

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 01.09.2024 22:38:39
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПБМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

29 августа 2024 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ»

Специальность	<u>31.08.01 Акушерство и гинекология</u>
Квалификация	<u>врач-акушер-гинеколог</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>ОНКОЛОГИИ</u>

**Санкт- Петербург
2024 г.**

При разработке фонда оценочных средств в основу положен ФГОС ВО по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный Министерством науки и высшего образования РФ от 09.01.2023г., приказ №6.

Фонд оценочных средств одобрен на заседании кафедры кафедры онкологии от 26.06.2024, протокол № 11, рассмотрен на заседании Ученого совета Института от 29.08.2024 г., протокол №1.

Заведующий кафедрой _____ В. М. Моисеенко
(подпись)

Разработчики:

Ассистент кафедры
онкологии

Смирнова М.П.

Рецензент:

Максимов С.Я. – заведующий отделением онкогинекологии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» имени Н.П. Напалкова, доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ
«ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ»**

Компетенция (код и наименование)	Индикатор компетенции (код и наименование)	Оценочные средства	Номер оценочного средства из перечня (п. 3 ФОС)
ПК-2 Способен к проведению обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях с целью установления диагноза	ИД-1 ПК-2.1 Проводит обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях с целью установления диагноза	рефераты	1-8
		тестовые задания	1-22
		ситуационные задачи	1-5
		вопросы к зачету	1-20
ПК-3 Способен назначать лечение пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях, проводить контроль его эффективности и безопасности	ИД-1 ПК-3.1 Назначает и проводит лечение пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях	рефераты	9-14
		тестовые задания	23-56
		ситуационные задачи	6-20
		вопросы к зачету	21-40

**1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ
ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ**

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора компетенции	Этапы формирования индикатора компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
ПК-2 Способен к проведению обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях с целью установления диагноза	ИД-1 ПК-2.1 Проводит обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях с целью установления диагноза	Знать: основные мероприятия, направленные на укрепление здоровья женщин, основные причины заболевания в акушерстве и гинекологии, факторы, оказывающие негативное воздействие на женские половые органы Уметь: проводить основные мероприятия, направленные на укрепление здоровья женщин, формулировать основные причины заболевания в акушерстве и гинекологии, факторы, оказывающие негативное воздействие на женские половые органы Владеть: методами оценки факторов риска на репродуктивную систему женщины, трактовкой основных методов диагностики, используемых в акушерстве и гинекологии	Повышенный уровень сформированности и компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
			Высокий уровень сформированности и компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности и компетенции	«удовлетворительно» /«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.			
ПК-3 Способен назначать лечение	ИД-1 ПК-3.1 Назначает и	Знать: основы акушерства и гинекологии, национальные	Повышенный уровень	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает

<p>пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях, проводить контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>проводит лечение пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях</p>	<p>рекомендации и стандарты оказания специализированной акушерско-гинекологической медицинской помощи профиля Уметь: собирать анамнез, гинекологический и акушерский осмотры, алгоритмы обследования при онкопатологии, интеграция данных, выбор лечения Владеть: основными методами обследования женщин с онкогинекологической патологией, алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов онкологического профиля, оформление медицинской документации</p>	<p>сформированность и компетенции</p> <p>Высокий уровень сформированности и компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности и компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно» /«зачтено»</p> <p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
--	--	---	--	---	---

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Вопросы к зачету	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с освоенной дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по дисциплине в целом.	Перечень контрольных вопросов	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
2.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
3.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения.	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи.
4.	Рефераты	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной	Темы рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения;

		(учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.		обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).
--	--	---	--	--

2.2. Шкалы оценивания по видам оценочных средств

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
90-100	Отлично
80-89	Хорошо
70-79	Удовлетворительно
0-69	Неудовлетворительно

Разбор ситуационных задач

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие

Оценка	Описание
	ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Рефераты

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены..
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

Собеседование по вопросам к зачету

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые

Оценка	Описание
	затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Тестовые задания (ПК-2)

1. Чувствительность и периодичность проведения скрининга (онкоцитограмма) цервикального рака:
 - 1) выявляемость заболевания 85-95%
 - 2) выявляемость заболевания 70-85%
 - 3) проведение онкоцитологического исследования спустя 3 года после первого полового контакта, но не позже чем в возрасте 21 года
 - 4) во время профосмотра
 - 5) ежегодно в течение первых двух лет, при отрицательных данных далее каждые 2-3 года
 - 6) после 70 лет при интактной шейки матки и при условии отрицательных цитологических исследований в пределах последних 10 лет

2. Чаще выявляется гистологическая структура РШМ:

- 1) плоскоклеточный неороговевающий рак
- 2) аденокарцинома
- 3) плоскоклеточный ороговевающий рак
- 4) плоскоклеточный низкодифференцированный рак
- 5) светлоклеточный рак
- 6) мукоэпидермоидный рак

3. Наибольший приоритет заболеваемости раком эндометрия в последние годы отмечают среди женщин в возрасте:

- 1) до 29 лет
- 2) до 40 лет
- 3) от 40 до 49 лет
- 4) от 50 до 59 лет
- 5) старше 59 лет

4. Частота и средний возраст поражения при раке маточной трубы:

- 1) 0,11-1,18 % среди опухолей женских половых органов
- 2) 1,2-1,5 % среди всех опухолей женских половых органов
- 3) 2 %
- 4) 17 – 19 лет
- 5) 45 – 50 лет
- 6) 62,5 лет

5. Принципы лечения рака вульвы II-III ст.:

- 1) широкое иссечение опухоли
- 2) широкое иссечение опухоли и односторонняя пахово-бедренная лимфаденэктомия
- 3) радикальная вульвоэктомия их трех разрезов
- 4) лучевая терапия
- 5) лекарственная терапия, химиотерапия
- 6) комбинированное лечение

6. Клиническая картина рака влагалища III-IV ст. характеризуется:

- 1) кровянистые выделения
- 2) отек нижних конечностей
- 3) гематурия
- 4) лейкорея
- 5) дизурия
- 6) мочеполовые и ректовагинальные свищи

7. Частота рака шейки матки в структуре онкогинекологической патологии у женщин, проживающих в РФ:

- 1) I место
- 2) II место
- 3) III место
- 4) 15%
- 5) 20%
- 6) 30%

8. Стандартное хирургическое лечение РШМ I B₁ стадии заключается в:

- 1) высокая конусовидная ампутация шейки матки
- 2) расширенная экстирпация матки с придатками
- 3) операция Вертгейма
- 4) высокая конусовидная ампутация шейки матки
- 5) расширенная экстирпация матки с транспозицией яичников

9. Определите последовательность основных этапов развития рака эндометрия:

- 1) формирование фоновых морфологических изменений (ЖКГЭ, полипы)
- 2) ановуляция, гиперэстрогенизм
- 3) преинвазивный рак
- 4) выраженные формы рака эндометрия
- 5) рак с минимальной инвазией в миометрий

10. Чаще наблюдаются метастазы Крукенберга при раке:

- 1) при раке шейки матки
- 2) при раке мочевого пузыря
- 3) при раке молочной железы
- 4) при раке толстой кишки
- 5) при раке желудка
- 6) при раке желчных протоков

11. Показания и объем оперативного лечения трофобластических опухолей:

- 1) полный пузырный занос
- 2) кровотечение из первичной или метастатической опухоли, угрожающее жизни больной
- 3) резистентность первичной опухоли и солитарных метастазов в отсутствие опухоли
- 4) перфорация стенки матки опухолью
- 5) ампутация матки с придатками

- 6) органосохраняющая гистерэктомия с иссечением опухоли в пределах здоровых тканей у молодых женщин
- 7) резекция пораженного органа в пределах здоровых тканей
- 8) экстирпация матки с придатками, резекция сальника

12. С использованием следующей современной техники возможно выполнение пластики только передней или только задней стенки влагалища, а также вагинопексия при сохраняемой матке или сочетание с вагинальной гистерэктомией, леваторопластикой:

- 1) сакроспинальная фиксация вагинальным доступом
- 2) лапароскопическая сакрокольпопексия
- 3) сакрокольпопексия при чревосечении
- 4) вагинальная экстраперитонеальная кольпопексия
- 5) передняя и задняя кольпоррафия

Ответ: 4

13. При следующей частоте бесплодного брака наблюдается неблагоприятная демографическая ситуация:

- 1) 8-10%
- 2) 15%
- 3) 18%
- 4) 20%
- 5) 22%

14. Следующий скрининг обязательно проводится при женском бесплодии:

- 1) опрос женщин по схеме, рекомендуемой ВОЗ
- 2) физикальное исследование
- 3) инфекционный скрининг
- 4) иммунологический скрининг
- 5) гормональный скрининг
- 6) дополнительное обследование (УЗИ, ГСТ, маммография, КТ, ЯМР и др.)
- 7) эндоскопические методы исследования (ГС, ЛС)

15. Следующие причины infertility не наблюдаются при эндометриозе:

- 1) трубное бесплодие (органическое, функциональное)
- 2) перитонеальное бесплодие (СББ)
- 3) ретрофлексия матки
- 4) эндокринное бесплодие (ановуляция, НЛФ)
- 5) угнетение процесса имплантации бластоцисты
- 6) поражение сперматозоидов активированными макрофагами
- 7) обструктивная азооспермия

16. Современные подходы к лечению трубно-перитонеального бесплодия:

- 1) микрохирургическое, ЭКО/ПЭ
- 2) хирургическое
- 3) индукция овуляции
- 4) вспомогательные репродуктивные технологии
- 5) хирургическое + подавление овуляции, вспомогательные репродуктивные технологии

17. Абсолютные показания к ЭКО:

- 1) отсутствие маточных труб или непроходимость обеих труб
- 2) консервативно-пластические операции на трубах, если в течение 1-2 лет беременность не наступила

- 3) эндометриоз при отсутствии эффекта от консервативного и хирургического лечения в течение 6-12 мес.
- 4) отсутствие матки
- 5) бесплодие
- 6) иммунологическое бесплодие с высоким титром антиспермальных антител

18. Определите последовательность проведения программы ЭКО и ПЭ:

- 1) стимуляция суперовуляции препаратами гонадотропных гормонов
- 2) подавление уровня эндогенных гонадотропинов и десенситизация гипофиза
- 3) забор ооцитов путем пункции яичников через своды влагалища под УЗ-контролем
- 4) гормональная поддержка лютеиновой фазы
- 5) ПЭ на 6-8 клеточной стадии в полость матки
- 6) оплодотворение ооцитов сперматозоидами в специальных средах и содержание их до стадии 6-8 бластомеров

19. Следующие пороки развития женских половых органов относят к аномалиям полового развития без нарушения половой дифференцировки:

- 1) преждевременное половое развитие
- 2) дисгенезия гонад
- 3) АГС
- 4) задержка полового созревания
- 5) тестикулярная феминизация
- 6) пороки развития матки и влагалища
- 7) различия интерсексуальные состояния

20. Причины патологической дефлорации, сопровождающейся обильным кровотечением:

- 1) гипоплазия матки
- 2) разрыв плевы до её основания
- 3) чрезмерная плотность девственной плевы
- 4) «мясистость» девственной плевы
- 5) чрезмерное физическое воздействие при грубости и насилии
- 6) ранний возраст начала половой жизни

21. Следующие ранения и повреждения половых органов относят к «старым»:

- 1) мочеполовые и кишечно-половые свищи
- 2) ожоги
- 3) травмы, нанесенные режущими и колющими предметами и огнестрельным
- 4) свежие повреждения при половом сношении
- 5) свежие повреждения, не зависящие от полового акта
- 6) рубцовые изменения промежности и влагалища

22. Цели планирования семьи:

- 1) рождение желанных детей
- 2) снижение распространения ИППП
- 3) снижение частоты незапланированных беременностей и искусственных абортов
- 4) преодоление бесплодия
- 5) снижение МС, ПС

ПК-3

23. Следующие методы контрацепции относят к современным:

- 1) ритмический
- 2) гестагенсодержащие ВМК

- 3) прерванное половое сношение
- 4) мужской и женский презервативы, диафрагмы, шеечные колпачки
- 5) спермициды
- 6) гормональные (таблетки, влагалищное кольцо, пластырь, импланты, инъекции)
- 7) женская и мужская стерилизация

24. Лечебные эффекты КОК заключаются в:

- 1) снижение риска развития рака эндометрия и яичников, колоректального рака
- 2) регуляция менструального цикла
- 3) снижение риска внематочной беременности
- 4) устранение или уменьшение тяжести дисменореи
- 5) уменьшение менструальной кровопотери
- 6) уменьшение частоты воспалительных заболеваний органов малого таза
- 7) снижение риска развития ЖДА
- 8) уменьшение гиперандрогении
- 9) устранение или уменьшение ПМС
- 10) устранение овуляторных болей
- 11) снятие «страха нежелательной беременности»
- 12) возможность отсрочки очередной менструации

25. Следующие прогестагенсодержащие контрацептивы относят к противозачаточным таблеткам «мини-пили»:

- 1) норплант
- 2) микронон
- 3) норэтистерон-энантат
- 4) фемулен
- 5) эксклютон
- 6) чарозетта
- 7) неогест
- 8) микровал
- 9) миролут
- 10) эскапел
- 11) марвелон

26. Двойной «голландский метод» контрацепции, рекомендуемой в подростковом возрасте:

- 1) ВМК
- 2) низко- и микродозированные КОК
- 3) влагалищное кольцо (Нова Ринг)
- 4) барьерные методы
- 5) КОК + презерватив
- 6) презерватив + спермицид

27. Требования к контрацепции после родов:

- 1) надежность и обратимость
- 2) защитные свойства
- 3) отсутствие влияний на лактацию
- 4) защита от СТЗ
- 5) минимальный риск метаболических нарушений

28. Противопоказания для искусственного аборта:

- 1) инфекционные заболевания
- 2) хр. воспалительные заболевания женских половых органов

- 3) острые и подострые воспалительные заболевания женских половых органов
- 4) гипертермия неясной этиологии
- 5) эктопическая беременность любой локализации
- 6) угрожающий самопроизвольный аборт
- 7) киста яичника

29. Абсолютные противопоказания для выполнения медикаментозного аборта:

- 1) курение более 10 сигарет в сутки
- 2) подозрение на внематочную беременность
- 3) декомпенсированные экстрагенитальные заболевания
- 4) длительная кортикостероидная терапия
- 5) наличие рубца на матке
- 6) миома матки малых разрезов
- 7) терапия антикоагулянтами
- 8) беременность на фоне внутриматочной контрацепции
- 9) аллергия к препарату
- 10) надпочечниковая, почечная и печеночная недостаточность

30. Сочетание следующих симптомов встречается в более чем в половине случаев внематочной беременности:

- 1) тошнота, рвота
- 2) задержка менструации
- 3) использование ВМК
- 4) кровянистые выделения из половых путей
- 5) боли различного характера и интенсивности

31. Скрининг внематочной беременности заключается в:

- 1) при задержке менструации, отсутствии или наличии кровянистых выделений из половых путей – определение В-ХГЧ в крови
- 2) выявление женщин группы риска по внематочной беременности
- 3) гинекологическое исследование
- 4) проведение трансвагинального УЗИ
- 5) лапароскопия

32. Следующие признаки характерны для прогрессирующей трубной беременности:

- 1) содержание ХГ несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока
- 2) содержание ХГ как и при маточной беременности
- 3) увеличение размеров матки соответствует предполагаемому сроку беременности
- 4) увеличение размеров матки не соответствуют предполагаемому сроку беременности
- 5) в области придатков болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции

33. При прервавшейся трубной беременности по типу разрыва следует провести операцию:

- 1) тубэктомия лапароскопическим доступом
- 2) сальпинготомия
- 3) тубэктомия лапаротомным доступом
- 4) рассечение маточного угла при локализации плодного яйца в интерстициальном отделе трубы
- 5) выдавливание плодного яйца

34. Показания для сальпингоэктомии при внематочной беременности:

- 1) содержание ХГЧ более 15000 МЕ /мл
- 2) содержание ХГЧ менее 15000 МЕ/мл

- 3) размер плодного яйца более 5 см
- 4) размер плодного яйца 3-5 см
- 5) эктопическая беременность в анамнезе

35. Апоплексия яичника по МКБ-10 кодируется:

- 1) гематома яичника
- 2) разрыв кисты желтого тела
- 3) геморрагическая фолликулярная киста яичника
- 4) кровотечение из яичника
- 5) геморрагическая киста желтого тела
- 6) разрыв яичника

36. Показания к оперативному лечению при апоплексии яичника:

- 1) ухудшение общего состояния
- 2) признаки внутреннего кровотечения
- 3) отсутствие признаков внутреннего кровотечения
- 4) удовлетворительное общее состояние
- 5) нарастание анемии
- 6) жалобы на боль внизу живота

Ответ: 1, 2, 5

37. Тактика при подозрении и перекруте ножки опухоли яичника:

- 1) амбулаторное наблюдение
- 2) госпитализация в гинекологический стационар в экстренном порядке
- 3) немедикаментозные методы лечения
- 4) консервативные медикаментозные методы лечения
- 5) хирургические методы лечения

38. Для некроза миоматозного узла характерны клинические симптомы:

- 1) боли внизу живота
- 2) острые боли в животе
- 3) повышение температуры тела
- 4) тошнота, рвота
- 5) напряжение передней брюшной стенки
- 6) нарушение стула и мочеиспускания
- 7) увеличение и болезненность матки
- 8) определение в матке миоматозных узлов, один из которых резко болезнен при пальпации
- 9) при УЗИ выявление зоны некроза узла
- 10) гипотермия
- 11) гиперполименорея
- 12) менометроррагия

39. Частота и причины перфорации матки:

- 1) у 1 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам
- 2) у 0,5 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам
- 3) у 0,1 – 0,3 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам
- 4) самопроизвольный аборт малых сроков
- 5) искусственный аборт
- 6) диагностическое выскабливание
- 7) гистероскопия
- 8) введение ВМК
- 9) удаление ВМК

40. Выделите клинико-лабораторные признаки синдрома системной воспалительной реакции:

- 1) температура тела более 38 или менее 36 градусов Цельсия
- 2) субфебрильная температура тела
- 3) гектическая лихорадка
- 4) ЧСС более 90 в минуту
- 5) ЧСС менее 90 в минуту
- 6) ЧД более 20 в минуту или гипервентиляция
- 7) ЧД менее 20 в минуту
- 8) лейкоциты крови более 12000/мл или количество незрелых лейкоцитов более 10 %
- 9) лейкоциты крови менее 4 000/мл
- 10) лейкоциты 4 000 – 6 000/мл

41. Гинекологический сепсис при влагалищном источнике вызывают следующие возбудители:

- 1) пептострептококки
- 2) кишечная палочка
- 3) бактероиды (*bivus*)
- 4) энтерококки
- 5) энтеробактерии
- 6) стрептококки группы В
- 7) бактероиды (*fragilis*)
- 8) грибы *Candida*
- 9) гарднереллы (*vaginalis*)
- 10) микоплазмы (*hominis*)
- 11) стрептококки группы А
- 12) золотистый стафилококк
- 13) гонококки
- 14) хламидии

42. Риск развития гинекологического сепсиса повышается у больных:

- 1) с высоким индексом тяжести общего состояния
- 2) с миомой матки
- 3) при длительном пребывании в РАО (более 21 дней)
- 4) при генитальном эндометриозе
- 5) находившихся на полном парентеральном питании
- 6) получавших глюкокортикоиды
- 7) получавших экстракорпоральную детоксикацию

43. Глюкокортикоиды при сепсисе применяют по следующим показаниям в следующей дозировке:

- 1) при септическом шоке в высоких дозах (более 1500 мг/сут.)
- 2) при сопутствующей относительной надпочечниковой недостаточности в дозах 240-300 мг/сут. в течение 5 – 7 дней
- 3) для поддержания эффективной гемодинамики высоких доз вазопрессоров в дозе 300 мг/сут. на 3 – 6 введений
- 4) в малых дозах эмпирическое назначение
- 5) при рефрактерном септическом шоке в дозе 300 мг/сут.

44. Летальность при тяжелом сепсисе и моноорганной дисфункции, а также при поражении четырех и более органов составляет соответственно:

- 1) 10 %
- 2) 20 %
- 3) 30 %
- 4) 40 %
- 5) 50-60 %
- 6) 60-80 %
- 7) 80-100 %

45. Следующие патологические состояния в гинекологии могут привести к развитию геморрагического шока:

- 1) внематочная беременность, прогрессирующая форма
- 2) апоплексия яичника, болевая форма
- 3) травмы половых органов
- 4) онкологические заболевания половых органов
- 5) прервавшаяся трубная беременность
- 6) искусственный аборт
- 7) септические процессы, связанные с массивным некрозом тканей и эрозированием сосудов
- 8) апоплексия яичника, геморрагическая форма

46. Следующее мероприятие является основным и неотложным по лечению и профилактике прогрессирования геморрагического шока?

- 1) быстрое восстановление ОЦК
- 2) поиск источника кровотечения и его ликвидация
- 3) введение глюкокортикоидов
- 4) введение вазопрессоров
- 5) реинфузия крови

47. При следующих патологических состояниях в гинекологии ДВС-синдром протекает в хронической форме:

- 1) геморрагический шок
- 2) доброкачественные опухоли матки и яичников
- 3) неразвивающаяся беременность
- 4) HELLP-синдром
- 5) длительный прием гормональных средств на фоне химиотерапии, лучевого лечения
- 6) ЗГТ в перименопаузальном периоде
- 7) при синдроме системного воспалительного ответа
- 8) анафилактический шок

48. Следующий компонент терапии ДВС-синдрома является основным:

- 1) инфузия СЗП
- 2) применение неселективных ингибиторов протеолиза (апротинин)
- 3) применение селективных ингибиторов фибринолиза (амбен)
- 4) применение рекомбинантных факторов свертывания (новосэвен)
- 5) инфузия гидроксиэтилированного крахмала (рефортан, ХАЕС-стерил)

49. Угрожающими для жизни кровотечениями считают следующие состояния:

- 1) кровопотеря менее 15% ОЦК
- 2) кровопотеря со скоростью 150мл/мин. в течение 20 минут
- 3) кровопотеря менее 1,5% массы тела
- 4) кровопотеря со скоростью 1,5 мл/кг/ мин. в течение 20 минут
- 5) одномоментная кровопотеря более 1500 – 2000мл

б) кровопотеря 50% ОЦК за 3 часа

50. При неэффективности консервативных мероприятий по остановке кровотечения переходят к следующим методам:

- 1) гистерэктомия
- 2) надвлагалищная ампутация матки
- 3) утеротоники
- 4) перевязка магистральных сосудов (а. hypogastrica) и / или перевязка маточных артерий
- 5) селективная эмболизация маточных артерий
- 6) гемостатические швы («рюкзачный», «квадратный», «матрасный»)

51. Следующие инфузионные среды и объем восполнения используют при кровопотере 15%-30% ОЦК:

- 1) кристаллоиды : коллоиды (3:1)
- 2) кристаллоиды : коллоиды (2:1)
- 3) СЗП (50% кровопотери)
- 4) СЗП (100% кровопотери)
- 5) эритроцитарная масса (20-30% кровопотери)
- 6) эритроцитарная масса (> 30% кровопотери)
- 7) тромбоциты, криопреципитат
- 8) объем восполнения 150 – 200% кровопотери
- 9) объем восполнения 200 – 250% кровопотери

52. Асцит:

- 1) встречается при I стадии рака
- 2) входит в симптомокомплекс синдрома Мейгса +
- 3) типичен для дермоидной кисты
- 4) встречается при фиброме яичника
- 5) встречается при текоме

53. Для определения стадии распространения рака шейки матки необходимо использовать дополнительные методы исследования:

- 1) лимфографию
- 2) прицельную биопсию, раздельное диагностическое выскабливание
- 3) экскреторную урографию
- 4). гистеросальпингографию

54. Тактика лечения больных в пре- и постменопаузальном периоде при атипической гиперплазии эндометрия:

- 1) экстирпация матки с придатками
- 2) надвлагалищная ампутация матки с придатками
- 3) операция Вертгейма
- 4) сочетанно-лучевая терапия
- 5) химиотерапия

55. Важнейшим дополнительным методом дооперационной диагностики характера опухолевого процесса в яичнике является:

- 1) УЗ-исследование
- 2) биконтрастная пельвиография
- 3) пельвиотомография
- 4) лимфография
- 5) цитологическое исследование пунктата из брюшной полости

Ответ: 5

56. Кровотечение в менопаузе может быть связано:

- 1) с опухолью Бреннера
- 2) с текомой яичника
- 3) опухолью клеток Сертоли и Лейдига яичника
- 4) анулезоклеточной опухолью яичника
- 5) с герминогенной опухолью яичника

Ответ: 1,2,4

3.1.2. Ситуационные задачи

ПК-2

Задача 1.

У пациентки 55 лет на фоне 10-летней менопаузы развилось маточное кровотечение, по поводу которого выполнено выскабливание полости матки, верифицирована эндометриоидная аденокарцинома, G2.

МРТ органов малого таза: тело матки размерами 50×48×62 мм. В полости матки – опухоль размерами 4,0×2,0 см с глубокой инвазией в миометрий без признаков прорастания серозной оболочки. Данных за увеличение подвздошных лимфатических узлов не получено.

Вопрос: Определить клиническую стадию в соответствии с классификацией по TNM. К какой группе риска относится пациентка. Какой вид лечения и в каком объеме показан?

Задача 2.

У пациентки 22 лет при постановке на учет по беременности выявлена умеренно выраженная дисплазия шейки матки. Беременность-1 (желанная). Менархе в 13 лет по 5 дней через 30 дней. В зеркалах: шейка матки цианотична, слизистая шейки матки с эрозированным эктропионом до 1,5 см. Матка увеличена до 5/6 недель беременности. Придатки с обеих сторон не увеличены.

Вопрос: Является ли дисплазия шейки матки показанием для прерывания беременности. Если нет – путь родоразрешения? Принципы наблюдения во время беременности, после медицинского аборта/родоразрешения?

Задача 3.

Пациентка 35 лет госпитализирована в гинекологическое отделение с кровотечением из половых путей. При осмотре шейка матки в виде экзофитной опухоли до 8,0 см, контактно кровоточит. PVR: шейка матки увеличена до 8,0 см, подвижная. Инфильтрация параметриев с обеих сторон. Выполнена биопсия шейки матки: гистологическое заключение: плоскоклеточный рак. Цистоскопия: мочевого пузыря без онкопатологии. Гемоглобин 80 г/л. На фоне гемостатической терапии периодически продолжающееся кровотечение. МРТ органов малого таза: шейка матки увеличена за счет опухолевого образования. Опухолевое поражение распространяется на строму передней стенки до перешейка, по правой боковой полуокружности на заднюю стенку на уровне средней и нижней трети, каудально на передний свод и верхнюю треть передней стенки влагалища. Цервикальный канал прослеживается фрагментарно. Паракольпиум слева на уровне нижней трети имеет тяжистую структуру, до 4–5мм. Достоверных признаков увеличения парааортальных лимфатических узлов не отмечается, слева вдоль внутренних подвздошных сосудов наиболее крупный лимфатический узел до 9 мм в поперечнике, справа до 6 мм, вдоль наружных подвздошных сосудов справа лимфатические узлы до 8 мм, структура их негетерогенна.

Вопрос: Какой вид лечения показан в данном случае?

Задача 4.

В приемный покой больницы обратилась женщина 56 лет с жалобами на слабость, потерю

веса за последние 2 месяца на 10 кг, увеличение живота в размерах, одышку при минимальной физической нагрузке.

Из анамнеза известно, что у гинеколога последний раз была 1,5 года назад, был поставлен диагноз – киста яичника, со слов около 7 см в диаметре, от дальнейшего обследования больная отказалась.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 85 ударов в 1 минуту. ЧДД = 19 в 1 минуту, в легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. Живот вздут, увеличен в объеме, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Пальпируется большое количество свободной жидкости.

Вопрос: О каком диагнозе и неотложного состоянии стоит думать в первую очередь и с чем проводить дифференциальный диагноз?

Какой минимальный объем обследований необходимо выполнить для определения тактики лечения? Какая тактика действий для оказания неотложной помощи больной?

Задача 5.

Женщине 40 лет по поводу тяжелой дисплазии шейки матки CIN III (HSIL) выполнена конизация шейки матки, гистологическое заключение: умереннодифференцированный плоскоклеточный рак шейки матки с глубиной инвазии 6 мм, горизонтальным распространением 2 см, без опухолевых клеток в краях резекции.

Вопрос: Какой объем дообследования необходимо выполнить данной больной? Какая тактика лечения?

ПК-3

Задача 6.

Пациентке 47 лет по поводу серозной аденокарциномы яичника (pT3N0M0) выполнена оптимальная циторедуктивная операция в объеме экстирпация матки с придатками, оментэктомия.

Вопрос: Нуждается ли пациентка в адьювантном лечении? Объяснить

Задача 7.

Пациентка 45 лет. Гистологическое заключение (биопсия шейки матки): плоскоклеточный рак. В зеркалах: шейка матки в виде кратера, уходящего в цервикальный канал, опухоль инфильтрирует стенки влагалища до 1/4 его длины.

PVR: шейка матки отсутствует, в виде кратера, пальпаторно не смещается, опухолевая инфильтрация стенок влагалища, параметриев до стенок таза.

Цистоскопия: инфильтрация задней стенки мочевого пузыря. Гистологическое заключение (биопсия мочевого пузыря): разрастания плоскоклеточного рака.

КТ органов малого таза: в проекции ш/матки опухоль размерами 5,5×3,5 см с признаками инфильтративного роста, прорастает стенку мочевого пузыря на протяжении 4 см. Цепочка увеличенных до 2,0 см паравазальных лимфатических узлов. Внутритазовые лимфатические узлы увеличены до 2 см. Уретерогидронефроз справа.

Вопрос: Тактика ведения?

Задача 8.

На прием к онкогинекологу обратилась женщина 35 лет с жалобами на кровянистые ациклические выделения из половых путей в течение последнего месяца.

Из анамнеза известно, что она наблюдалась у гинеколога по поводу эрозии шейки матки, со слов – носитель ВПЧ-инфекции, последнее посещение гинеколога – около 2 лет назад. 2 недели назад с данными жалобами обратилась к гинекологу по месту жительства – выполнена биопсия шейки матки, гистологическое заключение: умереннодифференцированный плоскоклеточный рак шейки матки.

Также больная выполнила МРТ малого таза с в/в контрастированием: при МРТ выявлена опухоль шейки матки, 3 см в диаметре, без инвазии в серозную оболочку шейки матки. Отмечается переход опухоли на боковые стенки влагалища и парацервикальную клетчатку. Подвздошные и парааортальные лимфатические узлы не увеличены.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Гемодинамически стабильная, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 70 ударов в 1 минуту.

При гинекологическом осмотре в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. Шейка матки превращена в экзофитное образование около 4 см в диаметре, легко кровоточит при контакте. Визуально опухоль инфильтрирует боковые своды влагалища.

PVPR: шейка матки превращена в опухолевое образование, размером около 5 см, ограниченно подвижное за счет инфильтрации параметриальной клетчатки. Матка не увеличена, придатки отчетливо не определяются.

Вопрос: Какая клиническая стадия заболевания у данной больной? Какой вид и объем лечения ей показан?

Задача 9.

Пациентке 55 лет по поводу рака тела матки pT1bNOMO, выполнено хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками с тазовой лимфаденэктомией. Гистологическое заключение – G2 эндометриоидная аденокарцинома, с инвазией более 1/2 миометрия, лимфоузлы без метастазов.

Вопрос: Показано ли больное дальнейшее лечение? Если да, то какое?

Задача 10.

У пациентки 63 лет жалобы на появление кровянистых мажущих выделений из половых путей на фоне 13-летней менопаузы. Обратилась к гинекологу по месту жительства. При гинекологическом осмотре: НПО без особенностей. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменена. PVR: матка увеличена до 11/12 недель условной беременности, мягковатой плотности, безболезненная, подвижная, придатки отчетливо не определяются. УЗИ органов малого таза: Матка размерами 120×80×95 мм, миометрий с субсерозным узлом (тип 5) в дне 16 мм. М-эхо 15 мм (> N), в полости гиперэхогенное образование с неровными контурами 27×15 мм, ободок сохранен, истончен. Яичники атрофичные. Шейка матки обычной эхоструктуры.

Вопрос: Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Какой диагноз можно предположить по имеющимся данным?

Задача 11.

Больная Л., 49 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление опухоли в правой молочной железе. Опухоль обнаружила самостоятельно 3 недели назад. Больная имеет 2-х детей. Менструальная функция сохранена. Правая молочная железа обычных размеров. В верхне-наружном квадранте железы пальпируется участок уплотнения до 3 см, плотный, безболезненный, смещаемый. В правой подмышечной области определяется один увеличенный плотный безболезненный лимфоузел.

Вопрос: Предварительный диагноз? С каким заболеванием необходимо дифференцировать? Какие методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза и их результаты?

Задача 12.

Больная К., 33 лет, жалуется на боли в правой молочной железе, усиливающиеся в предменструальном периоде. В нижне-внутреннем квадранте правой молочной железы в вертикальном положении пальпируется опухолевидное образование размером 2×2 см, безболезненное, подвижное, в горизонтальном положении не определяется. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Патологии со стороны внутренних органов нет. При осмотре врачом –

прозрачные выделения из соска той же железы.

Вопрос: Какой предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? Какие клинические симптомы надо проверить при этом и их результаты?

Какие специальные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза и их результаты? Укажите тактику лечения. Назначьте предоперационное обследование.

Задача 13.

На прием к хирургу обратился юноша 20 лет с жалобами на увеличение левой молочной железы. Железа начала увеличиваться 3 года назад. Из анамнеза жизни – с 16 лет занимается бодибилдингом. Объективно определяется диффузное увеличение грудной железы. Слабая болезненность при пальпации. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Вопрос: Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? Какие исследования необходимо провести, ожидаемые результаты? Определите лечебную тактику.

Задача 14.

Больная К., 19 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление опухоли в левой молочной железе. Опухоль обнаружена самостоятельно 7 дней назад. В верхне-наружном квадранте левой молочной железы при пальпации определяется опухоль 2×2 см, плотная, безболезненная. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При надавливании на сосок выделений нет.

Вопрос: Какой предварительный диагноз считаете наиболее вероятным? Какие заболевания необходимо дифференцировать? Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза и ожидаемые результаты? Сформулируйте окончательный диагноз. Укажите тактику лечения.

Задача 15.

У больной А., 21 г., на 21 день после родов появились боли в левой молочной железе, повысилась температура до 38°C. У больной можно заподозрить острый мастит.

Вопрос: Назовите причины и условия развития острого лактационного мастита. Перечислите объективные симптомы, которые вы можете выявить при этом заболевании. Напишите классификацию мастита по локализации. Назначьте консервативное лечение больной с острым маститом в начале заболевания без абсцедирования.

Задача 16.

Больная 40 лет обратилась в клинику с жалобами на выделения кровянистого характера из соска левой молочной железы. Вышеуказанные жалобы предъявляет в течение двух месяцев. При осмотре: молочные железы удовлетворительно развиты, соски и ареолы без особенностей. При пальпации молочных желёз патологических образований не определяется. Цитологическое исследование мазков показало наличие клеток протокового эпителия с явлениями пролиферации и атипии.

Вопрос: Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Ваш предварительный диагноз. План лечения в случае отсутствия данных за наличие рака.

Задача 17.

Женщина 33 лет начала отмечать 2 месяца назад появление геморрагических выделений из соска правой молочной железы. Акушерский анамнез не отягощен. Имеет одного ребенка. Состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без патологии. При осмотре молочные железы и их соски не изменены, при пальпации нечетко пальпируется опухоль диаметром до 1 см в толще железы под соском. При надавливании на правый сосок появляются кровянистые выделения. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Вопрос: Какие заболевания молочной железы могут быть у больной? Какие методы

исследования необходимо выполнить для установления окончательного диагноза, ожидаемые результаты? Определите тактику лечения больной.

Задача 18.

Больная М., 27 лет, жалуется на боли в левой молочной железе, усиливающиеся в предменструальном периоде. В анамнезе – неоднократно лечилась по поводу аднексита. При пальпации в верхне-внутреннем квадранте железы отмечается уплотнение ее ткани и опухолевидное образование в диаметре 3 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При надавливании на сосок выделений нет. Кожа над образованием берется в складку.

Вопрос: Какой предварительный диагноз наиболее вероятен? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? Какие инструментальные исследования необходимо выполнить и их результаты, характерные для окончательного диагноза? Сформулируйте окончательный диагноз. Назначьте лечение.

Задача 19.

Больная М., 47 лет, жалуется на участок уплотнения в левой аксиллярной области. Обратилась к онкологу по месту жительства. При пальпации молочных желез опухолевых узлов не обнаружено. В левой аксиллярной области отмечается опухолевидное образование в диаметре 1 см. Контралатеральные, над- и подключичные лимфоузлы не увеличены.

Вопрос: Какой предварительный диагноз наиболее вероятен? Какие лабораторные, инструментальные исследования необходимо выполнить и их результаты, характерные для окончательного диагноза? Сформулируйте окончательный диагноз.

Задача 20.

Больная Л., 67 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление опухоли в правой молочной железе с синхронно появившейся болью в пояснице и левом бедре. Опухоль обнаружила самостоятельно, 3 месяца назад. Правая молочная железа обычных размеров. В верхне-наружном квадранте железы пальпируется участок уплотнения до 4 см, плотный, безболезненный, частично смещаемый. В правой подмышечной области определяется один увеличенный плотный безболезненный лимфоузел.

Вопрос: Какое заболевание развилось у больной? Какие методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза и их результаты? Сформулируйте окончательный диагноз с указанием стадии процесса. Определите возможные варианты терапии.

3.1.3. Тематика рефератов

ПК-2

1. Фоновые заболевания шейки матки. Эпидемиология. Эктопия как физиологическое состояние. Диагностика: кольпоскопические признаки, цитологическое исследование.
2. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки. Эпидемиология. Этологические факторы, профилактика. Методы лечения в зависимости от степени тяжести. Диспансеризация. Реабилитация.
3. Трофобластическая болезнь. Эпидемиология. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Лечение. Реабилитация..
4. Рак шейки матки. Эпидемиология. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Лечение. Реабилитация..
5. Рак тела матки. Эпидемиология. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Лечение. Реабилитация..
6. Рак яичников. Эпидемиология. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Лечение. Реабилитация.
7. Рак молочной железы. Эпидемиология. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Лечение. Реабилитация.

8. Рак шейки матки. Эпидемиология. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Лечение. Реабилитация.

ПК-3

9. Скрининг и профилактика гинекологического рака
10. Опухоли наружных половых органов у женщин.
11. Папилломавирусная инфекция как фактор риска рака шейки матки
12. Канцерогенный риск гормональной контрацепции .
13. Онкологические проблемы заместительной менопаузальной гормонотерапии.
14. Злокачественные опухоли и беременность

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Контрольные вопросы для зачета

ПК-2

1. Фоновые заболевания шейки матки: крауроз, лейкоплакия, эктопия шейки матки, полипы шейки матки. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация. Диспансеризация.

2. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки. Определение понятия. Эпидемиология. Классификации: морфологическая, по степени тяжести. Методы лечения ЦИН. Факторы, влияющие на выбор лечебной тактики врача. Деструктивные, хирургические методы. Медикаментозная терапия. Реабилитация. Диспансеризация..

3. Опухолевидные образования яичников. Определение. Эпидемиология. Факторы риска, способствующие возникновению. Профилактика. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина опухолевидных образований яичников. Диагностика. Дифференциальная диагностика доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников. Лечение опухолевидных образований яичников. Цели и методы. Современные тенденции в лечении. Выбор метода лечения в зависимости от возраста, репродуктивного статуса и гистотипа опухоли. Диспансеризация..

4. Определение онкомаркеров в диагностике объемных образований яичников: онкофетальные и онкоплацентарные Аг (раковоэмбриональный Аг, альфафетопротеин, ХГЧ); опухольассоциированные Аг (СА 125, СА 199); фактор роста (VEGF – сосудистый эндотелиальный фактор роста); продукты онкогенов (BRCA1,2).

5. Миома матки. Эпидемиология. Факторы риска, способствующие возникновению миомы матки. Профилактика. Этиология и патогенез миомы матки. Классификация: по локализации, морфогенетическому типу, клинической картине. Топографическая локализация субмукозных и субсерозных миоматозных узлов. Клиническая картина. Основные клинические симптомы миомы матки (болевой, нарушение менструальной и репродуктивной функций, нарушение функции соседних органов) и генез их развития. Диагностика. Современные тенденции в лечении. Выбор метода лечения в зависимости от размеров и локализации узлов, возраста пациентки, репродуктивных планов, наличия соматической патологии. Основные принципы медикаментозной терапии миомы матки. Гормональная терапия миомы матки. Показания, выбор препаратов, механизм их действия, подбор дозы и длительность применения, побочные эффекты. Возвратная терапия при применении агонистов Гн-РГ. Оперативное лечение миомы матки. Показания, виды и объемы оперативных вмешательств. ЭМА, показания, противопоказания, техника проведения, особенности ведения постэмболизационного периода, возможные осложнения и их профилактика. Диспансеризация больных с миомой матки.

6. ГПЭ. Определение понятия. Эпидемиология. Факторы риска развития гиперплазии эндометрия. Профилактика. Этиология, патогенез и классификация. Клиническая картина ГПЭ. Основные клинические симптомы. Диагностика ГПЭ: оценка анамнеза, клинической картины, трансвагинальное УЗИ, гидросонография, гистероскопия и гистологическое исследование эндометрия. Диагностические критерии ГПЭ. Дифференциальная диагностика. Лечение ГПЭ. Выбор метода лечения в зависимости от патоморфологической характеристики эндометрия,

возраста пациентки, этиологии и патогенеза заболевания, сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии. Гормональная терапия. Цель гормональной терапии. Выбор гормональных препаратов, дозы, схемы лечения. Механизм действия гормональных препаратов и их побочные эффекты. Показания, виды и объемы оперативных методов лечения. Диспансеризация больных с ГПЭ. Профилактика рецидива ГПЭ.

7. Доброкачественные опухоли молочных желез. Эпидемиология. Факторы риска, способствующие возникновению. Профилактика. Этиология и патогенез доброкачественных опухолей молочных желез. Классификация доброкачественных опухолей молочных желез, разработанная Международным комитетом ВОЗ. Клиническая картина доброкачественных опухолей молочных желез. Основные клинические симптомы и генез их развития. Диагностика доброкачественных опухолей молочных желез: клиничко-анамнестические данные, физикальное обследование, лабораторные, инструментальные, рентгенологические методы. Основные методы лечения доброкачественных опухолей молочных желез. Современные тенденции в лечении. Выбор метода лечения в зависимости от возраста, репродуктивного статуса и гистотипа опухоли. Диспансеризация.

8. Фоновые заболевания вульвы и влагалища. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация. Диспансеризация больных с патологией вульвы.

9. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки. Определение понятия. Эпидемиология. Классификации: морфологическая (по степени тяжести). Методы лечения ЦИН. Факторы, влияющие на выбор лечебной тактики врача. Деструктивные, хирургические методы. Медикаментозная терапия. Диспансеризация. Реабилитация.

10. Опухольвидные образования яичников. Определение. Эпидемиология. Факторы риска, способствующие возникновению. Профилактика. Этиология и патогенез. Классификация. Определение онкомаркеров в диагностике объемных образований яичников: онкофетальные и онкоплацентарные Аг (раковоэмбриональный Аг, альфафетопротеин, ХГЧ); опухольассоциированные Аг (СА 125, СА 199); фактор роста (VEGF – сосудистый эндотелиальный фактор роста); продукты онкогенов (BRCA1,2)..

11. Трофобластическая болезнь. Эпидемиология. Классификация по клиническим формам. Классификации клиническая (по стадированию злокачественной трофобластической опухоли: FIGO 1992, TNM 1997). Классификация гистологическая трофобластических неоплазий (2000 г.). Этиология: теория вирусной трансформации трофобласта, децидуальная теория, иммунологическая теория, ферментативная теория. Факторы риска по развитию заболевания: влияние системы HLA на прогноз заболевания. Профилактика. Диспансеризация больных с трофобластической болезнью.

12. Пузырный занос. Классификация. Клиника полного и частичного пузырного заноса: жалобы, ведущие симптомы. Диагностика пузырного заноса. Общее и специальное исследование. Дополнительные методы диагностики: УЗИ малого таза, рентгенологический метод, исследование уровня ХГЧ, иммунохимический метод, гистологический метод, диагностическая лапароскопия. Методы лечения пузырного заноса, тактика врача и динамическое наблюдение. Показания к химиотерапии и профилактической химиотерапии. Контроль эффективности терапии. Профилактика. Реабилитация.

13. Трофобластическая болезнь: клиническое течение пузырного заноса, методы диагностики, профилактика злокачественных форм трофобластической болезни, хорионкарцинома матки, клиника, диагностика, современные возможности лечения.

14. Рак шейки матки. Эпидемиология. Клиническая картина. Вопросы ранней диагностики и профилактики. Современные подходы к лечению. Реабилитация.

15. Рак тела матки. Эпидемиология. Клиническая картина. Вопросы ранней диагностики и профилактики. Современные подходы к лечению. Реабилитация..

16. Рак яичников. Эпидемиология. Клиническая картина. Вопросы ранней диагностики и профилактики. Современные подходы к лечению. Реабилитация.

17. Рак молочной железы. Эпидемиология. Клиническая картина. Вопросы ранней диагностики и профилактики. Современные подходы к лечению. Реабилитация..
18. Рак маточных труб. Эпидемиология. Клиническая картина. Вопросы ранней диагностики и профилактики. Современные подходы к лечению. Реабилитация..
19. Рак вульвы и влагалища. Эпидемиология. Клиническая картина. Вопросы ранней диагностики и профилактики. Современные подходы к лечению. Реабилитация.
20. Гипертермическая интраперитонеальная химиоперфузия (ГИХ) в сочетании с циторедуктивными операциями при лечении рецидивов рака яичников. Показания. Противопоказания. Состав перфузата. Техника выполнения. Осложнения.

ПК-3

21. Фоновые заболевания шейки матки: крауроз, лейкоплакия, эктопия шейки матки, полипы шейки матки. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация. Диспансеризация.
22. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки. Определение понятия. Эпидемиология. Классификации: морфологическая, по степени тяжести. Методы лечения ЦИН. Факторы, влияющие на выбор лечебной тактики врача. Деструктивные, хирургические методы. Медикаментозная терапия. Реабилитация. Диспансеризация..
23. Опухольевидные образования яичников. Определение. Эпидемиология. Факторы риска, способствующие возникновению. Профилактика. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина опухолевидных образований яичников. Диагностика. Дифференциальная диагностика доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников. Лечение опухолевидных образований яичников. Цели и методы. Современные тенденции в лечении. Выбор метода лечения в зависимости от возраста, репродуктивного статуса и гистотипа опухоли. Диспансеризация..
24. Определение онкомаркеров в диагностике объемных образований яичников: онкофетальные и онкоплацентарные Ag (раковоэмбриональный Ag, альфафетопротеин, ХГЧ); опухольассоциированные Ag (CA 125, CA 199); фактор роста (VEGF – сосудистый эндотелиальный фактор роста); продукты онкогенов (BRCA1,2).
25. Миома матки. Эпидемиология. Факторы риска, способствующие возникновению миомы матки. Профилактика. Этиология и патогенез миомы матки. Классификация: по локализации, морфогенетическому типу, клинической картине. Топографическая локализация субмукозных и субсерозных миоматозных узлов. Клиническая картина. Основные клинические симптомы миомы матки (болевой, нарушение менструальной и репродуктивной функций, нарушение функции соседних органов) и генез их развития. Диагностика. Современные тенденции в лечении. Выбор метода лечения в зависимости от размеров и локализации узлов, возраста пациентки, репродуктивных планов, наличия соматической патологии. Основные принципы медикаментозной терапии миомы матки. Гормональная терапия миомы матки. Показания, выбор препаратов, механизм их действия, подбор дозы и длительность применения, побочные эффекты. Возвратная терапия при применении агонистов Гн-РГ. Оперативное лечение миомы матки. Показания, виды и объемы оперативных вмешательств. ЭМА, показания, противопоказания, техника проведения, особенности ведения постэмболизационного периода, возможные осложнения и их профилактика. Диспансеризация больных с миомой матки.
26. ГПЭ. Определение понятия. Эпидемиология. Факторы риска развития гиперплазии эндометрия. Профилактика. Этиология, патогенез и классификация. Клиническая картина ГПЭ. Основные клинические симптомы. Диагностика ГПЭ: оценка анамнеза, клинической картины, трансвагинальное УЗИ, гидросонография, гистероскопия и гистологическое исследование эндометрия. Диагностические критерии ГПЭ. Дифференциальная диагностика. Лечение ГПЭ. Выбор метода лечения в зависимости от патоморфологической характеристики эндометрия, возраста пациентки, этиологии и патогенеза заболевания, сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии. Гормональная терапия. Цель гормональной терапии. Выбор гормональных препаратов, дозы, схемы лечения. Механизм действия гормональных препаратов

и их побочные эффекты. Показания, виды и объемы оперативных методов лечения. Диспансеризация больных с ГПЭ. Профилактика рецидива ГПЭ.

27. Доброкачественные опухоли молочных желез. Эпидемиология. Факторы риска, способствующие возникновению. Профилактика. Этиология и патогенез доброкачественных опухолей молочных желез. Классификация доброкачественных опухолей молочных желез, разработанная Международным комитетом ВОЗ. Клиническая картина доброкачественных опухолей молочных желез. Основные клинические симптомы и генез их развития. Диагностика доброкачественных опухолей молочных желез: клиничко-анамнестические данные, физикальное обследование, лабораторные, инструментальные, рентгенологические методы. Основные методы лечения доброкачественных опухолей молочных желез. Современные тенденции в лечении. Выбор метода лечения в зависимости от возраста, репродуктивного статуса и гистотипа опухоли. Диспансеризация.

28. Фоновые заболевания вульвы и влагалища. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация. Диспансеризация больных с патологией вульвы.

29. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки. Определение понятия. Эпидемиология. Классификации: морфологическая (по степени тяжести). Методы лечения ЦИН. Факторы, влияющие на выбор лечебной тактики врача. Деструктивные, хирургические методы. Медикаментозная терапия. Диспансеризация. Реабилитация.

30. Опухолевидные образования яичников. Определение. Эпидемиология. Факторы риска, способствующие возникновению. Профилактика. Этиология и патогенез. Классификация. Определение онкомаркеров в диагностике объемных образований яичников: онкофетальные и онкоплацентарные Аг (раковоэмбриональный Аг, альфафетопротеин, ХГЧ); опухольассоциированные Аг (СА 125, СА 199); фактор роста (VEGF – сосудистый эндотелиальный фактор роста); продукты онкогенов (BRCA1,2)..

31. Трофобластическая болезнь. Эпидемиология. Классификация по клиническим формам. Классификации клиническая (по стадированию злокачественной трофобластической опухоли: FIGO 1992, TNM 1997). Классификация гистологическая трофобластических неоплазий (2000 г.). Этиология: теория вирусной трансформации трофобласта, децидуальная теория, иммунологическая теория, ферментативная теория. Факторы риска по развитию заболевания: влияние системы HLA на прогноз заболевания. Профилактика. Диспансеризация больных с трофобластической болезнью.

32. Пузырный занос. Классификация. Клиника полного и частичного пузырного заноса: жалобы, ведущие симптомы. Диагностика пузырного заноса. Общее и специальное исследование. Дополнительные методы диагностики: УЗИ малого таза, рентгенологический метод, исследование уровня ХГЧ, иммунохимический метод, гистологический метод, диагностическая лапароскопия. Методы лечения пузырного заноса, тактика врача и динамическое наблюдение. Показания к химиотерапии и профилактической химиотерапии. Контроль эффективности терапии. Профилактика. Реабилитация.

33. Трофобластическая болезнь: клиническое течение пузырного заноса, методы диагностики, профилактика злокачественных форм трофобластической болезни, хорионкарцинома матки, клиника, диагностика, современные возможности лечения.

34. Рак шейки матки. Эпидемиология. Клиническая картина. Вопросы ранней диагностики и профилактики. Современные подходы к лечению. Реабилитация.

35. Рак тела матки. Эпидемиология. Клиническая картина. Вопросы ранней диагностики и профилактики. Современные подходы к лечению. Реабилитация..

36. Рак яичников. Эпидемиология. Клиническая картина. Вопросы ранней диагностики и профилактики. Современные подходы к лечению. Реабилитация.

37. Рак молочной железы. Эпидемиология. Клиническая картина. Вопросы ранней диагностики и профилактики. Современные подходы к лечению. Реабилитация..

38. Рак маточных труб. Эпидемиология. Клиническая картина. Вопросы ранней диагностики и профилактики. Современные подходы к лечению. Реабилитация..

39. Рак вульвы и влагалища. Эпидемиология. Клиническая картина. Вопросы ранней диагностики и профилактики. Современные подходы к лечению. Реабилитация.

40. Гипертермическая интраперитонеальная химиоперфузия (ГИХ) в сочетании с циторедуктивными операциями при лечении рецидивов рака яичников. Показания. Противопоказания. Состав перфузата. Техника выполнения. Осложнения.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ ОРДИНАТОРОВ

Оценивание знаний, умений и навыков ординаторов, характеризующих этапы формирования компетенций, осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

Шкала оценивания

При проведении промежуточной аттестации знания обучающихся оцениваются в соответствии с установленными рабочей программой формами контроля.

При проведении промежуточной аттестации в форме экзамена, зачёта с оценкой знания ординаторов оцениваются по пятибалльной системе оценок («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»).

При проведении промежуточной аттестации в форме зачета знания ординаторов оцениваются: «зачтено»/ «не зачтено».

Оценку «отлично» заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные рабочей программой дисциплины (модуля), усвоивший обязательную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 85%–100% правильных ответов.

Оценку «хорошо» заслуживает ординатор, показавший полное знание программного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную рабочей программой дисциплины (модуля), способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 65%–84% правильных ответов.

Оценку «удовлетворительно» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля), знакомый с основной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 55%–64% правильных ответов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля) заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал менее 55% правильных ответов.

Оценку «зачтено» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля), знакомый с рекомендованной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает 55 % и более правильных ответов.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля) заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает менее 55% правильных ответов.