтинговому баллу студента и переводится в 5-балльную в соответствии с таблицей (см. табл. №4).

Таблица 4. Перевод «рейтингового балла по дисциплине» студента в итоговую оценку по предмету.

оценка по 5-балльной системе	оценка по 100-балльной системе	оценка по ECTS
5.0 превосходно	96-100	A
5.0 отлично	91-95	B
4.0 хорошо	81-90	C
Хорошо с 4.0 недочетами	76-80	D
3.0 удовлетворительно	61-75	E
2.0 неудовлетворительно	41-60	Fx
Неудовлетворительно 2.0 (необходимо повторное изучение)	0-40	F

Обсуждено на заседании кафедры акушерства и гинекологии, протокол № 19 от «30» мая 2023 г.

Заведующий кафедрой



Н.А. Бурова