

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра « лучевая диагностика и лучевой терапией с онкологией »

УТВЕРЖДЕНО
протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета от «22» марта 2022 г., протокол № 4.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «Онкостоматология и лучевая терапия»

основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы специалитета по специальности **31.05.03 Стоматология**
утвержденной «30».03.2022 г.

для студентов 5 курса

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «21» марта 2022 г., протокол № 7

Заведующая кафедрой
лучевая диагностика и
лучевой терапией с онкологией
д.м.н.

—  — Хасигов А.В.

г. Владикавказ 2022 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств:
 - тесты
 - вопросы

Структура фонда оценочных средств

В структуру фонда оценочных средств могут быть включены:

- программа и план-график проведения контрольно-оценочных мероприятий на весь срок обучения;
 - модели компетенций и программы оценивания компетенций в соответствии с уровнями обучения и профилем специальности;
 - совокупность контрольно-оценочных материалов (опросников, тестов, кейсов и др.), предназначенных для оценивания уровня сформированности компетенций на вполне определенных этапах обучения (на входе у студентов первого курса, приступающих к освоению ООП, после первого курса, на ключевых этапах обучения на старших курсах, после практик, на этапе подготовки к защите дипломной работы и др.);
 - методические материалы, определяющие процедуры оценивания компетенций на всех этапах проверки (описание процедур входного контроля уровня сформированности общих компетенций студентов первого курса в начале освоения ООП; материалы для проверки компетенций на разных стадиях освоения ООП по направлениям подготовки);
 - требования к квалификации организаторов оценивания;
 - технологии и методы обработки результатов оценивания компетенций;
 - методические материалы, определяющие процедуру оценивания, а также инструкции и программно-инструментальные средства обработки результатов, статистического анализа данных, графической визуализации и интерпретации, форматы представления их пользователям;
 - наборы показателей, а также критерии оценки уровней сформированности компетенций¹ и шкалы оценивания в соответствии с задачами контроля;
- ¹ Критерии оценки соответствия должны быть одними и теми же для всех участников оценивания.
- 9
- рекомендации по интерпретации результатов оценивания и методические материалы, определяющие процедуру обсуждения результатов со студентами, рекомендации по накоплению оценок и их использованию в портфолио студента;
 - программы подготовки оценщиков и экспертов для проведения контрольно-оценочных процедур;
 - банк статистической информации и программы мониторинга достижений;
 - структура портфолио и доступность статистической информации пользователям (интерфейсы по категориям пользователей: студентам, преподавателям, администрации, работодателям и др.);
 - программы итогового экзамена для выпускников по направлениям подготовки;
 - совокупность заданий, предназначенных для предъявления выпускнику на экзамене и критерии их оценки;

- методические материалы, определяющие процедуру проведения зачета;
- для выпускной квалификационной работы методические материалы, определяющие процедуру и критерии оценки соответствия уровня подготовки выпускника требованиям ГОС ВПО, на базе подготовки, выполнения и защиты им выпускной квалификационной работы;
- рекомендации по обновлению фонда оценочных средств (периодичность, степень обновления, изменения процедур, методов, технологий, показателей, критериев и др.).____

**Паспорт фонда оценочных средств по
Онкостоматологии и лучевой терапии**

№п/п	Наименование контролируемого раздела(темы)дисциплины/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Итоговой		
1	Модуль 1. Физические основы лучевой терапии. Радиобиологические основы лучевой терапии злокачественных и неопухолевых заболеваний.	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Устный, тестирование
2	Модуль 2. Методы лучевой терапии. Техническое обеспечение лучевой терапии.	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Устный, тестирование
3	Модуль 3. Планирование лучевой терапии. Предлучевой период. Лучевой период. Реакции организма на лечебное лучевое воздействие. Послелучевой период. Противолучевая защита органов и тканей при проведении лучевой терапии.	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Устный, тестирование, Решение ситуационных задач.
4	Модуль 4. Основы лучевой терапии злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Устный, тестирование, Решение ситуационных задач.
5	Модуль 5. Основы лучевой терапии злокачественных опухолей грудной и брюшной	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Устный, тестирование, Решение

	полостей.		ситуационных задач.
6	Модуль 6. Основы лучевой терапии злокачественных опухолей цнс, щитовидной железы, забрюшинного пространства, костной системы.	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Устный, тестирование, Решение ситуационных задач.

*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра «Лучевая диагностика и лучевая терапия с онкологией»
Специальность: 31.05.03 Стоматология

ВОПРОСЫ на зачет

1. В каком году были открыты рентгеновские лучи, что они собой представляют, их свойства.
2. Радиоактивность, радиоактивные излучения и их характеристика.
3. Строение атома и атомного ядра.
4. Взаимодействие ионизирующих излучений с атомами вещества.
5. Строение атома и периодическая система элементов Д.И. Менделеева.
6. Естественная радиация и ее компоненты.
7. Активность, единицы активности.
8. Единицы дозы проникающих излучений и методы дозиметрии.
9. Искусственная радиоактивность, радиоактивные изотопы и их получение. Кому принадлежит открытие искусственной радиоактивности.
10. Методы регистрации излучения, устройство газоразрядных и сцинтилляционных детекторов.
11. Что понимают под биологическим действием проникающей радиации.
12. Каков первичный механизм биологического действия проникающей радиации.
13. В чем сущность биохимических и патоморфологических процессов, происходящих под влиянием проникающей радиации.
14. Радиочувствительность тканей, биологические закономерности ее, факторы зависимости радиочувствительности. Управление радиочувствительностью. Понятие радиотерапевтического интервала.
15. Действие ионизирующего излучения на опухоль на клеточном уровне.
16. Классификация методов лучевой терапии.
17. Основные задачи лучевой терапии.
18. Выбор оптимальных условий облучения.
19. Мероприятия по подготовке больных к лучевой терапии. Клиническая топометрия.
20. Понятие о поглощенной дозе, единицы измерения. Мощность экспозиционной дозы.
21. Организация радиологического отделения.
22. Аппаратура, используемая для лучевой терапии.
23. Виды и методика внутрисполостной терапии, показания к ней.
24. Виды и методика аппликационной лучевой терапии, показания к ней.
25. Виды и методика интратканевой лучевой терапии, показания к ней.
26. Радиохирургический метод.
27. Предлучевой период.
28. Общие реакции организма на облучение. Профилактика общих реакций организма на облучение.
29. Местные реакции организма на облучение. Профилактика.
30. Возможные осложнения при лучевой терапии и их лечение.
31. Понятие предельно допустимой дозы, разовой допустимой дозы, летальной дозы. Их величины.
32. Виды защиты от проникающей радиации. Материалы, используемые для защиты от излучений.

ЭТАЛОНЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Профилактическое флюорографическое обследование обязательных контингентов проводится

+ "сплошное" - один раз в 2 год

дифференцированное - один раз в 2 года

дифференцированное при благоприятной

эпидемиологической обстановке по туберкулезу - один раз в 3 года

сплошное" - с возраста 7-12 лет

Какие органы и ткани пациента нуждаются в первоочередной защите от ионизирующего излучения?

щитовидная железа

молочная железа

+ костный мозг, гонады

кожа

Где следует располагать индивидуальный дозиметр?

над фартуком на уровне груди

под фартуком на уровне груди

+ над фартуком на уровне таза

под фартуком на уровне таза

Развитие рентгенологии связано с именем В.Рентгена, который открыл излучение, названное впоследствии его именем

в 1890 году

+ в 1895 году

в 1900 году

в 1905 году

Наиболее частой исходной локализацией рака почки и мочевых путей является лоханка

+ паренхима почки

чашечки

мочеточник

мочевой пузырь

Под онкологической настороженностью понимают знание

+ ранних симптомов заболевания

препаратов для лечения

профессиональных трудностей

допустимых доз лучевой терапии

Основным клиническим проявлением рака слизистой оболочки дна полости рта является эрозия без инфильтрации краев

язва без инфильтрации краев

гиперемия и отек участка слизистой оболочки

+ изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями

Наиболее распространенная локализация рака в полости рта

дно полости рта
слизистая оболочка щеки
альвеолярный отросток верхней челюсти
+язык

Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются
насморк
снижения зрения
кровотечения из носа
+паталогические разрастания в лунке удаленного зуба верхней челюсти

Одним из основных хирургических методов лечения рака верхне-челюстной пазухи является
СВЧ-гипертермия
операция Крайля
операция по Бильроту
+резекция верхней челюсти

Саркомы развиваются из
эпителия
железистой ткани
+соединительной ткани

Симптомами саркомы верхней челюсти является
+сукровичные выделения из носа, экзофтальм
сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
парез ветвей лицевого нерва

Фиброзная дисплазия-это
костная опухоль
мягкотканная опухоль
истинная одонтогенная опухоль
+опухолеподобное образование кости

Основным методом лечения фиброматоза десен
химиотерапия
лучевая терапия
комбинированное
+иссечение новообразования вместе с надкостницей

Одонтома относится к группе
воспалительных заболеваний
опухолеподобных образований
+пороков развития зубных тканей
злокачественных одонтогенных опухолей

Амелобластома относится к группе
предраков
восполительных заболеваний
злокачественных одонтогенных опухолей
+доброкачественных одонтогенных опухолей

Окончательный диагноз «амелобластома» ставится на основании данных
опроса
анализа крови
+гистологии
клинико-рентгенологического исследования

Гигантоклеточная опухоль относится к группе
опухолеподобных образований
злокачественных одонтогенных опухолей
злокачественных одонтогенных опухолей
+доброкачественных одонтогенных опухолей
истинных опухолей

Синоним гигантоклеточной опухоли
цилиндрома
остеосаркома
+остеокластома
ретенционная киста

Рентгенологическая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется разновидностями
полиморфной, мономорфной
+ячеистой, кистозной, литической
субпериостальной, периапикальной
пролиферативной, костеобразующей

Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является
химиотерапия
криодеструкция
выскабливание
+удаление опухоли в пределах здоровых тканей

Наиболее достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является
+увеличение размеров турецкого седла
остеопороз деталей седла
повышенная пневматизация основной пазухи
понижение пневматизации основной пазухи

Для доброкачественных опухолей костей не характерно
+утолщение мягких тканей
нормальная толщина мягких тканей
нормальная структура мягких тканей

Наиболее характерным для злокачественных опухолей костей является
истончение коркового слоя
обрыв коркового слоя с постепенным истончением к месту обрыва
обрыв коркового слоя на фоне вздутия (симптом "пики")
+крутой обрыв коркового слоя

Увеличенная, неоднородная, с неровными контурами тень почки на обзорной
рентгенограмме, дефект наполнения, расширение или "ампутация" чашечки на

ретроградной пиелограмме, дефект наполнения лоханки с неровными, изъеденными контурами наиболее характерны
для солитарной кисты
для гидронефроза
+для опухоли почки
для туберкулеза почки

Значительное сужение стволовой части почечной артерии и ее сегментарных и субсегментарных ветвей, образование бессосудистых зон. Внутривисцеральные артериальные ветви смещены преимущественно к периферии, как бы раздвинуты. Эти признаки наиболее характерны
для солитарной кисты
для гидронефроза
+для опухоли почки
для пиелонефрита

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

ЗАДАЧА № 1

Женщина, 41 год.

Жалобы на непостоянные ноющие боли в левом плечевом суставе. Анамнез. Боли беспокоят в течение двух месяцев, не нарастают.

Объективно. Движения в плечевых суставах не ограничены. Деформаций нет. Мягкие ткани не изменены.

На рентгенограммах левого плечевого сустава в двух проекциях в проксимальном эпиметафизе плечевой кости округлая литическая деструкция с четкими контурами до 3 см в диаметре с мелкими калцинатами.

Ваше заключение:

Абсцесс Броди (хронический остеомиелит).

Опухоль Кодмена (хондробластома).

Артроз плечевого сустава.

Туберкулез.

ЗАДАЧА № 2

Мальчик, 11 лет.

Жалобы на боль в правой половине грудной клетки, припухлость над правой ключицей, периодическое повышение температуры до 38 градусов. Анамнез. После перенесенной ангины появилась боль в грудной клетке, через 2 недели - припухлость над ключицей. В анализе крови – воспалительные изменения.

Объективно. Припухлость без четких границ над правой ключицей, болезненная при пальпации.

На рентгенограммах грудной клетки в двух проекциях - большой гомогенный узел округлой формы, занимающий верхнюю треть правого гемиторакса, легочный рисунок усилен под узлом. На «жесткой» рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции – в первом правом ребре на всем протяжении мелкоочаговая смешанного характера деструкция с линейной периостальной реакцией по верхнему контуру ребра.

Ваше заключение:

Саркома Юинга первого правого ребра.

Острый гематогенный остеомиелит.

Опухоль средостения.

Туберкулома.

ЗАДАЧА №3

Мужчина, 70 лет.

Жалобы на нарастающие боли в костях. Анамнез. Два месяца назад появились боли в поясничном отделе позвоночника, затем присоединились боли в тазобедренных суставах, спине, ребрах, плечевых суставах. Появилась слабость. Объективно. Правосторонний сколиоз в грудном отделе позвоночника. Боли при пальпации в остистых отростках позвонков. В анализах крови – анемия.

На рентгенограммах позвоночника, таза, плечевых костей – множественные округлые с четкими контурами плотные очаги до 1 см в диаметре. Дистрофические изменения в суставах и позвоночнике. Системный остеопороз. Правосторонний сколиоз в грудном отделе позвоночника.

Ваше заключение:

Метастазы рака предстательной железы.

2. Миеломная болезнь.

Болезнь Педжета (остеодистрофия).

Множественные остеомы.

ЗАДАЧА № 4

Женщина, 52 года.

Жалобы на непостоянные боли в костях, нарастающую слабость, потерю аппетита, похудание. Анамнез. Боли беспокоят в течение последних трех месяцев, в последний месяц нарастает слабость, ухудшился аппетит, похудела. Объективно. Движения в суставах в полном объеме. Болей при пальпации нет. Конфигурация костей не нарушена. В анализе крови анемия, высокая СОЭ - до 65 мм/час.

На рентгенограммах ребер, таза, черепа, позвоночника, длинных трубчатых костей множественные округлые литические деструкции с четкими контурами во всех костях, передние клиновидные деформации нижнегрудных позвонков.

Ваше заключение:

Метастазы из невыявленного первичного очага.

Миеломная болезнь.

Фиброзная дисплазия.

Болезнь Реклингаузена (гиперпаратиреоидная остеодистрофия).

ЗАДАЧА № 5

Мальчик, 11 лет.

Жалобы на сильные боли и опухоль в правом коленном суставе. Анамнез. После травмы три недели назад появились боли в правом коленном суставе. Обратился к хирургу, лечили от ушиба спиртовыми компрессами. Боли нарастали, ночью просыпается от болей и

принимает анальгетики. Неделю назад появилась опухоль коленного сустава, которая увеличивается.

Объективно. Правая нога согнута в коленном суставе, движения ограничены, болезненны. Опухоль по внутренней поверхности коленного сустава 5х6 см плотная, неподвижная, умеренно болезненная.

На рентгенограммах правого коленного сустава в двух проекциях – в дистальном метафизе правой бедренной кости во внутреннем полуцилиндре литическая деструкция с нечеткими неровными контурами, распространяющаяся на половину метафиза и ограниченная ростковой зоной с облаковидным оссификатом размером до 1 см в диаметре на ее фоне. Корковый слой разволокнен по внутренней поверхности на протяжении метафиза, периостальная реакция в виде коротких частых тонких «спикул», отслоенного периостоза. Парастально немногочисленные мелкие оссификаты в области измененного коркового слоя. Остеопороз костей, формирующих сустав.

Ваше заключение:

Хронический остеомиелит правой бедренной кости.

2. Остеогенная саркома.

3. Саркома Юинга. Сифилис.

ЗАДАЧА № 6

Больная 37 лет поступила с жалобами на наличие образования в правом подреберье, чувство тяжести там же. Известно, что образование она прощупала самостоятельно три месяца тому назад. При осмотре выявлена небольшая деформация живота за счет выбухания правых отделов. Сразу ниже края печени пальпируется образование округлой формы мягкоэластической консистенции с нечеткими контурами, безболезненное. Подвижность его ограничена, размеры 10х12 см. При ирригоскопии установлено сдавление и оттеснение восходящей кишки кпереди и медиально. Признаков инфильтрации стенок кишки в области смещения не выявлено. При УЗИ в брюшной полости определяется анэхогенное подвижное округлое образование с четким ровными контурами и тонкой капсулой. Расположено образование верхним полюсом под правой долей печени, а нижним - на уровне бифуркации аорты. Внутри образования при цветном доплеровском картировании сосуды не определяются. При компьютерно-томографическом исследовании в правой половине брюшной полости определяется инкапсулированное жидкостное образование однородной структуры, плотностью 3 ед.Н. Расположено образование так, что занимает практически весь передне-задний размер правой половины брюшной полости. Верхний контур образования граничит с нижней поверхностью правой доли печени. По передней поверхности образования расположен правый изгиб толстой кишки. Нижняя граница образования расположена на 4 см выше гребешковой линии. К нижнему полюсу образования прилежат петли толстой кишки.

Ваше заключение:

Рак толстой кишки

2. Рак почки

3. Неорганный забрюшинный киста.

Метастатическое поражение лимфатических узлов брюшной полости

ЗАДАЧА № 7

Больной 68 лет, поступил с жалобами на дискомфорт за грудиной при приеме грубой или острой пищи, отрыжку воздухом с примесью кислого содержимого, возникающую после приема пищи, потерю веса до 5 кг в течении 4 месяцев, слабость, слюнотечение. Из

анамнеза заболевания известно, что выше представленные жалобы появились в течение последних 5 месяцев, когда впервые больной почувствовал дискомфорт после приема грубой пищи. Стал придерживаться щадящей диеты. Постепенно возникла икота и другие жалобы. Затем клинические проявления стали усиливаться. Из истории жизни : профессиональные вредности, курение и злоупотребление алкоголем отрицает. Из перенесенных болезней: язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения в течение 10 лет. Был направлен в Институт хирургии для обследования и лечения.

При рентгенологическом исследовании определяется циркулярный дефект наполнения в нижней трети грудного отдела пищевода(ретроперикардиальный сегмент по Бромбарту). Выше места сужения расположено супрастенотическое расширение просвета пищевода диаметром до 3 см. На границе суженной части пищевода и неизменной стенки пищевода расположены по обоим контурам «ступеньки». Над областью сужения расположены полиповидные разрастания размерами 10х15 мм, перекрывающие просвет пищевода. Протяженность суженного участка достаточно велика, так что заполнить желудок бариевой взвесью не представлялось возможным в связи с угрозой регургитации. Через 3, 5 часа в супрастенотически расширенной части пищевода выявлены остатки контрастного вещества и слизь.. Контрастное вещество равномерно импрегнирует суженный «канал» до кардии. Протяженность его около 9 см. При эндоскопическом исследовании верхних отделов пищеварительного тракта в дистальном отделе пищевода на расстоянии 38 см от резцов имеется стенозирующая опухоль в виде полиповидных разрастаний красноватого цвета, выше которой на правой стенке на расстоянии 15 мм от основной опухоли имеется «отсев» в виде полиповидных разрастаний диаметром 8 мм. При КТ нижней части грудной полости и брюшной полости выявлено равномерное утолщение стенок пищевода до 9-20 мм на протяжении 45 мм краниальнее кардио-эзофагеального перехода. Стенка желудка в области проксимального отдела также изменена: она локально утолщена до 26 мм в области субкардии и верхней трети тела желудка, а также утолщена до 8-15 мм по передней и задней стенки проксимального отдела желудка. Просвет в области суженной части пищевода колеблется от 2 до 4 мм. Определяются пакеты увеличенных и уплотненных групп лимфатических узлов в области малого сальника.

Ваше заключение:

Варикозное расширение вен пищевода

Дивертикул пищевода

Рак проксимального отдела желудка с переходом на дистальный отдел пищевода и лимфогенным метастазированием в узлы верхнего этажа брюшной полости.

Рак нижней трети грудного отдела пищевода.

ЗАДАЧА № 8

Больной 49 лет обратился с жалобами на опоясывающие боли в верхней части брюшной полости, не связанные с приемом пищи и временем суток. Боли купировались приемом 4-х таблеток баралгина. Впервые обратил внимание на боли за 2 месяца до обращения. При УЗИ исследовании брюшной полости, произведенном за 9 месяцев до обращения была выявлена киста поджелудочной железы и больной был предупрежден о безопасном течении заболевания. Однако вскоре возникли боли опоясывающего характера и больной обратился в поликлиническое отделение Института хирургии, где ему было предложено провести КТ обследование брюшной полости.

При КТ исследовании было выявлено наличие значительного количества жидкости в брюшной полости, расширение тела поджелудочной железы до 27 мм, неомогенность изображения тела поджелудочной железы и полицикличность его контуров. Плотность паренхимы в области хвоста равна 12-19 ед.Н. В теле поджелудочной железы

визуализировалась киста размерами 19x18 мм с содержимым плотностью 2 ед.Н. В оставшихся частях тела поджелудочной железы отмечены участки плотностью до 30 ед.Н. с вкраплениями менее плотных : до 21 ед.Н. В гепатодуоденальной связке была выявлена группа увеличенных и уплотненных лимфатических узлов. Кроме того, инфильтративные изменения определялись вокруг аорты на протяжении отхождения чревного ствола до уровня левой почечной ножки, включая начало мезентериальной артерии. В связи с инфильтративными изменениями на этом участке контур аорты в переднем отделе отдельно выявить было невозможно. Увеличен левый надпочечник.

Ваше заключение:

Киста тела поджелудочной железы

Рак тела поджелудочной железы в сочетании с кистой тела, осложненные лимфогенным метастазированием в узлы малого сальника, асцитом, поражением левого надпочечника и инфильтрацией парааортальной области.

Хр. панкреатит

Лимфаденопатия забрюшинного пространства.

ЗАДАЧА № 9

Больная 55 лет поступила с жалобами на головную боль. За месяц до поступления при обследовании в одном из лечебных учреждений при УЗИ и КТ брюшной полости была выявлена опухоль левой почки. Известно, что в течении 3-х лет больная страдает мочекаменной болезнью. При поступлении пальпаторно слева в мезо- и гипогастрии определяется опухолевидное образование размерами 14x15 см, плотно-эластичной консистенции, ограничено подвижное, безболезненное, с четкими контурами. При СКТ с болюсным внутривенным введением неионогенного контрастного вещества в забрюшинном пространстве слева определяется объемное образование округлой формы размерами 13x14x20 см. Плотность образования неравномерная: по всему протяжению изображения участки пониженной плотности (11-13 ед.Н) чередуются с участками плотностью около 33 ед.Н. Участки низкой плотности не накапливают контрастное вещество, в отличие от участков повышенной плотности. Верхний полюс образования расположен между нижним полюсом селезенки, хвостом поджелудочной железы и верхним полюсом левой почки. В дистальном направлении образование расположено по латеральному краю левой почки, смещает ее медиально и деформирует.

Почка частично распластана на образовании. В нижней чашечки расположен мелкий конкремент. Паренхима почки накапливает контрастное вещество в достаточной степени. В дистальном направлении патологическое образование деформирует поясничную мышцу и смещает петли кишечника вперед и вправо.

Ваше заключение:

Рак толстой кишки

Рак почки

Мочекаменная болезнь

Неорганный забрюшинный опухоль, конкремент левой почки.

ЗАДАЧА № 10

Мужчина 48 лет.

Жалобы: боль в правом плечевом суставе, слабость, кашель.

Анамнез: впервые боль в правом плечевом суставе возникла 3 месяца назад после физической нагрузки, занимался самолечением, боль становилась интенсивнее, появился кашель, стала нарастать слабость. Обследован в поликлинике по месту жительства, выявлена патология в легком.

Объективно: состояние удовлетворительное, резко ограничен объем движений в правом плечевом суставе, при пальпации выражена болезненность. Симптом Горнера (птоз, миоз, энофтальм).

Аускультативно: в верхнем отделе правого легкого ослабленное дыхание.

Рентгенологическая картина: в верхушечном сегменте верхней доли правого легкого узловое образование 4см в диаметре, неоднородной структуры, тесно прилежащее к грудной стенке, с деструкцией заднего отрезка II ребра на протяжении 3см, апикальная плевра неравномерно утолщена, углы образованные с ней острые, нижняя граница выпуклостью направлена вниз, поверхность мелкобугристая с лучистыми контурами. Увеличенных лимфатических узлов в корневой зоне и средостении не определяется.

Ваше заключение:

Туберкулема.

Рак Пенкоста.

Опухоль плевры.

Верхушечный осумкованный плеврит.

ЗАДАЧА № 11

Мужчина 53 лет.

Жалобы: кашель, кровохарканье, боль в правой половине грудной клетки, слабость.

Анамнез: больным себя считает в течение трех месяцев, когда появились кашель, температура до 38, слабость. В поликлинике по поводу пневмонии проводилась противовоспалительная терапия. Состояние улучшилось, температура нормализовалась, но при флюорографии выявлена патология в легком.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, перкуторно - справа сзади на уровне угла лопатки перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно - жесткое дыхание.

При рентгенологическом исследовании в верхушечном сегменте нижней доли (S6) правого легкого полостное образование 4,0 x 5,0 см с неравномерно утолщенными стенками. Внутренние контуры полости бухтообразные, подрытые. Наружные контуры нечеткие, лучистые, поверхность крупнобугристая. При томографическом исследовании виден дренирующий бронх (B6), стенки его неровные, просвет неравномерно сужен. В корневой зоне увеличенные лимфатические узлы до 1,5-2,0 см. Контрастированный барием пищевод на уровне бифуркации трахеи оттеснен влево и кзади.

Ваше заключение:

Острый абсцесс легкого.

Полостная форма периферического рака.

Туберкулема с распадом.

Эхинококкоз легкого.

ЗАДАЧА № 12

Женщина 54 лет.

Жалобы: кашель с обильным отделением мокроты, недомогание, одышка, боли в грудной клетке, слабость.

Анамнез: заболела 6 месяцев назад, после перенесенного ОРЗ стала отмечать кашель с мокротой, постепенно кашель усиливался, увеличивалось количество отделяемой мокроты. Позже присоединились слабость, боли в грудной клетке, постепенно теряла вес. Объективно: состояние средней тяжести, пониженного питания. Кожные покровы бледные, легкий акроцианоз. Одышка до 36чд в мин, пульс 116 уд/мин, АД 150/90. При перкуссии: в нижних отделах легких неравномерное укорочение перкуторного звука. Аускультативно: разнокалиберные влажные хрипы. На ЭКГ нагрузка на правые отделы сердца.

При рентгенологическом исследовании в нижних долях легких с обеих сторон и в средней доле справа участки неоднородного инфильтративного уплотнения легочной ткани неправильной формы местами с нечеткими контурами, инфильтрация из средней доли справа через междолевую щель распространяется на передний сегмент верхней доли, а слева - на язычковые сегменты. На фоне уплотнения прослеживаются просветы долевых и сегментарных бронхов. В корневых зонах и средостении увеличенных лимфатических узлов не определяется.

Ваше заключение:

1. Двусторонняя пневмония
 2. **Бронхиоло-альвеолярный рак.**
 3. Отек легкого.
- Инфильтративной туберкулез легких.

ЗАДАЧА № 13

Мужчина 56 лет.

Жалобы на кашель, периодическое кровохарканье, слабость, похудание, боль в левой половине грудной клетки.

Анамнез: в течение 1,5 месяцев беспокоит надсадный, постепенно усиливающийся кашель, в последние дни присоединилось кровохарканье. Похудел на 5 кг. Появилась одышка при физической нагрузке.

Объективно: состояние удовлетворительное, АД 130/85 мм рт ст, пульс 86 уд/мин, ЧД 24. Аускультативно слева в верхнем отделе ослабленное везикулярное дыхание.

При рентгенологическом исследовании верхняя доля левого легкого уменьшена в объеме, неоднородно уплотнена, легочный рисунок сгущен.. Верхнедолевой бронх конически сужен, стенки его неровные. Междолевая плевра смещена вверх. В корневой зоне и под дугой аорты увеличенные лимфатические узлы.

Ваше заключение:

Инфильтративный туберкулез.
Острая пневмония.
Центральный рак.
ТЭЛА.

ЗАДАЧА № 14

Женщина 53 лет.

Жалобы: постоянное покашливание, слабость, одышка при физической нагрузке.

Анамнез: ухудшение самочувствия отмечает в течение 3-х мес., после простуды появился кашель, субфебрильная температура. По месту жительства проводилось противовоспалительное лечение, кашель уменьшился, но полностью не исчез. Постепенно присоединились слабость и одышка. Из анамнеза: 12 лет назад была выполнена радикальная мастэктомия справа, в последующем было проведено химиотерапевтическое лечение. Один раз в год проходит контрольные обследования в онкодиспансере.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, одышка до 24 в мин., тахикардия до 92 уд/мин. Аускультативно в легких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов не выслушивается.

При рентгенологическом исследовании легочный рисунок с обеих сторон усилен, деформирован, на этом фоне мелкие очажки уплотнения в кортикальных отделах. Количество их увеличивается от верхушек к диафрагме. Корни легких расширены, тяжистые. Синусы свободны.

Ваше заключение:

Диссеминированный туберкулез легких.

Саркоидоз.

Лимфогематогенные метастазы.

Экзогенный аллергический альвеолит.

ЗАДАЧА № 15

Мужчин 45 лет.

Считает, что болен в течение 2-х месяцев, когда появились боли в поясничной области слева. Объективно: в левом подреберье пальпируется нижний край почки. Отклонения в анализах: кровь- СОЭ 30 мм/час, в анализе мочи свежие эритроциты 10-15 в п/зр.

Данные КТ исследования: левая почка увеличена в размерах, латеральный контур в средней трети выбухает за счет объемного образования диаметром 4 см. Плотность образования 32 ед., плотность паренхимы почки 35 ед. Граница между образованием и паренхимой почки не определяется. В центре образования участок пониженной плотности (25 ед.), с неровными, нечеткими контурами. Синус почки деформирован. При в/в усилении образование накапливает контрастное вещество до 80 ед., паренхима почки до 70 ед. В центре образования участок плохо накапливающий контрастное вещество (35 ед.). В отсроченную фазу: выделительная функция почки сохранена, средняя чашечка деформирована.

Ваше заключение:

Рак почки.

2. Доброкачественная опухоль почки, киста.

ЗАДАЧА № 16

Женщина 45 лет.

Жалоб нет. Объективно без особенностей. Анализы в норме. По УЗИ объемное образование левой почки.

При КТ исследовании: положение и размеры почек в пределах нормы. В средней трети левой почки выбухание по латеральному контуру за счет объемного образования диаметром 2 см. Контур образования ровный, четкий, хорошо дифференцируется от паренхимы почки. Плотность неравномерная: в центре более плотная (30 ед.), тяжистая, по краям плотностью -20 ед. Капсула тонкая. При внутривенном усилении накапливает

контрастное вещество в центре (до 45 ед.), по периферии незначительно.

Ваше заключение:

Доброкачественная опухоль -ангиолипома.

Рак почки, киста почки.