

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине Рентгенология
по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1.	Раздел 1. Физико-технические основы рентгенологических методов диагностики Раздел 2. Рентгенологическая диагностика патологии внутренних органов	УК-1, ПК-5	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методологию абстрактного мышления для систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов • принципы анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента на основе данных физикального обследования, лабораторных и инструментальных данных. <p>- Принципы получения лучевого изображения, в том числе рентгенологических, КТ и МРТ</p> <p>- Информационные технологии и принципы дистанционной передачи и хранения результатов рентгенологических исследований</p> <p>- Лучевую семиотику заболеваний и патологических состояний внутренних</p>	Тестовые задания Ситуационные задачи	30 10

		<p>органов</p> <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • систематизировать патологические процессы, выявленные при обследовании пациента • анализировать выявленные в результате обследования пациента симптомы, синдромы, патологические изменения <p>Производить рентгенологические исследования внутренних органов у взрослых пациентов методами рентгенографии</p> <p>-Оценивать рентгенологические симптомы и синдромы заболеваний и (или) состояний</p> <p>- Оформлять протокол лучевого исследования, содержащий результаты рентгенологического исследования</p> <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методологией абстрактного мышления для постановки диагноза путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов • методологией анализа элементов полученной информации в результате обследования пациента • методологией синтеза полученной 		
--	--	--	--	--

			информации для постановки диагноза -Производить рентгенологические исследования у взрослых пациентов -Выполнять измерения во время проведения рентгенологических исследований и (или) при постпроцессинговом анализе сохраненной в памяти лучевого аппарата информации -Анализировать и интерпретировать результаты рентгенологических исследований		
--	--	--	--	--	--

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

2.1. Тестовые задания по дисциплине

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
1. РЕНТГЕНОСКОПИЯ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ИЗУЧИТЬ А. структуру корней легких Б. легочный рисунок В. подвижность диафрагмы Г. морфологию инфильтрата в легком	УК-1, ПК-5
2. ИССЛЕДОВАНИЕМ ПЕРВОГО ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ А. рентгеноскопия Б. рентгенография в прямой и боковой проекциях В. рентгенография в прямой проекции Г. рентгеновская компьютерная томография	
3. ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОДА В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ ПОМОГАЕТ ПРИ А. праволежащей аорте Б. перикардите В. увеличении корневых лимфоузлов Г. тимоме	
4. АНАТОМИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА В НОРМЕ - ЭТО А. бронхи	

<p>Б. бронхи и легочные артерии В. бронхи, легочные артерии и вены Г. легочные артерии и вены</p>	
<p>5. ПРОСТРАНСТВЕННОЕ РАЗРЕШЕНИЕ ОБЫЧНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ</p> <p>А. идентично рентгеноскопии Б. идентично цифровой флюорографии В. выше цифровой флюорографии Г. ниже цифровой флюорографии</p>	
<p>6. НА РАСПОЛОЖЕНИЕ ПРИСТЕНОЧНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВНУТРИ ЛЕГКОГО УКАЗЫВАЕТ</p> <p>А. смещаемость с легким при дыхании Б. округлая форма В. изменение формы в разных проекциях Г. прямые углы образования с грудной стенкой в разных проекциях</p>	
<p>7. ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ЛЕГКОМ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПО</p> <p>А. межреберьям Б. легочным зонам В. долям Г. сегментам</p>	
<p>8. КОНТУРЫ ТЕНИ В ЛЕГКОМ НЕЧЕТКИЕ У</p> <p>А. периферического рака Б. гамартомы В. кистозного образования Г. очаговой пневмонии</p>	
<p>9. ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ЧАШЕ ВСЕГО КОРЕНЬ ЛЕГКОГО</p> <p>А. не расширен Б. расширен и имеет бугристые контуры В. расширен и малоструктурный Г. расширен и смешен</p>	
<p>10. ДВУСТОРОННЕЕ РАСШИРЕНИЕ КОРНЕЙ ЛЕГКИХ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <p>А. саркоидозе Б. септической метастатической В. метастазах в легких первичной опухоли вне легочной локализации Г. эхинококкозе легких</p>	
<p>11. ЕДИНИЦА ИЗМЕРЕНИЯ МОЩНОСТИ ДОЗЫ РЕНТГЕНОВСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ</p> <p>А. Рентген Б. Рад В. Рентген/мин Г. Грей</p>	
<p>12. НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫМИ</p> <p>А. Инфракрасные лучи Б. Звуковые волны В. Радиоволны Г. Рентгеновские лучи</p>	

<p>13. ЧЕМ МЕНЬШЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ФОКУС ТРУБКИ, ТЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> А. Меньше разрешение на снимке Б. Больше геометрические искажения В. Меньше полутень Г. Меньше четкость деталей 	
<p>14. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТСЕИВАЮЩЕГО РАСТРА ПРИВОДИТ</p> <ul style="list-style-type: none"> А. К уменьшению влияния вторичного излучения при снижении контраста снимка Б. К уменьшению воздействия вторичного излучения и улучшению контрастности и разрешения В. К получению снимка большей плотности и контраста Г. К снижению вторичного излучения при том же контрасте снимка 	
<p>15. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТСЕИВАЮЩЕГО РАСТРА ПРИВОДИТ</p> <ul style="list-style-type: none"> А. к уменьшению воздействия вторичного излучения и улучшению контрастности и разрешения Б. к уменьшению влияния вторичного излучения при снижении контраста снимка В. к получению снимка большей плотности и контраста Г. к снижению вторичного излучения при том же контрасте снимка 	
<p>16. ОТСЕИВАЮЩЕЙ РЕШЕТКОЙ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> А. Кассетодержатель вместе с неподвижным растром Б. Мелкоструктурный растр В. Наложённые друг на друга перекрещивающиеся растры Г. Растр с приводом и кассетодержателем 	
<p>17. РЕНТГЕНОВСКИЙ ЭКСПОНОМЕТР С ИОНИЗАЦИОННОЙ КАМЕРОЙ РАБОТАЕТ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО</p> <ul style="list-style-type: none"> А. При очень коротких экспозициях Б. При "жесткой" технике съемки В. При безэкранный съемке Г. При достаточно длинных экспозициях 	
<p>18. ПРИ УПРАВЛЕНИИ РЕНТГЕНОВСКИМ РЕЛЕ ЭКСПОЗИЦИИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> А. Расстояния фокус-пленка Б. Размера кассеты В. Жесткости излучения Г. Типа рентгеновской пленки 	
<p>19. ЦЕЛЮЮ ПРИМЕНЕНИЯ СВИНЦОВЫХ ДИАФРАГМ В РЕНТГЕНОВСКОМ ИЗЛУЧАТЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> А. Ограничение рентгеновского луча Б. Укорочение времени экспозиции В. Уменьшение времени проявления Г. Фильтрация мягкого излучения 	
<p>20. ЦЕЛЮЮ ПРИМЕНЕНИЯ СВИНЦОВЫХ ДИАФРАГМ В РЕНТГЕНОВСКОМ ИЗЛУЧАТЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> А. укорочение времени экспозиции Б. ограничение рентгеновского луча В. уменьшение времени проявления Г. отфильтрование мягкого излучения 	

<p>21. ОПТИМАЛЬНОЙ ПРОЕКЦИЕЙ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. прямая Б. боковая В. вторая косая Г. первая косая</p>	
<p>22. СОСТОЯНИЕ ПЕРИСТАЛЬТИКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА МОЖНО ОБЪЕКТИВНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ:</p> <p>А. рентгеноскопии Б. рентгенографии В. серийной флюорографии, видеозаписи Г. функциональных проб</p>	
<p>23. НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ГАЗА В ПИЩЕВОД ДЛЯ ЕГО ДВОЙНОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А. введение через тонкий зонд Б. проглатывание большим воздуха В. насасывание воздуха вместе с бариевой взвесью через трубочку Г. прием больным раствора соды и лимонной кислоты</p>	
<p>24. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМИ СИМПТОМАМИ ЭНДОФИТНОГО (ИНФИЛЬТРАТИВНОГО) РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А. укорочение малой кривизны желудка, ригидность его стенок, отсутствие складок, микрогастрия Б. уменьшение размеров желудочного пузыря, отсутствие перистальтики, нарушение эвакуации из желудка В. центральный дефект наполнения, дефект на рельефе, дополнительная тень на фоне газового пузыря желудка Г. краевой дефект наполнения, атипичный рельеф, нарушение перистальтики</p>	
<p>25. ТРЕХСЛОЙНАЯ НИША, ВЫСТУПАЮЩАЯ ЗА КОНТУР ЖЕЛУДКА, РУБЦОВАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ЖЕЛУДКА И ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ПЕРЕСТРОЙКА РЕЛЬЕФА СЛИЗИСТОЙ ХАРАКТЕРНЫ</p> <p>А. для острой язвы Б. для пенетрирующей язвы В. для дивертикула Г. для инфильтративно-язвенного рака</p>	
<p>26. БЕСКОНТРАСТНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ГЛОТКИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ</p> <p>А. опухолей глотки и пищевода Б. инородных тел пищевода В. опухолей щитовидной железы Г. нарушений акта глотания</p>	
<p>27. МЕТОДИКА ИВАНОВОЙ-ПОДОБЕД ЗАКЛЮЧАЕТСЯ</p> <p>А. в исследовании с бариевой пастой Б. в двойном контрастировании пищевода В. в приеме чайной ложки густой бариевой взвеси и последующем смывании ее со стенки пищевода приемом воды Г. в даче ваты, смоченной бариевой взвесью</p>	

<p>28. ЛУКОВИЦА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ДЕФОРМИРОВАНА В ВИДЕ ТРИЛИСТНИКА. ЯЗВЕННУЮ НИШУ СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ</p> <p>А. в основании луковицы Б. в центре луковицы В. на вершине луковицы Г. в карманах луковицы</p>	
<p>29. К ПРЯМЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АБСЦЕССА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОТНОСЯТ</p> <p>А. ограниченное затемнение брюшной полости Б. смещение органов, окружающих участок затемнения В. ограниченный парез соседних кишечных петель Г. горизонтальный уровень жидкости в ограниченной полости</p>	
<p>30. ОБЩИМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЛЮБОГО ВИДА МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А. арки и горизонтальные уровни жидкости в кишечнике Б. свободный газ в брюшной полости В. свободная жидкость в брюшной полости Г. нарушение топографии желудочно-кишечного тракта</p>	

Ответы к тестовым заданиям

1	В
2	Б
3	А
4	Г
5	В
6	А
7	Г
8	Г

9	В
10	А
11	В
12	Б
13	В
14	А
15	Б
16	Г

17	Г
18	Б
19	А
20	Б
21	Г
22	В
23	В
24	А

25	Б
26	Б
27	В
28	Б
29	Г
30	А

2.2. Ситуационные задачи

Задача 1.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 47 лет. Жалоб не предъявляет. При профилактическом осмотре выявлены изменения в правом легком. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. АД 130/90 мм рт ст, пульс 78 уд/мин, ЧД 17 в мин. Перкуторно сзади над правой лопаткой незначительное укорочение перкуторного звука. Аускультативно дыхание везикулярное.</p> <p>При рентгенологическом исследовании субплеврально, во II сегменте верхней доли правого легкого, округлой формы образование 3,0 см в диаметре, неоднородной структуры, с глыбками обызвествлений в толще и по краю. Контур четкие местами неровные. В прилежащих отделах легочной ткани на фоне деформированного рисунка различных размеров плотные очажки. Плевра на этом уровне утолщена. Видна тяжистая дорожка к корню легкого. В корне единичные обызвествленные мелкие лимфатические узлы.</p>
В	1	Сформулируйте Ваше заключение

Э	-	Туберкулема S II верхней доли правого легкого. Очаги Гона справа.
P2	-	Заключение дано верно
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не указана полностью локализация образования, не отмечены очаги Гона
P0	-	Заключение дано неверно
В	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	Туберкулема (казеома) легких представляет собой плотный обычно округлый казеозный очаг диаметром более 1 см, имеющий выраженную капсулу. Более чем у половины больных туберкулема является исходом других форм туберкулеза легких. Обычно ей предшествует очаговый туберкулез, реже она образуется на фоне инфильтративного процесса (в результате рассасывания перифокального воспаления и осумкования казеозных масс) или вследствие закупорки дренирующего бронха у больных кавернозным туберкулезом легких. На рентгенограмме туберкулема легкого имеет вид округлой, четко отграниченной тени. Тень солитарной туберкулемы может быть однородной, неоднородной (с более плотными включениями и кальцинатами). Тень конгломератной туберкулемы состоит из нескольких фокусов. В окружающей легочной ткани часто определяются очаги туберкулезного воспаления, фиброз, во внутригрудных лимфатических узлах - кальцинаты.
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заключение обосновано неполностью: отсутствует описание изменений в окружающей легочной паренхиме
P0	-	Заключение обосновано неверно
В	3	Какие дополнительные методы диагностики следует применить
Э	-	МСКТ или линейная томография грудной клетки для уточнения характера образования, степени распространенности процесса
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями следует проводить
Э	-	1. Периферический рак. 2. Шаровидная пневмония. 3. Гамартома
P2	-	Дифференциальная диагностика полная
P1	-	Дифференциальная диагностика проводится с абсцессом легкого
P0	-	Дифференциальная диагностика проводится с образованием плевры
В	5	Дальнейшая тактика ведения пациента
Э	-	1. Консультация фтизиатра
P2	-	Тактика дальнейшего ведения выбрана верно
P1	-	Заключение описано правильно, однако рекомендована консультация пульмонолога
P0	-	Тактика ведения выбрана неверно, - рекомендовано динамическое наблюдение в динамике

Задача 2.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 40 лет. Жалобы: ноющие боли в спине, слабость, периодический кашель со

		<p>слизистой мокротой, субфебрильная температура, периодические головные боли.</p> <p>Анамнез: слабость, кашель и субфебрилитет беспокоят в течении года, к врачам не обращался, флюорографию легких не проходил, в последние три месяца слабость усилилась, к указанным жалобам присоединились боли в спине и периодические головные боли</p> <p>Объективно. При осмотре «пуговчатое» выстояние остистого отростка одного из нижнегрудных позвонков, болезненность при пальпации нижнегрудных и верхнепоясничных позвонков.</p> <p>На рентгенограммах грудного и поясничного отделов позвоночника в прямой и боковой проекциях -- снижена высота межпозвонковых дисков Th11-12, Th12-L1, L1-2, передняя клиновидная деформация тел Th12, L1 и L2; на линейных томограммах в прямой и боковой проекциях Th 10- L3 дополнительно выявляется субхондральная центральная литическая деструкция прилежащих поверхностей Th 11-12, Th12-L1, L1-2 и дугообразное выбухание наружного контура поясничных мышц. При исследовании легких (рентгеноскопия и линейная томография) выявлен очаг Гона S3 верхней доли правого легкого, в S6 нижней доли правого легкого определяется округлое интенсивное неомогенное (за счет наличия полости серповидной формы, расположенной асимметрично в передних отделах, и наличия мелких кальцинатов) образование диаметром 2,5 см с четким контуром и фиброзными тяжами по направлению к корню легкого и плевре, в окружающей легочной ткани определяются субплевральные буллы, множественные полиморфные очаги. Корни легких фиброзно изменены. В анализах крови – незначительный лимфоцитоз.</p>
В	1	Сформулируйте ваше заключение
Э	-	Туберкулез легких (туберкулома в S6 правого легкого с рентгенологическими признаками активности процесса; постпервичные изменения в S3 правого легкого); туберкулезный спондилит с поражением тел Th12 -- L2 (с рентгенологическими признаками активности процесса) и натечным абсцессом; необходимо исключить туберкулезный менингит.
P2	-	Заключение сформулировано верно
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не указана четкая локализация процесса в легком и/или позвонках, или нет указаний на активность процесса в легком, или на наличие натечного абсцесса, или нет указаний на необходимость исключения туберкулезного менингита
P0	-	Заключение сформулировано неверно.
В	2	Обоснуйте сформулированное Вами заключение

Э	-	<p>Заключение о наличии туберкулезного спондилита обосновывается комплексом клинико-рентгенологических данных: жалобами на ноющие боли в спине, слабость, субфебрильную температуру; данными клинического обследования -- выстояние остистого отростка нижнегрудного позвонка, болезненность при пальпации нижнегрудных и верхнепоясничных позвонков; данными рентгенологического исследования -- характерными изменениями межпозвонковых дисков и клиновидной деформацией тел позвонков, наличием субхондральной деструкции смежных поверхностей тел пораженных позвонков, косвенных признаков натечного абсцесса (выбухания наружного контура поясничных мышц).</p> <p>Заключение о наличии туберкулеза легких обосновывается также комплексом клинико-рентгенологических данных: жалобами на периодический кашель со слизистой мокротой, слабость, субфебрильную температуру; данными рентгенологического исследования -- наличие постпервичных туберкулезных изменений, наличие в S6 нижней доли правого легкого (одной из типичных локализаций вторичного туберкулеза) округлого образования с четким контуром и полостью распада, фиброзными изменениями, субплевральных булл и полиморфных очагов отсева в окружающей легочной ткани, фиброзными изменениями корней.</p> <p>Подозрение на туберкулезный менингит обусловлено периодические головные боли в последние три месяца.</p> <p>Также за туберкулез свидетельствуют сочетание патологии разных органов, но с рентгенологическими признаками одного и того же заболевания, и лимфоцитоза в крови.</p> <p>За активность процесса в легком свидетельствует полиморфизм очагов, в позвоночнике -- остеолитическая деструкция с отсутствием остеосклероза вокруг них, косвенные признаки натечного абсцесса.</p>				
		P2	-	Заключение обосновано верно.		
		P1	-	Заключение обосновано неполно: отсутствует обоснование поражения одного из органов или оно дано неверно; отсутствует обоснование активности процесса в одном или обоих органах, указание на наличие косвенных признаков натечного абсцесса, на необходимость исключения туберкулезного менингита		
		P0	-	Заключение обосновано неверно: обоснование процесса и его активности в обоих органах отсутствует или дано неверно.		
		B	3	Проведите дифференциальную рентгенодиагностику туберкуломы и периферического рака легких		
		Э	-	Признак	Туберкулома	Периферический рак
		Локализация	чаще в задних отделах	чаще в верхних отделах		
		Количество	бывают множественными	чаще всего единичный		
		Форма	округлая или неправильно-округлая	при малых размерах -- полигональная форма, при больших -- округлая		
		Размеры	чаще всего от 0,5 до 5 см	любых размеров		
		Интенсивность	высокая даже при небольших размерах	зависит от размеров: чем больше тень, тем она интенсивнее		

		Структура	всегда неоднородная: краевая серповидная полость, более плотные включения	чаще однородная, полость встречается значительно реже (полостная форма, в опухолях больших размеров), может быть неоднородной за счет симптома многузловатости
		Контур	четкие, тяжистые	при небольших размерах -- могут быть четкие, волнистые, с вырезкой у устья дренирующего бронха, чаще всего -- нечеткие (злокачественная лучистость и тяжистость)
		Состояние окружающих тканей	постпервичные изменения, полиморфные очаги, фиброзные тяжи по ходу бронхов к корню и по ходу междольковых перегородок к плевре, субплевральные буллы, гиперплазии лимфоузлов корня и средостения нет	часто в окружающей легочной ткани имеются признаки ранее перенесенных воспалительных заболеваний, «дорожки» к корню и к плевре (при ее наличии) бесструктурные, инфильтративные, часто определяются признаки увеличения лимфоузлов корней легких и средостения (метастазирование), при субплевральной локализации возможна деструкция ребра
		Скорость роста	увеличение медленное, «скачкообразное» (во время вспышки)	увеличение быстрое, среднее время удвоения около 130 дней
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно		
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена неполно: не указаны 1 -- 2 критерия, исключая критерии «контур» и «состояние окружающих тканей»		
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена неверно: не указаны хотя бы один из критериев «контур» и «состояние окружающих тканей» Дифференциальная диагностика не проведена		
В	4	Проведите дифференциальную рентгенодиагностику туберкулезного спондилита и метастазов рака в позвонки		
Э	-	Признак	Туберкулезный спондилит	Метастазы рака
		Количество	Поражаться могут как один, так и несколько позвонков (как правило, смежных)	Метастазы могут быть как единичными, так и множественными (как в смежных, так и не смежных позвонках)
		Характер деструкции	всегда литическая	Метастазы могут быть остеолитическими, остеобластическими и смешанными

		Секвестры	есть	нет
		Патологический перелом	есть	есть
		Отношение к суставному хрящу	Процесс переходит через хрящ	Процесс не переходит через хрящ
		Остеосклероз	Развивается в поздние сроки при стихании процесса	При остеобластических метастазах развивается как симптом заболевания (раковый остеосклероз)
P2		Дифференциальная диагностика проведена верно		
P1		Дифференциальная диагностика проведена неполно: не указаны 2 критерия, исключая критерии или один из критериев «секвестры» и «отношение к суставному хрящу»		
P0		Дифференциальная диагностика проведена неверно: не указаны оба из критериев «секвестры» и «отношение к суставному хрящу» Дифференциальная диагностика не проведена		
B	5	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования больного		
Э	-	Учитывая наличия периодических головных болей, пациенту показана МРТ головного мозга (для исключения начальной стадии туберкулезного менингита). Также больному показана КТ органов головы, грудной и брюшной полостей (для детализации характера поражения, выявления возможных дополнительных участков поражения в других органах (не определяемых при классическом рентгенологическом исследовании) и подтверждения наличия натечного абсцесса; взятие мокроты на определение наличия микобактерий туберкулеза методами микроскопии (в условиях стационара), флотации или посева (в условиях ПТД); выполнение бронхоскопии со взятием промывных вод для исключения туберкулеза бронхов, консультация фтизиатра (для постановки диагноза и определения активности процесса)		
P2	-	План дополнительного обследования составлен и обоснован верно.		
P1	-	План дополнительного обследования составлен и обоснован неполно. Не указано или не обосновано выполнение МРТ. Не указано или не обосновано выполнение КТ. Не указано или не обосновано выполнение бронхоскопии. Не обоснована консультация фтизиатра.		
P0	-	План дополнительного обследования составлен и обоснован неверно. Не указаны КТ и МРТ. Не указано микробиологическое исследование на МТБ. Не указана консультация фтизиатра План дополнительного обследования не составлен.		

Задача 3.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 35 лет Жалобы: субфебрильная температура, слабость, потливость, особенно по ночам, кашель. Анамнез: больной считает себя в течение 3х месяцев, когда появился кашель и стала отмечать субфебрильную температуру. Амбулаторно лечилась по поводу ОРЗ.

		<p>Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. АД 110/75 мм рт ст, пульс 78 уд/мин, ЧД 17. В легких дыхание везикулярное.</p> <p>При рентгенологическом исследовании в верхушечном и заднем сегментах верхней доли правого легкого на фоне усиленного и деформированного рисунка различных размеров очажки уплотнения с нечеткими контурами. В остальных отделах легких без особенностей. Увеличенных лимфатических узлов в корневой зоне и средостении не определяется.</p>
В	1	Сформулируйте Ваше заключение
Э	-	Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого.
	-	Заключение дано верно
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не указана полностью локализация изменений
P0	-	Заключение дано неверно
В	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	<p>Очаговый туберкулез легких – форма туберкулеза легких, характеризующаяся наличием в легких очагов размером от 2 до 10 мм в диаметре. При этом поражение ограничено в пределах не более двух сегментов в одном легком или не более чем по одному сегменту в обоих легких. При наличии туберкулезных очагов большей протяженности устанавливают диагноз диссеминированного туберкулеза легких. Очаги делятся на мелкие (2—3 мм), средние (4—6 мм) и крупные (7—10 мм). Очаговый туберкулез легких локализуется преимущественно в верхне-задних отделах легких, чаще в I, II и VI бронхолегочных сегментах. Это связано с анатомическими, функциональными особенностями бронхов и легочной ткани этих отделов: узость и длина верхнедолевого бронха, ограниченная экскурсия верхних отделов легких, что создает условия для образования в бронхах слизистых пробок и их инфицирования, замедление в верхних отделах легких тока лимфы, анемизация верхних отделов легких вследствие ортостатического положения тела и отсасывающего эффекта диафрагмы. Играет роль также то, что верхние доли легких представляют собой зоны гиперсенсibilизации, в которых избирательно фиксируются МБТ. Патогенез очагового туберкулеза легких многообразен, так как он объединяет очаговые формы первичного и постпервичного периодов.</p>
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заключение обосновано неполностью: не объяснены особенности поражения верхней доли
P0	-	Заключение обосновано неверно
В	3	Какие дополнительные методы диагностики следует применить
Э	-	МСКТ или линейная томография грудной клетки для уточнения характера образования, степени распространенности процесса
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями следует проводить
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острая пневмония. 2. Метастазы злокачественной опухоли

		3. Саркоидоз
P2	-	Дифференциальная диагностика полная
P1	-	Дифференциальная диагностика проводится с доброкачественными заболеваниями легких
P0	-	Дифференциальная диагностика не представлена
B	5	Дальнейшая тактика ведения пациента
Э	-	1. Консультация фтизиатра
P2	-	Тактика дальнейшего ведения выбрана верно
P1	-	Заключение описано правильно, однако рекомендована консультация пульмонолога
P0	-	Тактика ведения выбрана неверно, - рекомендовано динамическое наблюдение в динамике

Задача 4.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 27 лет.</p> <p>Жалобы на повышенную утомляемость, кашель, субфебрильную температуру, потливость.</p> <p>Анамнез: больным себя считает в течение месяца, когда появился сухой кашель, периодически стал отмечать подъемы температуры до 37,5, присоединилась слабость и потливость по ночам, за последний месяц и похудел на 5 кг.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. При перкуссии над верхней долей правого легкого незначительное укорочение перкуторного звука. При аускультации там же ослабленное дыхание.</p> <p>При рентгенологическом исследовании в заднем сегменте верхней доли правого легкого участок инфильтративного уплотнения легочной ткани размерами 3,5x4,0 см., неоднородной структуры с нечеткими контурами. В прилежащих отделах легочной ткани на фоне усиленного и деформированного рисунка различных размеров и интенсивности очажки с нечеткими контурами, видна “дорожка” к корню легкого. В корневой зоне увеличенные до 1,5 - 2,0 см лимфатические узлы.</p>
B	1	Сформулируйте Ваше заключение
Э	-	Инфильтративный туберкулез SII верхней доли правого легкого.
	-	Заключение дано верно
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не указана полностью локализация изменений
P0	-	Заключение дано неверно
B	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	<p>Инфильтративный туберкулез легких — клиническая форма, характеризующаяся наличием в легких воспалительных изменений инфильтративного характера, с склонностью формирования казеозного некроза в центре и частым наличием деструкции легочной ткани</p> <p>По характеру рентгенологических данных выделяют пять вариантов инфильтративного туберкулеза: лобулярный, округлый, облаковидный, перисцисурит и лобит.</p>
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заключение обосновано не полностью: не описана форма инфильтративного туберкулеза
P0	-	Заключение обосновано неверно

В	3	Какие дополнительные методы диагностики следует применить
Э	-	МСКТ или линейная томография грудной клетки для исключения распада, степени распространенности процесса
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями следует проводить
Э	-	1. Острая пневмония. 2. Периферический рак 3. Саркоидоз (медиастинально-легочная форма)
P2	-	Дифференциальная диагностика полная
P1	-	Дифференциальная диагностика проводится с одним заболеванием
P0	-	Дифференциальная диагностика не представлена
В	5	Дальнейшая тактика ведения пациента
Э	-	1. Консультация фтизиатра
P2	-	Тактика дальнейшего ведения выбрана верно
P1	-	Заключение описано правильно, однако рекомендована консультация пульмонолога
P0	-	Тактика ведения выбрана неверно, - рекомендовано динамическое наблюдение в динамике

Задача 5.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 48 лет.</p> <p>Жалобы: боль в правом плечевом суставе, слабость, кашель.</p> <p>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.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, резко ограничен объем движений в правом плечевом суставе, при пальпации выражена болезненность. Симптом Горнера (птоз, миоз, энофтальм).</p> <p>Аускультативно: в верхнем отделе правого легкого ослабленное дыхание.</p> <p>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.</p>
В	1	Сформулируйте заключение к данному протоколу
Э	-	Периферический рак верхней доли правого легкого (S1) с синдромом Панкоста.
P2	-	Заключение сформулировано правильно
P1	-	Заключение сформулировано неполностью
P0	-	Заключение сформировано неверно

В	2	Какие показатели нужны для усовершенствования данного протокола исследования, обоснуйте.
Э	-	КТ исследование органов грудной клетки.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный. Указаны не все дополнительные обследования.
P0	-	Ответ неверный. Указанные дополнительные обследования не имеют отношения к данной патологии.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	КТ-исследование органов грудной клетки с целью уточнения объема и характера поражения.
P2	-	План дополнительного обследования пациента составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен неверно.
В	4	Перечислите патологические состояния, имеющие сходную R-семиотику.
Э	-	Туберкулема Опухоль плевры Верхушечный осумкованный плеврит
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный. Перечислены не все патологические состояния.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика ведения данного пациента.
Э	-	Пациенту показана консультация онколога с целью решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный. Пациент нуждается в дообследовании.

Задача 6.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 53 лет. Жалобы: кашель, кровохарканье, боль в правой половине грудной клетки, слабость.</p> <p>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.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное, перкуторно - справа сзади на уровне угла лопатки перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно - жесткое дыхание.</p> <p>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, подрывные. Наружные контуры нечеткие, лучистые, поверхность крупнобугристая. При томографическом исследовании виден дренирующий бронх (B6), стенки его неровные, просвет неравномерно</p>

		сужен. В корневой зоне увеличенные лимфатические узлы до 1,5-2,0 см. Контрастированный барием пищевод на уровне бифуркации трахеи оттеснен влево и кзади.
В	1	Сформулируйте заключение к данному протоколу
Э	-	Периферический рак нижней доли правого легкого (S6), лимфоаденопатия вторичного (mts) характера.
P2	-	Заключение сформулировано правильно
P1	-	Заключение сформулировано неполностью
P0	-	Заключение сформировано неверно
В	2	Какие показатели нужны для усовершенствования данного протокола исследования, обоснуйте.
Э	-	КТ исследование органов грудной клетки с целью уточнения объема и характера поражения. МРТ/КТ органов брюшной полости на предмет выявления отдаленных метастазов.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный. Указаны не все дополнительные обследования.
P0	-	Ответ неверный. Указанные дополнительные обследования не имеют отношения к данной патологии.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	КТ-исследование органов грудной клетки с целью уточнения объема и характера поражения. КТ/МРТ органов брюшной полости на предмет выявления отдаленных метастазов.
P2	-	План дополнительного обследования пациента составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен неверно.
В	4	Перечислите патологические состояния, имеющие сходную R-семиотику.
Э	-	Острый абсцесс легкого. Туберкулема с распадом. Эхинококкоз легкого.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный. Перечислены не все патологические состояния.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика ведения данного пациента.
Э	-	Пациенту показана консультация онколога с целью решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный. Пациент нуждается в дообследовании.

Задача 7.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 56 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,

		<p>увеличивалось количество отделяемой мокроты. Позже присоединились слабость, боли в грудной клетке, постепенно теряла вес.</p> <p>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.</p> <p>На ЭКГ нагрузка на правые отделы сердца.</p> <p>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.</p>
В	1	Сформулируйте заключение к данному протоколу
Э	-	Бронхиоло-альвеолярный рак с вовлечением в процесс нижних долей легких, средней и верхней доли (S3) правого легкого, язычковых сегментов левого легкого.
P2	-	Заключение сформулировано правильно
P1	-	Заключение сформулировано неполностью
P0	-	Заключение сформировано неверно
В	2	Какие показатели нужны для усовершенствования данного протокола исследования, обоснуйте.
Э	-	КТ исследование органов грудной клетки с целью уточнения объема и характера поражения. МРТ/КТ органов брюшной полости на предмет выявления отдаленных метастазов.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный. Указаны не все дополнительные обследования.
P0	-	Ответ неверный. Указанные дополнительные обследования не имеют отношения к данной патологии.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	КТ-исследование органов грудной клетки с целью уточнения объема и характера поражения. КТ/МРТ органов брюшной полости на предмет выявления отдаленных метастазов.
P2	-	План дополнительного обследования пациента составлен полностью верно
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен неверно.
В	4	Перечислите патологические состояния, имеющие сходную R-семиотику.
Э	-	Двусторонняя пневмония Отек легкого. Инфильтративной туберкулез легких.
P2	-	Ответ верный.

P1	-	Ответ неполный. Перечислены не все патологические состояния.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Какова дальнейшая тактика ведения данного пациента.
Э	-	Пациенту показана консультация онколога с целью решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный. Пациент нуждается в дообследовании.

Задача 8.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 26 лет.</p> <p>Жалобы: кашель с отделением гнойной мокроты, слабость, температуру, боли в правой половине грудной клетки.</p> <p>Анамнез: заболел остро. После переохлаждения появился озноб, сухой кашель, высокая температура до 39, слабость, боль в правой половине грудной клетки.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести, одышка до 28 в мин, пульс 112 уд/мин, температура 38. Перкуторно справа сзади ниже угла лопатки и сбоку отмечается притупление перкуторного звука. Аускультативно в этой же области выслушиваются влажные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы.</p> <p>При рентгенологическом исследовании в нижней доле правого легкого на фоне усиленного и деформированного рисунка множественные различных размеров и интенсивности очаги уплотнения с нечеткими контурами местами сливающиеся между собой в крупные фокусы. При томографическом исследовании просветы бронхов не изменены, корень правого легкого расширен бесструктурен. Междолевая плевра утолщена. Купол диафрагмы справа расположен выше обычного, синусы полностью не раскрываются.</p> <p>В латеропозиции выявляется небольшое количество свободной жидкости.</p>
B	1	Сформулируйте Ваше заключение
Э	-	Правосторонняя нижнедолевая бронхопневмония. Реактивный экссудативный плеврит справа.
	-	Заключение дано верно
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не указана полностью клиничко-рентгенологическая форма пневмонии
P0	-	Заключение дано неверно
B	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	Бронхопневмония характеризуется острой клинической симптоматикой, неоднородной структурой инфильтрации легочной паренхимы с наличием в легочной ткани многочисленных полиморфных, центрилобулярных очагов с нечеткими контурами, с тенденцией к сливанию. Отмечается симптом воздушной бронхографии.
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заключение обосновано неполностью: не объяснена клиничко-рентгенологическая форма пневмонии
P0	-	Заключение обосновано неверно
B	3	Какие дополнительные методы диагностики следует применить
Э	-	R контроль после курса антибиотикотерапии , УЗ исследование для

		уточнения объема выпота
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	Дополнительное R дообследование (рентгеноскопия, МСКТ)
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями следует проводить
Э	-	1. Инфильтративный туберкулез 2. Рак легкого. 3. Саркоидоз
P2	-	Дифференциальная диагностика полная
P1	-	Дифференциальная диагностика проводится с одним заболеванием
P0	-	Дифференциальная диагностика не представлена
B	5	Дальнейшая тактика ведения пациента
Э	-	1. Консультация пульмонолога и контроль в динамике
P2	-	Тактика дальнейшего ведения выбрана верно
P1	-	Не рекомендован R контроль в динамике
P0	-	Тактика ведения выбрана неверно

Задача 9.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 36 лет. Жалобы: кашель с отделением мокроты, слабость, одышку, боли в грудной клетке, температуру. Анамнез: заболел остро, повысилась температура до 39,5, озноб, боль в грудной клетке, сухой кашель. Амбулаторно проводилась противовоспалительная терапия. Через неделю температура стала снижаться, появилась гнойная мокрота, которая отходила полным ртом в течение 1,5- 2 суток, затем количество мокроты уменьшилось, но в ней появились прожилки крови. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, ЧД 32 в мин. Пульс 108 уд. в минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. В крови лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Перкуторно на ограниченном участке слева сзади на уровне VII ребра- тимпанит. Аускультативно в этой области дыхание с амфорическим оттенком. При рентгенологическом исследовании в верхушечном сегменте нижней доли левого многополостное образование округлой формы с горизонтальным уровнем жидкости, размерами до 6см в диаметре. Стенки полостного образования равномерные, внутренний контур гладкий. Наружные контуры нечеткие, окружающая легочная ткань инфильтративно уплотнена. При томографическом исследовании виден деформированный дренирующий бронх. Корень левого легкого расширен, бесструктурен</p>
B	1	Сформулируйте Ваше заключение
Э	-	Абсцесс SVI правого легкого с признаками прорыва в бронх.
	-	Заключение дано верно
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не описан прорыв в бронх, признаки неполного опорожнения
P0	-	Заключение дано неверно

В	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	Острый абсцесс легкого представляет собой гнойную полость, которая ограничена со всех сторон пиогенной (гнойной) капсулой, образованной в процессе постепенной деструкции (нарушение структуры) легочной ткани. На этапе после прорыва полости абсцесса в бронх: в центре абсцесса становится заметно просветление, соответствующее размеру полости абсцесса, признаками неполного опорожнения на рентгенограмме являются отчетливая полость с горизонтальным уровнем жидкости. Нечеткие контуры внешней части капсулы обусловлены перифокальным воспалением.
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заключение обосновано неполностью: не объяснена клиничко-рентгенологическая стадия абсцесса
P0	-	Заключение обосновано неверно
В	3	Какие дополнительные методы диагностики следует применить
Э	-	МСКТ/линейная томография для уточнения характера изменений, дифференциальной диагностики
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	Дополнительное R дообследование (рентгеноскопия, боковая проекция, исследование в латеропозиции)
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями следует проводить
Э	-	1 Кавернозный туберкулез. 2. Полостная форма периферического рака. 3. Эхинококкоз легкого
P2	-	Дифференциальная диагностика полная
P1	-	Дифференциальная диагностика проводится с одним заболеванием
P0	-	Дифференциальная диагностика не представлена
В	5	Дальнейшая тактика ведения пациента
Э	-	1. Консультация торакального хирурга
P2	-	Тактика дальнейшего ведения выбрана верно
P1	-	1. Консультация пульмонолога
P0	-	Тактика ведения выбрана неверно

Задача 10.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 23 лет. Жалобы на слабость, недомогание, периодические подъемы температуры до 39, кожный зуд. Анамнез. Больна в течение нескольких месяцев, по поводу ОРЗ неоднократно проводились курсы противовоспалительной терапии без эффекта. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, расширение подкожных вен на передней поверхности грудной клетки, одышка до 28 в мин, пульс 98 уд/мин, АД 115/75 мм рт ст. Периферические лимфатические узлы, печень, селезенка не увеличены.

		На обзорной рентгенограмме грудной клетки срединная тень расширена по обе стороны на уровне передних отрезков I-II ребер до 7,5- 8,0 см, наружные контуры четкие, крупноволнистые; в боковой проекции ретростернальное пространство пониженной прозрачности. При томографическом исследовании увеличенные л/у паратрахеальной и трахеобронхиальной групп сливаются в единый конгломерат.
В	1	Сформулируйте Ваше заключение
Э	-	Медиастинальная форма лимфогранулематоза.
	-	Заключение дано верно
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не описана форма ЛГМ
P0	-	Заключение дано неверно
В	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	Медиастинальная форма лимфогранулематоза – преимущественное поражение лимфоидной ткани переднего средостения. При медиастинальной форме ЛГМ характерно образование массивных, как правило, симметричных гомогенных конгломератов ВГЛУ с четкими резкими контурами, отсутствие изменений в паренхиме легких
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заключение обосновано неполностью: не объяснена клиничко-рентгенологическая стадия ЛГМ
P0	-	Заключение обосновано неверно
В	3	Какие дополнительные методы диагностики следует применить
Э	-	МСКТ/линейная томография для уточнения характера изменений, дифференциальной диагностики, исключения изменений в легких
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	Дополнительное R дообследование (рентгеноскопия, боковая проекция)
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями следует проводить
Э	-	1. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. 2.Саркоидоз. 3.Медиастинальная форма рака легкого
P2	-	Дифференциальная диагностика полная
P1	-	Дифференциальная диагностика проводится с одним заболеванием
P0	-	Дифференциальная диагностика не представлена
В	5	Дальнейшая тактика ведения пациента
Э	-	1. Консультация гематолога, R контроль в динамике
P2	-	Тактика дальнейшего ведения выбрана верно
P1	-	-
P0	-	Тактика ведения выбрана неверно

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, ПК-5,	5	Отлично	90-100%

	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, ПК-5,	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.