

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шуматов Валентин Борисович

Должность: Ректор

Дата подписания: 16.10.2023 10:59:49

Уникальный программный код:

1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784ee019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

Заведующий кафедрой акушерства
и гинекологии

Матюшкина Л.С. / 

« 02 » 08 2023г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Б1.В.ДЭ.01.01 Патология шейки матки с
основами кольпоскопии

основной образовательной программы высшего образования

подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры
по специальности

31.08.01 Акушерство и гинекология

Направление подготовки
(специальность)

31.08.01 Акушерство и гинекология
(уровень подготовки кадров высшей
квалификации)

Уровень подготовки

ординатура

Направленность подготовки

02 Здравоохранение (в сфере
акушерства и гинекологии)

Форма обучения

очная

Срок освоения ООП

2 года

Институт/кафедра

Кафедра акушерства и гинекологии

Владивосток – 2023

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по направлению подготовки/специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), направленности 02 Здравоохранение (в сфере акушерства и гинекологии) в сфере профессиональной деятельности профессиональных (ПК) компетенций/

[https://tgmu.ru/sveden/files/31.08.01_Akusherstvo_i_ginekologiya\(4\).pdf#page=14](https://tgmu.ru/sveden/files/31.08.01_Akusherstvo_i_ginekologiya(4).pdf#page=14)

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства*
		Форма
1	Текущий контроль**	Тесты
		Вопросы для собеседования
		Задачи
2	Промежуточная аттестация**	Тесты
		Вопросы для собеседования
		Задачи

*Из набора видов оценочных средств оставить нужное

**При идентичности оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации возможно оформление одним Приложением или одной ссылкой

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме.

Оценочные средства для текущего контроля.

1. В структуре онкологической заболеваемости женщин злокачественные новообразования (ЗНО) шейки матки стабильно занимают

- 1) 1-е место;
- 2) 3-е место;
- 3) 5-е место;+
- 4) 7-е место.

2. Важнейшим фактором визуализации неопластических изменений является определение

- 1) девиации шейки;
- 2) зоны стыка между многослойным плоским и железистым эпителием;+
- 3) переходной зоны;+
- 4) смыкания стенок влагалища над шейкой матки.

3. Варианты нормальной кольпоскопической картины

- 1) метаплазированный эпителий;+
 - 2) многослойный плоский эпителий;+
 - 3) тонкий ацетобелый эпителий;
 - 4) эктопия и эктропион.+
4. Задачи кольпоскопии
- 1) выявить локализацию и границы очага поражения;+
 - 2) дифференцировать доброкачественные изменения от подозрительных в отношении злокачественности;+
 - 3) изучить под микроскопом состояние эпителия шейки матки, влагалища, вульвы;+
 - 4) осмотреть поверхность эндоцервикса, оценить складчатость, наличие полиповидных образований.
5. Кольпоскопию (КС) как один из методов диагностики заболеваний нижнего отдела половых путей предложил
- 1) Ганс Гинзельман;
 - 2) Луи Пастер;
 - 3) Роберт Кох
 - 4) Эмиль фон Беринг.
6. Кольпоскопы нового поколения основаны на применении
- 1) динамической спектральной системы отображения;+
 - 2) компьютерной томографии;
 - 3) магнитнорезонансной томографии;
 - 4) рентгенологических сигналов.
7. Задачи кольпоскопии
- 1) контролировать результаты лечения;
 - 2) осмотреть поверхность эндоцервикса, оценить складчатость, наличие полиповидных образований;
 - 3) осуществить прицельное взятие цитологических мазков и биопсии;+
 - 4) оценить динамику развития процесса;
 - 5) провести лечебную процедуру под контролем кольпоскопии.

Вопросы для собеседования

1. Анатомию и гистологию шейки матки, влагалища и вульвы, морфологические особенности, микробиоценоз влагалища.
2. Историю развития кольпоскопии, организация службы кольпоскопии.
3. Методы диагностики патологии шейки матки, влагалища и вульвы: цитологический метод, гистологический метод, клинико-визуальный осмотр, молекулярно-биологические методы и микроскопическая диагностика.
4. Задачи кольпоскопии и критерии оценки кольпоскопических картин.
5. Терминологию и классификации: международную кольпоскопических терминов, цитологических и гистологических заключений.
6. Задачи и возможности современных методов лечения патологии шейки матки под контролем кольпоскопии
7. Методика кольпоскопии, основные ошибки при проведении кольпоскопии.

Ситуационная задача

Задача №1. Больная М., 24 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бели и контактные кровянистые выделения. Анамнез: в детстве перенесла корь, ветрянную оспу, ангину, ОРЗ. Наследственность неотягощена. Менструации с 13 лет, установились сразу (по 4 дня, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Половую жизнь ведет с 23 лет, в течение 8 мес. беременности не было. Перенесенные гинекологические и венерические болезни отрицает; 3 мес. тому назад появились бели и контактные кровянистые выделения. Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые розового цвета. Со стороны органов и систем отклонений от нормы не обнаружено. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки субконической формы. Поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко-красного цвета, зернистая, покрытая гноевидно-слизистыми выделениями, размерами 2X2 см, легко кровоточащая при дотрагивании. Пальпаторно шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: наружные половые органы без патологических изменений, оволосение на лобке — по женскому типу. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная, поверхность ее гладкая. Влагалищные своды свободны, придатки не пальпируются. Выделения — бели с примесью крови.

Поставьте диагноз.

Микробиологическое исследование: в мазках из влагалища, цервикального канала, уретры и прямой кишки гонококка не обнаружено. В мазке из влагалища много лейкоцитов, микрофлора смешанная.

Кольпоскопия: подэпителиальные кровеносные сосуды расширены, анастомозируют; атипии сосудов не наблюдается. Имеется эктопия цилиндрического эпителия с зоной превращения по периферии эктопии.

Цитологическое исследование: определяется пролиферация цилиндрического эпителия (укрупнение ядер большинства клеток).

Гистологическое исследование (биопсия): установлена железистая псевдоэрозия шейки матки с воспалительной инфильтрацией.

Лечение: проведено противовоспалительное лечение в течение 1 мес.

Предложите план лечения.

Повторное микробиологическое исследование: после проведенного противовоспалительного лечения установлена II степень чистоты влагалища. В цервикальном канале и уретре лейкоциты не обнаружены. Однако эпителизации псевдоэрозии не произошло.

Какой план дальнейшего лечения вы рекомендуете?

Ответ.

1. Диагноз: псевдоэрозия шейки матки, эндоцервицит.

2. План лечения: ванночки с фурациллином, малавитом ежедневно в течение 20 дней; противовоспалительные свечи (гексикон, тержинан, далацин); иммунотерапия (иммуномакс, галавит, виферон).

3. План дальнейшего лечения: наблюдение, мазки на онкоцитологию, кольпоскопия в динамике, возможно радио- или криокоагуляция (температура криозонда 80С в течение 2,5 мин). Криовоздействие осуществляется за 7 дней до менструации. Повторное проведение кольпоскопии и кольпоцитологии через 30-40 дней после деструкции, затем дважды через 6 месяцев, затем ежегодно.

Критерии оценивания

Для зачета

«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточный контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме.

Оценочные средства для промежуточного контроля.

1. DySIS-кольпоскопия

- 1) исключает субъективность расширенной кольпоскопии за счет стандартизации процесса кольпоскопического обследования;+
- 2) позволяет выявить минимальные по размеру предраковые изменения на шейке матки;+
- 3) рентгенологический метод диагностики;
- 4) способствует улучшению выбора зон для взятия биопсии шейки матки.+

2. LSIL - обычно характеризуются

- 1) нежной мозаикой, нежной пунктацией;+
- 2) неравномерным прокрашиванием раствором Люголя;+
- 3) отсутствием прокрашивания раствором Люголя;
- 4) тонким ацетобелым эпителием с нечеткими, неровными краями.+

3. Аномальные кольпоскопические картины

- 1) выраженные изменения;+
- 2) метаплазированный эпителий;
- 3) неспецифические изменения;+
- 4) подозрение на инвазию;+
- 5) слабовыраженные изменения.+

4. Гистологический образец, в котором обнаруживается CIN II и p16+ должен быть классифицирован как

- 1) ASC-US;
- 2) HSIL;+
- 3) LSIL;
- 4) NLIM.

5. Для расширенной кольпоскопии используется

- 1) водный раствор Люголя;+
- 2) водный раствор спирта;
- 3) водный раствор уксусной кислоты;+
- 4) водный раствор хлоргексидина.

6. Для расширенной кольпоскопии используется раствор Люголя
 - 1) 1%;
 - 2) 2%;
 - 3) 3%;+
 - 4) 7%.
7. Для расширенной кольпоскопии используется раствор уксусной кислоты
 - 1) 1%;
 - 2) 2%;
 - 3) 3-5%;+
 - 4) 5-10%.
8. К выраженным изменениям II степени тяжести при кольпоскопии следует отнести
 - 1) бугристость эпителия;+
 - 2) быстрое побеление эпителия и длительное удержание ацетобелости;+
 - 3) выявление толстого плотного ацетобелого эпителия с четкими контурами;+
 - 4) грубую мозаику и пунктацию;+
 - 5) медленно возникающая и быстро проходящая реакция на уксусную кислоту.
9. К неспецифическим аномальным картинам относят
 - 1) истинную эрозию шейки матки;+
 - 2) лейкоплакию;+
 - 3) ослабления окраски эпителия после пробы Шиллера;+
 - 4) эктопию.
10. Кольпоскопическое заключение «подозрение на инвазию» возможно при обнаружении
 - 1) атипических и ломких сосудов;+
 - 2) бугристой поверхности;+
 - 3) некроза и некротической язвы;+
 - 4) ослабления окраски эпителия после пробы Шиллера;
 - 5) экзофитных образований.+
11. Критерии оценки тканей при расширенной кольпоскопии
 - 1) локализация и характер стыка эпителиев;+
 - 2) поверхность эндоцервикса;
 - 3) поверхность эпителия;+
 - 4) состояние сосудистого рисунка;+
 - 5) цвет эпителия.+
12. Перечислите критерии оценки тканей при расширенной кольпоскопии
 - 1) наличие полиповидных образований в эндоцервиксе;
 - 2) размеры образований, наличие и форма желез;+
 - 3) реакция на раствор уксусной кислоты и на раствор Люголя;+
 - 4) характер границ образований.+
13. Показания к LEEP
 - 1) верифицированные цитологически или в биоптате HSIL;+
 - 2) неоднократное выявление цитологической патологии при неполно видимых типах ЗТ;
 - 3) несоответствие цитологического, кольпоскопического и гистологического исследований;
 - 4) эктопия шейки матки.
14. Показаниями к выполнению биопсии являются
 - 1) аномальные кольпоскопические картины;+
 - 2) аномальные цитологические результаты мазков;+

- 3) выраженные изменения при расширенной кольпоскопии;+
- 4) наличие эктропиона.

15. Показаниями к кольпоскопическому исследованию являются

- 1) аномальные результаты цитологического исследования;+
- 2) выявление вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска;+
- 3) наличие подозрительных визуальных аномалий;+
- 4) результат онкоцитологического исследования - NILM.

16. При CIN I

- 1) недифференцированные клетки занимают нижнюю треть эпителиального пласта;+
- 2) незрелые аномальные клетки занимают более чем двух третей толщи эпителиального пласта или всю его толщину;
- 3) незрелые клетки занимают нижние две трети толщины эпителия;
- 4) определяется инвазия в подлежащую строму.

17. При CIN II

- 1) недифференцированные клетки занимают нижнюю треть эпителиального пласта;
- 2) незрелые аномальные клетки занимают более чем двух третей толщи эпителиального пласта или всю его толщину;
- 3) незрелые клетки занимают нижние две трети толщины эпителия;+
- 4) определяется инвазия в подлежащую строму.

18. При CIN III

- 1) недифференцированные клетки занимают нижнюю треть эпителиального пласта;
- 2) незрелые аномальные клетки занимают более чем двух третей толщи эпителиального пласта или всю его толщину, но инвазия в подлежащую строму отсутствует;+
- 3) незрелые клетки занимают нижние две трети толщины эпителия;
- 4) определяется инвазия в подлежащую строму

19. При втором типе зоны трансформации (ЗТ)

- 1) вся ЗТ видны полностью;
- 2) переходная зона и вся ЗТ видны полностью на экзоцервиксе, любых размеров;
- 3) переходная зона не видна даже при попытке инструментальной визуализации канала;
- 4) переходная зона расположена в эндоцервиксе, видна только при инструментальной визуализации канала, а ЗТ видна не полностью, любых размеров.+

20. При первом типе зоны трансформации (ЗТ)

- 1) переходная зона и вся ЗТ видны полностью на экзоцервиксе, любых размеров;+
- 2) переходная зона не видна даже при попытке инструментальной визуализации канала, большая часть или даже вся ЗТ расположена в эндоцервиксе, любых размеров;
- 3) переходная зона расположена в эндоцервиксе;
- 4) переходная зона расположена в эндоцервиксе, видна только при инструментальной визуализации канала, а ЗТ видна не полностью, любых размеров.

21. При пробе с уксусной кислотой оценивают

- 1) время удержания уксусно-белой реакции;+
- 2) продолжительности проявления очагов непрозрачного белого цвета на поверхности экзоцервикса;+
- 3) расширение нормальных подэпителиальных сосудов;
- 4) скорость появления уксусно-белой реакции.+

22. Расширенная кольпоскопия (РКС) – это

- 1) кольпоскопия после окраски акридином оранжевым, уранином, другими средствами;+
- 2) осмотр поверхности шейки матки и влагалища с помощью кольпоскопа при стандартном

увеличении в 8-40 раз с использованием медикаментозных средств;+
3) осмотр поверхности шейки матки и влагалища с помощью кольпоскопа при стандартном увеличении в 8-40 раз без использования медикаментозных средств;
4) осмотр эпителия с применением различных эпителиальных и сосудистых тестов.+

23. При третьем типе зоны трансформации (ЗТ)

- 1) переходная зона и вся ЗТ видны полностью на эктоцервиксе, любых размеров;
- 2) переходная зона не видна даже при попытке инструментальной визуализации канала, большая часть или даже вся ЗТ расположена в эндоцервиксе, любых размеров;+
- 3) переходная зона расположена в эндоцервиксе, видна только при инструментальной визуализации канала, а ЗТ видна не полностью, любых размеров.

24. Простая КС представляет собой

- 1) кольпоскопию после окраски акридином оранжевым, уранином, другими средствами;
- 2) осмотр поверхности шейки матки и влагалища с помощью кольпоскопа при стандартном увеличении в 8-40 раз с использованием медикаментозных средств;
- 3) осмотр поверхности шейки матки и влагалища с помощью кольпоскопа при стандартном увеличении в 8-40 раз без использования медикаментозных средств;+
- 4) осмотр эпителия с применением различных эпителиальных и сосудистых тестов.

Вопросы для собеседования

1. Микробиоценоз влагалища.
2. Аномальные кольпоскопические картины.
3. Кольпоскопия влагалища: особенности и техника выполнения. Поражения влагалища.
4. Кольпоскопия вульвы: особенности и техника вульвоскопии. Поражения вульвы. Анус и перианальная область.
5. Инвазивные вмешательства под контролем кольпоскопии: ножевая и петлевая биопсия шейки матки, деструктивные методы лечения (электрорадиохирургия, лазерная и аргоноплазменная абляция, диатермокоагуляция), удаление кондилом шейки матки и влагалища, удаление полипов цервикального канала

Ситуационные задачи

Задача №1. Больная М., 32 года, обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на постоянные слизисто-гнойные бели. Из анамнеза: менархе в 13 лет, менструации регулярные, через 30 дней по 4-5 дней, умеренные безболезненные. В анамнезе 4 беременности, которые закончились двумя срочными неосложненными родами и 2 мед. абортами. Пациентка в браке, живет регулярной половой жизнью, контрацепция – КОК (марвелон) в течение 1,5 лет. Соматические и гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. При объективном осмотре патологии не выявлено. Гинекологический осмотр: наружные гениталии развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая влагалища обычного цвета, без воспалительных явлений. На передней губе шейки матки визуализируется участок неправильной формы ярко-красного цвета 0,5*0,5 см на фоне бледной слизистой эктоцервикса. Выделения слизисто-гнойные, умеренные. При влагалищном исследовании: шейка матки цилиндрическая, симметричная, подвижная, безболезненная. Наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров и консистенции, безболезненно. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие. Параметрии свободные.

- 1.Предположительный диагноз.
- 2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
- 3.Составьте план обследования больной.
- 4.Лечение.
- 5.План дальнейшего диспансерного наблюдения.

Ответ.

- 1.Эктопия шейки матки.
- 2.Рак шейки матки, истинная эрозия, эритроплакия, сифилитическая язва, герпетические поражения шейки матки.
- 3.Мазки-отпечатки на онкоцитологию с шейки матки и цервикального канала, кольпоскопия, УЗИ гениталий, анализ крови на RW, обследование на ИППП (методом ПЦР, люминисцентной микроскопии, ИФА, культуральным методом), бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала, уретры и заднего свода, гистология биоптатов шейки матки.
- 4.Местносанирующее лечение в течение 10-14 дней с последующей деструкцией эктопии с помощью одного из видов хирургического лечения (криодеструкция, лазеркоагуляция, радиохимическое воздействие, электрокоагуляция).
- 5.Повторное проведение кольпоскопии и кольпоцитологии через 30-40 дней после деструкции, затем дважды через 6 месяцев, затем ежегодно.

Задача №2. Больная Р., 42 лет, обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на периодические слизисто-гнойные бели. Данные жалобы беспокоят больную в течение 6 месяцев, ранее не обследована. Из анамнеза: наследственность не отягощена. Менструации с 12 лет, регулярные через 25-26 дней по 3-5 дней, умеренные, безболезненные. Живет половой жизнью с 19 лет, в браке, контрацепция – барьерная. Было 3 беременности, одна из которых закончилась нормальными родами, а две другие медицинскими абортами без осложнений. Из гинекологических заболеваний в анамнезе: в возрасте 27 лет по поводу эктопии шейки матки была произведена криодеструкция, контрольная кольпоскопия после лечения не проводилась. Соматически здорова. Гинекологический осмотр: наружные гениталии без особенностей, оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки гипертрофирована, на задней губе шейки матки имеются возвышающиеся белесоватые участки с четкими контурами. Выделения слизисто-гноевидные в незначительном количестве. Влагалищное исследование: влагалище емкое, свободное. Шейка матки несколько гипертрофирована, цилиндрической формы. Наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров и консистенции, подвижно, безболезненно. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие. Параметрии свободные.

- 1.Предположительный диагноз.
- 2.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
- 3.Составьте план обследования больной.
- 4.На основании какого метода исследования может быть окончательно верифицирован диагноз?
- 5.Лечение.

Ответ

- 1.Лейкоплакия шейки матки.
- 2.Рак шейки матки, сифилитическая язва, герпетические поражения шейки матки с воспалительными осложнениями, цервицит с гнойными наложениями, ПВИ (плоские кандиломы).

3. Мазки-отпечатки на онкоцитологию с шейки матки и цервикального канала, кольпоскопия, УЗИ гениталий, анализ крови на RW, обследование на ИППП (методом ПЦР, люминисцентной микроскопии, ИФА, культуральным методом),
4. Бактериоскопическое (диагермоэлектронизация, радиохирургическая конизация).
5. Своевременная диагностика и лечение фоновых заболеваний шейки матки, ИППП, неспецифических воспалительных заболеваний шейки матки и влагалища, коррекция нарушений иммунитета и дисбиотических процессов.

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета/зачета с оценкой

5. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

«**Зачтено**» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

«**Не зачтено**» выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.