

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30.05.2019г.
протокол № 5.

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
УРОГИНЕКОЛОГИЯ**

**БЛОК 1
ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ
ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВЫБОРУ**

**ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ
ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ (ординатура)
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

31.08.01 АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Квалификации "Врач-акушер-гинеколог"
Форма обучения: очная

Срок обучения 2 года, 120 з.е.

В основу методической разработки для самостоятельной работы обучающихся по рабочей программе дисциплины (модуля) «**Урогинекология**» положены:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.01 АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ - (уровень подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре) - утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. №1043.

Методическая разработка одобрена на заседании кафедры акушерства и гинекологии с курсом эндоскопической хирургии и симуляционно-тренингового обучения от «29» мая 2019г Протокол № 10

Заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии
с курсом эндоскопической хирургии и симуляционно-
тренингового обучения д.м.н., доцент _____ М.Е.Шляпников

Разработчики:
Заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии
с курсом эндоскопической хирургии и симуляционно-
тренингового обучения д.м.н., доцент _____ М.Е.Шляпников

Профессор кафедры Акушерства и гинекологии
с курсом эндоскопической хирургии и
симуляционно-тренингового обучения д.м.н. _____ Н.В.Лазарева

Профессор кафедры
Хирургических болезней
д.м.н., профессор _____ И.Г.Лещенко

**Информация о языках,
на которых осуществляется образование (обучение) по подготовке кадров высшей
квалификации по ФГОС ВО в ординатуре.**

В Частном учреждении образовательной организации высшего образования «Медицинском университете «РЕАВИЗ» при обучении по подготовке кадров высшей квалификации по ФГОС ВО в ординатуре образовательная деятельность осуществляется на государственном языке Российской Федерации.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Планируемые результаты освоения дисциплины	Задачи обучения по дисциплине
универсальные компетенции:	<p>1. Сформировать профессиональные знания, умения, навыки, владения врача по профильным направлениям специалистов с целью самостоятельного ведения пациентов, а также с целью оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.</p> <p>2. Совершенствовать знания, умения, навыки по клинической лабораторной и функциональной диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умения оценки результатов исследований в диагностике, дифференциальной диагностике, прогнозе заболеваний, выборе адекватного лечения.</p> <p>3. Совершенствовать знания по фармакотерапии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лечебных препаратов.</p> <p>4. Совершенствовать знания, умения, навыки по основам организации и оказания неотложной помощи при urgentных состояниях.</p> <p>5. Совершенствовать знания по вопросам социально опасных заболеваний и их профилактики.</p> <p>6. Совершенствовать знания основ медицинской этики и деонтологии врача.</p>
готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);	
готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);	
профессиональные компетенции:	
диагностическая деятельность:	
готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) (ПК-5);	
лечебная деятельность:	
готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК-6);	
психолого-педагогическая деятельность:	
готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);	

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

План внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся

Название этапа	Содержание этапа	Цель этапа
1. Подготовительный	Изучение материала по теме.	Подготовка обучающихся к работе по теме
2. Практический	1. Решение тестовых заданий.	Проверка готовности

	2. Решений ситуационных задач. 3. Ответы на теоретические и практические вопросы по теме.	обучающихся к занятию.
3. Итоговый	- Определение списка вопросов преподавателю. - Обсуждение вопросов. - Формулирование выводов по теме	Обсуждение вопросов, формулирование выводов. Проверка уровня освоения теоретического материала и развитие навыка самостоятельного использования теоретических знаний.

ТЕМА 1: Анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы женщины.

Цель и задачи:

Цель: Уяснить основные положения анатомо-физиологических особенностей мочеполовой системы у женщин.

Задачи:

Обучающая:

- расширение образовательного пространства в области современных представлений об анатомии тазового дна, физиологии акта мочеиспускания, анатомо-физиологических особенностях мочеполовой системы женщины при беременности;
- формирование профессиональных умений и навыков по определению, обработке и анализу сведений о топографической анатомии брюшной стенки, брюшной полости, пространства, таза, внутренних и наружных половых органов, возрастную анатомию в основных возрастных группах;
- основы физиологии органов мочеполовой системы, взаимосвязь функциональных систем и уровней регуляции в организме, особенности возрастной физиологии;

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;
- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;
- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;
- формирование научного мировоззрения по данной теме;
- формирование роли медицинского работника в ряду других сфер деятельности.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс,

Место проведения: учебная комната (аудитория)

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся -18 часов

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Тестовые задания

Компетенции: УК-1,УК-2; ПК-5,ПК-6,ПК-9

Выберите один или несколько вариантов ответа

1. К факторам, вызывающим изменение мочевого системы при беременности, относятся все перечисленные, кроме

- а) эндокринных
- б) температурных
- в) механических
- г) нейрогуморальных

Ответ: б

2. Нарушения уродинамики отмечаются обычно

- а) с 2-4-й недели беременности
- б) с 5-6-й недели беременности
- в) с 7-10-й недели беременности
- г) с 11-20-й недели беременности
- д) с 21-30-й недели беременности

Ответ: б

3. Диурез увеличивается у беременной

- а) в первом триместре
- б) во втором триместре
- в) в третьем триместре
- г) в первом и втором триместре
- д) во втором и третьем триместре

Ответ: а

4. Диурез у беременной уменьшается

- а) в первом триместре
- б) во втором триместре
- в) в третьем триместре
- г) в первом и втором триместре
- д) в первом и третьем триместре

Ответ: а

5. Максимальное увеличение емкости мочевого пузыря соответствует

- а) 1-2 месяцам беременной матки
- б) 3-4 месяцам беременной матки
- в) 5-6 месяцам беременной матки
- г) 7-8 месяцам беременной матки
- д) 9 месяцам беременной матки

Ответ: г

6. Наибольшее смещение мочевого пузыря вызывает

- а) ягодичное предлежание плода
- б) головное предлежание плода при глубоком стоянии головки
- в) поперечное предлежание плода
- г) головное предлежание плода при высоком стоянии головки

Ответ: б

7. Частота вовлечения мочевого системы при воспалительных заболеваниях половых органов составляет

- а) 5%
- б) 20%

- в) 21-25%
 - г) 31-40%
 - д) 50%
- Ответ: г

8. Наиболее щадящим методом диагностики урологической патологии при беременности является

- а) инструментальный
 - б) радиологический
 - в) рентгенологический
 - г) ультразвуковой
 - д) ядерно-магнитный
- Ответ: г

9. Наибольшее влияние на беременность оказывает

- а) удвоение мочевых путей
 - б) поясничная дистопия почек
 - в) тазовая дистопия почек
 - г) перекрестная поясничная дистопия
 - д) нефроптоз
- Ответ: г

10. Острый пиелонефрит беременных развивается при первой беременности чаще всего

- а) в 1-2-й месяц беременности
 - б) на 2-3-й месяц беременности
 - в) на 4-5-й месяц беременности
 - г) на 6-7-й месяц беременности
 - д) на 8-9-й месяц беременности
- Ответ: г

11. При повторных беременностях острый пиелонефрит чаще всего развивается

- а) в 1-й месяц беременности
 - б) на 2-3-й месяц беременности
 - в) на 4-5-й месяц беременности
 - г) на 6-7-й месяц беременности
 - д) на 8-9-й месяц беременности
- Ответ: г

12. Основными рентгенологическими признаками пиелонефрита беременных при экскреторной урографии являются все перечисленные, исключая

- а) нормальные размеры почки
 - б) увеличение почки
 - в) "белую почку"
 - г) сдавленные и изъязвленные чашечки
- Ответ: а

13. Эффективному лечению пиелонефрита беременных способствует одно из условий

- а) антибиотикотерапия
- б) применение уроантисептиков и диуретиков
- в) восстановление уродинамики
- г) санация первичных гнойных очагов

д) верно все вышеперечисленное

Ответ: д

14. Показанием к срочному оперативному лечению пиелонефрита беременных является

- а) олигурия
- б) высокая лихорадка
- в) уретерогидронефроз
- г) хроническая почечная недостаточность
- д) острый гнойный пиелонефрит

Ответ: д

15. Тонус верхних мочевых путей и уродинамика после родов у женщин нормализуется через

- а) одну неделю
- б) 2-4 недели
- в) 2 месяца
- г) 4 месяца
- д) 6 месяцев

Ответ: б

16. Прерывание беременности показано

- а) при одиночном камне лоханки почки
- б) при оксалатурии
- в) при камне чашечки почки
- г) при одиночном камне мочеточника (размером 3,3 мм)
- д) при двусторонних камнях почек и хронической почечной недостаточности

Ответ: д

17. Оптимальные сроки для планового оперативного лечения мочекаменной болезни при беременности

- а) 1-3 недели беременности
- б) 4-8 недель беременности
- в) 9-12 недель беременности
- г) 14-18 недель беременности
- д) 19-20 недель беременности

Ответ: г

18. Частота вовлечения мочевой системы при воспалительных заболеваниях половых органов составляет

- а) 5%
- б) 20%
- в) 21-25%
- г) 31-40%
- д) 50%

Ответ: г

19. Изменения в мочевой системе при опухолях гениталий зависят

- а) от размеров опухоли гениталий
- б) от локализации опухоли гениталий
- в) от нейрогуморального воздействия
- г) от гормональных сдвигов

д) от всего перечисленного

Ответ: д

20. Частота поражения почек и мочеточников при фибромиомах матки составляет

а) 10% случаев

б) 20% случаев

в) 30% случаев

г) 40% случаев

д) 50% случаев

Ответ: г

21. Удаление миомы матки абсолютно показано

а) при дизурии

б) при цисталгии

в) при цистите

г) при нарушении уродинамики и частных обострениях пиелонефрита

Ответ: г

22. Эндометриоз мочевого пузыря чаще всего диагностируется в возрасте

а) 10-20 лет

б) 21-30 лет

в) 31-40 лет

г) 41-50 лет

д) 51-60 лет

Ответ: г

23. Основным методом диагностики эндометриоза мочевого пузыря является

а) ультразвуковое исследование

б) экскреторная урография

в) нисходящая цистография

г) восходящая цистография

д) цистоскопия

Ответ: д

24. Основным методом лечения эндометриоза мочевого пузыря у женщин в климактерическом периоде является

а) инстилляция дибунола

б) диатермокоагуляция

в) резекция мочевого пузыря

г) цистэктомия

д) лучевая и гормональная терапия

Ответ: д

Ситуационные задачи

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Задача № 1.

Больная 28 лет. При сроке беременности 19 нед, через 12 дней после перенесенной ангины, вновь повысилась температура тела, появились олигурия, отеки, артериальное давление поднялось до 180/110 мм рт. ст. В связи с острой почечной недостаточностью применен гемодиализ. Доставлена в клинику при сроке беременности 33—34 нед. При поступлении состояние больной тяжелое. Отмечаются одышка, отеки в области поясницы и брюшной

стенки; артериальное давление 195/95 мм рт. ст. В моче белок 16,5 г/л, эритроциты и лейкоциты густо покрывают все поля зрения, гиалиновые цилиндры; относительная плотность мочи 1,009.

При исследовании мочи по Каковскому—Аддису количество лейкоцитов $8,28 \cdot 10^6$ /сут, эритроцитов $387,54 \cdot 10^6$ /сут, цилиндров $1,08 \cdot 10^5$. Клубочковая фильтрация составила 53 мл/мин, канальцевая реабсорбция 99,6%. Анализ крови: эр $2,7 \cdot 10^{12}$ в 1 мл, Hb 69 г/л, л $12,6 \cdot 10^9$ в 1 мкл, СОЭ 59 мм/ч. Остаточный азот крови увеличился с 0,49 до 1,19 г/л. Мочевина крови— 11,3 ммоль. Учитывая тяжесть состояния больной, решено срочно прервать беременность на фоне лечения оксациллином, преднизолоном, фуросемидом (лазиксом), неоконпенсаном, , дибазолом, папаверином, кислородом и витаминами. После вскрытия плодного пузыря плод принял поперечное положение, произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, сопровождавшаяся обильным кровотечением. Произведено абдоминальное кесарево сечение. Извлечен мальчик массой 2050 г и длиной тела 46 см в состоянии асфиксии. Ребенок умер через 3 ч. Послеоперационный период осложнился гипокоагуляцией, анемией, двусторонней бронхопневмонией, эндомиометритом. Активный воспалительный процесс в почках продолжался. Остаточный азот и мочевины крови оставались высокими. На 40-й день после операции больная переведена в нефрологическое отделение.

Вопросы:

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Чем обусловлена тяжесть состояния больной перед преждевременным родоразрешением?
- 3) Каким развившимся осложнением можно объяснить гипокоагуляцию в послеоперационном периоде?
- 4) Рекомендации по укреплению здоровья

Ответы:

- 1) Диагноз: сочетание беременности и острого гломерулонефрита.
- 2) Азотемией.
- 3) ДВС-синдромом.
- 4) Заболевание требует длительного интенсивного лечения, которое в ряде случаев небезразлично для плода и дальнейшего развития беременности. В то же время неполноценное лечение способствует переходу болезни в хроническое состояние. Поэтому острый гломерулонефрит и обострение хронического нефрита относятся к III степени риска, являются противопоказанием к беременности

Задача № 2.

Больная 27 лет. Поступила с четвертой беременностью при сроке 20 нед. 8 лет назад во время первой беременности артериальное давление поднялось до 180/120 мм рт. ст., появились отеки и протеинурия до 10 г/л. При сроке 30 нед развилась преэклампсия, и плод погиб внутриутробно. Через год — вторая беременность. Она сопровождалась такой же клинической картиной, преэклампсией и рождением мертвого плода при сроке беременности 32 нед. После родоразрешения артериальное давление оставалось повышенным, составляло 260/120 мм рт. ст. и практически не поддавалось лечению. Еще через 2 года произошел самопроизвольный аборт при сроке беременности 10 нед. В 25 лет госпитализирована в Институт кардиологии РАМН, где произвели пункционную биопсию почки: диагностирован мембранозно—пролиферативный хронический гломерулонефрит. Выявлены увеличение левого желудочка сердца, клубочковая фильтрация составила 116 мл/мин. Артериальное давление удалось снизить со 180/120 до 140/90 мм рт. ст. Выписана с клиническим диагнозом: гипертоническая форма хронического гломерулонефрита с сохранной функцией почек. Настоящая беременность четвертая. С IV месяца состояние больной ухудшилось. Вновь повысилось артериальное давление, которое не удавалось снизить назначением дибазола, папаверина, клофелина, допегита. Поступила с жалобами на головную боль,

одышку при физической нагрузке. Отеков не было. Граница сердца расширена влево до среднеключичной линии. На верхушке сердца выслушивался дующий систолический шум, акцент II тона на аорте. Артериальное давление 170/100 мм рт. ст. В моче белок 0,23-1,98 г/л. Относительная плотность мочи 1,022, лейкоцитов 8—10 в поле зрения, эритроциты единичные, выщелоченные, цилиндры гиалиновые и зернистые, единичные. Анализ крови: Нб 112 г/л, эр. $6,8 \cdot 10^{12}$ в 1 мкл; СОЭ 43 мм/ч. На глазном дне сужение артерий сетчатки. Остаточный азот крови составил 0,27 г/л, мочевины крови 5,66 ммоль/л, общий белок крови 63 г/л, холестерин крови 4,37 ммоль/л, клубочковая фильтрация почек 58,4 мл/мин, канальцевая реабсорбция 98,8%. Плод погиб внутриутробно на 2-й день после госпитализации женщины.

Вопросы:

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Что явилось причиной развития хронического поражения почек?
- 3) Что послужило причиной невынашивания и антенатальной смерти плодов при всех последующих беременностях?

Ответы:

- 1) Диагноз: сочетание беременности и гипертонической формы хронического гломерулонефрита.
- 2) Тяжелый гестоз, осложнивший первую беременность, привел к гибели плода и вызвал развитие гломерулонефрита.
- 3) Гипертоническая форма заболевания послужила причиной невынашивания и антенатальной смерти плодов при всех последующих беременностях.

Задача № 3.

Больная 24 лет. В самом начале беременности выявлены обширные отеки, и больная направлена в терапевтическое отделение, где диагностирован хронический гломерулонефрит. Беременность было рекомендовано прервать, но больная категорически отказалась. При сроке беременности 18 нед поступила с массивными отеками лица, рук, живота, ног, поясницы. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. В моче 9,9 г/л белка, относительная плотность мочи 1,008—1,021, выщелоченных эритроцитов 30—40 в поле зрения, зернистые цилиндры. Проба Нечипоренко: эритроцитов $106 \cdot 10^3$, лейкоцитов $4,25 \cdot 10^3$. Анализ крови: эр $2,7 \cdot 10^{12}$ — $3,4 \cdot 10^{12}$ в 1 мкл, НБ 77-102 г/л, л $6,2 \cdot 10^9$ в 1 мкл, СОЭ 56 мм/ч. Общий белок крови 46—63 г/л, холестерин крови 6,8—9,8 ммоль/л, остаточный азот 0,195—0,265 г/л. Содержание натрия в сыворотке крови 147 ммоль/л, калия 4,86 ммоль/л, кальция 2,1 ммоль/л. Клубочковая фильтрация почек 34 мл/мин, канальцевая реабсорбция 97,2%. Почечный кровоток 454 мл/мин. Состояние плода оставалось удовлетворительным. Лечение: трансфузии альбумина (5 раз — 1,25л), плазмы (4 раза — 1,25л), крови (6 раз — 1,5 л), гипотиазид, верошпирон, микроволновая терапия на область почек. Отеки значительно уменьшились, протеинурия, гипопроteinемия и анемия стали менее выраженными. При сроке беременности 38 нед произведено кесарево сечение. Родился живой мальчик массой 2800 г, длиной 47 см в удовлетворительном состоянии. Мать и ребенок выписаны через 2 нед.

Вопросы:

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Чем обусловлено внутривенное введение альбумина?
- 3) Отсутствие каких синдромов обусловило благоприятный прогноз для данной пациентки?
- 4) Что в тактике ведения больной также обусловило благоприятный прогноз?

Ответы:

- 1) Диагноз: сочетание беременности с нефротической формой гломерулонефрита.
- 2) Гипоальбуминемией.
- 3) Синдромов артериальной гипертензии и азотемии.
- 4) Длительное наблюдение и лечение в стационаре.

Задача № 4.

Вы - дежурный врач приёмного покоя. Первобеременная 25 лет доставлена «машиной скорой помощи» с беременностью сроком 24-25 недель и с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, повышение температуры тела до 38,5 С, озноб, частое болезненное мочеиспускание. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Симптом Пастернацкого справа резко положительный. Живот мягкий. Матка в обычном тоне. Положение плода неустойчивое. Сердцебиение плода ясное, 140 уд. в мин.

Вопросы:

1. Определите первичный план обследования.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какова ваша тактика, обоснуйте.
4. Прогноз для плода?

Ответ:

1. Общий анализ мочи.
2. Острый пиелонефрит.
3. Комплексное консервативное лечение, пролонгирование беременности.
4. Возможно внутриутробное инфицирование плода.

Задача №5.

Пациентка М., 25 лет, лечится по поводу рецидивирующего течения пиелонефрита. При ультразвуковом обследовании выявлено двустороннее расширение чашечно-лоханочной системы, видны расширенные мочеточники.

Ваш предварительный диагноз и план обследования

Ответ: Двусторонний уретерогидронефроз. ХБП. Хр. пиелонефрит, активная фаза. Показана МСКТ с контрастированием, нефросцинтиграфия. Биохимические исследования (мочевина, креатинин, калий, натрий, хлор, кальций).

Контрольные вопросы по теме:

1. Анатомия тазового дна, физиология акта мочеиспускания.
2. Анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы женщины при беременности.

ТЕМА 2: Заболевания органов мочевыделительной системы: цистит, уретрит, мочекаменная болезнь, туберкулез мочевыделительной системы.

Цель и задачи:

Цель: Уяснить основные симптомы, клинику заболеваний органов мочевыделительной системы: цистита, уретрита, мочекаменной болезни, туберкулеза мочевыделительной системы, применять эти знания при разработке методов лечения и реабилитации.

Задачи:

Обучающая:

- расширение образовательного пространства в области современных представлений об основных симптомах и клинике заболеваний органов мочеполовой системы.
- формирование профессиональных умений и навыков по определению, обработке и анализу сведений о заболеваниях органов мочевыделительной системы; правильная интерпретация и анализ полученных результатов.

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;
- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;

- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;
- формирование научного мировоззрения по данной теме;
- формирование роли медицинского работника в ряду других сфер деятельности.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс,

Место проведения: учебная комната (аудитория)

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся -18 часов

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Примеры тестовых заданий

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Выберите один или несколько правильных ответов

1. К препаратам и антибиотикам, антагонистам пенициллина или несовместимым с ним относятся

- а) левомицетин, аскорбиновая и никотиновая кислота, щелочи
- б) сульфаниламиды
- в) гентамицин
- г) канамицин
- д) стрептомицин

Ответ: а

2. К препаратам, которые целесообразно совмещать с ампициллином, относятся

- а) аминогликозиды
- б) оксациллин
- в) левомицетин
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

Ответ: г

3. Лечебный эффект стрептомицина усиливают

- а) левомицетин
- б) тетрациклин
- в) витамин В1
- г) гентамицин
- д) пенициллин

Ответ: д

4. К препаратам, усиливающим лечебный эффект эритромицина, относятся

- а) сульфаниламиды, нитрофураны
- б) пенициллин
- в) стрептомицин
- г) ампициллин
- д) пенициллин и стрептомицин

Ответ: а

5. К препаратам – антагонистам эритромицина относятся

- а) нитрофураны
- б) канамицин
- в) полимиксин
- г) пенициллин, стрептомицин, ампициллин
- д) сульфаниламиды

Ответ: г

6. Лечебное действие гентамицина усиливают

- а) ристомицин
- б) пенициллин
- в) стрептомицин, эритромицин, сульфаниламиды и нитрофураны
- г) ампициллин
- д) пенициллин и ампициллин

Ответ: д

7. К препаратам – антагонистам левомецетина относятся

- а) пенициллин
- б) тетрациклин
- в) эритромицин
- г) нитрофураны
- д) сульфаниламиды

Ответ: а

8. К препаратам – синергистам с линкомицином относятся

- а) пенициллин
- б) ампициллин
- в) стрептомицин
- г) гентамицин, эритромицин, сульфаниламиды, нитрофураны
- д) ристомицин

Ответ: г

9. К препаратам – антагонистам или несовместимым с тетрациклином относятся

- а) канамицин
- б) пенициллин, стрептомицин, препараты кальция, магния, железа
- в) полимиксин
- г) эритромицин
- д) витамин Е

Ответ: б

10. Усиливают действие тетрациклина

- а) пенициллин
- б) препараты кальция
- в) препараты магния
- г) препараты железа
- д) полимиксин, эритромицин

Ответ: д

11. Синергистами ристомицина являются

- а) тетрациклин

- б) левомецетин
 - в) доксициклин
 - г) полимиксин, сульфаниламиды
 - д) пенициллин
- Ответ: г

12. Антагонистом неомицина является
- а) пенициллин
 - б) стрептомицин, канамицин, полимиксин
 - в) тетрациклин
 - г) эритромицин
 - д) сульфаниламиды
- Ответ: б

13. Препаратами, усиливающими действие канамицина, являются
- а) пенициллин, тетрациклин, левомецетин
 - б) неомицин
 - в) гентамицин
 - г) стрептомицин
 - д) полимиксин
- Ответ: а

14. К препаратам, несовместимым с канамицином, относятся
- а) левомецетин
 - б) неомицин, полимиксин, стрептомицин
 - в) пенициллин
 - г) тетрациклин
 - д) нитроксалин
- Ответ: б

15. Препаратами, несовместимыми с гентамицином, являются
- а) нитрофураны
 - б) сульфаниламиды
 - в) линкомицин
 - г) канамицин, стрептомицин
 - д) витамины группы В
- Ответ: г

16. При кислой реакции мочи лучший лечебный эффект дают
- а) пенициллин, полусинтетические пенициллины, тетрациклины, нитрофураны, 5-НОК (нитроксилин)
 - б) гентамицин
 - в) эритромицин
 - г) канамицин, стрептомицин
 - д) неграмон, сульфаниламиды
- Ответ: а

17. При щелочной реакции мочи дают лучший лечебный эффект
- а) ампициллин
 - б) тетрациклин
 - в) нитроксилин, 5-НОК
 - г) фурагин, фурадонин

д) эритромицин, гентамицин, стрептомицин, канамицин, сульфаниламиды, невидграмон

Ответ: д

18. К препаратам, лечебный эффект которых не зависит от реакции мочи, относятся

- а) тетрациклин
- б) полусинтетические пенициллины
- в) левомецетин, ристомицин, фуразолидон
- г) канамицин
- д) сульфаниламиды

Ответ: в

19. Оптимальный курс лечения одним цефалоспориновым антибиотиком (клафоран, цефамезин и др.), аминогликозидами (гентамицин, бруламицин и др.) при остром серозном (гнойном) пиелонефрите составляет

- а) 2 дня
- б) 5-6 дней
- в) 10-15 дней
- г) 15-20 дней
- д) более 20 дней

Ответ: б

20. К антибактериальным препаратам, действующим бактерицидно, относятся

- а) пенициллины, цефалоспорины
- б) тетрациклины
- в) аминогликозиды
- г) все, кроме б)
- д) все, кроме в)

Ответ: г

21. Система социальных отношений, складывающихся в стационаре и способствующая эффективному лечебному процессу называется:

- а) лечебно-охранительный режим
- б) лечебная среда
- в) активирующий лечебный режим
- г) режим эмоциональной безопасности

Ответ: б

22. Система мероприятий, обеспечивающих восстановление нарушенных функций называется:

- а) активирующий лечебный режим
- б) лечебно-охранительный режим
- в) лечебная среда
- г) режим эмоциональной безопасности

Ответ: а

23. Система отношений в стационаре, способствующая адаптации пациента к болезни:

- а) лечебная среда
- б) активирующий лечебный режим
- в) режим эмоциональной безопасности
- г) лечебно-охранительный режим

Ответ: г

24. Предоставление пациенту информации о психическом состоянии и гармонизация его психической жизни называется:

- а) психотерапией
- б) психопрофилактикой
- в) психологическим консультированием
- г) психологической помощью

Ответ: г

25. Управление общением в системе «медработник-пациент» осуществляется посредством:

- а) обратной связи и механизмов убеждения, внушения, заражения
- б) преодоление барьеров в общении
- в) механизмов убеждения, внушения, заражения
- г) методов активного слушания

Ответ: а

Ситуационные задачи

Компетенции: УК-1,УК-2;ПК-5,ПК-6,ПК-9.

Ситуационная задача 1

Вы - клинический интерн. Во время дежурства в стационаре поступает первобеременная 24 лет в сроке 35 недель с жалобами на боли в животе, зуд кожи, снижение аппетита, обесцвеченный кал, мочу тёмного цвета. Заболела две недели назад, к врачу не обращалась. При осмотре выраженная желтуха кожи. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 60 уд. в мин. Язык влажный. Живот безболезненный, увеличен за счёт беременности. Печень увеличена, край её острый, болезненный. Матка в обычном тонусе. Сердцебиение плода ясное.

1. Наметьте план обследования.
2. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.
3. Определите ведение беременной.
4. Какие осложнения возможны в родах?

Эталон ответа

1. Исследование крови на билирубин, АЛАТ, АСАТ, маркёры на вирусный гепатит А, В, С, Д, Е.
2. Можно предположить вирусный гепатит А
3. Консультация инфекциониста, дальнейшее лечение в инфекционном отделении, пролонгирование беременности.
4. Возможно кровотечение в послеродовом периоде.

Ситуационная задача 2.

Вы - дежурный врач приёмного покоя. Первобеременная 25 лет доставлена «машиной скорой помощи» с беременностью сроком 24-25 недель и с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, повышение температуры тела до 38,5 С, озноб, частое болезненное мочеиспускание. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Симптом Пастернацкого справа резко положительный. Живот мягкий. Матка в обычном тонусе. Положение плода неустойчивое. Сердцебиение плода ясное, 140 уд. в мин.

1. Определите первичный план обследования.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какова ваша тактика, обоснуйте.

4. Прогноз для плода?

Эталон ответа

1. Общий анализ мочи.
2. Острый пиелонефрит.
3. Комплексное консервативное лечение, пролонгирование беременности.
4. Возможно внутриутробное инфицирование плода.

Ситуационная задача 3.

К вам в стационар на дежурстве в бессознательном состоянии доставлена первородящая 21 года. Срок беременности 35 нед. Со слов родных, дома в течение 2 часов наблюдались 2 припадка, сопровождающиеся потерей сознания и судорогами. Пульс 86 уд. в мин, АД 160/100 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз. Сердечные тоны плода слева, ниже пупка, 110 уд. в мин. Схватки продолжаются в течение 2 часов, ритмичные, хорошей силы. Околоплодные воды не изливались, размеры таза 25-28-30-20 см.

Под общим наркозом произведено внутреннее исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева на 2 см. Головка плода прижита ко входу в малый таз.

1. Поставьте обоснованный диагноз.
2. Определите тактику, обоснуйте.

Эталон ответа

1. Эклампсический статус. Гипоксия плода.
2. Срочное родоразрешение кесаревым сечением на фоне комплексной терапии гестоза

Ситуационная задача 4.

Вы - врач приёмного отделения многопрофильной больницы. Поступила повторнобеременная при сроке беременности 37-38 недель через 2 часа после начала появления постоянных болей в животе. Общее состояние средней тяжести. АД 100 и 60 мм рт. ст., пульс 100 уд. в мин, ритмичный, ясный. Шоковый индекс = 1. Бледность кожи и видимых слизистых; на голенях, передней брюшной стенке обширные отёки. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, матка напряжена, что исключает возможность определения положения и предлежания плода. На передней стенке матки имеется участок локальной болезненности при пальпации. Сердцебиение плода не выслушивается. Из половых путей скудные кровянистые выделения.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте.
2. Какая стадия шока при шоковом индексе Альговера = 1?
3. Тактика врача (выберите):

Эталон ответа

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Мёртвый плод. Геморрагический шок.
2. Геморрагический шок 1 стадия.
3. Экстренное родоразрешение путём операции кесарево сечение.

Ситуационная задача 5.

Вас вызвали на консультацию в родильное отделение. Родильница на 5 день после родов пожаловалась на боли в правом бедре, ознобы. Температура 39,2 С. Пульс 110 уд. в мин, ритмичный. Живот мягкий. Матка несколько болезненная, дно её на 1 п/п ниже пупка. Выделения из влагалища сукровичные, без запаха. Правое бедро утолщено, активные и пассивные движения ноги болезненны.

1. Поставьте обоснованный диагноз.
2. Каковы лечебные рекомендации родильнице, обоснуйте их.

Эталон ответа

1. Илеофemorальный тромбоз.

Комплексное консервативное лечение (постельный режим, возвышенное положение конечности, антибактериальная терапия, гепарин и т.д.)

Контрольные вопросы по теме:

1. Заболевания органов мочевыделительной системы: цистит, уретрит, мочекаменная болезнь, туберкулез мочевыделительной системы.
2. Пороки развития мочевыделительной системы.
3. Связь заболеваний и пороков развития мочевыделительной системы с гинекологической патологией, современная диагностика и коррекция.
4. Опухоли мочевыделительной системы.
5. Травмы органов мочевыделительной системы при гинекологических и акушерских операциях.
6. Гестационный пиелонефрит.
7. Хронический гломерулонефрит при беременности.
8. Свищи мочевыделительной системы, профилактика.
9. Недержание мочи у женщин. Диагностика. Тактика лечения.
10. Гломерулосклероз при сахарном диабете.
11. Форникальные кровотечения при беременности.
12. Хроническая почечная недостаточность при беременности.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность обучающихся по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине

В процессе самостоятельной работы обучающийся приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

2. Методические рекомендации для обучающихся по отдельным формам самостоятельной работы.

Правила самостоятельной работы с литературой.

Самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста**:

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для обучающихся является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;
3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от обучающегося целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях обучающийся не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если обучающийся видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно обучающемуся рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у обучающегося возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах обучающийся должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, обучающийся ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене обучающийся демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом обучающихся познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неутомительные занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у обучающегося должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).

- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.

- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для обучающегося работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если обучающийся самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.

- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему обучающемуся лучше демонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).

- Сначала обучающийся должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.

3.Самостоятельная работа обучающихся по дисциплине

ТЕМА 1: Анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы женщины

В результате освоения темы

Обучающийся должен знать:

1. Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
2. Теоретические аспекты по анатомии тазового дна, физиологии акта мочеиспускания.
3. Анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы женщины при беременности;

Обучающийся должен уметь:

1. Оказывать квалифицированную медицинскую помощь по специальности "Акушерство и гинекология",
2. Определять тактику ведения больного в соответствии с современными требованиями к диагностике и лечению.
3. Учитывать анатомию тазового дна, физиологию акта мочеиспускания, анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы женщины при беременности.
4. На основании сбора анамнеза, клинического наблюдения и результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований верифицировать диагноз.

Обучающийся должен владеть:

1. Методикой оказания медицинской помощи женщинам в рамках первичной медико-санитарной и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения, а также в организациях, оказывающих медицинскую помощь, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности «акушерство и гинекология»
2. Правилами оформления медицинской документации
3. Проведением дифференциального диагноза возможных осложнений течения беременности

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс,

Место проведения: учебная комната (аудитория)

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся -18 часов

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы по теме:

3. Анатомия тазового дна, физиология акта мочеиспускания.
4. Анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы женщины при беременности.

ТЕМА 2: Заболевания органов мочевыделительной системы: цистит, уретрит, мочекаменная болезнь, туберкулез мочевыделительной системы.

В результате освоения темы

Обучающийся должен знать:

1. Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
2. Теоретические аспекты, связанные с заболеваниями органов мочеполовой системы у женщин.
3. Правила оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

1. Оказывать квалифицированную медицинскую помощь по специальности "Акушерство и гинекология", используя знания о заболеваниях мочеполовой системы у женщин.
2. Определять тактику ведения больного в соответствии с современными требованиями к диагностике и лечению.
3. На основании сбора анамнеза, клинического наблюдения и результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований верифицировать диагноз.

Обучающийся должен владеть:

1. Методикой оказания медицинской помощи женщинам в рамках первичной медико-санитарной и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения, а также в организациях, оказывающих медицинскую помощь, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности «акушерство и гинекология»
2. Правилами оформления медицинской документации
3. Проведением дифференциального диагноза возможных осложнений течения беременности

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс,

Место проведения: учебная комната (аудитория)

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся -18 часов

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы по теме:

1. Заболевания органов мочевыделительной системы: цистит, уретрит, мочекаменная болезнь, туберкулез мочевыделительной системы.
2. Пороки развития мочевыделительной системы.
3. Связь заболеваний и пороков развития мочевыделительной системы с гинекологической патологией, современная диагностика и коррекция.
4. Опухоли мочевыделительной системы.
5. Травмы органов мочевыделительной системы при гинекологических и акушерских операциях.
6. Гестационный пиелонефрит.
7. Хронический гломерулонефрит при беременности.
8. Свищи мочевыделительной системы, профилактика.
9. Недержание мочи у женщин. Диагностика. Тактика лечения.
10. Гломерулосклероз при сахарном диабете.
11. Форникальные кровотечения при беременности.
12. Хроническая почечная недостаточность при беременности.