

با ماه خنجر

طبابت هنر است،

هنر هماهنگی قلب و اندیشه.



- سرشناسه : شفیع زاده؛ فاطمه - ۱۳۶۴
- عنوان و نام پدیدآور : ژنیکوانکولوژی در ۳ روز طلایی -
- Berek & Novak s Gynecology edition16 2020**
- Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition 2020**
- مشخصات نشر : تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
- مشخصات ظاهری : ۶۷۴ص: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).
- شابک : ۷ - ۵۴ - ۵۶۰۳ - ۶۲۲ - ۹۷۸
- فروست : UpToDate 202303----HPV
- وضعیت فهرست نویسی : UpToDate 202303----endometrial hyperplasia
- یادداشت : فیبا
- موضوع : کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب
- "Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition 2020"**
- موضوع : سرطان‌های زنان
- رده‌بندی کنگره : RG۵۲۴
- رده‌بندی دیویی : ۲/۶۱۸
- شماره کتابشناسی ملی : ۷۵۹۲۵۵۹

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار	درسنامه ژنیکوانکولوژی در ۳ روز طلایی حاضر برگرفته از کتاب
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲	رفرنس
تیراژ: ۲۰ جلد	" Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition 2020
شابک: ۷-۵۴-۵۶۰۳-۶۲۲-۹۷۸	Berek & Novak s Gynecology edition16 2020 است.
بهاء: ۷۴۳۰۰۰ تومان	ترجمه و تلخیص: دکتر فاطمه شفیع زاده
	ناشر: انتشارات کاردیا
	صفحه آرا: رزیدنت‌یار- سیده زهرا عربی زنجانی
	طراح و گرافیک: رزیدنت‌یار- مهرداد فیضی

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

ژنیکوانکولوژی در ۳ روز طلایی

کتاب جامع آمادگی برای آزمونهای بورده تخصصی و فلوشیپ انکولوژی زنان

Berek & Novak s Gynecology edition16 2020
Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition 2020
UpToDate 202303----endometrial hyperplasia
UpToDate 202303----HPV

تألیف

دکتر فاطمه شفیق زاده

متخصص زنان و زایمان

فلوشیپ انکولوژی زنان

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۳ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مباحث زنان و زایمان گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶ ۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com
info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

"هواشانی"

مقدمه مولف

با عنایت حضرت حق و حمایت و راهنمایی دوستان عزیزم و رزیدنت های محترم بر این شدم، آنچه را که در کلاسهای ژنیکوانکولوژی به رزیدنتهای عزیزم تدریس می کنم به صورت کتابی مدون در بیاورم تا برای استفاده همه رزیدنت های این خاک و متخصصین محترم زنان سرزمینم که خواهان شرکت در آزمون فلوشیپ ژنیکوانکولوژی هستند، در دسترس باشد.

این مجموعه تألیفی از تمام نکات فصول ژنیکوانکولوژی از رفرانس اعلام شده برای آزمون بورد ۱۴۰۲ می باشد. از آنجایی که رفرانس آزمون فلوشیپ نیز عمدتاً از همین مباحث و فصول می باشد، برای عزیزان خواهان شرکت در آزمون فلوشیپ نیز کارایی بسیار مثبت دارد. بر آنم تا در این مجموعه همچون معلمی در کنار تان حضور داشته باشم، تا به عنوان رزیدنت زنان و یا متخصص زنان به تسلط کامل بر مباحث ژنیکوانکولوژی فائق آید.

باشد تا این مباحث بسیار مهم و کاربردی که تا قبل از این مجموعه برای اغلب عزیزان جزء مباحث حذفیات امتحانات جنرال بوده است، به مباحثی کاملاً یاد گرفته شده و شیرین تبدیل گردد تا در آزمون های پیش رو از دیدن سؤالات ژنیکو لبخند شادی از توانایی تان برای پاسخگویی به تمام آنها بر لبان زیبای تان نقش بندد.

کتاب حاضر حاوی سؤالات پاسخ کوتاه در مورد نکات آموزشی و امتحانی فصول ژنیکوانکولوژی کتابهای چاپ شانزدهم نواک و چاپ دوازدهم تلیندز و نیز دو مقاله uptodate مرتبط با ژنیکوانکولوژی از رفرانس های اعلام شده برای آزمون بورد ۱۴۰۲ میباشد.

مجموعه تألیف شده پیشرو حاوی ۳۷۰۲ نکته به صورت سؤال و جواب است که با احتساب صرف یک دقیقه برای مطالعه و یادگیری هر کدام حدوداً در زمانی معادل کمتر از سه روز شما عزیزان به تمام نکات تسلط کافی را پیدا خواهید کرد.

امیدوارم این مجموعه در آموزش ژنیکوانکولوژی و ارتقای سطح علمی جامعه زنان و زایمان ارزشمند و کارا باشد.

همکاران عزیز و محترم اگر نقدی به مجموعه حاضر دارید، از طریق آدرس

shafizadehfatemeh64@gmail.com با اینجانب می توانید در ارتباط باشید.

با کمال تشکر قبلی

دکتر فاطمه شفیع زاده

Novak2020 Edition 16

- فصل ۱۶- بیماری داخل اپی تلیومی سرویکس، واژن و وولو ۱۳
- آزمون ۱: ابتدای فصل تا ابتدای غربالگری ۱۴
- آزمون ۲: از ابتدای غربالگری تا ابتدای ASC ۲۳
- آزمون ۳: از ابتدای ASC تا ابتدای تدابیر درمانی ۳۰
- آزمون ۴: از ابتدای تدابیر درمانی تا ابتدای کونیزاسیون ۳۸
- آزمون ۵: از ابتدای کونیزاسیون تا ابتدای VID ۴۷
- آزمون ۶: از ابتدای VID تا آخر فصل ۵۳
-
- فصل ۱۹- بیماری‌های خوش خیم پستان ۶۱
- آزمون ۱: از ابتدای فصل تا ابتدای گزارشات ماموگرافی ۶۲
- آزمون ۲: از ابتدای گزارشات ماموگرافی تا ابتدای CNB ۶۹
- آزمون ۳: از ابتدای CNB تا ابتدای تومور فیلودس ۷۶
- آزمون ۴: از ابتدای تومور فیلودس تا ابتدای ترشح پستان ۸۵
- آزمون ۵: از ابتدای ترشح پستان تا آخر فصل ۹۵
-
- فصل ۳۷- سرطان رحم ۱۰۷
- آزمون ۱: از ابتدای فصل تا ابتدای علائم کنسر اندومتر ۱۰۸
- آزمون ۲: از ابتدای علائم کنسر اندومتر تا ابتدای clear cell ۱۱۴
- آزمون ۳: از ابتدای clear cell تا ابتدای سائز تومور ۱۲۰
- آزمون ۴: از ابتدای سائز تومور تا ابتدای لاپاروسکوپی هیستریکتومی ۱۲۶
- آزمون ۵: از ابتدای لاپاروسکوپی هیستریکتومی تا ابتدای extended field radiotherapy ۱۳۲
- آزمون ۶: از ابتدای extended field radiotherapy تا ابتدای کموتراپی در موارد عود ۱۳۶
- آزمون ۷: از ابتدای کموتراپی در موارد عود تا ابتدای لیومیوسارکوم ۱۴۲
- آزمون ۸: از ابتدای لیومیوسارکوم تا آخر فصل ۱۴۸

فصل ۳۸- سرطان سرویکس و واژن	۱۵۵
آزمون ۱: از ابتدای فصل تا ابتدای staging	۱۵۶
آزمون ۲: از ابتدای staging تا ابتدای کارسینوم آدنواسکواموس	۱۶۴
آزمون ۳: ابتدای کارسینوم آدنواسکواموس تا ابتدای هیستریکتومی رادیکال	۱۷۲
آزمون ۴: از ابتدای هیستریکتومی رادیکال تا ابتدای ارزیابی SLN	۱۸۲
آزمون ۵: از ابتدای ارزیابی SLN تا ابتدای IMRT	۱۹۲
آزمون ۶: از ابتدای IMRT تا ابتدای عوارض RT	۱۹۹
آزمون ۷: از ابتدای عوارض RT تا ابتدای کنسر سرویکس در حاملگی	۲۰۳
آزمون ۸: از ابتدای کنسر سرویکس در حاملگی تا ابتدای pelvic exenteration	۲۱۳
آزمون ۹: از ابتدای pelvic exenteration تا ابتدای پاتولوژی	۲۲۴
آزمون ۱۰: از ابتدای پاتولوژی تا آخر فصل	۲۳۴

فصل ۳۹- سرطان تخمدان، لوله فالوپ و پریتونئ	۲۴۳
آزمون ۱: از ابتدای ابتدای فصل تا ابتدای برنر تومور	۲۴۴
آزمون ۲: از ابتدای برنر تومور تا ابتدای HNPCC	۲۵۲
آزمون ۳: از ابتدای HNPCC تا ابتدای الگوهای انتشار	۲۵۸
آزمون ۴: از ابتدای الگوهای انتشار تا ابتدای advanced stage OC	۲۶۶
آزمون ۵: از ابتدای advanced stage OC تا ابتدای کموتراپی	۲۷۲
آزمون ۶: از ابتدای کموتراپی تا ابتدای کموتراپی و بوسازیموماب	۲۷۸
آزمون ۷: از ابتدای کموتراپی و بوسازیموماب تا ابتدای کموتراپی در عود	۲۸۲
آزمون ۸: از ابتدای کموتراپی در عود تا ابتدای HT	۲۸۶
آزمون ۹: از ابتدای HT تا ابتدای درمان دیس ژرمینوم	۲۹۰
آزمون ۱۰: از ابتدای درمان دیس ژرمینوم تا ابتدای درمان تراتوم ایماچور	۲۹۸
آزمون ۱۱: از ابتدای درمان تراتوم ایماچور تا ابتدای مقایسه آبرو و کموتراپی ادجوانت در GCT مرحله ۱	۳۰۴
آزمون ۱۲: از ابتدای مقایسه آبرو و کموتراپی ادجوانت در GCT مرحله ۱ تا ابتدای تومورهای سرتولی- لیدیگ	۳۱۲
آزمون ۱۳: ابتدای تومورهای سرتولی-لیدیگ تا آخر فصل	۳۱۸

فصل ۴۰- سرطان وولو	۳۲۵
آزمون ۱: ابتدای فصل تا ابتدای staging	۳۲۶
آزمون ۲: از ابتدای staging تا ابتدای advanced stage	۳۳۴

- آزمون ۳: از ابتدای **advanced stage** تا ابتدای عوارض ۳۴۰
- آزمون ۴: از ابتدای عوارض تا ابتدای **staging** ملانوم ۳۴۶
- آزمون ۵: از ابتدای **staging** ملانوم تا ابتدای درمان کارسینوم بارتولن ۳۵۴
- آزمون ۶: از ابتدای درمان کارسینوم بارتولن تا آخر فصل ۳۶۰

فصل ۴۱- بیماری تروفوبلاستیک حاملگی ۳۶۹

- آزمون ۱: ابتدای فصل تا ابتدای مول هیداتیفورم ناقص ۳۷۰
- آزمون ۲: ابتدای مول هیداتیفورم ناقص تا ابتدای ارزیابی تشخیصی ۳۷۸
- آزمون ۳: ابتدای ارزیابی تشخیصی تا ابتدای کموتراپی ترکیبی ۳۸۶
- آزمون ۴: از ابتدای کموتراپی ترکیبی تا آخر فصل ۳۹۴

فصل ۴۲- سرطان پستان ۳۹۹

- آزمون ۱: از ابتدای فصل تا ابتدای **invasive carcinoma** ۴۰۰
- آزمون ۲: از ابتدای **invasive carcinoma** تا ابتدای **BCT** ۴۱۰
- آزمون ۳: از ابتدای **BCT** تا ابتدای درمان هدفمند **HER2** ۴۱۸
- آزمون ۴: از ابتدای درمان هدفمند **HER2** تا آخر فصل ۴۲۴

Telinde 's 2020 Edition 12

فصل ۲۲- جراحی ضایعات پره کنسروس سرویکس ۴۳۳

- آزمون ۱: از ابتدای فصل تا ابتدای **LEEP** ۴۳۴
- آزمون ۲: از ابتدای **LEEP** تا آخر فصل ۴۴۲

فصل ۲۳- جراحی بیماری تهاجمی و پیش تهاجمی وولو و واژن ۴۵۱

- آزمون ۱: از ابتدای فصل تا ابتدای تبخیر با لیزر **CO2** ۴۵۲
- آزمون ۲: از ابتدای تبخیر با لیزر **CO2** تا ابتدای لنفادنکتومی اینگوئینوفمورال ۴۶۱
- آزمون ۳: از ابتدای لنفادنکتومی اینگوئینوفمورال تا آخر فصل ۴۶۷

فصل ۲۴- جراحی سرطان اندومتر ۴۷۷

- آزمون ۱: از ابتدای فصل تا ابتدای جراحی سرطان اندومتر ۴۷۸
- آزمون ۲: از ابتدای جراحی سرطان اندومتر تا ابتدای رویکرد جراحی ۴۸۵

آزمون ۳: از ابتدای رویکرد جراحی تا آخر فصل ۴۹۷

فصل ۲۵- جراحی سرطان سرویکس ۵۰۵

آزمون ۱: از ابتدای فصل تا ابتدای رویکرد جراحی در کنسر اولیه ۵۰۶

آزمون ۲: از ابتدای رویکرد جراحی در کنسر اولیه تا ابتدای ارزیابی و اکسپلور شکم ۵۱۲

آزمون ۳: از ابتدای ارزیابی و اکسپلور شکم تا ابتدای عوارض پس از جراحی ۵۲۲

آزمون ۴: از ابتدای عوارض پس از جراحی تا آخر فصل ۵۳۰

فصل ۲۶- جراحی سرطان تخمدان ۵۴۱

آزمون ۱: از ابتدای فصل تا ابتدای جراحی با حفظ باروری ۵۴۲

آزمون ۲: از ابتدای جراحی با حفظ باروری تا ابتدای آپاندکتومی و دبالکینگ ۵۵۰

آزمون ۳: از ابتدای آپاندکتومی و دبالکینگ تا ابتدای جراحی در بیماری راجعه ۵۶۱

آزمون ۴: از فصل جراحی سرطان تخمدان (ابتدای جراحی در بیماری راجعه تا آخر فصل ۵۷۱

Up to date

مدیریت و پیش آگهی هایپرپلازی اندومتر: Up to date-endometrial hyperplasia202303 ۵۷۷

آزمون ۱- Up to date-endometrial hyperplasia ۶۰۲

آزمون ۲- Up to date-endometrial hyperplasia ۶۰۹

آزمون ۳- Up to date-endometrial hyperplasia ۶۱۵

آزمون ۴- Up to date-endometrial hyperplasia ۶۲۱

آزمون ۵- Up to date-endometrial hyperplasia ۶۲۸

واکسیناسیون HPV ۶۳۵

آزمون ۱ ۶۵۶

آزمون ۲ ۶۶۲

آزمون ۳ ۶۶۸

**بیماری داخل اپی تلیومی
سرویکس، واژن و وولو**

**Section 16
Novak**



آزمون ۱

Section 16 Novak

۱. ضایعه پیش ساز اولیه کنسر سرویکس (دیسپلازی) را تعریف کنید:
۲. CIS چیست؟
۳. با معرفی مفهوم CIN، کدام خصلت دیس پلازی پررنگ مطرح شد؟
۴. چهار خصلت هیستوپاتولوژیک تیپیک IN را نام ببرید:
۵. CIN 1 را تعریف کنید:
۶. CIN 2 را تعریف کنید:
۷. CIN 3 را تعریف کنید:
۸. سرویکس از کدام انواع اپی تلیوم ساخته شده؟ محل آناتومیک هر کدام کجاست؟
۹. SCJ را تعریف کنید؟
۱۰. مکان آناتومیک SCJ کجاست؟
۱۱. تغییر محل SCJ تحت چه عواملی است؟
۱۲. مکان SCJ در نوزادان کجاست؟





۱۳. روند متاپلازی از چه زمانی در سرویکس آغاز می‌شود؟ تحت چه هورمونی است؟
۱۴. روند متاپلازی در اپیتلیوم سرویکس را توضیح دهید:
۱۵. چگونه T.Z بوجود می‌آید؟
۱۶. T.Z را تعریف کنید:
۱۷. بلوغ اپیتلیوم متاپلاستیک به چه بافتی می‌رسد؟ و با پیدایش کدام خصلت در این سلولها حاصل می‌شود؟
۱۸. CIN بطور تیپیک در کدام منطقه آناتومیک شکل می‌گیرد؟
۱۹. بروز CIN در کدام لیپ شایعتر است؟
۲۰. CIN حتی بعد پیشرفت موضعی در کدام بافت جایگزین نمی‌گردد؟
۲۱. ضایعات CIN در موقعیت پروگزیمال، کدام منطقه را درگیر میکنند؟
۲۲. چگونه محل SCJ اولیه را میتوان پیدا کرد؟
۲۳. healed T.Z را تعریف کنید: مهمترین خصوصیت بالینی آن چیست؟
۲۴. کدام نواحی سرویکس در مقابل عوامل انکوژن آسیب پذیرند؟
۲۵. در کدام برهه های زندگی باروری یک خانم احتمال بروز CIN در بیشترین حد و در کدام برهه د ر کمترین حد است؟
۲۶. ورود عوامل انکوژن کنسر سرویکس از چه طریقی است؟
۲۷. مهمترین RF پیدایش CIN چیست؟
۲۸. اپیتلیوم سنگفرشی سرویکس و واژن چندلایه دارد؟ نام ببرید:





۲۹. خصوصیات لایه بازال اپیتلیوم سنگفرشی سرویکس و واژن را بیان نمایید:
۳۰. خصوصیات لایه پارابازال اپیتلیوم سنگفرشی سرویکس و واژن را بیان نمایید:
۳۱. خصوصیات لایه intermediate اپیتلیوم سنگفرشی سرویکس و واژن را بیان نمایید:
۳۲. خصوصیات لایه سوپرفیشیال اپیتلیوم سنگفرشی سرویکس و واژن را بیان نمایید:
۳۳. مسئول تولید گلیکوژن کدام بخش آناتومیک از کدام لایه سرویکس است؟
۳۴. از کدام خصلت کدام لایه سرویکس در انجام تست سیتولوژی سرویکس استفاده می‌شود؟
۳۵. کدام سلولهای سرویکس محل ذخیره گلیکوژن میباشند؟
۳۶. خصایص اپیتلیوم استوانه ای سرویکس چیست؟
۳۷. مکانیسم تشکیل gland opening در سرویکس را نام ببرید:
۳۸. اپیتلیوم متاپلاستیک از کدام سلولها شروع می‌شود؟ در اثر کدام خصلت محیطی تکثیر این سلولها آغاز می‌شود؟
۳۹. خصایص هیستوپاتولوژیک سلولهای متاپلاستیک نابالغ را بیان نمایید:
۴۰. آغاز روند متاپلازی در کدام بخش سلول استوانه ایست؟
۴۱. با جایگزین شدن متاپلازی بجای اپیتلیوم استوانه ای سرنوشت مویرگهای مرکزی چه می‌شود؟
۴۲. روند تشکیل کیستهای نوبوتین را توضیح دهید:
۴۳. کویلو سیتوز را تعریف کنید:
۴۴. در گذشته از کدام ترمینولوژی بجای کویلو سیتوز استفاده میشد؟





۴۵. در بیولوژی مولکولار نشانه های عفونت فعال HPV چیست؟
۴۶. علت اصلی کنسر سرویکس چیست؟
۴۷. ویروس در کدام تایپ سلولها (از نظر تمایز) قابل تکثیر است؟
۴۸. سه خصلت ضایعات high grade CIN نسبت به کویلوسیتوز چیست؟
۴۹. برای ترانسفورماسیون بدخیم در سلولهای آلوده به ویروس چه اتفاقی لازم است؟
۵۰. آیا از کارسینوزن HPV شاهد مستقیم داریم؟ چرا؟
۵۱. میزان CIN قابل انتساب به HPV چقدر است؟
۵۲. چهار تایپ high risk HPV را نام ببرید:
۵۳. شایعترین تایپ HPV در کنسر مهاجم و high grade CIN چیست؟
۵۴. شایعترین تایپ HPV در سیتولوژی طبیعی چیست؟
۵۵. در تومورهای مهاجم ابتلا به کدام تایپ HPV اختصاصی تر است؟
۵۶. کدام نوع ابتلا به عفونت HPV در ایجاد ضایعات پره کنسروس سرویکس لازم است؟
۵۷. عفونت HPV معمولاً طی چه مدت از بین میروند؟
۵۸. RF های پیشرفت و تداوم عفونت HPV چیست؟
۵۹. خصلت عفونت HPV معمولاً و اغلب چیست؟





پاسخنامه

Section 16 Novak

۱. نوعی از تغییرات سلولی با نمای کنسر مهاجم ولی محدود به اپیتلیوم
۲. high grade CIN
۳. توانایی پیشرفت به کارسینوم مهاجم
۴. نابالغ بودن سلولی/ به هم خوردن سازمان سلولی/ اختلالات هسته ای/ افزایش فعالیت میتوزی
۵. وجود تغییرات IN در ثلث تحتانی اپیتلیوم
۶. وجود تغییرات IN در ثلث میانی اپیتلیوم
۷. وجود تغییرات IN در ثلث فوقانی اپیتلیوم
۸. اندوسرویکس: اپیتلیوم استوانه ای
اگزوسرویکس: اپیتلیوم سنگفرشی
۹. محل اتصال دو نوع اپیتلیوم سرویکس را پیوستگاه سنگفرشی-استوانه ای مینامند.
۱۰. نقطه دینامیک است که مکان آناتومیک ثابت ندارد.
۱۱. بلوغ/ حاملگی/ یائسگی/ تغییرات هورمونا





۱۲. در آگزوسرویکس
۱۳. در زمان منارک- استروژن
۱۴. در زمان منارک، تولید استروژن سبب انباشته شدن اپیتلیوم واژن با گلیکوژن می شود. لاکتوباسیلها با اثر بر روی گلیکوژن، Ph را کاهش میدهند و باعث می شوند سلولهای ذخیره ای subcolumnar دستخوش متاپلازی شوند.
۱۵. پیشرفت روند متاپلازی از ناحیه SCJ اصلی به طرف ex.os و بر روی پرزهای استوانه ای باعث شک ل گیری T.Z می شود.
۱۶. از SCJ اورجینال تا SCJ فیزیولوژیک فعال
۱۷. شبیه اپیتلیوم سنگفرشی می شود- توانایی تولید گلیکوژن را دارا شوند.
۱۸. در T.Z/البته در لیپ قدام دو برابر شایعتر از لیپ خلف است و در زوایای جانبی سرویکس ندرتا ا تفاق میافتد.
۱۹. قدام
۲۰. اپیتلیوم اسکواموس
۲۱. سرویکال cleft
۲۲. نوبوتین سیست/ منافذ شکافهای سرویکال (gland opening)
۲۳. پس از اینکه اپیتلیوم متاپلاستیک بالغ شد و شروع به ساخت گلیکوژن کرد، آن را ناحیه تغییر شکل ترمیم یافته، می نامیم- دارای مقاومت نسبی در مقابل محرکهای انکوژن هستند.
۲۴. SCJ و سلولهای واقع در مراحل اولیه متاپلازی





۲۵. در هنگام منارک یا بدنبال حاملگی در بیشترین حد/ بعد یائسگی در کمترین حد
۲۶. تماس جنسی
۲۷. عفونت پایدار با high risk HPV
۲۸. چهار لایه- بازال/ پارابازال/ حدواسط/ سطحی
۲۹. یک ردیف سلول نابالغ/ هسته های بزرگ/ سیتوپلاسم ناچیز
۳۰. دو تا چهار ردیف سلول نابالغ/ دارای میتوز طبیعی
۳۱. چهار تا شش ردیف سلول/ سیتوپلاسم بیشتر/ چند وجهی/ با فضاهاى بین سلولی از هم جدا می‌شوند
۳۲. پنج تا هشت ردیف سلول/ هسته های یک شکل کوچک پیکنوتیک/ سیتوپلاسم مملو از گلیکوژن/ سلولها دارای خصلت اکسفولیاتیو می باشند.
۳۳. پلهای بین سلولی- لایه حدواسط
۳۴. خصلت اکسفولیاتیو- لایه سطحی
۳۵. لایه سطحی
۳۶. تک لایه/ موکوس در رأس سلول/ یک هسته گرد در قاعده سلول
۳۷. اپیتلیوم استوانه ای سرویکس دارای چین و شکنجهای متعدد است که وقتی متاپلازی سنگفرشی روی آن را مفروش کند، منافذ غده ای تشکیل می‌شود.
۳۸. سلولهای ذخیره ای subcolumnar- اسیدیتیه پایین واژن
۳۹. هسته بزرگ/ سیتوپلاسم ناچیز/ فاقد گلیکوژن





۴۰. نوک پرزهای استوانه ای
۴۱. دچار پسرقت می شود.
۴۲. اگر اپیتلیوم استوانه ای ترشح کننده موکوس در زیر اپیتلیوم سنگفرشی به دام بیافتد و این غدد م دفون شوند و به سطح باز نشوند، کیست نابوت تشکیل می شود.
۴۳. تغییرات سیتولوژیک ناشی از HPV
۴۴. دیسپلازی خفیف
۴۵. مقادیر بالای DNA HPV / وجود آنتی ژن کپسید
۴۶. عفونت پابر جای high risk HPV
۴۷. سلولهای کمتر تمایز یافته
۴۸. ناپدید شدن کویلوسیتها/ کاهش تعداد رونوشت HPV / از بین رفتن آنتی ژن کپسید
۴۹. وارد شدن DNA ی فعال از نظر نسخه برداری به داخل سلول میزبان و بارز شدن اونکوپروتئینهای E7 & E6
۵۰. خیر- چون HPV در محیط کشت سلولی رشد نمی کند.
۵۱. بالای ۹۰٪
۵۲. این ۱۳ نوع: ۱۶ / ۱۸ / ۳۱ / ۳۳ / ۳۵ / ۳۹ / ۴۵ / ۵۱ / ۵۲ / ۵۶ / ۵۸ / ۵۹ / ۶۸
۵۳. تایپ ۱۶
۵۴. تایپ ۱۶





۵۵. تایپ ۱۸

۵۶. ابتلای پابرجا به عفونت HPV

۵۷. طی ۹-۱۵ ماه

۵۸. دخانیات / OCP / سایر STDها / وضعیت تغذیه ای

۵۹. گذرا





سوالات آزمون ۲

Section 16 Novak

۱. روش اولیه اصلی غربالگری کنسر سرویکس چه بوده؟
۲. طبق سیستم بتسدا، ضایعات سنگفرشی بالقوه پره کنسروس، چند دسته اند؟ نام ببرید:
۳. انواع زیرگروه دسته ASC را نام ببرید:
۴. انواع زیرگروه دسته LSIL را نام ببرید:
۵. انواع زیرگروه دسته HSIL را نام ببرید:
۶. دسته AGUS را تعریف کنید:
۷. طبق یافته های بیولوژی مولکولار و مورفولوژی کویلسیتوز و CIN1 چه تفاوتی باهم دارند؟
۸. تست پاپ اسمیر چیست؟
۹. تأثیر مثبت غربالگری کنسر سرویکس با سیتولوژی سرویکس و واژن، از لحاظ آماری چقدر بوده است؟
۱۰. از لحاظ غربالگری، عمدتاً کنسر سرویکس در کدام دسته افراد به وجود میاید؟





۱۱. افراد غربالگری شده چرا دچار کنسر سرویکس می‌شوند؟
۱۲. علل خطای نمونه برداری در غربالگری کنسر سرویکس با سیتولوژی چیست؟
۱۳. علل خطای فیکساسیون در غربالگری کنسر سرویکس با سیتولوژی چیست؟
چگونه مرتفع می‌شود؟
۱۴. خطای تفسیر در غربالگری کنسر سرویکس با سیتولوژی چگونه مرتفع شده است؟
۱۵. با روش سیتولوژی conventional چند درصد سلولها به لام منتقل می‌شوند؟ چگونه میتوان به ای ن مشکل فائق آمد؟
۱۶. برای بیمار دارای spotting به چه روش سیتولوژی سرویکس را انجام دهیم؟ چگونه میتوان به مش کل حضور RBCها فائق آمد؟
۱۷. مزیت بزرگ انجام غربالگری کنسر سرویکس با سیتولوژی به روش liquidbase نسبت به conven tional چیست؟
۱۸. سلولهای کوبلوسیت چه نمایی در هیستوپاتولوژی دارند؟
۱۹. روش اتومات مورد تأیید FDA برای غربالگری با لام چیست؟
از چه میکروسکوپی در این روش استفاده می‌شود؟
۲۰. تریاژ نتایج سیتولوژی مینی بر ASC-US چیست؟
۲۱. تست HPV typing چه جایگاهی در غربالگری کنسر سرویکس دارد؟
۲۲. طبق ACOG شروع غربالگری کنسر سرویکس از چه زمانی است؟
۲۳. طبق ACOG دفعات غربالگری کنسر سرویکس در سنین ۲۱-۲۹ چگونه است؟
تهیه سیتولوژی باید به چه روشی باشد؟





۲۴. طبق ACOG دفعات غربالگری کنسر سرویکس در سنین بعد ۳۰ سالگی چگونه است؟
۲۵. طبق ACOG دفعات غربالگری کنسر سرویکس در افراد HIV مثبت چگونه است؟
۲۶. طبق ACOG دفعات غربالگری کنسر سرویکس در افراد با سابقه CIN 2 یا بالاتر چگونه است؟
۲۷. طبق ACOG قطع غربالگری کنسر سرویکس در چه افرادی است؟
۲۸. بعد از هیستریکتومی بدلائل benign غربالگری کنسر سرویکس چگونه انجام می شود؟
۲۹. طبق نظر ASCCP غربالگری کنسر سرویکس در سن ۲۱-۲۹ چگونه است؟
۳۰. طبق نظر ASCCP غربالگری کنسر سرویکس در سن بعد ۳۰ چگونه است؟
۳۱. طبق نظر ASCCP توقف غربالگری کنسر سرویکس در چه سنی است؟
۳۲. طبق نظر ASCCP روش ارجح غربالگری کنسر سرویکس در سن ۳۰-۶۵ چگونه است؟
۳۳. چهار تکنیک مولکولار برای high risk HPV typing را نام ببرید:
۳۴. کدام تکنیک مولکولار برای high risk HPV typing بواسطه E6/7 mRNA انجام می شود؟
۳۵. کدام تکنیک مولکولار برای high risk HPV typing نوع تایپ HPV را مشخص نمی کند؟
۳۶. کدام تکنیک مولکولار برای high risk HPV typing جهت غربالگری اولیه کاربرد دارد؟
۳۷. در تکنیک APTIMA کدام تایپهای HPV قابل مشخص شدن میباشند؟
۳۸. پاپ اسمیر منفی یا نرمال را با چه اصطلاح علمی اعلام می کنیم؟





پاسخنامه آزمون ۲

Section 16 Novak

۱. سیتولوژی سرویکس

۲. سه دسته - ASC / LSIL / HSIL

۳. ASC-US / ASC-H

۴. CIN 1 / آتیپی کویلو سیتوز

۵. CIN 2 / CIN 3 / CIS

۶. سلولهای آتیپیک غددی با اهمیت ناشناخته برای نئوپلازی غده ای

۷. یکسان هستند و مؤید یک بیماری واحد هستند.

۸. سیتولوژی اکسفولیاتیو واژن و سرویکس

۹. بروز کنسر سرویکس ۸۰٪ و مورتالیته این کنسر ۷۰٪ کاهش یافته

۱۰. عمدتاً در افرادی است که غربالگری نشدند.





۱۱. خطای نمونه برداری/ فیکساسیون/ تفسیر/ عدم پیگیری

۱۲. سلولهای ریزش پیدا کرده بسیار کوچک هستند/ ابزارها قادر به برداشت سلولها و انتقال آنها به ماده فیکساتیو نیستند

۱۳. فیکساسیون بد روی لام و خشک شدن در هوا- استفاده گسترده از محیط liquid based

۱۴. استفاده از دستگاههای تشخیص اتوماتیک

۱۵. ۲۰٪ سلولها- استفاده از برس اندوسرویکس در همراهی با اسپچولای پلاستیکی یا broom/ انت قال به ماده نگهدارنده مایع برپایه الکل

۱۶. liquid based-

با عبور دادن مایع از فیلتر، سلولهای اپی تلیال بزرگ به دام می افتند و به این ترتیب از سلولهای التهایبی و RBC جدا می شوند.

۱۷. کاهش میزان نمونه های unsatisfactory

۱۸. هاله روشن دور هسته ای/ بورد سلولی کاملاً مشخص/ هیپرکرومازی/ بی نظمی/ هسته بزرگ

۱۹. سیستم غربالگری اتوماتیک لام با هدایت تصویربرداری- میکروسکوپ اتوماتیک متصل به دوربین دیجیتال اختصاصی

۲۰. HPV typing





۲۱. روش اولیه و منفرد برای غربالگری/ بخشی از cotesting همزمان با سیتولوژی/ تریاژ ASC-US

۲۲. بیست و یک سالگی

۲۳. هر ۲ سال یکبار با سیتولوژی- هر دو روش مرسوم و یا برپایه لام

۲۴. در صورت منفی بودن ۳ تست پی‌پی، هر ۳ سال یکبار با سیتولوژی

۲۵. دوبار در سال اول و بعد سالانه

۲۶. هر سال تا ۲۰ سال

۲۷. در ۶۵-۷۰ سالگی پس از کسب سه نتیجه منفی طی ۱۰ سال اخیر

۲۸. قطع غربالگری در صورت فقدان سابقه high grade CIN و یا کنسر

۲۹. با سیتولوژی هر سه سال یکبار

۳۰. سیتولوژی تنها هر ۳ سال / کوتست هر ۵ سال

۳۱. در ۶۵ سالگی مشروط به داشتن ۳ نتیجه منفی سیتولوژی یا دو کوتست منفی طی ۱۰ سال اخیر

۳۲. کوتست

۳۳. hybrid capture 2/ cervista/ cobas HPV/ APTIMA

۳۴. APTIMA





hybrid capture 2.۳۵

cobas HPV.۳۶

۴۵/۱۸/۱۶ تایپهای ۳۷

NILM.۳۸





سوالات آزمون ۳

Section 16 Novak

۱. در صورت استفاده از استانداردهای تشخیصی، میزان تشخیص ASC در هر مرکز چقدر باید باشد؟
۲. چند درصد مواقع ASC-US با high Grade CIN همراهی دارد؟
۳. CIN 1. در چند درصد مواقع خودبخود پسرفت می‌کند؟
۴. حساسترین روش برای شناسایی high grade CIN چیست؟
۵. راه شناسایی ۹۰٪ی ضایعات high grade CIN از سیتولوژیهای ASC-US چیست؟
۶. کمک شایان تست HPV در ارجاع بیماران ASC-US جهت کولپوسکوپی چه می‌باشد؟
۷. در اپروچ به بیماران با سیتولوژی ASC-H تست HPV چه جایگاهی دارد؟
اپروچ صحیح به این بیماران چیست؟
۸. چند درصد مواقع LSIL با high grade CIN همراهی دارد؟
۹. اپروچ صحیح به بیماران با سیتولوژی LSIL چیست؟

