

# ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

## ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

Код, направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль)	Лечебное дело
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Акушерства, гинекологии и перинатологии
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

### ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

#### КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА – РЕФЕРАТ (10 СЕМЕСТР)

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

**Реферат** (от лат. *refero* – докладываю, сообщаю) представляет собой особое сочинение, в котором определены цели, задачи и выводы излагающие основные положения темы или проблемы.

Тематика рефератов представлена в Фондах оценочных средств и в учебно-методических пособиях для самостоятельной работы ординатора соответствующей рабочей программы.

Рефераты докладываются на занятии соответственно выбранной теме и календарно-тематическому плану, сдаются преподавателю строго в указанный срок.

Сведение отобранной информации должно быть встроено в текст в соответствии с определенной логикой. Реферат состоит из трех частей: введения, основной части, заключения;

а) во введении логичным будет обосновать актуальность темы (почему выбрана данная тема, каким образом она связана с современностью и наукой);

цель (должна соответствовать теме реферата);

задачи (способы достижения заданной цели), отображаются в названии параграфов работы;

б) в основной части дается характеристика и анализ темы реферата в целом, и далее – сжатое изложение выбранной информации в соответствии с поставленными задачами. В конце главы должен делаться вывод (подвывод), который начинается словами: «Таким образом...», «Итак...», «Значит...», «В заключение главы отметим...», «Все сказанное позволяет сделать вывод...», «Подводя итог...» и т.д.

в) заключение содержит выводы по главам (1-1,5 листа). Уместно высказать свою точку зрения на рассматриваемую проблему.

Реферат может быть представлен в виде презентации, при этом обязательно выполнение основных требований к реферату, включая правильность оформления списка литературы!

Раскрытие темы реферата предполагает наличие нескольких специализированных источников (как минимум 8-10 публикаций, монографий, справочных изданий, учебных пособий) в качестве источника информации. Предпочтение отдается публикациям в специализированных журналах и монографиям признанных специалистов в соответствующей области знаний. Обязательно использование иностранной литературы.

#### Список реферативных сообщений:

1. Организация противораковой борьбы в России.
2. Методы первичной и вторичной профилактики злокачественных новообразований женских половых органов.
3. Законодательные инициативы государства в сохранении репродуктивного потенциала России.
4. Возможности телемедицинских консультаций: виды, требования к проведению.

5. Возможности применения искусственного интеллекта при скрининге злокачественных новообразований шейки матки и рака молочной железы.
6. Обзор систем поддержки принятия врачебных решений.
7. Медицинские калькуляторы.
8. Современные методы диагностики злокачественных новообразований женских половых органов. Применение искусственного интеллекта в ранней диагностике заболеваний.
9. Биологические маркеры в диагностике онкологических заболеваний в гинекологии.
10. Иммуногистохимические исследования в онкогинекологии: современные возможности и перспективы.
11. Методы лечения и реабилитации онкологических больных.
12. Деонтология в онкогинекологии.
13. Пограничные опухоли яичников: диагностика и лечение.
14. Рак яичников: современные возможности диагностики и терапии.
15. Современные программы скрининга рака шейки матки.
16. Возможности искусственного интеллекта в диагностике заболеваний шейки матки
17. Мировой опыт применения вакцин против ВПЧ.
18. Результаты и перспективы программы ВОЗ по элиминации рака шейки матки
19. Классические методы лечения предраковых заболеваний и рака шейки матки. Фотодинамическая терапия: возможности терапии.
20. Рак тела матки: современные возможности диагностики и терапии
21. Гистероскопия: показания, противопоказания, возможности применения. Особенности картины при заболеваниях эндометрия.
22. Злокачественные новообразования женских половых органов и беременность. Беременность после перенесенного рака.
23. Трофобластическая болезнь, причина возникновения, классификации, методы обследования, лечения и диспансеризации. Показания для назначения химиотерапии.
24. Доброкачественная дисплазия молочных желез: современный подход к лечению и наблюдению.
25. Маммография как основной метод диагностики рака шейки матки.

### **ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ (10 семестр)**

**Задания на зачете содержат: 1 теоретический вопрос и 1 практический навык.**

<i>Задание для показателей оценивания дескриптора «Знает»</i>	<i>Вид задания</i>
<p>Теоретические вопросы к зачету:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дисплазия шейки матки. Диагностика и лечение в зависимости от стадии.</li> <li>2. Рак шейки матки: этиология, факторы риска, предраковые заболевания, классификация, клиника, диагностика.</li> <li>3. Рак шейки матки: методы лечения. Профилактика.</li> <li>4. Предраковые заболевания матки. Диагностика. Методы лечения у женщин разных возрастных групп.</li> <li>5. Рак тела матки: факторы риска, классификация, клиника, диагностика.</li> <li>6. Рак тела матки: методы лечения.</li> <li>7. Рак эндометрия: классификация, клиническое течение, диагностика.</li> <li>8. Рак эндометрия: лечение, профилактика.</li> <li>9. Клинико-гистологическая классификация опухолей яичников.</li> <li>10. Метастатические опухоли яичников: диагностика и лечение.</li> </ol>	- теоретический

<p>11. Рак яичников. Факторы риска, классификация, клиника, диагностика.</p> <p>12. Рак яичников: методы лечения в зависимости от стадии.</p> <p>13. Трофобластические опухоли. Пузырный занос: клиника, диагностика, методы лечения. Диспансеризация.</p> <p>14. Хориокарцинома: клиника, диагностика, методы лечения.</p> <p>15. Злокачественные гормонопродуцирующие опухоли яичников: клиника, диагностика, лечение.</p> <p>16. Эпидемиология рака гениталий, структура онкозаболеваемости репродуктивных органов у женщины. Группы риска по развитию злокачественных новообразований женских половых органов.</p> <p>17. Лучевые методы и биологические маркеры диагностики онкологических заболеваний репродуктивной сферы. Реабилитация онкологических больных.</p> <p>18. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. Эпидемиология. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>19. Рак и беременность. Влияние рака на течение беременности и влияние беременности на течение злокачественного процесса органов репродуктивной системы.</p> <p>20. Рак шейки матки и беременность. Опухоли яичников и беременность. Диагностика. Тактика ведения беременных.</p> <p>21. Рак молочной железы. : клиника, диагностика, методы лечения</p>	
<p><i>Задание для показателя оценивания дескриптора «Умеет», «Владеет»</i></p>	<p><i>Вид задания</i></p>
<p>Примеры ситуационных задач для зачета</p> <p style="text-align: center;"><b>Ситуационная задача №1</b></p> <p>Больная 56 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на появление мажущихся кровянистых выделений из половых путей. В менопаузе 4 года. При влагалищном исследовании шейка матки эрозирована, при дотрагивании кровоточит. Произведена кольпоскопия с последующей биопсией шейки матки. При гистологическом исследовании биоптата картина плоскоклеточного неороговевающего рака. Глубина инвазии 5мм.</p> <p><i>Укажите стадию заболевания.</i></p> <p><i>Какой скрининг-тест является наиболее информативным в диагностике рака шейки матки?</i></p> <p><i>Укажите предполагаемый объем неотложной медицинской помощи при кровотечении при наличии у больной инфильтративного рака шейки матки.</i></p> <p><i>Ваша лечебная тактика у данной больной и объем оперативного лечения.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Эталон ответа</b></p> <p><i>1б.</i></p> <p><i>Цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и канала шейки матки.</i></p> <p><i>Тугая тампонада влагалища.</i></p> <p><i>Операция Вертгейма с последующей лучевой терапией.</i></p>	<p><i>- практический</i></p>

### Ситуационная задача №2

Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя, нормальная менструация 2 года назад. В течение последних двух лет страдает кровотечениями после задержки менструации на 2-3 месяца. Консервативного лечения не проводилось из-за непереносимости гормональных препаратов. При гинекологическом исследовании обнаружена увеличенная до 9 недельного срока беременности плотная, бугристая матка, придатки с обеих сторон не определяются. Из цервикального канала умеренные, кровяные выделения. Произведено раздельное диагностическое выскабливание. При гистологическом исследовании обнаружена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия с участками атипии клеток.

*Диагноз? План ведения?*

#### **Эталон ответа**

*Диагноз: Аномальное маточное кровотечение перименопаузального периода. Атипичная аденоматозная гиперплазия эндометрия. Миома матки. Тактика – экстирпация матки с придатками, т.к. имеется атипия клеток, миома матки больших размеров, кроме того, больная не переносит гормонотерапию.*

### Ситуационная задача №3

Больная 60 лет, поступила с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Выделения беспокоят больную непостоянно, в течение последних 3-х месяцев. К врачу не обращалась и ничем не лечилась. Постменопауза 10 лет.

Беременностей было 2, закончились срочными родами без осложнений. В возрасте 30 лет получала лечение по поводу воспаления придатков матки. Из объективных данных обращает на себя внимание избыточный вес (100 кг при росте 160 см), повышение уровня глюкозы крови до 8 ммоль/л, артериальная гипертензия - 150/70 мм рт. ст. При гинекологическом исследовании патологии не выявлено.

*Предположительный диагноз.*

*Какие методы исследования помогут в правильной постановке диагноза.*

#### **Эталон ответа**

*Аномальное маточное кровотечение постменопаузального периода. С-г эндометрия? Ожирение 3 ст. СД 2 типа. АГ.*

*У больной имеется характерный фон для возникновения предрака и рака эндометрия (нарушение гипоталамо-гипофизарной системы) – «триада»: АГ, ожирение, СД.*

*Тактика – полное обследование: общие анализы, СА-125, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, рентгенография грудной клетки, гистероскопия, РДВ с гистологическим исследованием, биопсия эндометрия.*

### Ситуационная задача №4

Пациентка Б. 34 лет, обратилась в ЖК 18.03.04 с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение двух

дней. Из анамнеза: Менструации с 13 лет по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. На севере в течение 6 месяцев, приехала из Семипалатинской области. Последняя менструация 18.01.04

Родов – 2, аборт – 4, выкидышей – 0. Гинекологические заболевания: постабортный эндометрит в 2001 году, лечение в ГО (антибактериальная терапия).

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 110/60 мм. рт. ст., Ps 78 уд/мин, T-36,6 С. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика активная. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.

Гинекологический осмотр: Наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу.

В зеркалах: Слизистые влагалища и шейки матки цианотичные, не эрозированы. Выделения сукровичные, скудные.

PV: Влагалище рожавшей. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев сомкнут. Из цервикального канала сукровичные выделения. Матка тестоватой консистенции, с четким ровным контуром, подвижная, чувствительна при пальпации, увеличена до 14-15 недель беременности. Придатки с обеих сторон не увеличены, эластичной консистенции, безболезненные при пальпации. Своды свободные, безболезненные.

УЗИ: Матка с четким ровным контуром. Размеры: 16.3-16.8-16 см. Структура миометрия однородная, толщина стенок миометрия одинакова на всем протяжении, истончены до 0,8 см. Полость матки расширена до 10 см, за счет округлых анэхогенных образований диаметром до 0,8 см; напоминает картину «снежной бури».

Яичники: Правый 30-28-24 мм, в структуре по периферии фолликулы от 5,0 до 8,0 мм. Левый: 32-30-28 мм, фолликулы по периферии от 7,0 до 15 мм. В структуре определяется желтое тело диаметром 20 мм.

Свободной жидкости в малом тазу нет.

ОАК. Hb-120 г/л, эритроциты-  $4,6 \times 10^{12}$ , Ht-32%, лейкоциты-  $9,7 \times 10^9$ /л, СОЭ- 20 мм/ч, тромбоциты –  $105 \times 10^9$ /л

ОАМ: реакция кислая, уд вес – 1020, белок – отр, сахар – отр, л-2 в п/з, пл. эп.- ед в п/зр.

Коагулограмма: ПТИ 120%, фиб А 6,8 г/л, фиб В ++, этаноловый тест ++.

ХГЧ – 15360 МЕ/л.

*Выставить предварительный диагноз.*

*Дополнительные методы диагностики.*

*Лечебная тактика.*

*Реабилитация.*

#### **Эталон ответа**

1. Трофобластическая болезнь. Пузырный занос.
2. Рентгенография легких, биопсия эндометрия.
3. Вакуум-аспирация полости матки, кюретаж, гистологическое исследование.
4. При пролиферирующем пузырьном заносе – учет у онкогинеколога, профилактический курс химиотерапии. Контрацепция гормональными препаратами.

