

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  |
| Программу составили: Дикарва Л.В., Шварёв Е.Г., Сувернева А.А., Горелов П.П., Власова Н.А. | | | | |
|  | | | | |
|  |  | | | |
| Рецензент: профессор И.А. Салов (г. Саратов), зав.кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ВолГМУ, д.м.н., профессор Н.А. Жаркин. | | | | |
|  | | | | |
| Рабочая программа дисциплины | | |  | |
| **КОНСЕРВАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ** | | | | |
|  | | | | |
| составлена на основании учебного плана ординатуры. | | |  | |
| ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ "Акушерство и гинекология" | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|

* ***Цель*** изучения консервативной гинекологии – формирование у интернов системы знаний по основным нозологическим формам гинекологической патологии, алгоритмов оказания помощи при них.

|  |
| --- |
| **1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ** |

|  |
| --- |
| **2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОСЛЕВУЗОВСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ (ИНТЕРНАТУРЫ)** |

Дисциплина «КОНСЕРВАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ» относится к циклу специальных дисциплин, изучается во II семестре.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются

при получении высшего профессионального образования по специальности «акушерство и гинекология» на цикле обязательных специальных, смежных и фундаментальных дисциплин.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование у ординатора:

|  |
| --- |
| **3. ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ОСВОЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ** |

*-* знаний теоретических основ консервативного лечения гинекологических больных, систематизацию понятий и основ диспансеризации;

-способности интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования;

-основ правовой деятельности врача;

- алгоритма постановки диагноза;

-знаний о современных методах лечения, фармакотерапии, клинических исследованиях профилактике заболеваний и этапах реабилитаций;

- практических навыков при врачебных манипуляциях;

-основ интерпретаций результатов лабораторных и инструментальных методов исследований;

В результате изучения дисциплины ординатор должен

**Знать:**

– Основы юридического права в гинекологии.

– Основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения.

– Организацию акушерско-гинекологической помощи в стране

– Медицинское страхование.

– Законодательство по охране труда женщин.

– Врачебно-трудовую экспертизу в гинекологической практике.

– Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в гинекологии.

– Регуляцию, физиологию и патологию репродуктивной функции женщины. Виды ее нарушений.

– Структуру гинекологической заболеваемости, мероприятия по ее снижению.

– Основы топографической анатомии областей тела и, в первую очередь, передней брюшной стенки, брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, урогенитальной области. Основные вопросы нормальной и патологической физиологии у здоровой женщины и при гинекологической патологии.

– Основы патогенетического подхода при проведении терапии и профилактики гинекологической патологии.

– Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции.

– Возрастные периоды развития женщины, основные анатомические и функциональные изменения органов репродуктивной системы в возрастном аспекте.

– Причины возникновения патологических процессов в организме женщины, механизмы их развития и клинические проявления.

– Влияние производственных факторов на специфические функции женского организма.

– Клиническую симптоматику доброкачественных опухолей женской половой системы, их диагностику, принципы лечения и профилактики.

– Клиническую симптоматику, диагностику, лечение и профилактику предраковых заболеваний.

– Физиологию и патологию системы гемостаза, коррекцию нарушений.

– Общие и специальные методы исследования в гинекологии (в том числе и УЗИ).

– Основы эндоскопии, рентген-радиологии в диагностике и лечении.

– Вопросы асептики и антисептики, профилактики внутрибольничной инфекции.

– Основы иммунологии и генетики в гинекологии.

– Приемы и методы обезболивания; основы инфузионно-трансфузионной терапии и реанимации в гинекологии.

– Основы фармакотерапии в гинекологии.

– Основы физиотерапии и лечебной физкультуры в гинекологии. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.

– Основы рационального питания и принципы диетотерапии в гинекологической практике.

– Новые современные методы профилактики и лечения в гинекологии, а также методы планирования семьи.

– Основы онкологической настороженности в целях профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у женщин.

– Вопросы временной и стойкой утраты трудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в гинекологии.

– Организацию и проведение диспансеризации женщин, анализ ее эффективности.

– Показания к госпитализации гинекологических больных.

– Принципы работы с мониторами.

– Основы медицинской психологии.

– Определение понятий "этика", "деонтология", "медицинская деонтология", "ятрогенные заболевания", риск возникновения ятрогенных заболеваний в гинекологической практике.

– Основы информатики, вычислительной техники, медицинской кибернетики и области их применения.

– Общие принципы статистических методов обработки медицинской документации.

– Общую структуру и функцию компьютера.

Ознакомиться с методами профилактики и лечения, так называемой, традиционной медицины: рефлексотерапии, апитерапии, гидротерапии, фитотерапии, а также с методами лечения альтернативной медицины: гомеопатия, психотерапия и др.

Знать особенности течения гинекологической патологии в пожилом и старческом возрасте. Адаптационные возможности организма при старении.

**Уметь:**

– Организовать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях, в дневном стационаре и на дому в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача акушера-гинеколога.

– Получить информацию о течении и исходах предыдущих беременностей и родов. Уметь точно прогнозировать исходы беременности и родов.

– Выявить факторы риска развития той или иной гинекологической патологии, организовать проведение мер профилактики.

– Решить вопрос о трудоспособности пациентки.

– Вести медицинскую документацию и осуществлять преемственность между ЛПУ.

– Проводить профилактику непланируемой беременности.

– Осуществлять диспансеризацию и оценивать ее эффективность.

– Анализировать основные показатели деятельности лечебно-профилактического учреждения.

– Проводить санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития акушерской патологии и гинекологической заболеваемости.

– Подготовить необходимую документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории.

– Организовать работу в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении раненых и больных по оказанию медико-санитарной помощи, в объеме первой врачебной помощи и необходимой квалифицированной акушерско-гинекологической помощи.

– Оказывать первую врачебную помощь в условиях экстремальной обстановки, в очагах катастроф.

– Применять правила этики, деонтологии при проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, в том числе после операций удаления органов репродуктивной системы.

– *Использовать персональный компьютер на рабочем месте.*

– Использовать методы определения и оценки физического развития девочки, девушки, женщины.

– Определить показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических

процедур, а также санаторно-курортного лечения

исследования по полученной специальности.

**Владеть:**

**-** Правовыми и законодательными основами деятельности врача по специальности.

- Методами определения и оценки функционального состояния женского организма.

**-** Алгоритмом постановки диагноза.

**-** Современными методами лечения, фармакотерапии, клинических исследований,

профилактики и реабилитации.

4. **СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ 6 занятия**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Литература | Лек/ч | Пр/ч | Сам/ч |
| **Тема 1.** Воспалительные заболевания половых органов, тазовой клетчатки, брюшины (неспецифические).  Воспалительные заболевания половых органов: вульвит, бартолинит, остроконечные кандиломы, влагалища, заболевания шейки матки, заболевания тела матки, заболевания придатков матки, параметрит, пельвиоперитонит. Этиология, патогенез  Клиника, диагностика  Лечение, профилактика  Реабилитация, ВТЭ | ОД.И.01.9.1  ОД.И.01.9.1.1  ОД.И.01.9.1.1.1  ОД.И.01.9.1.1.2  ОД.И.01.9.1.1.3  ОД.И.01.9.1.1.4 | Л1.1  Л1.3  Л2.1 | 2 | 14 | 8 |
| **Тема 2.** Воспалительные заболевания половых органов (специфические)  Трихомониаз, гонорея, сифилис, туберкулез половых органов, туберкулез шейки матки, туберкулез тела матки, туберкулез придатков матки и брюшины, мочеполовой системы и прямой кишки. | ОД.И.01.9.2  ОД.И.01.9.2.1 | Л1.1  Л1.3  Л2.1  Л3.1 | 2 | 14 | 8 |
| **Тема 3.** Воспалительные заболевания половых органов (специфические).  Этиология, патогенез  Клиника, диагностика  Лечение, профилактика  Реабилитация, ВТЭ | ОД.И.01.9.2.1.1  ОД.И.01.9.2.1.2  ОД.И.01.9.2.1.3  ОД.И.01.9.2.1.4  ОД.И.01.9.2.1.5  ОД.И.01.9.2.1.6 | Л1.1  Л1.3  Л2.1  Л3.1 | 2 | 14 | 8 |
| **Тема 4.** Септические заболевания в гинекологии  Перитонит, септицемия, септический шок  Классификация  Этиология, патогенез  Клиника, диагностика  Лечение, профилактика  Реабилитация, ВТЭ | ОД.И.01.09.3  ОД.И.01.09.3.1  ОД.И.01.09.3.1.1  ОД.И.01.09.3.1.2  ОД.И.01.09.3.1.3  ОД.И.01.09.3.1.4  ОД.И.01.09.3.1.5 | Л1.1  Л1.3  Л2.1  Л3.1 | 2 | 14 | 8 |
| **Тема 5.** Гиперпластические и дистрофические процессы половых органов  Крауроз, лейкоплакия вульвы, заболевание шейки матки (фоновые и предраковые заболевание шейки матки), гиперпластические процессы эндометрия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика.  Профилактика, лечение.  Реабилитация, ВТЭ. | Д.И.01.09.4  ОД.И.01.09.4.1  ОД.И.01.09.4.1.1  ОД.И.01.09.4.1.2  ОД.И.01.09.4.1.3  ОД.И.01.09.4.1.4  ОД.И.01.09.4.1.5 | Л1.1  Л1.2  Л1.3  Л2.1  Л2.2  Л3.1  Л3.2  Л3.3  Л3.4 | 2 | 14 | 8 |
| **Тема 6.** Бесплодие  Эндокринное бесплодие, трубное бесплодие, маточное бесплодие, малые формы эндометриоза как причины бесплодия.  Этиология, патогенез  Клиника, диагностика  Профилактика, лечение  Реабилитация, ВТЭ | ОД.И.01.09.5  ОД.И.01.09.5.1  ОД.И.01.09.5.1.1  ОД.И.01.09.5.1.2  ОД.И.01.09.5.1.3  ОД.И.01.09.5.1.4 | Л1.1  Л1.3  Л2.1  Л3.1 | 2 | 14 | 8 |
| **Всего 144 часа** |  |  | 12 | 84 | 48 |

Методика преподавания дисциплины «ОД.И.01.09» предусматривает чтение лекций, проведение практических занятий, самостоятельную работу ординатора.

|  |
| --- |
| **5. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ** |

По изучаемой дисциплине установлен перечень обязательных видов работы ординатора, включающий:

* Посещение лекционных занятий
* Решение практических задач и заданий на практическом занятии
* Выполнение контрольных работ
* Работа на фантомах

Текущий и промежуточный контроль успеваемости интерна по дисциплине осуществляется преподавателем путем устного и письменного опроса. Итоговый контроль успеваемости интерна включает в себя теоретический зачет по дисциплине.

Практические занятия проводятся в строгом соответствии с методическими указаниями для интернов и преподавателей.

устный и письменный опрос

|  |
| --- |
| **6. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ** |

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ:

Консервативная гинекология

1.При обострении хронического сальпингоофорита отмечается

А.боли внизу живота и в области поясницы

Б.болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения

В.болезненность при пальпации передней бр. стенки в точке, располож. на середине между лоном и пупком

2.Наиболее частый путь распространения инфекции при возникновении лактационного мастита

А.лимфогенный

Б.гематогенный

В.галактогенный

Г.все перечисленные

Д.ничего из перечисленного

3.Клиническими признаками серозного мастита после родов являются все перечисленные, кроме

А.температуры тела 38-39 С

Б.болей в молочной железе на стороне поражения

В.безболезненности участка уплотнения в молочной железе при пальпации

Г.покраснения кожи над участком уплотнения в молочной железе

Д.увеличения молочной железы

4.К клиническим формам гнойного лактационного мастита относится все перечисленное, кроме

А.фурункулеза ареолы

Б.инфильтративного мастита

В.абсцесса ареолы

Г.абсцесса в толще молочной железы

Д.ретромаммарного абсцесса

5.Основные преобладающие клинические формы лактационного мастита в последнее время

А.инфильтративно-гнойный

Б.абсцедирующий

В.флегмозный

6.Диагностическими критериями развития гнойного лактационного мастита (после периода некоторого улучшения в клинической картине заболевания) являются все перечисленные, кроме

А.гектического характера температурной кривой

Б.повторяющихся ознобов

В.увеличения молочной железы в объеме

Г.отсутствия явлений интоксикации организма

Д.резкой болезненности молочной железы при пальпации

7.Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является мастит

А.флегмонозный

Б.гангренозный

В.абсцедирующий

Г.инфильтративно-гнойный

Д.инфильтративный

8.Особенности терапии у больных с лактационным маститом

А.санация входных ворот инфекции

Б.своевременное оперативное вмешательство при гнойной форме

В.своевременная постановка вопроса о подавлении лактации

9.При лечении больных с лактационным маститом сочетание антибиотиков применяют в связи

А.с тяжестью течения заболевания (когда не уточнен возбудитель)

Б.с наличием смешанной инфекции

В.с необходимостью предупреждения формирования устойчивых форм микроорганизмов

10.Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно предположить (с большой долей вероятности)

А.при наличии двустороннего сальпингоофорита у первично бесплодной женщины

Б.при сочетании двустороннего сальпингоофорита с эндоцервицитом

В.при сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом

11.Лечение больных с хронической гонореей включает все перечисленное, кроме

А.терапии гоновакциной

Б.пирогенала

В.санаторно-курортного лечения

Г.влагалищных ванночек с 3-5% раствором протаргола

Д.инстилляций в уретру 0.5-1% раствора азотнокислого серебра

12.Критерий излеченности у больных гонореей устанавливается после проведенного лечения в течение

А.1 мес

Б.2 мес

В.3 мес

Г.4 мес

Д.5 мес

13.В патогенезе воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии особое значение имеет

А.вирулентность микроба

Б.состояние защитных сил организма женщины

В.наличие раневых входных ворот

14.Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена

А.золотистым стафилококком

Б.грамотрицательной флорой

В.анаэробами

Г.ассоциацией микроорганизмов

Д.ничем из перечисленного

15.Диагностические критерии подострого эндометрита после родов

А.температура тела родильницы 38 С и выше

Б.тахикардия до 100 ударов в минуту

В.лохии с примесью крови на 5-е сутки после родов

Г.все перечисленное

Д.ничего из перечисленного

16.В полость матки инфекция чаще всего проникает через цервикальный канал

А.с помощью трихомонад

Б.с помощью сперматозоидов

В.благодаря пассивному транспорту в результате отрицательного внутрибрюшного давления

Г.всеми перечисленными способами

Д.ни одним из перечисленных способов

17.Для лечения гарднереллеза целесообразно применение у больных

А.доксициклина

Б.тинидазола

В.далацина С

18.У больных с хламидийным цервицитом (вне беременности) лучше использовать все перечисленное, кроме

А.доксициклина

Б.эритромицина

В.сумамеда

Г.ампициллина

Д.тетрациклина

19.Факторы, способствующие развитию гнойного процесса в молочной железе при лактационном мастите

А.слабо выраженная способность железистой ткани к отграничению воспалительного процесса

Б.склонность к распространению восп. процесса по интерстициальным промежуткам в молочной железе

В.легкий переход воспалительного процесса на соседние участки железистой ткани

Г.высокая восприимчивость к инфекции лактирующей молочной железы

Д.ни один из перечисленных факторов

20.Возможный исход при инфильтративном лактационном мастите, как правило

А.рассасывание инфильтрата

Б.нагноение инфильтрата

В.сохранение инфильтрата без динамики в течение 8-10 месяцев

Г.развитие через 4-8 недель опухоли молочной железы

Д.все перечисленное неверно

21.У больных серозным маститом, как правило, применяют

А.антибиотики

Б.инфузионную терапию (при выраженной интоксикации)

В.лечение сопутствующих трещин сосков

Г.холод локально на участок застоя на 20-30 мин периодически (только в первые сутки)

Д.ничего из перечисленного

22.При хроническом вульвите неспецифической этиологии имеются следующие клинические проявления

А.кожа наружных половых органов утолщена, с инфильтрированными волосяными луковицами

Б.на поверхности вульвы имеются корочки

В.в области больших половых губ всегда бывают множественные изъязвления различной величины

Г.всегда имеется киста бартолиновой железы

23.Для диагностики туберкулеза гениталий применяют

А.гистеросальпингографию

Б.биконтрастную гинекографию

В.туберкулинодиагностику

Г.лимфографию

24.Часто встречается следующая локализация воспалительного процесса гениталий, обусловленного хламидийной инфекцией

А.цервицит

Б.сальпингоофорит

В.эндометрит

Г.вульвит

25.При урогенитальном трихомонозе поражается в основном

А.влагалище

Б.уретра

В.цервикальный канал

Г.мочевой пузырь

26.В соответствии с существующей классификацией гонореи различают

А.свежую гонорею

Б.хроническую гонорею

В.латентную гонорею

Г.гонококконосительство

27.Для лечения больных с остроконечными кондиломами наружных половых органов, как правило, применяют

А.резорцин местно

Б.хирургическое лечение - иссечение кондилом

В.криодеструкцию

Г.амфотерицин местно

28.Принципы лечения больных с генитальным кандидозом

А.проведение антипротозойной и антимикробной санации очагов инфекции

Б.лечение кандидозной инфекции

В.лечение полового партнера

Г.исключение половой жизни во время лечения

29.Особенности лечения больных с хроническим сальпингоофоритом

А.начало лечения - обострение воспалительного процесса

Б.учет функции яичников

В.тщательная контрацепция мужским механическим ср-вом на фоне лечения и 3-4 месяцев после его окончани

Г.лечение хронического эндометрита

30.Профилактика развития хронических воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии

А.предупреждение абортов

Б.проведение реабилитации после аборта

В.своевременная диагностика и лечение подострого эндометрита после родов

Г.чет противопоказаний к введению внутриматочной спирали

31.Для диагностики воспалительных образований придатков матки наиболее целесообразно применять

А.трансабдоминальную эхографию

Б.трансвагинальную эхографию

В.компьютерную томографию

Г.кульдоскопию

32.Эндометриоз шейки матки встречается у женщин после

А.абортов

Б.диатермокоагуляции шейки матки

В.гистеросальпингографии

33.Для эндометриоидных кист яичника характерны следующие клинические симптомы

А.резкие боли в низу живота с развитием у части больных синдрома "острого" живота

Б.прогрессирующая альгоменорея

В.нарушение функции кишечника и мочевого пузыря

34.Эндометриоидную кисту яичника следует дифференцировать

А.с воспалительным образованием придатков матки

Б.с кистомой яичника

В.с субсерозной миомой матки

35.Показанием к хирургическому лечению у больных эндометриозом является все перечисленное, кроме

А.неэффективности консервативного лечения при ретроцервикальном эндометриозе

Б.наличия эндометриоидной кисты яичника

В.эндометриоза послеоперационного рубца передней брюшной стенки

Г.внутреннего эндометриоза тела матки II степени

Д.подозрения на истинный бластоматозный процесс в яичнике

36.Для ретроцервикального эндометриоза III стадии характерно

А."прорастание" эндометриоидной ткани в шейку матки с образованием мелких кист

Б."прорастание" эндометриоидной ткани в стенку влагалища с образованием мелких кист

В.распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки

37.Термин аденомиоз применяется

А.во всех случаях выявления эндометриоза независимо от локализации

Б.только при очаговых разрастаниях эндометриоидной ткани во внутреннем слое матки

В.при эндометриозе, который сопровождается образованием кист

Г.только когда прорастание миометрия сопровождается гиперплазией мышечной ткани

Д.только при ретроцервикальном эндометриозе

38.Для диагностики внутреннего эндометриоза тела матки методом гистеросальпингографии наиболее благоприятными являются следующие дни менструального цикла

А.за 1-2 дня до начала менструации

Б.сразу после окончания менструации

В.на 12-14-й день

Г.на 16-18-й день

Д.на 20-22-й день

39.Определение термина "эндометриоз"

А.дисгормональная гиперплазия эктопированного эндометрия

Б.опухолевидный процесс

В.доброкачественное разрастание ткани, морфологически и функционально подобной эндометрию

40.В патогенезе эндометриоза играют роль следующие иммунологические сдвиги в организме женщины

А.снижение содержания Т- и В-лимфоцитов

Б.появление аутоантител к ткани эндометрия, миометрия, яичника

В.активация Т-супрессоров

41.Выраженный болевой симптом наблюдается при всех перечисленных локализациях генитального эндометриоза, кроме

А.истмико-цервикального отдела матки

Б.яичников

В.шейки матки

Г.маточных труб

Д.ретроцервикальной области

42.Для больных с эндометриозом яичников (при его "малых" формах) характерно наличие

А.сохраненного двуфазного менструального цикла

Б.болей внизу живота накануне менструации

В.бесплодия

43.У больных с ретроцервикальным эндометриозом III-IV стадии накануне и в дни менструации отмечаются следующие клинические симптомы

А.резкие "стреляющие" боли, иррадиирующие во влагалище и прямую кишку

Б.метеоризм, задержка стула

В.примесь крови в кале

44.Наиболее эффективным методом лечения эндометриоза матки II ст. является

А.норколут по 5 мг в день с 16-го по 25-й дни менструального цикла в течение 6 месяцев

Б.бисекурин по контрацептивной схеме в течение 6 месяцев

В.гестринон по 1 капсуле 2 раза в неделю в течение 6 месяцев

Г.золадекс 1 инъекция в 28 дней в течение 6 месяцев

45.Оптимальная длительность лечения больных агонистами гонадолиберина составляет

А.3 месяца

Б.5 месяцев

+В.6 месяцев

Г.9 месяцев

46.Факторы риска по развитию генитального эндометриоза

А.угнетение активности специфического иммунитета

Б.длительное применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов

В.повышение активности клеточного иммунитета

Г.длительное превалирующее действие гестагенов

Д.ни один из перечисленных факторов

47.Эндометриоз развивается в результате

А.дисгормональных расстройств

Б.патологии яичников

В.дисфункции коры надпочечников

Г.нарушения функции гипоталамо-гипофизарной системы

48.К внутреннему генитальному эндометриозу относится следующая локализация

А.яичники

Б.трубы

В.серозный покров прямой и сигмовидной кишки

Г.широкие, крестцово-маточные и круглые связки

Д.ни одна из перечисленных локализаций

49.Для внутреннего эндометриоза тела матки I стадии характерно следующее

А.кровянистые выделения из половых путей за 5-6 дней до начала менструации

Б.боли внизу живота в течение 5-6 дней до начала менструации

В.изменение величины матки в зависимости от фаз менструального цикла

Г.обильные, как правило, менструации

Д.ничего из перечисленного

50.Клинические проявления эндометриоза:

А.нарушение менструального цикла

Б.циклически возникающий болевой синдром

В.бесплодие

Г.нарушение функций соседних органов

Д.астено-невротический синдром

51.Для эндометриоза шейки матки характерно

А.мажущие кровянистые выделения за несколько дней до менструации и после нее

Б.контактные кровотечения, особенно накануне и во время менструации

В.боли при половых сношениях

Г.боли в глубине таза, усиливающиеся в сидячем положении

Д.ничего из перечисленного

52.Для диагностики ретроцервикального эндометриоза используют следующие дополнительные методы исследования

А.лапароскопию

Б.ректороманоскопию

В.биопсию патологических участков в заднем своде влагалища

Г.обзорную рентгенографию брюшной полости

Д.ничего из перечисленного

53.Для диагностики внутреннего эндометриоза тала матки обычно применяют

А.гистеросальпингографию

Б.ультразвуковое исследование

В.гистероскопию

Г.компьютерную томографию

Д.ничего из перечисленного

54.Для эндометриоза шейки матки характерна следующая кольпоскопическая картина

А."глазки"

Б."тутовая ягода"

В.полоски

Г.псевдоэрозия с наличием закрытых желез, наполненных геморрагическим содержимым

Д.все перечисленное неверно

55.Эндометриоз ректовагинальной клетчатки следует дифференцировать

А.с раком влагалища

Б.с раком прямой кишки

В.с раком яичников III-IV стадии (распространение в ректовагинальную клетчатку)

Г.с папилломой влагалища

56.Для диагностики эндометриоза шейки матки применяют, как правило, следующие методы исследования

А.кольпоскопию

Б.прицельную биопсию шейки матки

В.гистероскопию

Г.диагностическое выскабливание цервикального канала

57.Эндометриоз шейки матки следует дифференцировать

А.с раком шейки матки

Б.с эндоцервицитом

В.с эритроплакией

Г.с псевдоэрозией

58.Эндометриоз тела матки следует дифференцировать

А.с подслизистой миомой матки

Б.с полипозом эндометрия

В.с раком эндометрия

Г.с хроническим эндометритом

59.При выборе метода терапии у больных эндометриозом необходимо руководствоваться

А.возрастом больной

Б.локализацией эндометриоза

В.степенью распространенности процесса

Г.наличием сопутствующих заболеваний

60.Для проведения гормональной терапии у больных эндометриозом можно применять

А.гестагены

Б.комбинированные эстроген-гестагенные препараты

В.антигонадотропины

Г.эстрогены

61.Влияние внутреннего эндометриоза тела матки на течение беременности, родов и послеродового периода

А.повышается частота самопроизвольных абортов

Б.увеличивается частота преждевременных родов

В.более часто развивается частичное плотное прикрепление плаценты

Г.может явиться причиной разрыва шейки матки в родах

62.Характерными признаками внутреннего эндометриоза, выявляемыми при метросальпингографии, являются

А.значительное увеличение полости матки

Б.выраженная деформация полости матки

В.наличие "дефектов наполнения"

Г.наличие "законтурных теней"

63.Факторы риска по развитию генитального эндометриоза

А.позднее начало менструаций

Б.осложненные роды и аборты

В.хронический тонзиллит с частыми обострениями в пубертатном возрасте

Г.альгоменорея с менархе

64.Особенности функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы у больных с различными локализациями генитального эндометриоза

А.неполноценность лютеиновой фазы менструального цикла

Б.относительная гиперэстрогения

В.снижение лютеинизирующей функции гипофиза

Г.двуфазный менструальный цикл (с удлинением гипертермической фазы)

65.При бимануальном исследовании накануне менструации у больной с ретроцервикальным эндометриозом в заднем влагалищном своде обнаруживаются образования, имеющие следующие характерные особенности

А.мелкобугристые, размером до 1-3 см

Б.резко болезненные при пальпации

В.малоподвижные

Г.слизистая оболочка влагалища над ними чаще всего подвижна

66.У больных репродуктивного возраста с внутренним эндометриозом тела матки II стадии возможны следующие варианты гормонотерапии

А.норколут по 5 мг в день с 5-го по 25-й дни менструального цикла в течение 9-12 месяцев

Б.норколут по 10 мг в день с 5-го по 25-й дни менструального цикла в течение 12 месяцев

В.эстроген-гестагенные препараты по контрацептивной схеме в течение 9-12 месяцев

Г.данол (даназол, дановал, даноген) по 400 мг в день в течение 6 месяцев

67.При лечении больных репродуктивного возраста с ретроцервикальным эндометриозом наиболее целесообразно применение

А.эстроген-гестагенных препаратов по контрацептивной схеме в течение не менее 1.5-2 лет

Б.электрофореза 10% йодистого калия (или 2.5% амидопирина) N 20-25

В.радоновых или йодобромных ванн

Г.микроклизм с 0.5-1% раствором йодистого калия

68.Основные задачи при лечении больных с генитальным эндометриозом

А.подавление клинически активного эндометриоза гормональными препаратами

Б.избавление пациенток от последствий эндометриоза в виде рубцово-спаечного процесса малом тазу

В.нормализация репродуктивной функции (у пациенток детородного возраста)

Г.нормализация психо-неврологических реакций

69.Варианты локализации экстрагенитального эндометриоза

А.прямая кишка

Б.мочевой пузырь

В.послеоперационный рубец

Г.область пупка

70.Действие даназола (дановала, даногена) у больных эндометриозом

А.подавляет стероидогенез в гонадах и надпочечниках

Б.снижает пик ЛГ и ФСГ

В.снижает уровень пролактина

Г.подавляет аутоантитела

71.Профилактика развития генитального эндометриоза

А.исключение специального гинекологического исследования во время менструации

Б.проведение реабилитационных мероприятий после осложненных родов

В.лечение больных с хроническим эндометритом, сальпингоофоритом

Г.проведение диатермокоагуляции псевдоэрозии шейки матки за 1-3 дня до начала менструации

72.При микроскопии влагалищного мазка можно судить о происходящих в организме эндокринных изменениях. Для этого необходимо учитывать

А.принадлежность клеток к тому или иному слою вагинального эпителия

Б.степень окраски протоплазмы клеток

В.величину ядер клеток

Г.соотношение эпителиальных клеток

Д.все перечисленное

73.В полость матки инфекция чаще всего проникает через цервикальный канал

А.с помощью трихомонад

Б.с помощью сперматозоидов

В.всеми перечисленными способами

Г.ни одним из перечисленных способов

Д.1089

74.Для внутриматочного диализа при хроническом эндометрите используют

А.димексид

Б.настойку календулы

В.лидазу

Г.новокаин

Д.все перечисленное

75.Бактероиды наиболее чувствительны к действию

А.эритромицина

Б.линкомицина

В.метронидазола

Г.верно 2) и 3)

Д.всего перечисленного

76.Основные задачи при лечении больных с генитальным эндометриозом: 1) подавление клинически активного эндометриоза гормональными препаратами; 2) избавление пациенток от последствий эндометриоза в виде рубцово-спаечного процесса в малом тазу; 3) нормализация пациенток от последствий эндометриоза в виде рубцово-спаечного процесса в малом тазу; 3) нормализация??

А.верно 1,2,3

Б.верно 1,2

В.все перечисленное

Г.верно 4

Д.ничего из перечисленного

77.Влагалищная трихомонада относится

А.к простейшим

Б.к бактериям

В.к вирусам

Г.к паразитам

Д.к грибам

78.Вторая степень чистоты влагалищного мазка характеризуется следующим

А.в мазке много эпителиальных клеток

Б.реакция влагалищного содержимого кислая

В.в мазке есть влагалищные бациллы

Г.лейкоцитов в мазке содержится до 10-15 в поле зрения

79.Для диагностики аденомиоза гистеросальпингографию следует проводить

А.на 7-8-й день менструального цикла

Б.на 1-5-й день менструального цикла

В.на 20-25-й день менструального цикла

Г.на 26-28-й день менструального цикла

80.При подозрении на эндометриоз тела матки гистерографию следует проводить

А.на 2-3-й день менструального цикла

Б.на 7-8-й день менструального цикла

В.на 14-16-й день менструального цикла

Г.на 20-22-й день менструального цикла

Д.на 26-28-й день менструального цикла

81.Задачей применения препаратов спазмолитического действия является

А.снижение порога болевой чувствительности

Б.усиление действия наркотических средств

В.подавление действия эндорфинов

Г.снижение гипертонуса поперечно и циркуляторно расположенных гладкомышечных волокон

Д.ничего из перечисленного

82.У девочек чаще всего встречаются следующие формы воспаления гениталий

А.эндоцервицит

Б.эндометрит

В.сальпингоофорит

Г.вульвовагинит

Д.ни одна из перечисленных форм

83.Условия, способствующие развитию лактационного мастита

А.лактостаз

Б.трещины сосков

В.снижение иммунологической защиты организма

Г.все перечисленное

Д.ничего из перечисленного

84.При проведении химической провокации у больных с хроническим сальпингоофоритом применяют

А.раствор азотнокислого серебра 0.5% и 2-3%

Б.раствор Люголя, разведенный дистиллированной водой

В.10% раствор хлористого натрия

85.Особенности клинического течения туберкулеза тела матки

А.как правило, отмечается сочетание с туберкулезом придатков

Б.тело матки, как правило, увеличено

В.имеется нарушение менструальной функции

86.Половой путь передачи инфекции характерен в основном

А.для хламидий

Б.для вируса простого герпеса

В.для трихомонады

87.К группе риска по развитию воспалительных послеродовых заболеваний относятся женщины

А.с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом

Б.с хроническим воспалительным процессом гениталий

В.с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит)

Г.со всем перечисленным

Д.ни с чем из перечисленного

ЗАДАЧИ:

Больная, 46 лет, поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, по¬вышение температуры тела до 39,5 °С. Менструальная функ¬ция не нарушена. 12-й день менструального цикла. В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений, В течение последних 12 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до 37,5 °С. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно, без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия доставлена в стационар бригадой скорой меди¬цинской помощи. При осмотре состояние средней тяжести, пульс 120 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, в правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина—Блюмберга резко по¬ложительный. При влагалищном исследовании: шейка матки эрозирована, видны нити ВМК; в малом тазе пальпируется резко болезненный, неподвижный конгломерат, общими разме¬рами 12—14—18 см; отдельно матку и придатки пальпировать не удается; задний свод влагалища нависает, резко болезненный; выделения из половых путей гноевидные.

22. Какой диагноз наиболее вероятен?

A. Эндометрит на фоне применения ВМК; нагноение кистомы яичника.

B. Эндометрит на фоне применения ВМК, острый дву¬сторонний сальпингит; пельвиоперитонит.

C. Эндометрит на фоне применения ВМК; перфорация тубоовариального абсцесса; разлитой перитонит

D. Миома матки с некрозом одного из узлов; острыйгнойный сальпингит; разлитой перитонит.

E. Рак яичников IV стадии.

24. Каковы основные направления этиотропной и патогенети¬ческой терапии в послеоперационном периоде?

A. Воздействие на патогенную микрофлору с использова¬нием антибактериальных, антисептических и физичес¬ких средств.

B. Борьба с эндогенной интоксикацией.

C. Восстановление нарушенных функций различных органов и систем.

D. Профилактика хирургических осложнений.

Е. Все перечисленные выше

23. Врачебная тактика и объем оперативного вмешательства?

А. Удаление ВМК с последующей комбинированной

антибактериальной и инфузионно-трансфузионной те¬рапией в течение 7 дней. В случае отсутствия эффек¬та — чревосечение по Пфанненштилю, двусторонняя аднексэктомия.

B. Дренирование патологического образования под кон¬тролем трансвагинальной эхографии с последующей антибактериальной и инфузионной терапией.

C. Лечебно-диагностическая лапароскопия; санация и дренирование брюшной полости.

D. Экстренное чревосечение; нижнесрединная лапаротомия; пангистерэктомия; дренирование брюшной по¬лости

E. Экстренная лапаротомия; чревосечение по Джоэлу—Кохену; надвлагалищная ампутация матки с маточны¬ми трубами; оментэктомия.

Больная, 18 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 °С, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности предохраняется “ритм-мето¬дом, беременностей не было. Заболела остро, на 7-й день мен¬струального цикла, когда появились указанные выше симптомы. Объективно состояние удовлетворительное, пульс 96 в 1 мин, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Гинекологический статус: уретра инфильтри¬рована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эро¬зией, из шеечного канала обильные слизисто-гнойные выделения. Матка не увеличена, болезненная при пальпации, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны, своды глубокие. При бак¬териоскопии мазков из уретры и канала шейки матки обнару¬жены гонококки, располагающиеся вне- и внутриклеточно.

25. Ваш диагноз?

A. Свежая острая гонорея нижнего отдела мочеполовых органов.

B. Свежая острая восходящая гонорея

C. Подострая восходящая гонорея.

D. Хроническая гонорея нижнего отдела мочеполовых ор¬ганов.

E. Торпидная гонорея.

26. Тактика врача женской консультации.

A. Провести амбулаторно курс антибактериальной терапии.

B. Направить больную в кожно-венерологический дис¬пансер для углубленного обследования и лечения.

C. Госпитализировать больную в гинекологический ста¬ционар для обследования и лечения

D. Рекомендовать плановую госпитализацию в гинеколо¬гический стационар после получения результатов лабо¬раторного обследования (общий анализ крови, мочи, постановка реакции Вассермана, исследование крови на наличие антител к ВИЧ), консультации венеролога, уролога.

E. Госпитализация в кожно-венерологическую клинику.

27. Каковы критерии излеченности гонореи?

А. Отсутствие жалоб.

B. Отсутствие в мазках гонококков после окончания курса антибактериальной терапии.

C. Отсутствие анатомических изменений внутренних по¬ловых органов.

D. Отсутствие гонококков в мазках, взятых в дни мен¬струации в течение 3 менструальных циклов после окончания курса лечения и проведения комплексной провокации

Е. Все перечисленное выше верно.

28. Назовите методы провокации гонореи.

А. Массаж уретры.

В. Внутримышечное введение гоновакцины в количестве 500 млн микробных тел.

С. Обработка шейки матки и уретры 0,5% раствором нитрата серебра.

D. Применение тепловых преформированных и естественных физических факторов.

Е. Все перечисленные выше верно

Больная, 25 лет, обратилась в женскую консультацию с жалоба¬ми на редкие, скудные менструации, отсутствие беременности в течение 5 лет, общее недомогание. Менструации с 17 лет, не¬регулярные, с задержками до 20—25 дней, скудные. Половая жизнь с 20 лет, в браке, от беременности не предохранялась. В анамнезе частые острые респираторные вирусные инфекции, неоднократное воспаление легких, экссудативный плеврит. При осмотре: больная правильного телосложения, пониженного пи¬тания, кожные покровы бледные, температура тела 37 °С, пульс 78 в 1 мин, ритмичный; живот мягкий, безболезненный. При влагалищном исследовании: матка уменьшена в размере, ограниченно подвижная, безболезненная; с обеих сторон от матки определяются образования плотной консистенции не¬правильной формы размером 5 х 6 и 7 х 5 см, болезненные при пальпации; своды глубокие, свободные.

29. Какой диагноз наиболее вероятен?

A. Опухоль Крукенберга.

B. Болезнь поликистозных яичников (синдром Штейна—Левенталя).

C. Наружный генитальный эндометриоз.

D. Туберкулез половых органов

E. Генитальный хламидиоз.

30. Какие методы исследования помогут Вам уточнить диагноз?

A. Эндоцервикальное введение туберкулина в дозе

20—50 ТЕ.

B. Трансвагинальное ультразвуковое

сканирование.

C. Гистеросальпингография.

D. Лапароскопия с гистологическим исследованием биоптата ткани придатков матки.

E. Все перечисленное выше

31. Укажите возможные причины нарушения репродуктивной

функции у данной больной.

A. Внутриматочные синехии (синдром Ашермана).

B. Хроническая ановуляция.

C. Нарушение проходимости маточных труб, спаечный процесс в малом тазе.

D. Все перечисленное выше

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Больная 37 лет обратилась к гинекологу с жалобами на обильные бели, контактные кровянистые выделения из половых путей. При осмотре шейки матки с помощью зеркал обнаружено: на влагалищной части шейки матки имеется тонкая белая пленка, которая легко снимается, слущивается, после визуализируются блестящие участки розового цвета. Каков диагноз? Какие дополнительные методы исследования следует провести? Каким будет  
   лечение?
2. Женщина 42 лет пришла к гинекологу на плановый профилактиче­ский осмотр. При осмотре шейки матки и влагалища с помощью зеркал обнаружена очаговая гиперемия («красное пятно»), неравномерная окраска, местами белесоватая с шероховатой поверхностью. При двуручном влагалищном исследовании — матка не увеличена, придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна, своды свободные. Каков диа­гноз? Какие дополнительные методы диагностики следует провести? Каким будет лечение? Каковы исходы СШ?
3. Больная 49 лет обратилась к врачу женской консультации с жало­бами на зуд вульвы преимущественно ночью, чувство жжения, онемения в течение 2 лет. При осмотре: слизистая оболочка вульвы истончена, бле­стящая, сухая, депигментированная, напоминает пергамент, легко ранима. При кольпоскопическом исследовании обнаружено: слизистая оболочка вульвы желтоватого цвета, истончена, видны трещины, капилляры в виде красной крапчатости, проба Шиллера отрицательная. Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести? От каких заболеваний необходимо дифференцировать? Каким будет лечение? .
4. Больная 32 лет обратилась к гинекологу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей после полового акта. При осмо­тре с помощью зеркал обнаружено: шейка матки цилиндрической формы, вокруг наружного зева на передней и задней губе шейки матки имеется эктопия железистого эпителия ярко-красного цвета с зернистой поверхно­стью, контактно кровоточащая. При двуручном влагалищном исследовании патологии внутренних половых органов не обнаружено. Каков диагноз? Что следует предпринять?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)** | | | | | |
| **7.1. Рекомендуемая литература** | | | | | |
| **7.1.1. Основная литература** | | | | | |
|  | **Авторы, составители** | | **Заглавие** | **Издательство, год** | **Колич-во** |
| Л1.1 | В.Е. Радзинский, А.М. Фукс. | | Гинекология: учебник. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. | 1  +  (1 экз. – на кафедре) |
| Л1.2 | Радзинский В.Е. | | Женская консультация: : 3-е изд., испр. и доп. | М.: ГЭОТАР –  Медиа, 2009. – 472 с. | 0+ (1 экз. – на кафедре) |
| Л1.3 | Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. | | Гинекология: национальное руководство. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- (Серия «Национальные руководства»). | 2  +(1 экз. – на кафедре |
| Л1.3 | Сметник В. П., Тумилович Л. Г. | | Неоперативная гинекология. | 3-е издание. – М.: МИА, 2003. | + (1 экз. – на кафедре) |
| **7.1.2. Дополнительная литература** | | | | | |
| Л2.1 | Савельева Г.М. | Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. | | М.: МИА, 2006. | 1992 – 1экз.  1996 – 1экз.  +  (1 экз. – на кафедре) |
| Л2.2 | Гл. ред. Г.Л. Вышковский. | Регистр лекарственных средств России РЛС Энциклопедия лекарств. – 18-й вып. | | М.: РЛС-МЕДИА, 2001. | 1  +(1 экз. – на кафедре) |
| Л2.3 |  | Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции в РФ, 2012г. Адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции, ВОЗ, 4 издание | | 4 издание, 2009. | + (1 экз. – на кафедре) |
| **7.1.3. Методические разработки** | | | | | |
| Л 3.1 | А.В. Краснов, Г.И. Кожевина,О.И. Кулагина,М.В. Черных.  Кемерово, 2013 г. | Цитомегаловирусная инфекция. Методические рекомендации для практических врачей, интернов, ординаторов. | | Кемерово, 2013 г. |  |
| Л3.2 |  | Видео – материал ( эл версии в достаточном количестве):  1. по использованию ручного аспиратора Ipas MBA Плюс (для аспирационной биопсии эндометрия).  2. по применению аппарата Surgitron для диагностики и лечению патологии шейки матки. | |  |  |
| Л3.3 | С.И. Роговская, Н.М, Подзолкова и соав. | Основы кольпоскопической диагностики. Учебное пособие. | | 2012 г. ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования. |  |
| Л3.4 | С.А. Леваков, А.Г. Кедрова. | Принципы клинической кольпоскопии. Учебное пособие. | | Москва, 2012г. |  |

|  |
| --- |
| **8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ** |

Для организации учебного процесса центр дистанционного обучения и кафедра должны иметь учебно-методический комплекс по дисциплине, который включает рабочую программу по дисциплине, пересматриваемую ежегодно, полный набор обязательной учебной литературы, методические указания для преподавателей и интернов по всем разделам дисциплины, контролирующие материалы, а также электронные версии учебно-методических и дидактических материалов

* Наличие информационно-телекоммуникационных средств доступа к интернет-ресурсу центра дистанционного обучения для освоения части программы, предусматривающей использование дистанционных образовательных технологий
* **Перечень оборудования, необходимого для проведения аудиторных занятий по дисциплине.**
* 1. Технические средства обучения – мультимедийная система (проектор, экран), видеокамера, видеоплеер, телевизор, компьютеры – 3 (в том числе 2 ноутбука).
* 2. Мультимедийные наглядные материалы (электронные учебники – 10, лекции и видеоролики по актуальным разделам акушерства и гинекологии – в достаточном количестве).
* 3. Другие учебные материалы: ситуационные задачи, тестовые задания – в достаточном количестве, таблицы – 135, стенды – 2.
* 3. Рентгенограммы и другое диагностическое оборудование – кольпоскоп, УЗИ – аппарат, кардиотокограф (Областной перинатальный центр).

**Электронные образовательные ресурсы, используемые в процессе преподавания дисциплины:**

* 1. ФГУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика Кулакова" МЗ и социального развития РФ. <http://www.ncagip.ru/for-experts/publications/>
* 2. ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России. <http://www.mma.ru/library>
* 3. «Гинекология». <http://old.consilium-medicum.com/media/gynecology/>
* 4.Научно-практический медицинский журнал «Medicum».
* <http://www.medicum.nnov.ru/doctor/>
* 5. «Российский Медицинский Журнал». <http://www.rmj.ru/>
* 6. Национальный медико-хирургический центр имени Н.И.Пирогова. <http://www.pirogov-center.ru/illness/>
* 7. Медико-фармацевтическая служба. <http://www.webapteka.ru/phdocs/>
* 8. Консилиум, консультации он-лайн. <http://www.consilium.com.ua/stuff/>
* 9. Медицинский сервер «medlinks». <http://www.medlinks.ru/>
* 10. Медицинский информационный портал. <http://meduniver.com/>
* 11. Медицина для студентов-медиков и врачей. <http://www.medsecret.net/>
* 12. Портал для профессионалов в здравоохранении. <http://medproff.ru/>
* **Образовательные технологии в интерактивной форме, используемые в процессе преподавания дисциплины:**
* В соответствии с требованиями ФГОС ВПО реализация компетентного подхода должна предусматривать широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (компьютерных симуляций, разбор конкретных ситуаций) в сочетании с внеаудиторной работой с целью формирования и развития профессиональных навыков обучающихся. В рамках учебных курсов должны быть предусмотрены встречи с представителями российских и зарубежных компаний, государственных и общественных организаций, мастер-классы экспертов и специалистов, телемосты по актуальным вопросам акушерства. Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, определяется главной целью программы, особенностью контингента обучающихся и содержанием конкретных дисциплин и в целом в учебном процессе они должны составлять не менее 10% аудиторных занятий. Занятия лекционного типа не могут составлять более 30% аудиторных занятий. Кафедрой предусмотрены симуляционные занятия с использованием фантомов в межкафедральном центре практических навыков АГМУ.