



Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе



/ С.А. Артюшкин /

« 25 » января 2019 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры
по специальности 31.08.09 Рентгенология

Трудоемкость: 3 з.е

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.09 Рентгенология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.09 Рентгенология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.09 Рентгенология (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность;
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

- диагностическая деятельность:
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к применению методов лучевой диагностики и интерпретации их результатов (ПК-6);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-7);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-8);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-9);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-10).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

- 1) Подготовка к экзамену осуществляется в соответствии с программой государственной итоговой по специальности 31.08.09 Рентгенология.
- 2) Содержание ответов на вопросы экзаменационного билета должно соответствовать требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.09 Рентгенология, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 года № 1051.
- 3) Для систематизации знаний и подготовки к экзамену имеет значение посещение предэкзаменационных консультаций, проводимых на кафедре лучевой диагностики и лучевой терапии.
- 4) При подготовке к государственному экзамену обучающийся должен опираться на список рекомендованной литературы (научной и учебной).
- 5) При подготовке к ответу на вопросы экзаменационного билета обучающийся составляет расширенный план.
- 6) Обучающийся должен структурированно изложить материал экзаменационного билета и по возможности проиллюстрировать ответ схематическими изображениями.
- 7) Обучающийся должен продемонстрировать уровень сформированности компетенций, необходимых для решения профессиональных задач.
- 8) Ответ должен быть уверенным и четким, обучающийся обязан следить за стройностью изложения материала и культурой речи, не допускать ошибок в использовании профессиональной терминологии.
- 9) Обучающийся имеет право случае приступать к сдаче экзамена в случае досрочной

(менее 45 минут) подготовки к ответу.

5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Рентгенодиагностика заболеваний плевры, дифференциальная диагностика
2. Рентгенодиагностика опухолей средостения
3. Лучевая диагностика острых и хронических гепатитов
4. Рентгенодиагностика и дифференциальная диагностика опухолей пищевода
5. Лучевая диагностика цирроза печени
6. Рентгенологическая семиотика изменения костной структуры
7. Рентгенодиагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы и их осложнений
8. Лучевая диагностика образований печени неопухолевой природы
9. Рентгенодиагностика дисплазий скелета
10. Рентгенодиагностика инородных тел и ожогов пищевода, дифференциальная диагностика с ахалазией пищевода
11. Лучевая диагностика опухолей печени
12. Рентгенодиагностика травматических повреждений костей и суставов
13. Лучевая диагностика холециститов и холелитиаза
14. Рентгенодиагностика заживления переломов костей и их осложнений
15. Рентгенодиагностика гастритов и язвенной болезни желудка
16. Лучевая диагностика при синдроме билиарной гипертензии
17. Лучевая диагностика травматических повреждений костей мозгового черепа
18. Рентгенодиагностика дуоденитов и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
19. Лучевая диагностика постхолецистэктомического синдрома
20. Лучевая диагностика травматических повреждений костей лицевого черепа
21. Рентгенодиагностика осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
22. Лучевая диагностика заболеваний сосудов печени
23. Рентгенодиагностика травматических повреждений позвоночника
24. Рентгенодиагностика доброкачественных опухолей желудка
25. Лучевая диагностика синдрома портальной гипертензии
26. Рентгенодиагностика злокачественных опухолей желудка
27. Лучевая диагностика острого и хронического панкреатита
28. Лучевая диагностика опухолей и кист поджелудочной железы
29. Рентгенодиагностика остеомиелита
30. Лучевая диагностика образований селезенки
31. Рентгенодиагностика туберкулеза позвоночника
32. Лучевое исследование при тупой травме живота
33. Рентгенодиагностика костно-суставного туберкулеза
34. Рентгенодиагностика заболеваний тонкой кишки
35. Лучевая диагностика инфаркта миокарда
36. Рентгенологическая диагностика болезни Крона
37. Лучевое исследование при ишемической болезни сердца
38. Рентгенодиагностика и дифференциальная диагностика ревматоидного артрита
39. Лучевая диагностика миокардита
40. Рентгенодиагностика анкилозирующего спондилита (болезнь Бехтерева)
41. Рентгенодиагностика колитов и дивертикулита толстой кишки
42. Лучевая диагностика перикардитов
43. Рентгенодиагностика дегенеративно-дистрофических поражений суставов
44. Рентгенодиагностика доброкачественных опухолей толстой кишки
45. Лучевое исследование при окклюзивных поражениях периферических сосудов
46. Рентгенодиагностика дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника

47. Рентгенодиагностика злокачественных опухолей толстой кишки
48. Лучевое исследование при митральных пороках сердца
49. Рентгенодиагностика кишечной непроходимости
50. Лучевое исследование при аортальных пороках сердца
51. Лучевая диагностика опухолей мягких тканей
52. Рентгенодиагностика эмфиземы легких
53. Лучевое исследование почек
54. Рентгенодиагностика инородных тел бронхов и легких
55. Рентгенодиагностика патологических состояний обуславливающих острую дыхательную недостаточность
56. Рентгенодиагностика первичных острых пневмоний
57. Лучевое исследование функции печени
58. Рентгенодиагностика доброкачественных опухолей костей
59. Рентгенодиагностика вторичных острых пневмоний
60. Рентгенодиагностика первичных злокачественных опухолей костей
61. Рентгенодиагностика хронических воспалительных и нагноительных процессов в легких
62. Рентгенодиагностика и дифференциальная диагностика вторичных злокачественных опухолей костей
63. Рентгенодиагностика доброкачественных опухолей бронхов и легких
64. Лучевая диагностика опухолей спинного мозга
65. Рентгенодиагностика аномалий развития почек
66. Рентгенодиагностика центрального рака легкого
67. Рентгенодиагностика опухолей почек
68. Рентгенодиагностика периферического рака легкого
69. Лучевая диагностика образований яичников
70. Рентгенодиагностика воспалительных заболеваний почек
71. Рентгенодиагностика метастатических опухолей легких
72. Лучевая диагностика опухолей матки
73. Рентгенодиагностика мочекаменной болезни
74. Рентгенодиагностика и дифференциальная диагностика пневмокониозов
75. Рентгенодиагностика злокачественных опухолей молочных желез
76. Рентгенодиагностика первичного туберкулеза легких
77. Лучевое исследование при артериальной гипертензии почечного генеза
78. Рентгенодиагностика доброкачественных новообразований молочных желез
79. Рентгенодиагностика и дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулеза легких
80. Лучевая диагностика воспалительных и опухолевых заболеваний мочевого пузыря
81. Рентгенодиагностика заболеваний носа и околоносовых пазух
82. Рентгенодиагностика и дифференциальная диагностика очагового туберкулеза легких
83. Лучевая диагностика заболеваний предстательной железы
84. Рентгенодиагностика повреждений и заболеваний органа зрения
85. Рентгенодиагностика и дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких
86. Лучевая диагностика заболеваний гипофиза
87. Рентгенодиагностика и дифференциальная диагностика туберкуломы легкого
88. Лучевая диагностика заболеваний надпочечников
89. Рентгенодиагностика травматического поражения органов грудной клетки и пневмоторакса
90. Лучевая диагностика опухолей головного мозга
91. Лучевая диагностика заболеваний гортани
92. Лучевая диагностика гидронефроза

93. Лучевая диагностика заболеваний предстательной железы
94. Рентгеносемиотика неопухолевых заболеваний молочных желез
95. Лучевая диагностика закрытой черепно-мозговой травмы
96. Лучевая диагностика дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника
97. Лучевая диагностика нарушений мозгового кровообращения
98. Лучевая диагностика спондилитов
99. Лучевая диагностика аномалий развития позвонков
100. Лучевая диагностика демиелинизирующих заболеваний головного мозга

Ситуационные задачи:

1. Мужчина 37 лет, злоупотребляющий алкоголем, с жалобами на постоянные боли в области эпигастрия, периодическую тошноту и эпизоды рвоты с умеренным повышением уровня амилазы в б/х анализе крови до 150 ед. При УЗИ поджелудочная железа экранирована газом в толстой кишке. При МСКТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием выявлено увеличение размеров головки поджелудочной железы до 34мм с умеренным отеком парапанкреатической клетчатки, утолщение медиальной стенки нисходящего отдела ДПК с кистовидными включениями диаметром до 10-15мм. Какому патологическому состоянию соответствуют выявленные изменения и какова тактика ведения данного пациента?

2. У пациентки 52 лет при обследовании по поводу ЖКБ при УЗИ в II, V и VIII сегментах печени выявлено три гиперэхогенных образования размерами 10х6 мм, 25х20 мм и 30х25 мм соответственно. Все образования имеют четкие контуры. Структура более крупных образований неоднородная за счет гипоэхогенных включений в центральных отделах. При МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием образование размерами 10х6мм интенсивно равномерно накапливает контрастный препарат в артериальную фазу до +121НУ. При сканировании в портальную и отсроченную фазы приобретает плотность аналогичную печени, сливаясь с изображением ее паренхимы. Более крупные образования характеризуются постепенным центрипетальным накоплением контрастного препарата от периферии к центру, в отсроченную фазу приобретают плотность аналогичную паренхиме печени. Какие образования демонстрирует данный паттерн контрастирования, какова тактика ведения пациентов с этой патологией?

3. Пациентка 42 года, страдающая ревматоидным артритом, предъявляет жалобы на умеренные боли в эпигастриальной области и периодическую тошноту. В анализах крови выявлено умеренное повышение уровня амилазы до 137 ед, АЛТ и АСТ до 49 и 53 ед. При осмотре отмечается умеренная желтушность склер. При УЗИ выявлено диффузное увеличение размеров (до 34х30х32 мм) и снижение эхогенности паренхимы поджелудочной железы. Вирсунгов проток четко не прослеживается. Гепатохоледох в супра- и ретродуоденальной части расширен до 12мм, в интрапанкреатической части четко не прослеживается. При МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием отмечается диффузное увеличение размеров (до 33х32х32 мм) и снижение плотности поджелудочной железы до +18-+21НУ, паренхима поджелудочной железы умеренно относительно равномерно накапливает контрастный препарат. Вирсунгов проток прослеживается фрагментарно диаметром до 1,5 мм. Просвет гепатохоледоха в терминальном отделе сужен до 1-2 мм, в супра- и ретродуоденальном отделе расширен до 13мм. Лимфатические узлы в зоне сканирования не увеличены. Какой патологии соответствуют выявленные изменения, с чем следует проводить дифференциальный диагноз, какова тактика ведения пациентов?

4. Пациент 23 года, страдающий артериальной гипертензией, предъявляет жалобы на дизурию, неконтролируемые подъемы артериального давления. В анализах мочи умеренный

лейкоцитоз. При УЗИ выявлено расширение выделительной системы правой почки. При экскреторной урографии лоханка правой почки шаровидной формы, увеличена в размерах, чаши до 6мм, в области лоханочно-мочеточникового сегмента выявлен дефект наполнения линейной формы. Отмечается запоздалое контрастирование выделительной системы правой почки. Какой патологический процесс описан, с чем следует дифференцировать? Какова тактика дальнейшего лучевого исследования?

5. Пациент 25 лет, обследуется по поводу артериальной гипертензии. В анализах мочи и крови патологических изменений, связанных с заболеванием почек не выявлено. При УЗИ выявлено одиночное кистовидное образование диаметром 11мм в проекции верхней группы чаш левой почки. При экскреторной урографии в левой почке выявляется расширение до 12мм одиночной чаши верхней группы, с несвоевременным ее контрастированием. Остальные отделы выделительной системы левой почки не изменены. Предположительное патологическое состояние? Дифференциальный диагноз? Тактика лучевого исследования?

6. Пациент 20 лет. Жалобы на слабость. Плохо себя чувствует последние 6 месяцев. Объективно: пальпируются нижние полюса почек. Общий анализ мочи: уд.вес 1006, лейкоциты 1-2 в п.зр. При МСКТ брюшной полости выявлено: почки увеличены в размерах (правая 7x8x15 см, левая 8x9x13 см), контуры неровные, волнистые. Определяются множественные гиподенсные образования диаметром от 5 до 20 мм, с содержанием плотностью +10 -+ 18НУ, с четкими, ровными контурами, локализующиеся в паренхиме и синусе почек. Паренхима прослеживается фрагментарно. Выделительная система сдавлена и деформирована данными образованиями. При внутривенном контрастировании образования контрастное вещество не накапливают, остатки паренхимы умеренно повышают свою плотность. В выделительную фазу контрастное вещество накапливается в выделительной системе на 25 минуте. Выявлены аналогичные гиподенсные, аваскулярные образования в структуре печени и поджелудочной железы. Ваше заключение?

7. Пациент 45 лет. Предъявляет жалобы на 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 МСКТ: левая почка увеличена в размерах, в средней трети боковой поверхности выявляется образование с нечеткими контурами, диаметром до 40 мм, деформирующее наружный контур и синус почки. Плотность образования +28 - +32НУ, плотность паренхимы почки +32- +35 Н. В центре образования визуализируется участок пониженной плотности (+22 -+25 НУ), с неровными, нечеткими контурами. При в/в контрастировании паренхима почки до накапливает контрастное вещество до +64 - +70НУ, образование по периферии накапливает контрастное вещество до +78- +80НУ. в центре - до +35 НУ. В отсроченную фазу: выделительная функция почки сохранена, наблюдается деформация и сдавление средней чаши паталогическим образованием. Ваше заключение?

8. Пациентка 35 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 38-39 С, боли в правой поясничной области, боли при мочеиспускании. Объективно: пальпируется нижний полюс правой почки, отмечается резкая болезненность при поколачивании по поясничной области справа. В клиническом анализе крови - лейкоцитоз, СОЭ 30 мм/час, в анализе мочи лейкоциты 15-20 в п/зр.

При КТ установлено: правая почка увеличена в размерах (130x60x60мм), паренхима утолщена до 27-30 мм, синус почки сдавлен утолщенной паренхимой. После в/в контрастирования: в артериальную фазу наблюдается нарушение кортикомедуллярной дифференциации, увеличение размера пирамид, сдавление ветвей почечной артерии в области синуса утолщенной паренхимой; в паренхиматозную фазу - неравномерное

запоздалое контрастирование паренхимы почки; в выделительную фазу- следы контрастного вещества в элементах выделительной системы.

Предположительный диагноз? Дифференциальный диагноз.

9. Пациент 28 лет.

Жалобы на боли при мочеиспускании. Объективно отмечается болезненность при пальпации мочевого пузыря. В анализе мочи лейкоцитоз, гематурия. Анализ крови без отклонений. При КТ почек установлено: почки обычных размеров и формы, паренхима не изменена, ПЗР лоханки справа до 15 мм, передняя и задняя стенка лоханки параллельны друг другу, лоханка выходит за пределы ворот почки, чаши имеют обычную конфигурацию, ПЗР лоханки слева до 8 мм, передняя и задняя стенка лоханки параллельны друг другу, чаши имеют обычную конфигурацию. После В\в контрастирования накопление контрастного препарата своевременное, без признаков патологии.

Ваше заключение?

10. Пациентка 45 лет, направлена маммологом в кабинет маммографии, при пальпации выявлено уплотнение в верхне-наружном квадранте молочной железы, плотно-эластической консистенции, подвижное. При маммографии установлено: молочные железы симметричные, кожа не изменена, соски не втянуты, железистая ткань представлена преимущественно в верхне-наружных квадрантах желез, отмечаются явления жировой инволюции, уплотнение Купперовских связок, диффузные фиброзные изменения. В верхне-наружном квадранте правой молочной железы выявлено образование повышенной рентгеновской плотности с четкими ровными контурами, без кальцинатов, вокруг выражен ободок просветления. В левой молочной железе дополнительные образования не выявлены. Регионарные лимфатические узлы не изменены.

Дайте оценку описанию маммограммы. Проведите дифференциальную диагностику.

11. Пациентка 60 лет. Жалобы на наличие пальпируемого образования в левой молочной железе. Объективно: в околососковой области пальпируется образование каменистой плотности, размерами около 4 см, слабоподвижное, безболезненное, подмышечные лимфатические узлы пальпаторно не изменены, для уточнения характера образования рекомендована маммография. При маммографии установлено: молочные железы представлены преимущественно жировой тканью, в центральной части левой молочной железы, ближе к передним отделам выявляется образование 2х3х3 см повышенной рентгеновской плотности, с микрокальцинатами в структуре, звездчатой формы со спикулами, направляющимися к соску тяжем, который соединяется с участком железистой ткани. Кожа и премаммарная клетчатка, ретромаммарное пространство не изменены. Подмышечные лимфатические узлы не изменены.

Ваше заключение?

12. Пациентка 65 лет. Жалобы на наличие пальпируемого образования в левой молочной железе. Объективно: в центральной части левой молочной железы пальпируется плотное образование, размерами около 3 см, слабоподвижное, безболезненное, подмышечные лимфатические узлы пальпаторно не изменены, для уточнения характера образования рекомендована маммография. При маммографии установлено: молочные железы представлены преимущественно жировой тканью, на границе наружных квадрантов в задних отделах левой молочной железы выявляется образование 2х3х3 см повышенной рентгеновской плотности, с микрокальцинатами в структуре овальной формы, контуры образования местами нечеткие с короткими спикулами, часть образования прилежит? инфильтрирует? большую грудную мышцу. Кожа, сосок и премаммарная клетчатка не изменены. В левой подмышечной области выявлено три лимфатических узла округлой формы, диаметром до 1 см, повышенной рентгеновской плотности.

Ваше заключение? Дальнейшая тактика лучевого исследования?

13. Мужчина 40 лет, жалобы на продуктивный кашель, жар, повышение температур до 38, общее недомогание, болен 5-й день. При рентгенологическом исследовании: инфильтрация медиального сегмента средней доли, величина сегмента соответствует нормальным размерам, реактивные изменения корня правого легкого, утолщение кривой междолевой плевры, не прослеживается передний отдел правого реберно-диафрагмального синуса, положение диафрагмы обычное.

Ваше заключение? Рекомендации, тактика ведения пациента

14. Мужчина 50 лет, считает себя больным около 2 месяцев, беспокоит кашель, который связывал с курением, к врачам не обращался. Резкое ухудшение состояния 4 дня назад, повысилась температура до 38 градусов, появились слабость, одышка, кашель приобрел продуктивный характер.

При рентгенологическом исследовании грудной клетки: субтотальная инфильтрация верхней доли правого легкого, корень правого легкого расширен, объем доли уменьшен, средостение в верхнем отделе смещено вправо.

Ваше заключение, тактика ведения пациента?

КТ грудной клетки: передний и задний сегменты верхней доли уменьшены в объеме, S2, S3 неоднородно уплотнены, верхнедолевой бронх конически сужен, стенки утолщены. Бронхопупульмональные и паратрахеальные узлы 10-12 мм.

Ваше заключение?

15. Мужчина 49 лет. Болен 2 месяца, жалобы на повышение температуры до 37,5-38 С, жалобы на слабость, кашель, одышку.

При рентгенологическом исследовании: инфильтрация неоднородного характера верхней доли правого легкого, уменьшен объем доли, утолщена плевра по ходу междолевой щели, корень расширен.

Ваше заключение, тактика лучевого ведения пациента?

КТ грудной клетки: неоднородное уплотнение верхней доли, верхнедолевой бронх сужен за счет перибронхиального компонента, участки очагового уплотнения в S1 и S3 правого легкого, бронхопупульмональные узлы 5-7 мм, паратрахеальные 10-11 мм.

Ваше заключение?

16. Женщина 65 лет. Жалобы на слабость, потливость, неоднократное повышение температуры, кашель с большим количеством мокроты, который не купируется. Больной себя считает в течении последнего года.

При рентгенологическом исследовании: сливного долькового характера уплотнение нижней доли левого легкого, объем доли не уменьшен, корень легкого неструктурный.

Ваше заключение, тактика ведения пациента?

КТ грудной клетки: неравномерное уплотнение легочной ткани нижней доли, с чередованием зон альвеолярного и интерстициального уплотнения, преимущественно в наружных отделах, просветы бронхов на этом фоне отчетливо прослеживаются, лимфатические узлы не увеличены.

Ваше заключение?

17. Мужчина, 50 лет. Жалобы на боли в правом боку, утомляемость повторные лихорадочные заболевания, сопровождающиеся кашлем со слизистой мокротой. При рентгенографии: в заднем сегменте верхней доли правого легкого неправильной округлой формы уплотнение легочной ткани с неровными и нечеткими контурами, в структуре его овальная полость с относительно четкими и неровными контурами, с корнем связан широкой дорожкой, в верхушечном сегменте крупные очаговые уплотнения неправильной

формы, корень легкого неструктурный, массивные плевральные изменения.
Ваше заключение?

18. Мужчина 49 лет. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, небольшой кашель. Обратился к врачу при повышении температуры до 38 С.

При ФГ в переднем сегменте верхней доли правого легкого выявляется округлой формы образование 23x15 мм, расположенное субплеврально.

Предполагаемое заключение, тактика ведения пациента?

КТ грудной клетки: патологическое образование неправильной округлой формы с неровными нечеткими контурами, к нему подходит бронх, стенки которого на этом уровне утолщены, в прилежащей ткани лимфостаз, тяжи к плевре, бронхопульмональные узлы до 6-7мм в корне правого легкого.

Ваше заключение?

19. Мужчина 33 года. Заболел внезапно, повысилась температура до 40, сильный озноб, резкий сухой кашель, через несколько дней госпитализирован, температура держалась до 39, потливость.

При рентгенологическом исследовании в верхушечно-заднем сегменте левого легкого округлой формы уплотнение легочной ткани с нечеткими контурами, прилежит к косой междолевой щели, корень мало структурен в верхнем отделе.

Предполагаемое заключение?

КТ грудной клетки: округлой формы мягкотканое образование широко прилежит к реберной плевре, последняя на этом уровне утолщена; в центре субстрата - участок пониженной плотности, просветы бронхов в нем не прослеживаются, отмечается провисание междолевой плевры на этом уровне.

20. Мужчина 46 лет. При ФЛ выявлены изменения в верхушечно-заднем сегменте левого легкого, округлой формы образование неоднородной структуры. КТ грудной клетки: полость, внутри ее пристеночное патологическое образование однородной структуры, между стенкой полости и образованием, полоска воздуха.

Ваше заключение?

21. На серии полученных МР-томограмм в верхней трети левого бедра определяется крупное патологическое объемное образование размерами 93x68x125 мм, с четкими ровными контурами, единичными тонкими перегородками, с гиперинтенсивным МР-сигналом на T2, T1 ВИ, гипоинтенсивным на T2 fatsat ВИ, с экспансивным характером роста. Спереди к образованию прилежит портняжная и прямая мышцы бедра, слева - напря. атель широкой фасции бедра, сзади - латеральная широкая мышца бедра, бедренная кость; справа и сзади - подвздошно-поясничная мышца, короткая приводящая и наружная запирающая мышцы. Бедренные артерия, вена и нерв расположены по правому краю образования, несколько оттеснены, не инфильтрированы. Перифокального отека не определяется.

Предполагаемое заключение на основании представленного описания. При необходимости проведите дифференциальный диагноз, назначьте дообследование.

22. На серии МР-томограмм sellярной области гипофиз имеет четкие ровные контуры, неоднородную структуру за счет наличия в левой половине аденогипофиза участка размерами 4x7,6x5,6 мм, с четкими ровными контурами, с гиперинтенсивным МР-сигналом на T2 ВИ, гипоинтенсивным на T1ВИ. Размеры гипофиза 5,7x12,5x13 мм (ВxДxШ). Воронка гипофиза смещена вправо от срединной линии. Хиазма и кавернозные синусы интактны.

На серии МР-томограмм sellярной области с применением методики динамического болюсного контрастирования отмечается менее интенсивное накопление контрастного вещества (задержка контрастирования) выявленным участком в левой половине

аденогипофиза по сравнению с его интактными отделами.

Предполагаемое заключение на основании представленного описания. При необходимости проведите дифференциальную диагностику, назначьте дообследование.

23. Мужчина 58 лет. Жалобы на выраженную головную боль, повышение температуры тела до 38° С в течение недели.

На серии МР-томограмм головного мозга в правой затылочной доле определяется полостное патологическое объемное образование с нечеткими неровными контурами, неоднородной структурой, размерами 25x26.5x18 мм, с гиперинтенсивным МР-сигналом на T2, T2 flair ИП, гипоинтенсивным на T1 ВИ, ярким гиперинтенсивным на ДВИ. Образование имеет капсулу, окружено зоной массивного перифокального отека, деформирует прилежащие отделы заднего рога правого бокового желудочка. Срединные структуры не смещены. Боковые, III-й и IV-й желудочки не расширены. Субарахноидальные пространства на уровне выявленного образования не прослеживаются, в остальных отделах не расширены. Стволовые структуры без особенностей. Участков острой и подострой ишемии в веществе головного мозга не выявлено.

На серии постконтрастных МР-томограмм головного мозга отмечается интенсивное, однородное накопление контрастного вещества по периферии выявленного образования в правой затылочной доле.

Предполагаемое заключение на основании представленного описания. При необходимости проведите дифференциальный диагноз, назначьте дообследование.

24. Женщина 35 лет. Жалобы на желтушность кожных покровов, боли в правом подреберье.

На МРХПГ внутрипечёночные желчные протоки расширены, контуры их чёткие и ровные. Диаметр долевых протоков составляет 9 мм, сегментарных - 4 мм. Диаметр ОПП - 11 мм, верхних отделов холедоха - 19 мм, нижних до 7,8 мм, прослеживаются на всем протяжении. В просвете холедоха на уровне интрапанкреатической части определяется округлый дефект наполнения размерами до 15 мм, с четкими ровными контурами. Желчный пузырь обычной формы и положения. Контуры его ровные и чёткие, стенки не утолщены. В просвете пузыря однородное жидкостное содержимое без дефектов наполнения. Пузырный проток не расширен, 2 мм в диаметре. Вирсунгов проток не расширен, 1,5 мм в диаметре, визуализируется на всём протяжении.

Предполагаемое заключение на основании представленного описания. При необходимости проведите дифференциальную диагностику, назначьте дообследование.

25. Женщина 75 лет. Жалобы на желтушность кожных покровов.

На МРХПГ визуализируются расширенные внутри- и внепечёночные желчные протоки. Диаметр долевых протоков составляет 11 мм, сегментарных - 8 мм. Диаметр ОПП - 20,5 мм, дистального отдела холедоха - 4,5 мм, проксимальный отдел не визуализируется на протяжении 15 мм с наличием симптома "обрыва". Желчный пузырь размерами 51,5x57x52 мм. В просвете пузыря определяются множественные дефекты наполнения округлой формы, размерами до 16 мм. Вирсунгов проток не расширен.

Предполагаемое заключение на основании представленного описания. При необходимости проведите дифференциальную диагностику, назначьте дообследование.

26. Женщина 28 лет. На серии МР-томограмм головного мозга получены изображения суб- и супратенториальных структур. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки умеренно расширены, симметричны. Субарахноидальные пространства над лобно-теменными долями неравномерно расширены. Мозолистое тело атрофично. В субкортикальных и перивентрикулярных отделах обоих полушарий головного мозга (часть очагов расположена субэпендимарно), в мозолистом теле, в левом полушарии мозжечка

определяются очаги и зоны, имеющие гиперинтенсивный МР сигнал на T2 ВИ и T2 FLAIR ИП. Часть очагов имеет гипоинтенсивный характер МР - сигнала на T1 ВИ. Гипофиз в размерах не увеличен. Стволовые структуры без особенностей. Патологических объемных образований в головном мозге не обнаружено. Участков острой и подострой ишемии в веществе головного мозга не выявлено.

На серии постконтрастных МР-томограмм головного мозга отмечается интенсивное накопление контрастного вещества по типу "полукольца" перивентрикулярным очагом в правой лобной доле и субкортикальным очагом в левой теменной доле.

Предполагаемое заключение на основании представленного описания, оцените описание постконтрастных изображений и отразите в заключении. При необходимости проведите дифференциальную диагностику, назначьте дообследование.

27. Пациент 67 лет. 4 дня назад онемение туловища, верхней и нижней конечностей слева.

На серии МР-томограмм головного мозга получены изображения суб- и супратенториальных структур. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки умеренно расширены, симметричны. Субарахноидальные пространства не расширены. Перивентрикулярно в правой лобной доле с распространением на область базальных ядер определяется зона размерами 12x16.5 мм, с ярким гиперинтенсивным МР-сигналом на ДВИ, на T2 ВИ, T2 flair ИП, умеренным гипоинтенсивным на T1 ВИ, с четкими ровными контурами. Дополнительно перивентрикулярно в правой лобной доле определяется зона кистозно-глиозных изменений размерами 5.5x5.5 мм. Стволовые структуры без особенностей. Патологических объемных образований в головном мозге не обнаружено.

Предполагаемое заключение на основании представленного описания. При необходимости проведите дифференциальную диагностику, назначьте дообследование.

28. На серии МР-томограмм головного мозга получены изображения суб- и супратенториальных структур. В левой височной области определяется патологическое объемное образование с четкими неровными контурами, размерами 28x20x18 мм. Образование широко прилежит к внутренней пластинке левой височной кости, отграничено от мозгового вещества полоской ликвора, деформирует прилежащие отделы левой височной доли без МР-признаков перифокального отека. Срединные структуры не смещены. Боковые, III-й и IV-й желудочки не расширены. Субарахноидальные пространства в конвекситальных отделах не расширены. Стволовые структуры без особенностей. Участков острой и подострой ишемии в веществе головного мозга не выявлено.

На серии постконтрастных МР-томограмм головного мозга отмечается интенсивное, однородное накопление контрастного вещества выявленным образованием в левой височной области, а также прилежащими отделами твердой мозговой оболочки.

Предполагаемое заключение на основании представленного описания. При необходимости проведите дифференциальный диагноз, назначьте дообследование.

29. Мужчина 51 год. Жалобы на боли в правом подреберье, лихорадка в течение 4 дней.

На серии полученных МР-томограмм печень имеет четкие ровные контуры. Косой вертикальный размер 160 мм. В VII и VIII сегментах печени определяется полостное патологическое объемное образование с нечеткими неровными контурами, неоднородной структурой, размерами 22x30.5x25 мм, с гиперинтенсивным МР-сигналом на T2, T2 fatsat, гипоинтенсивным на T1 ВИ, ярким гиперинтенсивным на ДВИ. Образование имеет капсулу, окружено зоной массивного перифокального отека.

На серии постконтрастных МР-томограмм отмечается интенсивное накопление контрастного вещества по периферии выявленного образования в правой доле печени.

Предполагаемое заключение на основании представленного описания. При

необходимости проведите дифференциальный диагноз, назначьте дообследование.

30. На серии МР-томограмм головного мозга получены изображения суб- и супратенториальных структур. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки не расширены, передний рог левого бокового желудочка сужен. Субарахноидальные пространства не расширены. Определяются локальные зоны с локализацией в обеих лобных долях субкортикально и перивентрикулярно, направленные от периферии к передним рогам боковых желудочков: 23x41 мм слева, 25.5x16.5 мм справа. Зоны имеют изоинтенсивный МР-сигнал с серым веществом на T2, T2 ВИ. Гипофиз в размерах не увеличен. Стволовые структуры и область ММУ без особенностей. Патологических объёмных образований в головном мозге не выявлено. Миндалины мозжечка удлинены, истончены, пролабируют в большое затылочное отверстие до 11 мм, больше справа.

На серии постконтрастных МР-томограмм головного мозга накопления контрастного вещества выявленными изменениями в обеих лобных долях не отмечается.

Предполагаемое заключение на основании представленного описания. При необходимости проведите дифференциальный диагноз, назначьте дообследование.

31. Пациентку 42 лет беспокоят периодически возникающие, неопределенного характера умеренные боли в области правого коленного сустава; при осмотре коленного сустава мягкие ткани не изменены. Анализ крови без патологии. На обзорных рентгенограммах коленного сустава в 2-х стандартных проекциях в проксимальном метафизе большеберцовой кости определяется участок остеолитической деструкции без вздутия 2 x 2 см, центрально расположенный, с четкими контурами, однородной структуры, окруженный широкой зоной склероза с четким наружным контуром, окружающая костная ткань без изменений.

Дифференциальная диагностика проводится с участками остеолитической деструкции различного генеза, протекающими без вздутия. Предполагаемое заключение на основании представленного описания?

32. Пациентку 40 лет беспокоят периодически возникающие, неопределенного характера умеренные боли в области правого коленного сустава; при осмотре коленного сустава мягкие ткани не изменены. Анализ крови без патологии. На обзорных рентгенограммах коленного сустава в 2-х стандартных проекциях в проксимальном метафизе большеберцовой кости определяется участок остеолитической деструкции без вздутия 1,5 x 2 см, эксцентрично расположенный, с четкими контурами за счет окружающей его тонкой полоски остеосклероза, неоднородной структуры (в центре участка деструкции несколько округлых обызвествлений размером 2 – 4 мм), нагрузочные костные балки рядом с участком деструкции гипертрофированы (репаративный остеопороз).

Дифференциальная диагностика проводится с участками остеолитической деструкции различного генеза, протекающими без вздутия. Предполагаемое заключение на основании представленного описания?

33. Пациентку 10 лет беспокоят периодически возникающие, неопределенного характера умеренные боли в области правого коленного сустава; при осмотре коленного сустава мягкие ткани умеренно отечные без явлений гиперемии и гипертермии. Анализ крови без изменений. На обзорных рентгенограммах коленного сустава в 2-х стандартных проекциях в проксимальном метафизе большеберцовой кости определяется участок остеолитической деструкции без вздутия 1 x 1 см, эксцентрично расположенный, с нечеткими контурами, однородной структуры, в окружающей костной ткани – выраженный регионарный остеопороз. Дифференциальная диагностика проводится с участками остеолитической деструкции различного генеза, протекающими без вздутия. Предполагаемое заключение на основании представленного описания?

34. Пациента 11 лет беспокоят умеренные боли в области правого коленного сустава, возникшие после падения; при осмотре коленного сустава мягкие ткани не изменены. Анализ крови без патологии. На обзорных рентгенограммах коленного сустава в 2-х 2-х стандартных проекциях в проксимальном метафизе большеберцовой кости определяется участок остеолитической деструкции без вздутия 1 x 1 см, эксцентрично расположенный в кортикальном слое, с нечеткими контурами, однородной структуры, окружающая костная ткань без изменений. Дифференциальная диагностика проводится с участками остеолитической деструкции различного генеза, протекающими без вздутия. Предполагаемое заключение на основании представленного описания?

35. Пациента 11 лет беспокоят умеренные боли в области правого коленного сустава, возникшие после падения; при осмотре коленного сустава мягкие ткани не изменены. Анализ крови без патологии. На обзорных рентгенограммах коленного сустава в 2-х стандартных проекциях в проксимальном метафизе большеберцовой кости определяется участок остеосклероза округлой формы 1 x 1 см, эксцентрично расположенный в кортикальном слое, с нечеткими контурами, окружающая костная ткань без изменений. Дифференциальная диагностика проводится с участками остеосклероза различного генеза. Предполагаемое заключение на основании представленного описания?

36. Пациентку 16 лет беспокоят умеренные боли в области правого коленного сустава, возникшие после падения; при осмотре коленного сустава мягкие ткани не изменены. Анализ крови без патологии. На обзорных рентгенограммах коленного сустава в 2-х стандартных проекциях в проксимальном метадиафизе большеберцовой кости определяется участок остеолитической деструкции со вздутием 2 x 5 см, центрально расположенный, с четкими контурами за счет узкой полоски склероза, ячеисто-трабекулярной структуры (10 – 12 крупных ячеек), окружающая костная ткань без изменений. Дифференциальная диагностика проводится с участками остеолитической деструкции различного генеза, протекающими со вздутием и имеющими ячеисто – трабекулярную структуру. Предполагаемое заключение на основании представленного описания?

37. Пациентку 12 лет беспокоят умеренные боли в области правого коленного сустава, возникшие после падения; при осмотре коленного сустава мягкие ткани не изменены. Анализ крови без патологии. На обзорных рентгенограммах коленного сустава в 2-х стандартных проекциях в проксимальном метадиафизе большеберцовой кости определяется участок остеолитической деструкции со вздутием 3 x 4 см, эксцентрично расположенный, с четкими контурами за счет узкой полоски склероза, ячеисто - трабекулярной структуры (много мелких ячеек), окружающая костная ткань без изменений. Дифференциальная диагностика проводится с участками остеолитической деструкции различного генеза, протекающими со вздутием и имеющими ячеисто – трабекулярную структуру. Предполагаемое заключение на основании представленного описания?

38. Пациентку 30 лет беспокоят периодически возникающие неопределенного характера умеренные боли в области правого коленного сустава, возникшие после падения; при осмотре коленного сустава мягкие ткани не изменены. Анализ крови без патологии. На обзорных рентгенограммах коленного сустава в стандартных проекциях в проксимальном эпифизе большеберцовой кости определяется участок остеолитической деструкции со вздутием 3 x 4 см, эксцентрично расположенный, с четкими контурами за счет узкой полоски склероза, ячеисто – трабекулярной структуры (много мелких ячеек), окружающая костная ткань без изменений. Дифференциальная диагностика проводится с участками остеолитической деструкции различного генеза, протекающими со вздутием и имеющими ячеисто – трабекулярную структуру. Предполагаемое заключение на основании

представленного описания?

39. Пациентку 35 лет беспокоят периодически возникающие, неопределенного характера умеренные боли в области правого коленного сустава; при осмотре коленного сустава мягкие ткани не изменены. Анализ крови без патологии. На обзорных рентгенограммах коленного сустава в 2-х стандартных проекциях в проксимальном метафизе большеберцовой кости определяется участок остеолитической деструкции со вздутием 2 x 2 см, эксцентрично расположенный, с четкими контурами за счет окружающей его тонкой полоски остеосклероза, неоднородной структуры (в центре участка деструкции несколько округлых обызвествлений размером 2 – 4 мм), окружающая костная ткань без изменений. Дифференциальная диагностика проводится с участками остеолитической деструкции различного генеза, протекающими со вздутием и имеющими неоднородную структуру за счет обызвествлений. Предполагаемое заключение на основании представленного описания?

40. Пациентку 35 лет беспокоят периодически возникающие, неопределенного характера умеренные боли в области правого коленного сустава; при осмотре коленного сустава мягкие ткани не изменены. Анализ крови без патологии. На обзорных рентгенограммах коленного сустава в 2-х стандартных проекциях в проксимальном эпиметафизе с переходом на бугристость (апофиз) большеберцовой кости определяется участок остеолитической деструкции со вздутием 2 x 2 см, эксцентрично расположенный, с четкими контурами за счет окружающей его тонкой полоски остеосклероза, неоднородной структуры (в центре участка деструкции несколько округлых обызвествлений размером 2 – 4 мм), окружающая костная ткань без изменений. Дифференциальная диагностика проводится с участками остеолитической деструкции различного генеза, протекающими со вздутием и имеющими неоднородную структуру за счет обызвествлений. Предполагаемое заключение на основании представленного описания?

41. Пациентку 35 лет беспокоят периодически возникающие, неопределенного характера умеренные боли в области правого коленного сустава, возникшие после падения; при осмотре коленного сустава мягкие ткани не изменены. Анализ крови без патологии. На обзорных рентгенограммах коленного сустава в 2-х стандартных проекциях в проксимальном метафизе большеберцовой кости определяется участок остеолитической деструкции со вздутием 1,5 x 1,5 см, эксцентрично расположенный, с нечеткими контурами, неоднородной структуры (в центре участка деструкции несколько округлых обызвествлений размером 2-4 мм), окружающая костная ткань без изменений. Дифференциальная диагностика проводится с участками остеолитической деструкции различного генеза, протекающими со вздутием и имеющими неоднородную структуру за счет обызвествлений. Предполагаемое заключение на основании представленного описания?

42. Женщина 52 лет, жалобы на одышку при небольшой физической активности, периодические боли в межлопаточной области, ощущения перебоев в ритме сердечной деятельности, частый кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. В последнее время отмечает частые бронхиты. На рентгенограммах грудной клетки: В периферических отделах нижней доли правого легкого выявляются линейные тени длиной около 20 мм, толщиной 2-3 мм низкой плотности. В нижних и средних отделах легких выявляются линейные тени, имеющие горизонтальный ход, начинающиеся в периферических отделах и доходящие до сердечной тени. Корни легких расширены, не структурны. В передней проекции по правому контуру определяется увеличение 2-й дуги, правый атриовазальный угол выполнен дополнительной дугой. По левому контуру превазальная дуга уменьшена, увеличены 2-я и 3-я дуги, 4-я дуга обычной конфигурации. В левой боковой и правой кривой проекции выявляется смещение контрастированного пищевода. В левой боковой проекции

отмечается увеличение протяженности прилегания сердечной тени к передней грудной стенке. Сделайте заключение по представленному описанию. Укажите наиболее вероятный диагноз

43. Юноша 19 лет, жалуется на головные боли, плохой сон, раздражительность, тяжесть и ощущение пульсации в голове, носовые кровотечения, ухудшение зрения, боль в области сердца, сердцебиение, перебои. Отмечается быстрая утомляемость, похолодание нижних конечностей, боли в икроножных мышцах при ходьбе. Физическое развитие хорошее, атлетическая фигура. На рентгенограммах грудной клетки: в прямой проекции определяется увеличение I дуги по правому контуру, I дуга по левому контуру отсутствует, на уровне Th3-5 отмечается изменение контура тени аорты в виде выемки, IV дуга по левому контуру увеличена, закруглена, верхушка расположена на диафрагме. При исследовании в левой косой проекции выявляют выбухание тени расширенной восходящей аорты. Сделайте заключение по представленному описанию. Укажите наиболее вероятный диагноз, какой рентгенологический признак, не указанный в задаче, подтвердит ваш диагноз.

44. Девочка 12 лет, жалобы на слабость, утомляемость, одышку при занятиях физкультурой в школе, не выполняет физических нормативов для своего возраста, эпизодически бывают боли в области сердца. Рентгенологическое обследование выполнено в связи с пневмонией. На передней рентгенограмме определяется усиление сосудистого компонента в верхних отделах легких, расширение корней легких, увеличена II дуга по правому контуру, уменьшение I дуги справа и слева, увеличение II дуги на левом контуре. В боковой проекции отмечается увеличение протяженности прилегания правого желудочка к передней грудной стенке. Сделайте заключение по представленному описанию. Укажите наиболее вероятный диагноз.

45. Мужчина 80 лет, жалуется на ангинозные боли при умеренной физической нагрузке. При рентгенологическом исследовании выявлены следующие изменения: На передней рентгенограмме легочный рисунок не изменен, корни легких не расширены. I дуга по правому и левому контуру уменьшена, талия сердца подчеркнута, увеличение IV дуга влево, верхушка закруглена, левый кардиодиафрагмальный угол острый. На левой боковой рентгенограмме отмечается заполнение треугольника нижней полой вены тенью сердца. Сделайте заключение по представленному описанию. Укажите наиболее вероятный диагноз.

46. Мальчик 9 лет. Жалоб не предъявляет. При рентгенологическом исследовании выявлены следующие изменения: На передней рентгенограмме легочный рисунок не изменен, корни легких не расширены. I дуга по правому контуру увеличена, по левому контуру уменьшена, талия сердца подчеркнута, увеличение IV дуга влево, верхушка закруглена, левый кардиодиафрагмальный угол острый. На левой боковой рентгенограмме отмечается заполнение треугольника нижней полой вены тенью сердца. Сделайте заключение по представленному описанию. Укажите наиболее вероятный диагноз.

47. Девочка 6 лет. Жалобы на одышку, особенно при физической нагрузке, при одышке садиться на корточки, несколько замедленно развитие. Кожные покровы бледные. При рентгенологическом исследовании: На передней рентгенограмме легочный рисунок обеднен, поперечник сердца расширен за счет IV дуги по левому контуру, верхушка закруглена, приподнята. Увеличение I и II дуги по правому контуру, по левому контуру отсутствие I дуги, уменьшение II дуги. В левой боковой проекции отмечается увеличение протяженности прилегания правого желудочка к передней грудной стенке, треугольник нижней полой вены выполнен тенью сердца. Сделайте заключение по представленному описанию. Укажите наиболее вероятный диагноз.

48. Мужчина 43 года, жалобы на одышку при небольшой физической активности, утомляемость, сердцебиение, кашель с небольшим количеством мокроты с прожилками крови, отеки ног к вечеру. Несколько месяцев назад появилась охриплость голоса. На рентгенограммах: В прямой проекции в нижних и средних отделах легких выявляются линейные тени, имеющие горизонтальный ход, начинающиеся в периферических отделах и доходящие до сердечной тени. Корни легких расширены, не структурны. Сердце расширено в поперечнике, кардио-торакальный индекс составляет 58%. На правом контуре сердечной тени вторая дуга расширена, в области атриовазального угла сформирована дополнительная дуга большого радиуса. По левому контуру отмечается увеличение второй, особенно третьей и четвертой дуги (четвертая дуга заходит за срединно-ключичную линию). В левой боковой проекции отмечается увеличение протяженности прилегания правого желудочка к передней грудной стенке, тень левого желудочка выходит в ретрокардиальное пространство. Контрастированный пищевод смещен кзади. При исследовании в правой косо́й проекции с контрастированием пищевода тень левого предсердия заходит за тень пищевода. Сделайте заключение по представленному описанию. Укажите наиболее вероятный диагноз.

49. Пациент 38 лет, жалобы на лихорадку к которой присоединилась одышка в покое, набухание шейных вен. При рентгенологическом исследовании: В передней проекции легочные поля без особенностей, корни легких не расширены. Тень сердца резка расширена, КТИ 62%, тень сердца имеет треугольную форму основанием к диафрагме, отсутствует характерная дифференцировка дуг сердца. В левой боковой проекции имеется значительное расширение тени сердца в ретрокардиальное пространство, однако отсутствует смещение контрастированного пищевода. Сделайте заключение по представленному описанию. Укажите наиболее вероятный диагноз.

50. Пациентка 32 года. Предъявляет жалобы на головные боли, неконтролируемую артериальную гипертензию, увеличение веса. При УЗИ органов брюшной полости и почек патологические изменения органов не выявлены. При МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства установлено: левый надпочечник треугольной формы, размерами: длина латеральной ножки 38 мм, медиальной 36 мм. Расстояние между ножками 25мм. Толщина медиальной ножки 5 мм, толщина латеральной ножки 9 мм. Надпочечник имеет неоднородную структуру, плотность медиальной ножки +25НУ., латеральной - -5 НУ. Контуры латеральной ножки нечеткие. Какое патологическое состояние надпочечника описано? Ваше заключение?

5.3. Рекомендуемая литература

- Амосов В.И., Сперанская А.А. Лучевая диагностика интерстициальных заболеваний легких.- СПб Элби, 2015.-176с.
- Гридин Л.А., Орел А.М. Аномалии развития позвоночника и основания черепа.-ВИДАР, 2014.-120с.
- Дунаев А.П., Шейх Ж.В., Кармазановский Г.Г., Дребушевский Н.С. Лучевая диагностика острых деструктивных воспалительных процессов в легких.- ВИДАР, 2016.-104с.
- Колганова И.П., Кармазановский Г.Г. Компьютерная томография и рентгенодиагностика заболеваний брюшной полости (ответы на вопросы для самоконтроля).. Выпуск 1. -ВИДАР, 2014.-674с.
- Карельская Н.А., Кармазановский Г.Г. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография.- ВИДАР, 2011. -272с
- Олдер Р.А., Бассиньяни М.Дж. Атлас визуализации в урологии.- ГЭОТАР-Медиа, 2014.-272с.
- Прокоп М., Галански М. Спиральная и многослойная компьютерная томография. В 2-х томах. М.: МЕДпресс-информ, 2011; Т. 2: 307-323.

- Труфанов Г.Е. Лучевая диагностика заболеваний околоносовых пазух и полости носа. 2 издание, исправленное и дополненное.-СПб Элби, 2011.-224с .
- Труфанов Г.Е. Лучевая диагностика заболеваний основания черепа и мостомозжечкового угла.-СПб Элби, 2010.-320с .
- Труфанов Г.Е. Лучевая диагностика заболеваний печени: руководство.-СПб Элби, 2011.-416с.
- Труфанов Г.Е. Лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы: руководство.-СПб Элби, 2009.-288с .
- Труфанов Г.Е. Лучевая диагностика заболеваний шеи: руководство.-СПб Элби, 2011.-320с .
- Роев И.В., Лютьен-Дреколл Э., Хойк Андреас, Стайнборн Марк МРТ костно-мышечной системы. Атлас.- Медицинская литература, 2015.-400с.
- Китаев В.М. Лучевая диагностика заболеваний головного мозга.- МЕДпресс-информ, 2015.-136с.
- Руммени Э.Й., пер. с англ. под ред. проф. Кармазановского Г.Г. Магнитно-резонансная томография тела.- МЕДпресс-информ, 2014.-848с.
- Эллис Г., Логан М., Диксон К.Э. Атлас анатомии человека в срезах, КТ- и МРТ-изображениях.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.-288 с.:ил.