

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,  
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



## Онкогинекология

### рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	<b>Онкологии и лучевой терапии</b>	
Учебный план	a31060136_15_1234монкз.plx 31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА Профиль: Онкология	
Квалификация	<b>Исследователь. Преподаватель-исследователь</b>	
Форма обучения	<b>заочная</b>	
Общая трудоемкость	<b>3 ЗЕТ</b>	
Часов по учебному плану	108	Виды контроля в семестрах: зачеты 3
в том числе:		
аудиторные занятия	22	
самостоятельная работа	86	

#### Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес- тр на курсе>)	3 (2.1)		Итого	
	18			
Неделя	18			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	10	10	10	10
Практические	12	12	12	12
Итого ауд.	22	22	22	22
Контактная.	22	22	22	22
Сам. работа	86	86	86	86
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

д.м.н. профессор, Макимбетов Эмиль Кожошевич ; д.м.н. профессор, Зав. кафедрой,  
Камарли Закир Пашаевич

Рецензент(ы):

д.м.н. профессор, Безов Бахадыр Хакимович

Рабочая программа дисциплины

**Онкогинекология**

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки 31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 03.09.2014г. №1200)

составлена на основании учебного плана:

31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Профиль: Онкология

утвержденного учёным советом вуза от 03.03.2015 протокол № 9.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры


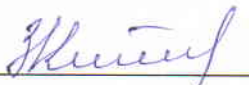
**Онкологии и лучевой терапии**

Протокол от 22 января 2015 г. № 8

Срок действия программы: уч.г. 2015-2019

Зав. кафедрой

З.Камарли

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**Председатель УМС  
09.09 2016 г.Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для  
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры  
**Онкологии и лучевой терапии**Протокол от 05.09 2016 г. № 2  
Зав. кафедрой д.м.н. профессор Камарли Закир Пашаевич**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**Председатель УМС  
08.09 2017 г.Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для  
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры  
**Онкологии и лучевой терапии**Протокол от 17.10 2017 г. № 3  
Зав. кафедрой д.м.н. профессор Камарли Закир Пашаевич**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**Председатель УМС  
18.09 2018 г.Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для  
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры  
**Онкологии и лучевой терапии**Протокол от 23.10 2018 г. № 2  
Зав. кафедрой д.м.н. профессор Камарли Закир Пашаевич**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**Председатель УМС  
04.09 2019 г.Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для  
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры  
**Онкологии и лучевой терапии**Протокол от 26.08 2019 г. № 1  
Зав. кафедрой д.м.н. профессор Камарли Закир Пашаевич

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

12 сентября 2020г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры  
Ординатура

Протокол от 12 сентября 2020 г. № 2  
Зав. кафедрой Зав. Ординатурой

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

08 сентября 2021г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры  
Ординатура

Протокол от 7 сентяб 2021 г. № 8  
Зав. кафедрой

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

\_\_\_\_\_ 2022г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры  
Ординатура

Протокол от \_\_\_\_\_ 2022 г. № \_\_\_\_  
Зав. кафедрой

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

\_\_\_\_\_ 2023 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2023-2024 учебном году на заседании кафедры  
Ординатура

Протокол от \_\_\_\_\_ 2023 г. № \_\_\_\_  
Зав. кафедрой

**1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

1.1	Целью обучения является овладение методологией формирования знаний, умений, навыков, основанных на новейших научных достижениях не только в области онкогинекологии, но и фундаментальной медицины и смежных дисциплин.
-----	---

**2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП**

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.01
2.1	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>
2.2	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>

**3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)****ПК-2: способностью и готовностью к проведению прикладных научных исследований в области онкологии**

<b>Знать:</b>	
Уровень 1	Знать о приоритетных задачах онкологии; методах анализа, обобщения результатов исследования.
Уровень 2	Интерпретацию результатов лабораторных и инструментальных методов исследования в области онкологии;
Уровень 3	Алгоритм постановки предварительного диагноза (основного, сопутствующего, осложнений)
<b>Уметь:</b>	
Уровень 1	Обосновать выбор методов диагностики;
Уровень 2	Обосновать и расписать план лечения при онкологической патологии;
Уровень 3	Определять прогноз с использованием отношения шансов, методов корреляции для доказательства связи и обоснования онкогинекологических заболеваний.
<b>Владеть:</b>	
Уровень 1	Навыками проведения или интерпретации современных методов диагностики: УЗИ, КТ, МРТ, анализом лабораторных исследований (биохимических, иммунологических, гемостезиологических, гормональных, ПЦР, ИФА)
Уровень 2	Навыком организации научных исследований.
Уровень 3	Опыт работы с прикладными научными пакетами и редакторскими программами, используемыми при проведении научных исследований.

**ПК-4: готовностью к внедрению разработанных методов и методик в области онкологии**

<b>Знать:</b>	
Уровень 1	Алгоритм внедрения разработанных методов и методик, направленных на способность и готовность синтезировать новые знания в области онкогинекологии в практическое здравоохранение.
Уровень 2	Современные методы ранней диагностики злокачественных опухолей органов малого таза у женщин.
Уровень 3	Новейшие протоколы лечения в области злокачественных опухолей органов малого таза у женщин.
<b>Уметь:</b>	
Уровень 1	Обосновать и организовать внедрение разработанных методик.
Уровень 2	Интерпретировать результаты современных методов диагностики в онкогинекологии.
Уровень 3	выбрать тактику лечение с применением новых протоколов в онкогинекологии.
<b>Владеть:</b>	
Уровень 1	Навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на способность и готовность синтезировать новые знания в области онкогинекологии в практическое здравоохранение
Уровень 2	Навыками ранней диагностики злокачественных опухолей органов малого таза у женщин с использованием новых инструментальных и медицинских аппаратуры.
Уровень 3	Лечением больных злокачественных опухолей малого таза у женщин с использованием новых протоколов.

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

3.1	<b>Знать:</b>
3.1.1	Особенности распространения злокачественных опухолей репродуктивной системы в мире, КР и РФ;
3.1.2	Этиологию и патогенез основных локализаций злокачественных новообразований в онкогинекологии;
3.1.3	Симптоматику наиболее распространенных опухолей в гинекологии (молочной железы, яичников, тела и шейки матки);
3.1.4	Особенности проявления и метастазирования злокачественных опухолей органов малого таза у женщин;

3.1.5	Методы современной диагностики злокачественных новообразований в онкогинекологии;
3.1.6	Принципы современных методов лечения и профилактики злокачественных опухолей репродуктивной системы;
3.1.7	Методы реабилитации онкогинекологических больных после современного лечения;
3.1.8	Организацию специализированной медицинской помощи онкологическим больным и структуру онкологической службы в КР;
3.1.9	Учетом, анализом заболеваемости, смертности, запущенности от злокачественных новообразований, ведением первичной и учетной документации на онкологического больного;
3.1.10	Диспансеризацией онкологических больных;
3.1.11	Профилактику злокачественных новообразований репродуктивной системы женщин (первичной, вторичной, третичной).
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	Провести профилактический осмотр пациента с целью выявления скрыто протекающего злокачественного новообразования у женщин;
3.2.2	Диагностировать опухоль на основании жалоб больного, по данным физикального обследования и общеклиническим методам исследования;
3.2.3	Составить план обследования больного при подозрении на опухоль малого таза у женщин;
3.2.4	Провести обследование с целью подтверждения диагноза, установления стадии опухоли и оценки функциональных возможностей онкогинекологических пациентов;
3.2.5	Интерпретировать результаты инструментального и лабораторного обследования больных злокачественных опухолей органов репродуктивной системы;
3.2.6	Составить план комбинированного и комплексного лечения онкогинекологических больных;
3.2.7	Оформить учетную документацию на онкогинекологического больного;
3.2.8	Провести диспансеризацию онкологического больного;
3.2.9	Экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности онкологического больного, правилами оформления листка временной нетрудоспособности и документации на медикосоциальную экспертизу;
3.2.10	Назначать симптоматическую терапию больным IV клинической группы с клиническим диагнозом репродуктивной системы у женщин.
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	Методами физикального обследования с целью выявления опухолей репродуктивной системы и их регионарных и отдаленных метастазов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
3.3.2	Методом пальцевого исследования прямой кишки;
3.3.3	Методом бимануального влагалищного и ректовагинального исследования;
3.3.4	Выполнением мазков-отпечатков, соскобов для цитологического исследования при опухолях наружных половых органов у женщин;
3.3.5	Осмотром шейки матки в зеркалах и взятия мазков-отпечатков из цервикального канала на атипические клетки;
3.3.6	Методикой раздельного диагностического выскабливания шейки и тела матки;
3.3.7	Экцизионой, инцизионой биопсии опухолей репродуктивной системы женщин;
3.3.8	диагностичной пункцией опухолей у женщин под контролем УЗИ;
3.3.9	Пункцией заднего свода с аспирацией жидкости;
3.3.10	Навыками эндоскопических методов диагностики (кольпоскопия, гистероскопия);
3.3.11	Ассистенцией при операциях на органах малого таза: аднексэктомией, операцией Вертгейма, циторедуктивных операций при опухолях яичников;
3.3.12	Операцией диагностической лапаротомии с биопсией опухолей;
3.3.13	Лазерной деструкцией;
3.3.14	Лечением осложнений химиотерапии, лучевой терапии опухолей органов малого таза у женщин.

#### 4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	<b>Раздел 1. Организация специализированной медицинской помощи онкогинекологическим больным в КР и РФ.</b>						

1.1	Эпидемиология злокачественных опухолей репродуктивной системы у женщин в КР и РФ. Показатели, динамика и структура заболеваемости и смертности. /Лек/	3	2	ПК-2 ПК-4	Л1.1	0	
1.2	Структура и задачи онкологических диспансеров, онкогинекологических кабинетов поликлиник. Система выявления больных с опухолевой патологией у женщин. /Лек/	3	2	ПК-2 ПК-4		0	
1.3	Диспансеризация онкогинекологических больных. Группы диспансерного наблюдения у врачей онкологов. /Пр/	3	2			0	
1.4	Диагностика и методы лечения в онкогинекологии /Пр/	3	2			0	
1.5	Анализ заболеваемости, выживаемости, смертности злокачественных опухолей у женщин в Мире КР, РФ. /Ср/	3	12			0	
1.6	Современные методы диагностики и лечение онкогинекологических заболеваний. /Ср/	3	12			0	
	<b>Раздел 2. Частная онкогинекология</b>						
2.1	Рак шейки матки. Ранняя диагностика Преинвазивный и микроинвазивный рак. Классификация по стадиям TNM. Хирургические, химиотерапевтические и лучевые методы лечения. /Лек/	3	2			0	
2.2	Рак тела матки. Факторы риска. Международная гистологическая классификация (ВОЗ). Роль и место анамнестических данных. Клиника, диагностика. Классификация по стадиям TNM. Методы диагностики: истерография, цитология. Общие принципы лечения (хирургическое, гормоно- и химиотерапия). /Лек/	3	2			0	
2.3	Злокачественные опухоли яичников. Факторы риска. Методы диагностики. Гистологическая классификация ВОЗ. "Пограничные" опухоли яичников. Гистологическая дифференцировка опухоли (высоко-, умеренно- и низкодифференцированные). Методы лечения. /Пр/	3	2			0	
2.4	Рак вульвы. Заболеваемость. Гистологические формы. Особенности роста и метастазирования. Методы диагностики. Принципы лечения. /Пр/	3	2			0	
2.5	Редкие виды опухоли органов малого таза у женщин. Клиника, диагностика и лечение. /Ср/	3	12			0	
2.6	Современные методы лучевой терапии в онкогинекологии. /Ср/	3	10			0	

2.7	Новые схемы химиотерапии в лечение репродуктивной системы женщин. /Ср/	3	10			0	
<b>Раздел 3. Онкомамология</b>							
3.1	Рак молочной железы. Онкологическая настороженность врача акушера-гинеколога. Заболеваемость и смертность. Роль дисгормональных нарушений в организме женщины. Клиника, диагностика и лечение. /Лек/	3	2			0	
3.2	Особенности метастазирования. Клинические формы: узловая, отечно-инфильтративная, маститоподобная, рожеподобная, панцирная, рак Педжета. Характеристика. Особенности течения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. /Пр/	3	2			0	
3.3	Другие злокачественные опухоли матки. /Пр/	3	2			0	
3.4	доброкачественные опухоли яичников. /Ср/	3	10			0	
3.5	Трофобластические опухоли. /Ср/	3	10			0	
3.6	Предраковые заболевания шейки матки. /Ср/	3	10			0	
3.7	/Зачёт/	3	0			0	

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

- Тема «Опухоли молочных желез в практике гинеколога»

Этиология доброкачественных и злокачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний молочных желез.

Классификация. Клиника, диагностика, принципы лечения мастопатии, доброкачественных и злокачественных новообразований молочных желез. Скрининг. Роль гинеколога в ранней диагностике и профилактике рака.

- Тема «Злокачественные опухоли и беременность». Частота выявления опухолей во время беременности, нозологические формы опухолей. Рак при беременности – врачебная тактика (противопоказания к пролонгированию беременности, тактика ведения), деонтологические аспекты. Беременность после лечения рака – рачебная тактика при различных локализациях опухолей, зависимость возможности сохранения беременности от опухоли, стадии заболевания, проведенного лечения.

- Тема «Первично-множественные неоплазии, этиология, особенности диагностики и лечения»

Классификация первично-множественных неоплазий. Этиология. Синхронные и метакронные опухоли. Первично-множественные опухоли желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, молочных желез. Клиника. Особенности диагностики, алгоритм обследования. Тактика лечения.

- Тема «Метастазы из неустановленного первоисточника»

Классификация метастазов злокачественных новообразований из неустановленного первоисточника. Лимфогенные, гематогенные, имплантационные пути метастазирования. Метастазы в лимфатические узлы, в легкие, в печень, в кости, асцит, плеврит - диагностический поиск, алгоритм обследования. Опухолевые маркеры, их роль в выявлении источника метастазирования. Подходы к лечению пациентов с метастазами злокачественных опухолей из неустановленного первоисточника.

- Тема «Современные методы диагностики и лечения в онкогинекологии, принципы»

Классификация методов диагностики в онкологии и онкогинекологии. Новые методики диагностики и ранней диагностики рака. Скрининг. Пути ранней диагностики рака. Классификация видов и методов лечения в онкогинекологии.

Комбинированное, комплексное лечение. Новые методы лечения онкогинетальной патологии.

- Тема «Осложнения опухолевых заболеваний и методов специального лечения в онкогинекологии. Реабилитация.

Паллиативная и симптоматическая помощь»

Осложнения опухолевого процесса гениталий. Клиника, диагностика, лечение. Побочное действие и эффекты химиотерапевтического и гормонального лечения, классификация, клинические проявления, пути выявления, лечение и профилактика. Осложнения лучевой терапии. Классификация лучевых повреждений, клинические проявления в раннем и позднем периодах, лечение. Реабилитационные мероприятия в раннем и позднем периодах после радикального лечения.

Паллиативное и симптоматическое лечение онкогинекологических пациентов – определение, различия, задачи, организация. Виды паллиативного лечения. Симптоматическое лечение – виды. Лечение болевого синдрома, диспептических и кишечных нарушений, анемии, полисерозитов, нарушений обмена веществ.



- Тема «Злокачественные опухоли шейки матки» Заболеваемость и смертность от рака шейки матки. Этиология. Фоновые и предраковые заболевания, классификация, клиника, диагностика и лечение. Классификация рака шейки матки. Формы опухолевого роста. Клиника в зависимости от распространенности злокачественного процесса. Особенности диагностики. Методы лечения. Виды профилактики. Вакцинация. Скрининг: характеристика, особенности проведения, виды и эффективность.
- Тема «Злокачественные опухоли тела матки» Заболеваемость и смертность от рака тела матки. Этиология и патогенез. Группы риска. Патогенетические варианты рака. Фоновые и предраковые заболевания: классификация, клиника, диагностика, методы лечения у молодых и в постменопаузе. Классификация рака эндометрия по стадиям и по гистотипу. Эндометриодный и неэндометриодный варианты. Клиника. Диагностика.
<b>5.2. Темы курсовых работ (проектов)</b>
не предусмотрены
<b>5.3. Фонд оценочных средств</b>
Перечень тестовых заданий (приложение 1) Перечень ситуационных задач (приложение 2) Доклад по тематике диссертационной работы
<b>5.4. Перечень видов оценочных средств</b>
Тесты ситуационные задачи истории болезни курируемых больных

## 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

### 6.1. Рекомендуемая литература

#### 6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Камарли З.П.	Онкология: Учебник	Бишкек: Изд-во КPCY 2013

### 6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

#### 6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых аспирантом в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием
6.3.1.2	мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Использование палат, учебных комнат для работы аспирантов.
6.3.1.3	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышления и способности генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся электронные тексты лекций с презентациями. Мультимедийный комплекс ноутбук, персональный компьютер. Наборы слайдов, таблиц/мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины. Наглядные пособия, стенды.
6.3.1.4	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование аспирантами компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы аспиранты готовят доклады и презентации по теме диссертации.

#### 6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	1. <a href="http://www.consilium-medicum.com">www.consilium-medicum.com</a>
6.3.2.2	2. <a href="http://www.bibliomed.ru">www.bibliomed.ru</a>
6.3.2.3	3. <a href="http://www.evbmed.fbm.msu.ru">www.evbmed.fbm.msu.ru</a> (Московский центр доказательной медицины)
6.3.2.4	4. <a href="http://www.laparoscopy.ru">www.laparoscopy.ru</a>
6.3.2.5	5. <a href="http://www.mediashera.ru">www.mediashera.ru</a> (ЕСДМ и доказательная медицина)
6.3.2.6	6. <a href="http://www.medlincks.ru">www.medlincks.ru</a>
6.3.2.7	7. <a href="http://www.med-pravo.ru">www.med-pravo.ru</a>
6.3.2.8	8. <a href="http://www.minzdrav-rf.ru">www.minzdrav-rf.ru</a>
6.3.2.9	9. Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.10	10. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» ( <a href="http://window.edu.ru/">http://window.edu.ru/</a> )
6.3.2.11	11. «Электронная библиотека» КPCY ( <a href="http://www.lib.krsu.kg">www.lib.krsu.kg</a> )

## 7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	<p>Клиническая база Национальный центр онкологии и Гематологии Министерства здравоохранения КР. Коечный фонд 380, 15 клинических отделений, 2 диагностических отделения. 2 хирургических корпуса, 2 корпуса для лучевой терапии, 2 операционные, 1 реанимация. Национальный центр онкологии и гематологии располагает аппаратурой и оборудованием для диагностики и лечения онкологических больных: рентгендиагностические комплексы – 3; маммографы – 2; эндоскопическая аппаратура – 5; аппараты для УЗИ – 5; аппараты для лучевой терапии – 3 с компьютерным томографом для топометрии. Аспиранты имеют доступ во все подразделения. Кафедра располагает помещением с отдельным входом, общая площадь 64 м<sup>2</sup>, в том числе 3 учебные комнаты на 45 посадочных мест. Кроме того имеется 1 учебная комната в главном хирургическом корпусе на 1-м этаже, на 18 посадочных мест. Кафедра имеет технические средства: 1 компьютер, 1 персональный компьютер, мультимедийный проектор с нетбуком и экраном. Имеются 4 стенда и 20 наглядных пособий, которые размещены в учебных комнатах; учебные фильмы – 3. Лекции проводятся в большом конференц-зале Национального центра онкологии на 400 мест.</p>
-----	--

#### 8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Обучение складывается из аудиторных занятий, лекционного курса, практических занятий и самостоятельной работы (108 часов). Основное учебное время выделяется на самостоятельную и практическую работу по онкологии. При изучении учебной дисциплины необходимо использовать теоретические знания и освоить практические умения по онкологии. Практические занятия проводятся в виде опроса, демонстрации учебных слайдов и использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, ответов на тестовые задания, разбора клинических больных. Самостоятельная работа аспирантов подразумевает подготовку к практическим занятиям, написание докладов, выполнение творческих заданий и включает работу с учебной литературой, лекционным материалом, работу с электронными интернет-ресурсами по онкологии.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине онкология и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам Университета и кафедры. По частным разделам учебной дисциплины разработаны методические рекомендации для аспирантов и методические указания для преподавателей.

Во время изучения учебной дисциплины аспиранты самостоятельно проводят обследование онкологического больного. Написание доклада, истории болезни способствуют формированию компетенций теоретических и практических навыков (умений).

Работа аспирантов в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельности. Обучение аспирантов способствует воспитанию у них навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов.

Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию врачебного поведения, аккуратности, дисциплинированности. Исходный уровень знаний аспирантов определяется тестированием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе занятий, во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и ответах на тестовые задания.

В конце изучения учебной дисциплины (экзамена) проводится промежуточный контроль знаний с использованием тестового контроля, проверкой практических умений и решением ситуационных задач.

Тесты по онкогинекологии

Выраженная дисплазия относится

- а) к фоновым процессам, связанным с гормональными нарушениями
- б) к фоновым процессам, связанным с воспалением
- в) к предраку
- г) к раннему раку
- д) правильные ответы а) и б)

Для лечения выраженной дисплазии влагалищной порции шейки матки у женщины 30 лет целесообразно использовать

- а) электрокоагуляцию
- б) ампутацию шейки матки
- +в) конизацию шейки матки
- г) экстирпацию матки с придатками

Для лечения предрака шейки матки целесообразно использовать

- а) диатермокоагуляцию
- б) криодеструкцию
- в) конизацию шейки матки
- +г) правильные ответы б) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

При осмотре в зеркалах выявлена грубая лейкоплакия на деформированной шейке матки. Тактика предусматривает

- а) биопсию конхотомом
- б) биопсию скальпелем
- в) электрокоагуляцию
- +г) конизацию шейки матки

Диатермокоагуляцию шейки матки можно выполнять

- а) при фоновом процессе

- б) при слабой дисплазии
- в) при выраженной дисплазии
- г) при интраэпителиальном раке.
- д) правильные ответы а) и б)

Для возникновения рака шейки матки наибольшее значение придается

- а) вирусу папилломы человека
- б) разрывам шейки в родах
- в) курению
- г) все ответы верные
- д) правильные ответы а) и б)

7. Рак шейки матки у женщин молодого возраста чаще локализуется

- а) на влагалищной порции шейки матки
- б) в нижней трети цервикального канала
- в) в средней трети цервикального канала
- г) в верхней трети цервикального канала
- д) одинаково часто

8. Регионарными лимфоузлами при раке шейки матки являются :

- 1) запираательные
- 2) наружные и внутренние подвздошные
- 3) общие подвздошные
- 4) параортальные
- 5) паховые
- а) все ответы правильные
- б) правильные все, кроме 5
- в) правильные все, кроме 4 и 5
- г) правильные все, кроме 1 и 3

9. К отдаленным лимфогенным метастазам при раке матки относятся метастазы в лимфатические узлы

- а) запираательные
- б) внутренние подвздошные
- в) наружные

- г) общие подвздошные
- д) парааортальные

10. Рак шейки матки чаще всего возникает

- а) у внутреннего зева
- б) у границы плоского и цилиндрического эпителиев
- в) на влажной порции шейки матки
- г) в железах шейки матки
- д) правильные ответы а) и г)

11. Наиболее частыми симптомами при аденокарциноме цервикального канала является

- а) боли
- б) меноррагия
- в) повышение температуры
- г) аменорея

12. К ранним формам рака шейки матки относятся

- а) дисплазия
- б) интраэпителиальный рак
- в) Ia стадия
- г) Ib стадия
- д) правильные ответы б) и в)

13. Наиболее подозрительными на рак являются следующие кольпоскопические картины

- а) лейкоплакия
- б) образования полей
- в) папиллярная основа лейкоплакии
- г) атипичная зона превращения
- д) правильные ответы в) и г)

14. При расширенной экстирпации матки с придатками удаляются все перечисленные лимфоузлы, кроме

- а) параметральных
- б) запираательных
- в) с наружной и внутренней подвздошной артерий
- г) с общей подвздошной
- д) парааортальных

15. Только хирургический метод лечения применяется в основном при раке шейки матки

- а) интраэпителиальном
- б) микрокарциноме
- в) Iб стадии
- г) IIа стадии
- д) правильные ответы а) и б)

16. Главным критерием « раннего» рака шейки матки является

- а) размеры опухоли
- б) анатомический тип роста
- в) глубина инвазии
- г) все ответы верные

17. К доброкачественным опухолям матки относятся все перечисленные, кроме

- а) фибромиомы
- б) лейомиомы
- в) эндометриоза
- г) хориокарциномы

18. Истинным предраком эндометрия следует считать

- а) железистую гиперплазию
- б) фиброзный полип
- в) железистый полип
- г) аденомиоз
- д) атипическая гиперплазия эндометрия

19. Наиболее информативным методом исследования предопухолевого заболевания эндометрия является все перечисленное кроме

- а) осмотра в зеркалах
- б) аспирата из полости матки
- в) гистероскопии или гистерографии
- г) морфологического исследования соскоба

20. Диагностическое выскабливание матки является диагностикой и одновременно лечебной процедурой ( без дополнения гормональным лечением) при следующих гиперпластических процессах)

- а) выраженном аденоматозе
- б) нерезко выраженном аденоматозе
- в) железистой гиперплазии эндометрия
- г) железистом полипе
- д) правильные ответы в) и г)

21. Гормональное лечение гиперпластических процессов эндометрия проводится с учетом

- а) возраста
- б) противопоказаний к гормональному лечению
- в) выраженности патологического процесса
- г) наличия нейро-эндокринных нарушений
- д) всего перечисленного

22. При раке тела матки чаще встречаются следующие его морфологические формы

- а) аденокарцинома
- б) плоскоклеточный рак
- в) светлоклеточная аденокарцинома
- г) железисто –плоскоклеточный рак
- д) недифференцированный рак

23. Для III стадии по системе TNM рака эндометрия характерны

- а) инфильтрация серозной оболочки

- б) метастазы в придатках матки
- в) метастазы в регионарных лимфоузлах
- г) метастазы во влагалище
- д) правильно все вышеперечисленное

24. Лимфогенное метастазирование при раке эндометрия зависит

- а) от возраста больной
- б) от степени дифференцировки опухоли
- в) от глубины инвазии
- г) от степени выраженности нейро- обменно- эндокринных нарушений
- д) правильные ответы б) и в)

25. При наличии у больной раком тела матки метастазов в яичники целесообразно выполнить ей операцию

- а) экстирпацию матки с придатками
- б) экстирпацию матки с придатками, лимфаденэктомию + резекцию большого сальника
- в) надвлагалищную ампутацию матки с придатками + резекция большого сальника
- г) расширенную экстирпацию матки с придатками

26. Источником развития саркомы матки является

- а) мезенхима
- б) производные соединительной ткани
- в) эпителий
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

27. В клинической практике чаще встречаются

- а) эндометриальная саркома
- б) лейомиосаркома
- в) карциносаркома
- г) смешанная мезодермальная опухоль



28. С миомой матки чаще всего сочетается

- а) эндометриальная саркома
- б) лейомиосаркома
- в) карциносаркома
- г) рабдомиосаркома

29. К предсаркомам относятся

- а) простые миомы
- б) пролиферирующие миомы
- в) пролиферирующие миомы с атипией части клеток
- г) все ответы правильные
- д) правильные ответы а) и б)

30. Клиника саркомы матки ( боли, кровянистые выделения ) зависит

- а) от возраста больной
- б) от локализации опухоли
- в) от степени распространенности процесса
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

31. Наиболее характерным метастазированием для саркомы матки является

- а) лимфогенное
- б) гематогенное
- в) имплантационное
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все ответы правильные

32. Метастические поражение лимфоузлов малого таза чаще встречается

- а) при лейомиосаркоме
- б) при карциносаркоме
- в) при эндометриальной саркоме
- г) правильные ответы б) и в)

33. К лучевому воздействию наиболее чувствительны все перечисленные типы опухолей, кроме

- а) лейомиосаркомы
- б) карциносаркомы
- в) эндометриальной саркомы
- г) ботриоидной саркомы

34. Гормональное лечение необходимо проводить

- а) при хориокарциноме
- б) при раке тела матки
- в) при раке вульвы
- г) при раке шейки матки

35. Этапность метастазирования характерна для всех перечисленных злокачественных опухолей, кроме опухолей

- а) яичника
- б) шейки матки
- в) тела матки
- г) вульвы

36. Гормональную терапию, как один из элементов лечения, возможно проводить

- а) при лейомиосаркоме
- б) при эндометриальной саркоме
- в) ботриоидной саркоме
- г) правильные ответы а) и б)
- д) при раке эндометрия

37. Клиническое течение трофобластических опухолей матки характеризуется

- а) кровотечением
- б) болями
- в) увеличением матки
- г) появлением лютеиновых кист

д) всем перечисленным

38. Наиболее информативным методом диагностики трофобластических опухолей матки является

- а) гинекологический осмотр
- б) гистероскопия
- в) ангиография
- г) определение ХГ ( хорионического гонадотропина) и ТБГ (трофобластического бета глобулина)
- д) правильные ответы в) и г)

39. Для диагностики трофобластических опухолей матки имеет большое значение определение в сыворотке крови всего перечисленного, кроме

- а) эстрогенов
- б) ХГ
- в) ТБГ ( трофобластический В – глобулин)
- г) щелочной фосфатазы и АФП

40. На озлокачествление пузырного заноса указывают все следующие симптомы, кроме

- а) болей
- б) продолжающихся после удаления пузырного заноса кровянистых выделений
- в) субинволюции матки
- г) повышения ХГ

41. Инвазивный пузырный занос может развиваться только после

- а) аборта
- б) родов
- в) пузырного заноса
- г) всего перечисленного

42. При хориокарциноме ухудшается прогноз, если

- а) размеры матки более 12 недель
- б) титр ХГ более 10000
- в) наличие метастазов
- г) до установления диагноза прошло более 6 месяцев с момента появления первых признаков заболевания
- д) все перечисленное

43. Показаниями к экстренной операции при хориокарциноме являются

- а) величина матки 12 недель
- б) титр ХГ более 10000
- в) признаки перфорации матки
- г) признаки внутрибрюшного кровотечения
- д) правильные ответы в) и г)

44. К доброкачественным опухолевым кистам яичников относятся все перечисленные, кроме

- а) серозной
- б) дермоидной
- в) муцинозной
- г) кисты желтого тела

45. Гидроторакс может возникнуть

- а) при цистаденоме
- б) при доброкачественной фиброме
- в) при доброкачественной текоме
- г) при струме яичника
- д) правильные ответы б) и в)

46. При доброкачественной опухоли яичника у женщины репродуктивного возраста целесообразнее выполнять

- а) одностороннее удаление придатков матки
- б) надвлагалищную ампутацию матки с придатками + резекцию большого сальника
- в) пангистерэктомию + оментэктомию
- г) правильные ответы а) и б)

47.Резекцию большого сальника целесообразно выполнять при следующих пограничных опухолях яичников

- а) серозной
- б) эндометриодной
- в) муцинозной
- г) правильные ответы а) и в)

48.К факторам риска при раке яичников относятся все перечисленные, кроме

- а) возраста моложе 40 лет
- б) наличия длительно существующей миомы матки
- в) доброкачественной опухоли яичников
- г) наличия рака молочной железы и или опухоли желудочно – кишечного тракта в анамнезе
- д) наличия рака яичников у близких родственников

49.Многообразие гистогенеза и морфологических форм отличает злокачественные опухоли

- а) матки
- б) шейки матки
- в) яичников
- г) влагалища
- д) вульвы

50.Асцит и плеврит характерны для следующих злокачественных опухолей яичников

- а) дисгерминомы
- б) гранулезоклеточной опухоли
- в) серозной цистаденокарциномы
- г) андробластомы

51.Дисгерминомы и тератобластомы чаще встречаются

- а) в детском возрасте
- б) в репродуктивном возрасте

- в) в пременопаузальном возрасте
- г) в постменопаузальном возрасте

52. В ранних стадиях чаще всего можно выявить все перечисленные опухоли яичников, кроме

- а) текомы
- б) андробластомы
- в) гранулезоклеточной опухоли
- г) серозной цистаденокарциномы

53. Дифференциальную диагностику опухоли яичников следует проводить

- а) с миомой матки
- б) с опухолью брыжейки
- в) с опухолью большого сальника
- г) с забрюшинными опухолями
- д) со всеми перечисленными

54. Метастазы в яичники из желудочно-кишечного тракта могут возникнуть в результате

- а) переноса опухолевых клеток перитонеальной жидкостью
- б) лимфогенным путем
- в) прямым контактом
- г) всеми перечисленными путями

55. В яичники могут метастазировать опухоли

- а) из молочной железы
- б) из желудка
- в) из матки
- г) из щитовидной железы
- д) из всех перечисленных органов

56. Выбор метода лечения при раке яичников зависит

- а) от возраста больной
- б) от степени распространенности процесса

- в) от гистологической структуры опухоли
- г) от степени дифференцировки опухоли
- д) от всего перечисленного

57. Частота злокачественных опухолей маточных труб колеблется

- а) от 1 до 3%\*
- б) от 4 до 6%
- в) от 6 до 10 %
- г) от 10 до 20%

58. Клиническую картину рака маточных труб характеризует все перечисленные симптомы, кроме

- а) болей
- б) кровянистых выделений
- в) белей
- г) учащенного мочеиспускания

59. Опухоль маточной трубы чаще локализуется

- а) в истмическом отделе
- б) в среднем отделе
- в) в ампулярном отделе
- г) встречается с одинаковой частотой
- д) правильные ответы б) и в)

60. При раке маточной трубы наиболее целесообразно выполнить операцию

- а) надвлагалищную ампутацию матки с придатками + оментэктомию
- б) пангистерэктомию
- в) пангистерэктомию + оментэктомию
- г) расширенную экстирпацию матки с придатками

61. При выборе тактики лечения больной раком шейки матки следует учитывать

- а) возраст больной
- б) локализацию опухоли и степень распространенности процесса

- в) гистологическую структуру опухоли
- г) сопутствующие заболевания
- д) все перечисленное

62. Для диагностики дисплазии ведущим методом исследования является

- а) цитологическое исследование
- б) гистологическое исследование
- в) осмотр в зеркалах
- г) кольпоскопия

63. При раке шейки матки чаще встречаются следующие морфологические формы рака

- а) плоскоклеточный
- б) аденокарцинома
- в) светлоклеточный
- г) недифференцированный

64. Интраэпителиальный рак шейки матки характеризуется

- а) распространением в железы шейки матки
- б) отсутствием инвазии
- в) наличием атипических клеток
- г) большим количеством патологических митозов
- д) всем перечисленным

65. У больной 50 лет выявлен микроинвазивный рак шейки матки. Тактика лечения включает:

- а) экстирпацию матки без придатков
- б) экстирпацию матки с придатками
- в) расширенную экстирпацию матки с придатками
- г) ампутацию шейки матки

66. Наиболее неблагоприятным следует считать, прогноз если хоррионкарцинома возникла после:

- а) выкидыша
- б) пузырного заноса



- в) родов
- г) аборта
- д) всего перечисленного

67. Для метастатических опухолей яичников является характерным:

- а) молодой возраст
- б) подвижность опухолей
- в) быстрый рост
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

68. Объем оперативного вмешательства при раке эндометрия зависит

- а) от возраста
- б) от гистологической структуры опухоли
- в) от глубины инвазии
- г) от экстрагенитальной патологии
- д) от всего перечисленного

69. В этиологии рака шейки матки ведущую роль играет

- А. Наследственность
- Б. Передающиеся половым путем вирусная инфекция
- В. Травмы шейки матки
- Г. Дисфункция яичников
- Д. Эндокринно-обменные нарушения

70. . Предраком шейки матки следует считать

- А. Дисплазии
- Б. Эктропион
- В. Эндоцервицит
- Г. Истинную эрозию
- Д. Сенильный кольпит

71. Скрининг-методом для выявления предрака и ранних форм рака шейки матки является

- А. Прицельная биопсия
- Б. Кольпоскопия

- В. Осмотр в зеркалах
- Г. Цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и канала шейки матки
- Д. Анкетирование

72. Обязательными методами исследования для уточнения диагноза рака шейки матки являются все нижеследующие, кроме

- А. Кольпоскопия'
- Б. Осмотр в зеркалах
- В. Ректовагинальное исследование
- Г. Пневмопельвиография
- Д. Прицельная биопсия

73. Наиболее частой гистологической формой среди злокачественных новообразований шейки матки является

- А. Саркома
- Б. Плоскоклеточный рак .
- В. Железистый рак
- Г. Хориокарцинома
- Д. Лейомиосаркома

74. Какой метод лечения показан при раке шейки матки I б стадии

- А. Экстирпация матки с придатками
- Б. Надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника
- В. Расширенная экстирпация матки по Вертгейму, дистанционная тампата-терапия
- Г. Сочетанное лучевое лечение
- Д. Электроконизация шейки матки

75. Назовите ведущий клинический симптом рака шейки матки

- А. Тазовая боль
- Б. Контактные кровотечения
- В. Слизисто-гнойные выделения
- Г. Ациклические маточные кровотечения

Д. Диспареуния

76. Определите объем неотложной помощи при кровотечении, обусловленном инфильтративным раком шейки матки

- А. Раздельное лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала шейки матки
- Б. Тугая тампонада влагалища
- В. Чревосечение, экстирпация матки
- Г. Циркулярное наложение зажимов на шейку матки
- Д. Чревосечение, перевязка внутренней подвздошной артерии

77. Предраковые заболевания и рак шейки матки наиболее часто развивается ;

- А. В канале шейки матки
- Б. На передней губе шейки матки
- В. В "переходной " зоне на стыке многослойного плоского и цилиндрического эпителия
- Г. На границе с влагалищными сводами
- Д. На задней губе шейки матки

78. Цитологическим эквивалентом понятия "дисплазия шейки матки" является

- А. Акантоз
- Б. Дискариоз
- В. Кариолизис.
- Г. Гиперкератоз;
- Д. Все перечисленные

79. Факторами, повышающими риск развития рака тела матки являются все нижеперечисленные, кроме

- А. Ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет
- Б. Дисфункциональные маточные кровотечения в анамнезе
- В. Частая смена половых партнеров
- Г. Поздняя менопауза
- Д. Первичное бесплодие

80. Проплиферация эндометрия стимулируется

- А. Прогестероном
- Б. Преднизолоном
- В. Эстрогенами.
- Г. Андрогенами
- Д. Тиреоидином

81. Какой из методов обследования и наиболее информативный для подтверждения диагноза Рак тела матки

- А. УЗИ
- Б. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки
- 3. Гистерография
- Г. Аспирационная биопсия
- Д. Лапароскопия

82. Основной клинический симптом рака тела матки

- А. периодическая тазовая
- Б. Контактные кровотечения
- В. Ациклические кровотечения
- Г. Нарушение функции соседних органов
- Д. Бесплодие

83. Для первого патогенетического варианта развития рака тела матки характерно все перечисленное ниже кроме

- А. Атрофия эндометрия
- Б. Стойкая ановуляция в анамнезе
- В. Нарушения детородной функции
- Г. Гиперплазия тека-ткани яичника
- Д. Ожирение или сахарный диабет

84. Для второго патогенетического варианта развития рака тела матки характерно все перечисленное ниже кроме

- А. Наличие сопутствующих обменно-эндокринных заболеваний (сахарный диабет, ожирение)
- Б Отсутствие в анамнезе нарушений менструальной и детородной функции
- В. Атрофия эндометрия и фиброз ткани яичника
- Г Быстрого роста и метастазирования
- Д. Низкой частоты развития синхронных опухолей в яичнике и молочных железах

85. Для своевременного выявления предрака и рака тела матки скрининговым методом является

- А. Гистологическое исследование соскоба эндометрия
- Б. Гистероскопия
- В. Гистерография
- Г. УЗИ малого таза
- Д. Цитологическое исследование аспирата из полости матки

86. Для лечения атипичической гиперплазии эндометрия применяют

- А. Преднизолон
- Б, Эстроген
- В I7-ОПК:
- Г. Метилтеостерон Д, Парлодель

87. Основные пути распространения рака тела матки нижеследующие кроме

- А шейка матки
- Б Параметрий,
- В. Влагалище
- Г. Сальник
- Д. Регионарные лимфатические узлы

88. Какие состояния эндометрия относятся к предраковым

- А. Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия
- Б. Полип эндометрия
- В. Атрофия эндометрия
- Г. Атипичическая гиперплазия эндометрия
- Д. Все ответы верны

89. Хориокарцинома - злокачественное новообразование:

- А. Децидуальной оболочки

- Б. Миометрия
- В. Трофобласта
- Г. Текаткани
- Д. Эндометрия

90. Для хориокарциномы характерно все перечисленное ниже кроме:

- А. Обязательной связи с маточной или внематочной беременностью
- Б. Раннего и быстрого метастазирования
- В. Рецидивирующих ациклических кровянистых выделений из половых путей
- Г. Метастаз в большой сальник

Д. Образование тека-лютеиновых кист яичников

91. Основным методом лечения хориокарциномы является:

- А. Хирургический
- Б. Дистанционная лучевая терапия
- В. Моно- или полихимиотерапия
- Г. Гормональная терапия
- Д. Симптоматическая терапия

92. Хориокарцинома чаще всего развивается после:

- А. Внематочной беременности
- Б. Родов
- В. искусственного прерывания беременности
- Г. Пузырного заноса
- Д. Позднего индуцированного выкидыша

93. Основной диагностический метод оценки эффективности лечения трофобластической болезни:

- А. Динамическая трансвагинальная эхография
- Б. Компьютерная томография
- В. Определение титра хорионического гонадотропина в сыворотке крови и моче в динамике
- Г. Гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием цервикального канала и полости матки
- Д. Все ответы верны

94. Клиническое течение трофобластических опухолей матки характеризуется:

- А. Кровотечением
- Б. Болями
- В. Увеличением матки
- Г. Появлением лютеиновых кист
- Д. Всем перечисленным

95. Наиболее характерным для хорионкарциномы является метастазирование:

- А. Гематогенное
- Б. Лимфогенное
- В. Имплантационное
- Г. Лимфогенное и гематогенное
- Д. Все перечисленное

96. Наиболее неблагоприятный прогноз, если хориокарцинома возникла после:

- А. Выкидыша
- Б. Пузырного заноса
- В. Родов
- Г. Внематочной беременности
- Д. Всего перечисленного

97. Хориокарцинома матки чаще встречается:

- А. У детей
- Б. В репродуктивном возрасте
- В. В пременопаузальном периоде
- Г. В постменопаузе
- Д. Нет зависимости частоты заболевания от возраста

98. Показания к экстренной операции при хориокарциноме:

- А. Величина матки более 10 недель
- Б. Величина матки более 12 недель
- В. Признаки перфорации матки и внутрибрюшного кровотечения
- Г. Лютеиновые кисты
- Д. Возраст женщины старше 40 лет

99. Предраком шейки матки следует считать:

- а) дисплазия
- б) эктропион

- в) эндоцервицит
- г) истинная эрозия
- д) сенильный кольпит

100. При подозрении на рак шейки матки, какой метод диагностики позволит наиболее точно установить диагноз?

- а) осмотр на зеркалах
- б) кольпоскопия, цитологическое исследование
- в) лимфография
- г) проба с уксусной кислотой
- д) все перечисленное



1. Больная 54 лет жалуется на посткоитальные кровотечения. Произведена прицельная биопсия йоднегативного участка шейки матки. При гисто-логическом исследовании биоптата выявлена картина плоскоклеточного умеренно дифференцированного рака. Глубина инвазии 6 мм. При бимануальном исследовании: матка и маточные придатки не увеличены, подвижные, безболезненные. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована.

Каков диагноз? Какова тактика?

2. Больная 32 лет обратилась к врачу с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. В течение 4 лет периодически проходила лечение у врача в женской консультации по поводу эктопии шейки матки. Применялись влагалитные ванночки с различными растворами и мазевыетампоны. При осмотре с помощью зеркал: на шейке матки видны разрастания в виде «цветной капусты». При бимануальном исследовании определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных

размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована, кровотечение

после осмотра. Каков диагноз? Что является стандартным хирургическим лечением?

3. Больная Н., 68 лет, постменопауза 18 лет, поступила в стационар с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Объективное обследование: при осмотре состояние удовлетворительное. АД — 180/110—160/100 мм рт.ст. Масса тела 88 кг, рост 158 см. Живот мягкий, при пальпации безболезнен. Стул и мочеиспускание не нарушены. При осмотре с помощью зеркал: шейка цилиндрическая, «сочная», из цервикального канала — незначительные кровянистые выделения. Бимануальное исследование: шейка матки не изменена, тело матки увеличено до 5—6-й недели беременности, плотное, безболезненное при пальпации, придатки не определяются, параметрии свободны, выделения кровянистые, умеренные. Ректальное исследование: опухолевые образования и инфильтраты в малом тазу не определяются. Произведена гистероскопия и отдельное диагностическое выскабливание матки с гистологическим исследованием соскобов: в соскобе из цервикального канала обнаружена слизь и небольшие сгустки крови, в соскобе из полости матки — очаговая пролиферация эндометрия со всеми признаками озлокачествления. Больной произведена операция — экстирпация матки с придатками. Гистологическое исследование операционного материала: опухоль ограничена эндометрием. Каков диагноз?

4. В гинекологическое отделение поступила больная 70 лет с жалобами на боли в левом бедре, особенно по ночам, на присутствие в моче и кале крови. Первый раз обратилась к врачу 3 мес

назад. После осмотра врачом онкогинекологом было назначено только симптоматическое лечение. При осмотре в зеркалах: шейку матки осмотреть не удастся из-за инфильтрации раковой тканью передней и задней стенок влагалища. Ректальное

исследование: стенки влагалища и прямой кишки инфильтрированы раковой тканью, плотные. Тело матки увеличено до 11-й недели беременности, плотное, бугристое. В параметриях с двух сторон пальпируются инфильтраты, достигающие до стенок таза. Каков диагноз? Какое лечение проводят при данной стадии?

**5.** Пациентка 39 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами

на ноющие боли в пояснице, внизу живота. Менструальный цикл не нарушен. Находится на диспансерном учете по поводу язвы желудка. Объективно: живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный. При бимануальном исследовании в области придатков матки с обеих сторон определяются подвижные, плотные опухоли величиной с мужской кулак. Матка не увеличена, плотной консистенции. Каков диагноз? Каким будет план ведения?

**6.** Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение на обследование с жалобами на боли внизу живота, нерегулярный стул, увеличение живота. Из анамнеза: 3 родов, 4 аборта. Часто лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не была. Объективно: живот несколько увеличен, болезненный в нижних отделах, при перкуссии определяется наличие жидкости в брюшной полости. При осмотре с помощью зеркал: шейка матки не эрозирована, светлые слизистые бели. Бимануальное исследование: в малом тазу пальпируются плотные конгломераты, малоподвижные, умеренно болезненные, матка отдельно не определяется. Каков диагноз? Какие дополнительные методы обследования необходимы в данном случае?

**7.** Больная С, 33 лет, поступила в стационар с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Анамнез: считает себя больной в течение 2 дней, когда впервые после задержки менструации (8 нед) появились ноющие боли внизу живота и кровяные выделения из половых путей. Объективно: состояние удовлетворительное; со стороны органов и систем патологии не выявлено. Осмотр шейки матки с помощью зеркал: шейка

матки цилиндрической формы, чистая; наружный зев закрыт; влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины, матка округлой формы, плотная, болезненна при пальпации, увеличена до 11—12-й недели беременности; придатки с обеих сторон увеличены, болезненны при пальпации, выделения кровяные, умеренные, своды глубокие, безболезненные. Каков предварительный диагноз? Каким будет план обследования? Каков заключительный диагноз? Как следует проводить лечение?

**8.** Больная М. 35 лет, обратилась к гинекологу по месту жительства с жалобами на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Данные анамнеза: в течение 2-х лет стояла внутриматочная спираль. После появления кровянистых выделений внутриматочную спираль удалили и провели противовоспалительное лечение, после которого вновь установили ВМС. Через три месяца появились контактные кровянистые выделения из половых путей. Через месяц ВМС удалили.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки несколько гипертрофирована, слизистая ее не изменена. При пальпации шейка матки эластичная. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие. Прямая кишка при пальцевом исследовании не изменена.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз? Клиническая группа?

Составьте план дополнительных методов обследования для уточнения характера заболевания.

Составьте план дополнительных методов обследования для оценки местной распространенности процесса и установления стадии заболевания.

Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

**9.** Больная Т., 39 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на контактные кровянистые выделения и водянистые бели из половых путей.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки в виде мелкобугристых разрастаний, напоминает цветную капусту, покрыта темными корками. При пальпации: тело матки нормальных размеров, область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз? Клиническая группа?

Составьте план дополнительных методов обследования для уточнения характера заболевания и оценки распространенности процесса.

Составьте план лечения больной.

**10.** Больная Т., 39 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на контактные кровянистые выделения и водянистые бели из половых путей.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки в виде мелкобугристых разрастаний, напоминает цветную капусту, покрыта темными корками. При пальпации: тело матки нормальных размеров, область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз? Клиническая группа?

Составьте план дополнительных методов обследования для уточнения характера заболевания и оценки распространенности процесса.

Составьте план лечения больной.

**11.** Больная Т., 59 лет. Жалоб не предъявляет. При профилактическом осмотре в смотровом кабинете участковой поликлиники патологии со стороны женских гениталий не обнаружено. Взят соскоб с шейки матки на онкоцитологию.

Данные цитологического исследования: IV тип мазка – подозрение на рак шейки матки.

Данные гинекологического осмотра: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища и шейка чистая. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные.

Вопросы:

Какие методы диагностики нужно применить для уточнения диагноза?

Какие методы потребуются для определения распространенности опухолевого процесса?

Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

**12.** Больная К., 45 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей после коитуса. Наследственность неотягощена. Было три беременности, одни роды и два медицинских аборта. Последний раз у гинеколога пациентка была 5 лет назад.

Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей женщины, шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» 2х3 см., кровоточащая при дотрагивании. Матка и придатки без особенностей. При ректальном исследовании в малом тазу инфильтраты не определяются.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз и стадия заболевания?

Что необходимо сделать для уточнения диагноза?

**13.** Больная М. 35 лет, обратилась к гинекологу по месту жительства с жалобами на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Данные анамнеза: в течение 2-х лет стояла внутриматочная спираль. После появления кровянистых выделений внутриматочную спираль удалили и провели противовоспалительное лечение, после которого вновь установили ВМС. Через три месяца появились контактные кровянистые выделения из половых путей. Через месяц ВМС удалили.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки несколько гипертрофирована, слизистая ее не изменена. При пальпации шейка матки эластичная. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие. Прямая кишка при пальцевом исследовании не изменена.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз? Клиническая группа?

Составьте план дополнительных методов обследования для уточнения характера заболевания.

Составьте план дополнительных методов обследования для оценки местной распространенности процесса и установления стадии заболевания.

Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

**14.** Больная Т., 39 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на контактные кровянистые выделения и водянистые бели из половых путей.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки в виде мелкобугристых разрастаний, напоминает цветную капусту, покрыта темными корками. При пальпации: тело матки нормальных размеров, область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз? Клиническая группа?

Составьте план дополнительных методов обследования для уточнения характера заболевания и оценки распространенности процесса.

Составьте план лечения больной.

**15.** Больная К., 40 лет. Жалобы на межменструальные выделения, водянистые мутные бели. В анамнезе: лечение по поводу папилломавирусной инфекции.

При гинекологическом осмотре: шейка матки уплотнена, отмечается ранимость, повышенная кровоточивость слизистой. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие. Прямая кишка при пальцевом исследовании не изменена.

Кольпоскопия: картина соответствует высокоатипичному эпителию.

Результаты биопсии: стромальная инвазия в глубину до 4 мм, инвазия по горизонтальному распространению до 7 мм.

При дообследовании (рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ органов малого таза и брюшной полости): признаков поражения регионарных лимфоузлов, диссеминации процесса нет.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз? Клиническая группа?

Определите стадию опухолевого процесса.

Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

**16.** Больная Т., 59 лет. Жалоб не предъявляет. При профилактическом осмотре в смотровом кабинете участковой поликлиники патологии со стороны женских гениталий не обнаружено. Взят соскоб с шейки матки на онкоцитологию.

Данные цитологического исследования: IV тип мазка – подозрение на рак шейки матки.

Данные гинекологического осмотра: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища и шейка чистая. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Сводки глубокие. Параметрии свободные.

## ВОПРОСЫ.

Какие методы диагностики нужно применить для уточнения диагноза?

Какие методы потребуются для определения распространенности опухолевого процесса?

Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

**17.** Больная К., 27 лет обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на контактные выделения из половых путей в течение 2-х последних месяцев.

Из анамнеза установлено: менструации с 14 лет по 3-5 дней, умеренные, безболезненные.

Половая жизнь с 22 лет, замужем. Б-1, закончившаяся самостоятельными родами крупным плодом (вес 4,2 кг). В родах отмечен разрыв шейки матки, накладывались кетгуттовые швы.

Последнее посещение гинеколога спустя 7 месяцев после родов. Патологии не выявлено.

При осмотре шейки матки в зеркалах обнаружено: шейка матки гипертрофирована, эрозирована вокруг цервикального канала, при контакте кровоточит. Из цервикального канала – скудные мажущие выделения. Матка и придатки пальпаторно не изменены. В параметриях – инфильтратов нет.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз, клиническая группа.
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. План обследования больной.
4. План лечения.
5. Прогноз работоспособности, режим диспансеризации.

**18.** Больная С., 67 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на боли в левой половой губе, зуд в области вульвы, усиливающийся ночью. Гинекологический анамнез: менструальный цикл был без особенностей. В браке с 23 лет, Р – 2, А – 0, В – 0. В менопаузе 28 лет. По поводу зуда вульвы лечилась консервативно, но эффекта не отмечено. Больная страдает сахарным диабетом.

Данные объективного обследования: больная тучная. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный. Увеличенных лимфатических узлов в паховых областях не обнаружено.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Большие половые губы со следами расчесов. Правая половая губа отечна, ближе к клитору имеется язва ~ 3х3 см с плотными инфильтрированными краями, легко кровоточащая при контакте. Влагалище емкое, выделения гнойные. Слизистая шейки матки не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков матки без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

Имеются ли у больной факторы риска развития этого заболевания?

Составьте план обследования больной.

Установите стадию заболевания по системе TNM.

Составьте план лечения больной.

Каков прогноз у больной?

**19.** Больная А., 56 лет, обратилась к хирургу с жалобами на учащенное мочеиспускание, постоянный зуд в области вульвы и наличие увеличенного лимфатического узла в левой паховой области, который обнаружила несколько дней назад при купании в душе.

Данные объективного обследования: больная повышенного питания, кожные покровы чистые, обычной окраски. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. В правой паховой области пальпируется плотный увеличенный до 2см, безболезненный смещаемый лимфоузел. Кожа над ним не изменена. При пальцевом исследовании прямой кишки патологических образований не выявлено, слизистая чистая, гладкая.

При наружном осмотре в области правой половой губы язва 4х3см с переходом на клитор и уретру. Слизистая вокруг уретры гиперемирована.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища атрофична, на правой половой губе язва 4х3см с переходом на клитор и уретру, инфильтрирующая подлежащие ткани, кровоточащая при контакте. Шейка матки конической формы, маленькая. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз? Клиническая группа?

Назначьте план дополнительных методов обследования постановки диагноза и определения распространенности опухолевого процесса.

Установите стадию заболевания по системе TNM.

Составьте план лечения больной.

Каков прогноз у больной.

**20.** Больная С., 67 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на боли в левой половой губе, зуд в области вульвы, усиливающийся ночью. Гинекологический анамнез: менструальный цикл был без особенностей. В браке с 23 лет, Р – 2, А – 0, В – 0. В менопаузе 28 лет. По поводу зуда вульвы лечилась консервативно, но эффекта не отмечено. Больная страдает сахарным диабетом.

Данные объективного обследования: больная тучная. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный. Увеличенных лимфатических узлов в паховых областях не обнаружено.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Большие половые губы со следами расчесов. Правая половая губа отечна, ближе к клитору имеется язва ~ 3х3 см с плотными инфильтрированными краями, легко кровоточащая при контакте. Влагалище емкое, выделения гнойные. Слизистая шейки матки не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков матки без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

Имеются ли у больной факторы риска развития этого заболевания?

Составьте план обследования больной.

Установите стадию заболевания по системе TNM.

Составьте план лечения больной.

Каков прогноз у больной?