

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 2

« 14 » 02 2023 г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
« 15 » 02 2023 г.
№ 69

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

«Лучевая диагностика новообразований почки»

по основной специальности: рентгенология

Трудоемкость: 36 часов

Форма освоения: очная

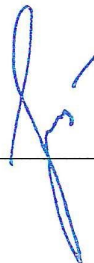
Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2023

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Лучевая диагностика новообразований почки» обсуждена и одобрена на заседании кафедры персонализированной и трансляционной медицины факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Протокол заседания кафедры № 2 от 10.02.2023г

Заведующий кафедрой, д.м.н. Бурцев Д.В.



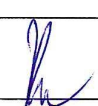
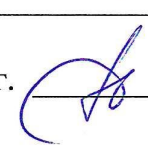
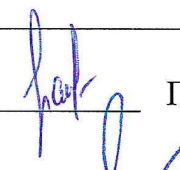
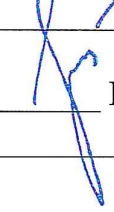
Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

- 1.Кучеренко Ольга Борисовна, заведующая Рентгенодиагностическим отделением ГБУ РО «РОКБ №1».
- 2.Волконская Наталья Борисовна, заведующая отделением рентгеновской диагностики - Городской центр рентгеновской диагностики и магнитно-резонансной томографии МБУЗ КДЦ «Здоровье», г. Ростов-на-Дону.

2. ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
«Лучевая диагностика новообразований почки»

срок освоения 36 академических часов

СОГЛАСОВАНО	
Проректор по последипломному образованию	«10» 02 2023 г.  Березина З.И.
Декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	«10» 02 2023 г.  Бадалянц Д.А.
Начальник управления организации непрерывного образования	«10» 02 2023 г.  Пашкова Л.В.
Заведующий кафедрой	«10» 02 2023 г.  Бурцев Д.В.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Лучевая диагностика новообразований почки»(далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры персонализированной и трансляционной медицины ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Бурцев Д.В.

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1	Бурцев Дмитрий Владимирович	д.м.н.	Заведующий кафедрой Персонализированной и трансляционной медицины, ФПК и ППС	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2	Арасланова Лариса Вакильевна	к.м.н.	Доцент кафедры персонализированной и трансляционной медицины	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3	Рябченко Виктория Александровна	к.м.н.	Ассистент кафедры персонализированной и трансляционной медицины	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС - профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ - трудовая функция

ПК - профессиональная компетенция

ЛЗ - лекционные занятия

СЗ - семинарские занятия;

ПЗ - практические занятия;

СР - самостоятельная работа;

ДОТ - дистанционные образовательные технологии;

ЭО - электронное обучение;

ПА - промежуточная аттестация;

ИА - итоговая аттестация;

УП - учебный план;

АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

ИЗЛ – интерстициальные заболевания легких

КТ-компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

УЗИ – ультразвуковое исследование

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76.
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Профессиональный стандарт «Врач - рентгенолог» (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19.03.2019 г. N 160н, регистрационный номер 1256)
- ФГОС ВО по специальности 31.08.09 Рентгенология, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 30.06. 2021 г. N 557
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – рентгенология

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций в части использования методов лучевой диагностики при выявлении заболеваний почек

Вид профессиональной деятельности:

Врач рентгенолог: врачебная практика в области рентгенологии

Уровень квалификации: 8

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт: Профессиональный стандарт «Врач - рентгенолог» (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19.03.2019 г. N 160н, регистрационный номер 1256)			
ОТФ	Трудовые функции		
	Код ТФ	Наименование ТФ	
А:	Проведение	А/01.8	Проведение рентгенологических

рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований органов и систем организма человека		исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований и интерпретация их результатов
	A/02.8	Организация и проведение профилактических (скрининговых) исследований, медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических, диспансеризации, диспансерного наблюдения
	A/03.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
	A/04.8	Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1	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	A/01.8 A/03.8 A/04.8
	должен знать: средства лучевой визуализации отдельных органов и систем организма человека	
	должен уметь: Интерпретировать и анализировать полученные при рентгенологическом исследовании результаты, выявлять рентгенологические симптомы и синдромы	

	предполагаемого заболевания	
	должен владеть: оформление заключения рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического) и магнитно-резонансно-томографического исследования с формулировкой нозологической формы патологического процесса в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ), или изложение предполагаемого дифференциально-диагностического ряда	
ПК-2	готовность проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	А/02.8
	должен знать: алгоритм рентгенологического исследования (в том числе компьютерного томографического исследования) и магнитно-резонансно-томографического исследования	
	должен уметь: проводить сравнительный анализ полученных данных с результатами предыдущих рентгенологических исследований (в том числе компьютерных томографических) и магнитно-резонансно-томографических исследований органов и систем организма человека, а также иных видов исследований	
	должен владеть: подготовка рекомендаций лечащему врачу при дальнейшем диспансерном наблюдении пациента	

1.5 Форма обучения

График обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Форма обучения			
Очная	6	6	1 неделя, 6 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
"Лучевая диагностика новообразований почки", в объеме 36 часов

№№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка	Обучающий симуляционный курс	Совершенствуемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Специальные дисциплины																
1.	Лучевая анатомия почек. Выбор метода и характеристика протоколов.	6	4		2	2		2	2						ПК-1 ПК-2	ПА
2.	Кистозные образования почек	14	8		4	4		6	6						ПК-1 ПК-2	ПА
3.	Опухоли почек и верхних мочевых путей (диагностика, оценка местной распространенности)	8	4		2	2		4	4						ПК-1 ПК-2	ПА
4.	Новообразования забрюшинного пространства	6	4		2	2		2	2						ПК-1 ПК-2	ПА
	Итоговая аттестация	2														Экзамен
	Всего часов по программе	36	20		10	10		14	14							

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 1 недели: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1

Лучевая анатомия мочевыделительной системы. Выбор метода и характеристика протоколов.

Код	Наименования тем, элементов
1.1	Лучевая анатомия мочевыделительной системы
1.2	Рентген, КТ-анатомия почек, мочеточников, мочевого пузыря.
1.3	Особенности визуализации.
1.4	Выбор метода и характеристика протоколов.
1.5	Выбор метода исследования (рентген, КТ, МРТ)
1.6	Выбор и характеристика протоколов (функциональные, контрастные исследования, протоколы, фазы исследования)

МОДУЛЬ 2

Кистозные образования почек

Код	Наименования тем, элементов
2.1	Классификация Bosniak
2.2	Особенности визуализации

2.3	Диффдиагностика кистозных заболеваний почек
-----	---

МОДУЛЬ 3

Опухоли почек и верхних мочевых путей (диагностика, оценка местной распространенности)

Код	Наименования тем, элементов
3.1	Опухоли почек
3.2	Классификация.
3.3	Доброкачественные образования. Особенности визуализации
3.4	Злокачественные новообразования. Оценка местной распространенности. Особенности визуализации
3.5	Лучевой мониторинг

МОДУЛЬ 4

Новообразования забрюшинного пространства

Код	Наименования тем, элементов
4.1	Классификация.
4.2	Диагностика некоторых новообразований забрюшинного пространства.

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма промежуточной и итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде ПА - по каждому учебному модулю Программы. Форма ПА – зачёта. Зачет проводится посредством тестового контроля в автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (далее АС ДПО).

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП), при успешном прохождении всех ПА в соответствии с УП. Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО и решения одной ситуационной задачи в АС ДПО.

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся *удостоверение о повышении квалификации установленного образца.*

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде тестов и ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
1	ГАУ РО «ОКДЦ»	Помещение кафедры Персонализированной и трансляционной медицины; лаборатория клинико-гематологических исследований
2	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России	<i>Sdo.rostdmu.ru</i>

3.1.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.

1.	Персональный компьютер
2.	Клинические приложения для КТ-исследований
3.	Негатоскоп
4.	Комплект снимков по теме

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

№№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр..
	Основная литература
1.	<i>Прокон М., Галански М. Спиральная и многослойная компьютерная томография / Пер. с англ. под ред. А.В. Зубарева, Ш.Ш. Шотемора. М.: МЕДпресс-информ, 2007. С. 71—196.</i>
2.	Хофер М. Компьютерная томография. М.: Медицинская литература, 2008. С. 74—103.
3.	<i>Вэбб, У. Компьютерная томография: грудь, живот и таз, опорно-двигательный аппарат / У. Вэбб и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2018. - 464 с.</i>
4.	<i>MacMahon, H., Naidich, D. P., Goo, J. M., Lee, K. S., Leung, A., Mayo, J. R., Mehta, A. C., Ohno, Y., Powell, C. A., Prokop, M., Rubin, G. D., Schaefer-Prokop, C. M., Travis, W. D., Van Schil, P. E., & Bankier, A. A. (2017). Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. Radiology, 284(1), 228–243. https://doi.org/10.1148/radiol.2017161659</i>
	Дополнительная литература
1.	<i>Мирсадре, С. Компьютерная томография в неотложной медицине. / С. Мирсадре, К. Мэнкад, Э. Чалмерс. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2012. - 239 с.</i>
2.	<i>Котляров П.М. Многосрезовая компьютерная томография легких — новый этап развития лучевой диагностики заболеваний легких // Медицинская визуализация. 2011. № 4. С. 14—20.</i>
3	Китаев, В.М. Компьютерная томография в пульмонологии / В.М. Китаев. - М.: МЕДпресс-информ, 2017. - 144 с.

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1.	Официальный сайт Минздрава России	http://www.rosminzdrav.ru
2.	Российская государственная библиотека (РГБ)	www.rsl.ru

3.	Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины):	www.iramn.ru
----	--	--

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (вопросы контроля исходного уровня знаний, вопросы для самоконтроля по каждому разделу, тестовые задания, интернет-ссылки, нормативные документы);
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры персонализированной и трансляционной медицины факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по рентгенологии, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет не менее 70%.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет не менее 100%.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы

(имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет не менее 66%

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/совмещение)
1	Бурцев Д.В.	Д.м.н.	Заведующий кафедрой Персонализированной и трансляционной медицины	Совмещение
2	Арасланова Лариса Вакильевна	к.м.н.	Заведующая отделением лучевой диагностики, доцент кафедры персонализированной и трансляционной медицины факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.	Совмещение
3	Рябченко Виктория Александровна	к.м.н.	Врач отделения лучевой диагностики, ассистент кафедры персонализированной и трансляционной медицины факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.	Совмещение

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.**

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей «Лучевая диагностика новообразований
почки» со сроком освоения 36 академических часов по специальности
«Рентгенология»

Модуль 1

1	Кафедра	Персонализированной и трансляционной медицины
2	Факультет	Повышения квалификации и профессиональной переподготовки специ-алистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3	Адрес (база)	344000, г.Ростов-на-Дону, ул.Пушкинская, 127
4	Зав.кафедрой	Бурцев Дмитрий Владимирович
5	Ответственный составитель	Арасланова Лариса Вакильевна
6	Е-mail	larisa.araslanova@gmail.com
7	Моб. телефон	+79185543203
8	Кабинет №	№312,1106
9	Учебная дисциплина	Рентгенология
10	Учебный предмет	Рентгенология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Рентгенология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Лучевая анатомия почек. Выбор метода и характеристика протоколов
15	Тема	1.1, 1.2, 1.3, 1.4
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	10
18	Тип вопроса	single
19	Источник	

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			Для кисты в нефрографической		

			(паренхиматозной) фазе характерны:		
	*		дефект паренхимы		
			слабое контрастирование паренхимы		
			отсутствие нефрографической фазы		
			неравномерное контрастирование паренхимы		
1	1	2			
1			На интенсивность изображения мочевых путей в выделительную фазу компьютерной томографии с в/в болюсным контрастированием влияют следующие внутривисочечные факторы:		
	*		состояние выделительной функции		
			тонус сосудистого русла		
			динамика мочевых путей		
			тип строения чашечно-лоханочной системы		
1	1	3			
1			Увеличение одного из полюсов почки, расширение, сдавление или ампутация чашечек характерны для:		
			гидронефроза		
	*		опухоли почки		
			туберкулеза почки		
1	1	4			
1			Какое заболевание приводит к гидронефрозу:		
			хронический пиелонефрит		
			поликистоз		
	*		сужение мочеточника		
			опухоли почки		
1	1	5			
1			Уменьшение лоханочно-чашечной		

			системы, неровность контуров чашечек, облитерация мелких сосудов характерны для:		
			туберкулеза почки		
	*		хронического пиелонефрита		
			гипоплазии почки		
1	1	6			
1			КТ-признакам, свидетельствующим о малигнизации кисты относятся все перечисленные, кроме:		
	*		сдавление и деформация чашечек		
			плотность содержимого кисты более 20 ед Н		
			неровный, бугристый внутренний контур кисты		
			неравномерной толщины стенка кисты		
1	1	7			
1			Общие принципы проведения МРТ почек и органов малого таза:		
			T1, T2 ВИ, аксиальные, сагиттальные срезы		
	*		T1, T2 ВИ, T2 FS аксиальные, сагиттальные, фронтальные срезы		
			T1 ВИ, FLAIR, сагиттальные, аксиальные срезы		
			T2 ВИ, сагиттальные, аксиальные, фронтальные срезы		
1	1	8			
1			Особенности МРТ- визуализации кист почек при контрастном усилении:		
			гиперинтенсивные очаги на T1 и T2 ВИ		
			изоинтенсивные или гипоинтенсивные очаги на T1 ВИ		
	*		дефекты наполнения на фоне контрастированной паренхимы		

			почки		
			гипоинтенсивные на T2 и гиперинтенсивные на T1 ВИ		
1	1	9			
1			Больная З., 60 лет на нативных КТ сканах почек определяется в нижнем полюсе правой почки дополнительное образование размером 6,0 x 8,0 см, неоднородной структуры. Нижние чашечки почек оттеснены вверх. Ваше заключение:		
			киста правой почки		
	*		рак правой почки		
			карбункул почки		
			мочекаменная болезнь		
1	1	10			
1			Больная З., 40 лет на нативных КТ сканах в левой почке определяется в верхнем полюсе дополнительная тень с четкими, ровными контурами размером 3,0 x 3,0 см, плотностью до 10 едН оттесняющий вниз верхние чашечки. Это:		
			лимфома левой почки		
			камень левой почки		
		*	киста левой почки		

Модуль 2

1	Кафедра	<i>Персонализированной и трансляционной медицины</i>
2	Факультет	Повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3	Адрес (база)	344000, г.Ростов-на-Дону, ул.Пушкинская, 127

4	Зав.кафедрой	Бурцев Дмитрий Владимирович
5	Ответственный составитель	Арасланова Лариса Вакильевна
6	Е-mail	larisa.araslanova@gmail.com
7	Моб. телефон	+79185543203
8	Кабинет №	№312,1106
9	Учебная дисциплина	Рентгенология
10	Учебный предмет	Рентгенология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Рентгенология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Кистозные заболевания почек
15	Тема	2.1, 2.2, 2.3
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	10
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	

Список тестовых заданий

2	1	1			
1			Что не является отличительной характеристикой эпителиоидной ангиомиолипомы:		
	*		содержит 50% и более эпителиоидных клеток		
			содержит 80% и более эпителиоидных клеток		
			интенсивно накапливает контраст при КТ с болюсным усилением		
			потенциально злокачественная опухоль		
2	1	2			
1			Почечно-клеточная карцинома составляет:		
	*		2-3% от всех злокачественных		

			опухолей		
			10-15% от всех злокачественных опухолей		
			20-25% от всех злокачественных опухолей		
			30-35% от всех злокачественных опухолей		
2	1	3			
1			Злокачественные опухоли почек встречаются:		
	*		чаще у мужчин		
			чаще у женщин		
			одинаково часто и у мужчин, и у женщин		
			разница в заболеваемости стирается с возрастом		
2	1	4			
1			Наиболее частым симптомом рака почки является:		
			боль		
			пальпируемая опухоль		
	*		гематурия		
			слабость		
2	1	5			
1			Для диагностики рака почки наибольшей информативностью обладают:		
			сцинтиграфия почек		
	*		КТ с болюсным усилением, МРТ		
			термография		
			ретроградная пиелография		
2	1	6			
1			Сколько сегментов почки выделяют:		
			3		
			4		
		*	5		
			6		

2	1	7			
1			Заболеваемость раком предстательной железы:		
	*		увеличивается		
			уменьшается		
			стабильна		
2	1	8			
1			Как называется дополнительный артериальный сосуд, который берет начало от аорты не в типичном месте (выше или ниже основной артерии) и подходит к воротам почки:		
	*		добавочная артерия		
			абберантная (полюсная артерия)		
			атипичная артерия		
2	1	9			
1			Как называется дополнительный артериальный сосуд, который берет начало от аорты не в типичном месте (выше или ниже основной артерии) и подходит непосредственно к паренхиме верхнего или нижнего сегментов:		
			добавочная артерия		
	*		абберантная (полюсная артерия)		
			атипичная артерия		
2	1	10			
1			Заболеваемость раком предстательной железы:		
	*		увеличивается с возрастом больных		
			уменьшается с возрастом больных		
			не зависит от возраста больных		

1	Кафедра	Персонализированной и трансляционной медицины
2	Факультет	Повышения квалификации и профессиональной переподготовки специ-алистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3	Адрес (база)	344000, г.Ростов-на-Дону, ул.Пушкинская, 127
4	Зав.кафедрой	Бурцев Дмитрий Владимирович
5	Ответственный составитель	Арасланова Лариса Вакильевна
6	E-mail	larisa.araslanova@gmail.com
7	Моб. телефон	+79185543203
8	Кабинет №	№312,1106
9	Учебная дисциплина	Рентгенология
10	Учебный предмет	Рентгенология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Рентгенология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Опухоли почек и верхних мочевых путей (диагностика, оценка местной распространенности)
15	Тема	3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	10
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	

Список тестовых заданий

3	1	1			
1			Левая яичниковая вена впадает обычно:		
			в нижнюю полую вену на уровне впадения левой почечной вены		
			в нижнюю полую вену на уровне впадения правой почечной вены		

	*		в левую почечную вену до ее впадения в нижнюю полую вену		
3	1	2			
1			Наиболее часто рак предстательной железы метастазирует:		
	*		в кости		
			легкие		
			в печень		
			в головной мозг		
3	1	3			
1			У больной с камнем нижней трети правого мочеточника в течение последнего года отмечаются постоянные боли в поясничной области справа. На КТ - расширение ЧЛС справа, конкремент в нижней трети правого мочеточника. Заключение:		
			солитарная киста почки;		
			туберкулез почки;		
	*		гидронефроз;		
			поликистоз почек;		
3	1	4			
1			Какие из приведенных ниже заболеваний могут способствовать развитию гидронефроза: а) орхоэпидидимит; б) болезнь Ормонда; в) мочекаменная болезнь; г) опухоли матки и придатков; д) поликистоз почек? Выберите правильную комбинацию ответов:		
			б,в,д		
			а,г,д		
	*		б,в,г		
			б,г,д		
3	1	5			

1			Пациент 60 лет поступил в клинику с тотальной безболевым макрогематурией со сгустками на фоне субфебрилитета в течение последних двух месяцев. Какие методы исследования необходимо выполнить в первую очередь:		
	*		цистоскопию и КТ с контрастированием		
			хромоцистоскопию и исследование мочи по Нечипоренко		
			урофлоуметрию и микроскопию осадка мочи		
			катетеризацию мочевого пузыря и микроскопию осадка мочи		
3	1	6			
1			У больного 42 лет артериальная гипертензия с цифрами 220/120 мм рт. ст. Заболевание возникло внезапно, выявлено год назад при диспансерном осмотре. Родители больного не страдали артериальной гипертензией. Лечение у терапевта гипотензивными средствами оказалось неэффективным. При выслушивании живота в эпигастрии справа определяется систолический шум. Заподозрена вазоренальная артериальная гипертензия. Какой метод исследования позволит выявить характер поражения почечной артерии и уточнить диагноз:		
			радиоизотопная ренография		
			УЗИ почек		
			КТ-ангиография брюшной аорты с визуализацией почечных сосудов		
	*		экскреторная урография		

3	1	7			
1			Какие методы лучевой диагностики используют в первую очередь при подозрении на мочекаменную болезнь:		
	*		УЗИ		
			МРТ		
			динамическая сцинтиграфия		
			ангиография		
3	1	8			
1			Какие методы лучевой диагностики используют в первую очередь при подозрении на кистозное поражение почек:		
	*		УЗИ		
			КТ		
			динамическая сцинтиграфия		
			ангиография		
3	1	9			
1			Какие методы лучевой диагностики Вы будете использовать при подозрении на опухоль почки:		
			УЗИ		
		*	КТ с болюсным усилением или КТ-ангиография, МРТ		
			обзорный снимок мочевой системы, экскреторная урография		
			КТ		
3	1	10			
1			Метод первой линии диагностики при подозрении на гидронефроз:		
			экскреторная урография		
			ретроградная пиелография		
			ангиография		
	*		КТ с болюсным усилением		

1	Кафедра	Персонализированной и трансляционной медицины
2	Факультет	Повышения квалификации и профессиональной переподготовки специ-алистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3	Адрес (база)	344000, г.Ростов-на-Дону, ул.Пушкинская, 127
4	Зав.кафедрой	Бурцев Дмитрий Владимирович
5	Ответственный составитель	Арасланова Лариса Вакильевна
6	E-mail	larisa.araslanova@gmail.com
7	Моб. телефон	+79185543203
8	Кабинет №	№312,1106
9	Учебная дисциплина	Рентгенология
10	Учебный предмет	Рентгенология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Рентгенология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Новообразования забрюшинного пространства
15	Тема	4.1, 4.2
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	10
18	Тип вопроса	single
19	Источник	

Список тестовых заданий

4	1	1			
1			Признак, который НЕ свидетельствуют о малигнизации кисты почки:		
	*		кальцификация стенок кисты		
			бугристые внутренние очертания стенки кисты		
			неравномерная толщина стенки кисты		

4	1	2			
1			Первое место по частоте среди гистологических вариантов почечно-клеточного рака занимает:		
	*		светлоклеточный		
			папиллярный		
			хромофобный рак		
4	1	3			
1			Метод лучевой диагностики, наименее чувствительный к определению инвазии опухоли почки в нижнюю полую вену:		
			КТ с болюсным усилением		
	*		УЗИ		
			МРТ		
4	1	4			
			Для папиллярного типа почечно-клеточного рака при КТ с контрастом не характерно:		
	*		большая способность накапливать контраст, чем светлоклеточный тип		
			меньшая способность накапливать контраст, чем светлоклеточный тип		
			наличие псевдокапсулы		
4	1	5			
1			Для светлоклеточного почечно-клеточного рака не характерно:		
			имеет более неоднородный вид (за счет зон некроза, кровоизлияний, кист).		
			большая степень усиления, чем папиллярный тип.		
	*		в меньшей степени накапливает контраст, чем папиллярный тип.		
4	1	6			
1			Динамическое наблюдение после хирургического лечения позволяет		

			оценить или выявить:		
			послеоперационные осложнения, появление метастазов		
			функцию почек		
			местный рецидив, рецидив в контралатеральной почке		
	*		все выше перечисленное		
4	1	7			
1			По классификации TNM, если опухоль распространяется в крупные вены или паранефральную клетчатку, но не прорастает надпочечник и не выходит за пределы фасции Герота:		
			T1		
			T2		
	*		T3		
			T4		
4	1	8			
1			По классификации TNM, если определяется инвазия опухоли за пределы фасции Герота (в том числе смежное распространение на ипсилатеральный надпочечник):		
			T1		
			T2		
			T3		
		*	T4		
4	1	9			
1			По классификации TNM, если размеры опухоли до 7 см, инвазии не выявлено:		
	*		T1		
			T2		
			T3		
			T4		
4	1	10			

1			По классификации TNM, если размеры опухоли от 7 см до 10 см, ограничена почкой:		
			T1		
	*		T2		
			T3		
			T4		

2. Оформление фонда ситуационных задач (для проведения экзамена в АС ДПО).

Ситуационная задача №1

Пациент , 56 лет, мужчина.

Жалобы при первичном обращении

Ноющие боли в пояснице слева, никтурия.

Анамнез болезни:

МКБ в течение 20 лет, периодическое отхождение конкремента, неоднократное стентирование правого и левого мочеточников. Стентирование левого мочеточника 2 мес. назад. Тогда же было выявлено образование правой почки.

ДИАГНОЗ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ:

Основной диагноз: МКБ. Обструкция левого мочеточника. РУПФС слева, стентирования слева.

Образование правой почки.

Сопутствующий диагноз Гипертоническая болезнь II стадии.

Нарушение гликемии натощак.

Хронический паренхиматозный панкреатит ст. неполной ремиссии.

Общее состояние: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное.

Телосложение: гиперстеническое. Антропометрия вес 83 кг, рост 180 см, ИМТ 26.0.

SpO2(%): 98.

Температура тела 36.6 °С.

Кожные покровы чистые, нормальной окраски.

Описание ротовой полости: Слизистая ротовой полости влажная, розовая.

Язык влажный, чистый.

Глаза и веки: Глазных симптомов нет.

Щитовидная железа не увеличена.

Описание лимфатических узлов: Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Описание отеков: Периферических отеков нет .

ЧДД 16 дыхательных движений/мин. В легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы , хрипы не выслушиваются.

ЧСС 68 уд/мин.

Пульс: ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД s 122/72мм рт. ст.

Осмотр области сердца: Область сердца визуально не изменена. Границы сердца перкуторно не изменены. Аускультация области сердца: Тоны сердца приглушены, ритмичные.

Осмотр пищеварительной системы: Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень не выступает из-под уровня реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный.

Почки не пальпируются. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон. Никтурия.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ:

ПРАВАЯ ПОЧКА: Визуализация не затруднена

Положение лёжа - обычное, стоя - смещается от края диафрагмы на 5 см.

Форма: правильная

Контур: ровный

Размеры: 100 x 53 мм

Структура паренхимы: без особенностей.

Кортико-медуллярная дифференциация сохранена

Эхогенность паренхимы: обычная

Толщина паренхимы: 15 мм (не менее 10 мм) не изменена.

Чашечно-лоханочная система: чашечки расширены до 11 -12 мм, после микции не лоц-ся

Наличие очаговых (структурных) изменений: в среднем сегменте , в проекции лоханки лоц-ся образование изоэхогенное паренхиме почки с кальцинатами в структуре и экстраренальным ростом, размерами 37 x 22 x 40 мм, без четких признаков кровотока, в паренхиме среднего сегмента лоц-ся эхогенное аваскулярное образование размерами 7,5 мм, с пристеночными кальцинатами .

Конкременты: не выявлены.

Мочеточник: не визуализируется.

ЛЕВАЯ ПОЧКА: Визуализация не затруднена

Положение лёжа - обычное, стоя - обычное.

Форма: правильная

Контур: ровный

Размеры: 98 x 53 мм

Структура паренхимы: без особенностей.

Кортико-медуллярная дифференциация сохранена

Эхогенность паренхимы: обычная

Толщина паренхимы: 15 мм (не менее 10 мм) не изменена.

Чашечно-лоханочная система: лоханка расширена до 15 мм, чашечки расширены до 10 мм. послемикиции не лоц-ся

Наличие очаговых (структурных) изменений: нет

Конкременты: не выявлены.

Мочеточник: не визуализируется.

Надпочечники: не визуализируются, в их проекции патологических образований не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Объемное образование солидной эхоструктуры правой почки. Мелкая киста правой почки. УЗ признаки повышенной подвижности правой почки.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗОВ

Клинико-гематологические исследования

Общий анализ крови

Наименование	Реф.предел	Ед.измерен	
Гемоглобин	12.60-17.40	(g/dL)	14.00
Эритроциты	4.00-5.70	(10 ¹² /л)	5.25
Цветной показатель	0.850-1.050	-	0.800 (!)
Лейкоциты	3.90-9.00	(10 ⁹ /л)	9.20 (!)
Гематокрит	42.00-51.00	(%)	42.70
Средний объем эритроцита	81.00-100.00	(fl)	81.30
Среднее содержание гемоглобина	27.00-32.50	(pg)	26.60 (!)
Коэф.анизотропииэритроцитов	11.70-16.40	(%)	14.30
Тромбоциты	150.00-400.0	(10 ⁹ /л)	302.00
Средний объем тромбоцита	5.00-11.10	(fl)	8.70
СОЭ по Панченкову	2-10	(мм/час)	17 (!)

Палочкоядерные нейтрофилы	1.00-6.00 (%) 8.00 (!)
Абс.число п/я нейтрофилов	0.04-0.30 (10 ⁹ /л) 0.74 (!)
Сегментоядерные нейтрофилы	47.0-72.0 (%) 54.0
Абс.число с/я нейтрофилов	2.00-5.50 (10 ⁹ /л) 4.97
Эозинофилы	< 5.00 (%) 3.93
Абс.число эозинофилов	< 0.30 (10 ⁹ /л) 0.36 (!)
Базофил	< 1.50 (%) 0.67
Абс.число базофилов	< 0.10 (10 ⁹ /л) 0.06
Лимфоциты	19.0-37.0 (%) 24.3
Абс.число лимфоцитов	1.30-3.00 (10 ⁹ /л) 2.23
Моноциты	3.00-11.80 (%) 9.11
Абс.число моноцитов	0.10-1.10 (10 ⁹ /л) 0.84
Процент эритроцитов с низким с	< 30.00 (%) 8.60
Фактор микроцитарной анемии	10.30-15.70 - 11.40

Диагностика вирусных и бактериальных инфекций

Наименование	Реф.предел	Ед.измерен
Ориентир.реакц.на сифилис	-	- отрицатель

Общий анализ мочи

Наименование	Реф.предел	Ед.измерен
Цвет мочи	-	- Желтый
Прозрачность мочи	-	- Слабо-мутн
Относительная плотность мочи	1.010-1.028 (г/л) 1.017	

Реакция	5.0-7.0	- 5.0
Белок ПГК	< 0.094	(г/л) 0.510 (!)
Глюкоза мочи	0.10-0.80	(ммоль/л) не обнаруж
Билирубин	< 3.0	(мкМ/л) не обнаруж
Кетоны	< 0.1	(ммоль/л) не обнаруж
Уробилин	< 17.00	(мкМ/л) Норма
Нитриты	-	- не обнаруж
Эпителий плоский	-	(в п/зр) 0-1
Эпителий переходный	-	(в п/зр) необнаруж
Эпителий почечный	-	(в п/зр) необнаруж
Лейкоциты	< 3	(в п/зр) большое.ко
Эритроциты неизмененные	< 2	(в п/зр) 72-74 (!)
Цилиндры	-	(в п/зр) необнаруж
Слизь	-	- незначител
Бактерии	-	- необнаруж
Грибы	-	- необнаруж
Соли	-	- необнаруж

Биохимические исследования

Глюкоза

Наименование	Реф.предел	Ед.измерен
Глюкоза	4.2-6.1	(ммоль/л) 6.1 (!)

Биохимия

Наименование	Реф.предел	Ед.измерен	
Общий белок	64-83	(г/л)	67
Билирубин общий	3.4-20.0	(мкмоль/л)	11.1
Билирубин прямой	< 5.0	(мкмоль/л)	1.9
Амилаза общая	28-100	(U/L)	109 (!)
АСТ (аспартатаминотрансфераза)	5-50	(U/L)	28
АЛТ (аланинаминотрансфераза)	5-50	(U/L)	14
Щелочная фосфатаза	30-120	(U/L)	114
Гамма-ГТП (гаммаглутамилтрансф	5-52	(U/L)	54 (!)
Креатинин (метод энзиматически	55.0-104.0	(мкмоль/л)	96
Мочевина	2.8-7.2	(ммоль/л)	7.8 (!)
Панкреатическая амилаза	< 53	(U/L)	52
Липаза	< 67	(U/L)	57
Коагулология			
Наименование	Реф.предел	Ед.измерен	1
Антитромбин III	75-125	(%)	103
Плазминоген	75-150	(%)	120
Протромбиновое время	0.90-1.20	(МНО)	0.89 (!)
Активированное частичное тромб	26.0-36.0	(сек)	41.2 (!)
Тромбиновое время	17.0-23.0	(сек)	18.2
Фибриноген	1.8-3.5	(г/л)	3.8 (!)
РФМК (растворимые фибринмономер	< 3.5	(мг/100 мл)	7.0 (!)
D-димер	< 700	(нг/мл)	511

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА С ВНУТРИВЕННЫМ БОЛЮСНЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ

НАДПОЧЕЧНИКИ: обычной формы и размеров, однородной структуры, ножки до 5-6мм.

Положение, форма и размеры почек не изменены, плотность паренхимы – в пределах нормы.

ЧЛС левой почки и мочеточник умеренно расширены (мочеточник до 11мм), в мочеточнике установлен стент. Очагов патологической плотности в паренхиме левой почки не выявлено.

В паренхиме правой почки, в средних отделах, на уровне задней губы, определяется образование неоднородной плотности (изо- и гиподенсивное относительно паренхимы почки), которое выстоит экстрапаренхиматозно с деформацией контура почки и неравномерно накапливает контраст. Размеры образования 40x27x32мм. Образование выстоит в почечный синус, на значительном протяжении прилежит к задней стенке лоханки, контур которой на небольшом протяжении в этой области неровный (за счет прорастания). В структуре образования мелкий кальцинат.

ЧЛС правой почки и мочеточник не расширены, экскреторная функция почек прослеживается на 6 мин, конкрементов не выявлено

Почечные артерии отходят от аорты на обычном уровне, типично, дополнительных артериальных сосудов не выявлено. Справа две почечные вены. Визуализируется патологическая сосудистая сеть на уровне локализации образования правой почки.

Лимфатические узлы забрюшинного пространства не увеличены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Пациенту проведено оперативное лечение после удаления стента левого мочеточника – лапароскопическая резекция правой почки.

ВОПРОСЫ:

- c. Сформулируйте соответствующее заключение СКТ, с учетом анамнеза и клинической картины:
 - a. КТ-картина объемного образования правой почки, с признаками t-г.
 - b. КТ-картина объемного образования правой почки, с признаками t-г.
Состояние после стентирования левого мочеточника, умеренная эктазия ЧЛС левой почки и левого мочеточника*.
 - c. КТ-картина объемного образования правой почки, с признаками t-г.
Состояние после стентирования левого мочеточника.
 - d. КТ-картина объемного образования правой почки, с признаками t-г.
Состояние после стентирования левого мочеточника, умеренная эктазия левой почки и левого мочеточника.

2. Предложите схему мониторинга пациента (после операции) при помощи СКТ:
 - a. 1 раз в 6 мес;*
 - b. 1 раз в год;
 - c. СКТ-контроль после лечения по клинической необходимости по

назначению лечащего врача

3. Перечислите характерные паттерны объемного образования почки с признаками t-r:

- a. образование неоднородной плотности (изо- и гиподенсивное относительно паренхимы почки), которые выстоит экстрапаренхиматозно с деформацией контура почки;*
- b. неравномерно накапливает контраст;*
- c. Образование выстоит в почечный синус, неровный контур лоханки;*
- d. В структуре образования мелкий кальцинат.

4. Предположительный прогноз с учетом развития клинической и КТ-картины:

- a. Благоприятный;
- b. Неблагоприятный;
- c. Сомнительный*

Ситуационная задача №2

Пациент П, 54 лет, женщина

ДИАГНОЗ (ПРИ НАПРАВЛЕНИИ): Кисты обеих почек.

Жалобы при поступлении: на боли в спине, отечность нижних конечностей, больше в вечернее время.

Анамнез болезни: Жалобы в течение 2-3 недель.

Уретероскопия, уретеротомия, стентирование мочеточника, удаление стента (5 лет назад).

Данные объективного осмотра Поясничная область не изменена. Почки не пальпируются. Пальпация области почек безболезненна. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется. Область мочевого пузыря при пальпации безболезненна. Мочеиспускание учащено. Диурез (со слов) адекватный.

ДАННЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Заключение отделения ультразвуковой диагностики

УЗИ мочевого пузыря

ОПИСАНИЕ::

Заполнен: 81 x 85 x 126 мм, V = 434 куб.см.

Форма: правильная

Стенка: изменена, 3 мм, уплотнена.

Содержимое: гомогенное.

Объём остаточной мочи 10 куб.см

Шейка, устья - б\о.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Умеренные структурные изменения стенки мочевого пузыря.

УЗИ почек

ОПИСАНИЕ: ПРАВАЯ ПОЧКА: Визуализация не затруднена

Положение лёжа - в типичном месте, стоя - в типичном месте

Форма: правильная. Контур: ровный

Размеры: обычные, 110 x 57 мм

Структура паренхимы: Диффузно-неоднородная (степень неоднородности незначительная)

Кортико-медуллярная дифференциация сохранена

Эхогенность паренхимы: смешанная.

Толщина паренхимы: 18 - 19 мм (не менее 10 мм) не изменена.

Чашечно-лоханочная система: не расширена, уплотнена, в среднем сегменте лоц-ся паренхиматозная перемычка

Наличие очаговых (структурных) изменений: в верхнем сегменте экстраренально лоц-ся анэхогенное аваскулярное полостное образование 10 мм д, в среднем сегменте - 9 мм д с гиперэхогенным " солевым " включением 4 мм д, в нижнем сегменте - 10 мм д.

Конкременты: не выявлены.

Мочеточник: не визуализируется.

ЛЕВАЯ ПОЧКА: Визуализация не затруднена

Положение лёжа - в типичном месте, стоя - в типичном месте

Форма: правильная. Контур: ровный

Размеры: обычные, 106 x 65 мм

Структура паренхимы: Диффузно-неоднородная (степень неоднородности незначительная)

Кортико-медуллярная дифференциация сохранена

Эхогенность паренхимы: смешанная.

Толщина паренхимы: 18 мм (не менее 10 мм) не изменена, в среднем сегменте лоц-ся паренхиматозная перемычка

Чашечно-лоханочная система: не расширена, уплотнена.

Наличие очаговых (структурных) изменений: в среднем сегменте, в почечном синусе, лоц-ся анэхогенные аваскулярные полостные образования 11 мм и 15 мм д.

Конкременты: не выявлены.

Мочеточник: не визуализируется.

Надпочечники: не визуализируются, в их проекции патологических образований не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Незначительные диффузные изменения и кисты обеих

почек.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА С В/В КОНТРАСТИРОВАНИЕМ.

НАДПОЧЕЧНИКИ: обычной формы и размеров, однородной структуры, ножи до 5-6мм.

Положение, форма и размеры почек не изменены, вертикальный размер правой 96мм, левой 106мм, контуры их ровные и четкие, структура однородная, плотность паренхимы - в пределах нормы.

В паренхиме верхнего полюса правой почки визуализируется образование с экстраренальным компонентом, размерами 10.7мм, содержимым высокой плотности 44 ед.Х., не накапливающее контраст .

Жидкостные образования в паренхиме с обеих сторон до 5-6мм, не накапливающие контраст. В синусе левой почки кисты размером до 14мм, справа до 8мм. Экскреция своевременная. Чашечно - лоханочная система обеих почек не расширена, конкременты размером до 1мм в чашечках левой почки.

В полости малого таза многочисленные флеболиты.

Паранефральная клетчатка - без особенностей.

Лимфатические узлы забрюшинного пространства не увеличены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте соответствующее заключение СКТ, с учетом анамнеза и клинической картины:

a. КТ-картина МКБ, конкремент нижней трети левого мочеточника. Мелкие кисты почек (Bosniak I).

b. КТ-картина объемного образования правой почки, с признаками t-r. Мелкие кисты почек (Bosniak I) .

c. КТ-картина МКБ, конкременты ЧЛС левой почки.

Киста высокой плотности верхнего полюса правой почки (Bosniak II). Мелкие кисты почек (Bosniak I) *.

d. КТ-картина объемного образования правой почки, с признаками t-r. МКБ, конкремент нижней трети левого мочеточника.

2. Предложите схему мониторинга пациента (после операции) при помощи СКТ:

a. 1 раз в 6 мес;

b. 1 раз в год;

c. СКТ-контроль после лечения по клинической необходимости по

назначению лечащего врача*

3. Перечислите характерные паттерны кист почек (Bosniak I,II):

- a. образование высокой плотности < 3см не накапливающие контраст*
- b. неравномерно накапливают контраст;
- c. которые выстоит экстрапаренхиматозно с деформацией контура почки;*
- d. В структуре образования мелкий кальцинат*.

4. Предположительный прогноз с учетом развития клинической и КТ-картины:

- a. Благоприятный*;
- b. Неблагоприятный;
- c. Сомнительный