

Запитання для тестування учасників конгресу

5 лютого 2022 року

9.40-10.20 Променева діагностика жирової хвороби печінки

Динник О.Б., канд.мед.наук, президент УАФУД, головний лікар Інституту еластографії, Київ

- 1) **«Золотий стандарт» в діагностиці стеатозу печінки**
 - a) Біопсія
 - b) УЗД в В-режимі
 - c) * Magnetic Resonance Imaging Proton Density Fat Fraction (MRI PDFF)
 - d) МСКТ денситометрія
 - e) САР
- 2) **Семіотика стеатозу печінки в В-режимі**
 - a) Збільшення розміру печінки - гепатомегалія
 - b) Зниження звуковпровадження
 - c) Заокруглення кута нижнього краю печінки
 - d) Нечітке зображення печінкових вен та контура діафрагми
 - e) Виражене підвищення ехогенності паренхіми печінки
 - f) * все сказане вірно
- 3) **Самий точний метод в УЗ діагностиці стеатозу печінки на сьогодні**
 - a) Швидкість розповсюдження УЗ хвиль в паренхімі - SOS
 - b) В-режим
 - c) * Коефіцієнт затухання УЗ хвиль – Attenuation Coefficient (AC)
 - d) Зворотнє розсіювання УЗ хвиль в паренхімі
 - e) САР
 - f) все сказане вірно
 - g) гепато-ренальний індекс - ГРІ
- 4) **Гепато-ренальний індекс (ГРІ) – це:**
 - a) Співвідношення ехогенності паренхіми правої долі печінки до ехогенності паренхіми правої нирки
 - b) Коефіцієнт затухання УЗ хвиль – Attenuation Coefficient (AC)
 - c) * Співвідношення ехогенності паренхіми правої долі печінки до ехогенності кори правої нирки
 - d) Співвідношення ехогенності паренхіми лівої долі печінки до ехогенності кори лівої нирки
- 5) **Кінцеві точки стеатозу печінки**
 - a) Цироз печінки
 - b) Гепато-целюлярна карцинома
 - c) Інфаркт міокарду
 - d) Інсульт
 - e) Портальна гіпертензія
 - f) * все сказане вірно

12.20-13.00 Морфологічні маркери фіброзу та стеатозу печінки

Дядик О.О., д-р мед.наук, професор, зав.кафедри патологічної та топографічної анатомії НУОЗ ім.П.Л. Шупика, Київ

- б) **Які умови зберігання матеріалу при після проведенням прижиттєвого морфологічного дослідження печінки – біопсії?**
 - a) * Поміщення матеріалу у 10 % нейтральний забуферений формалін протягом 24-48 годин
 - b) Поміщення матеріалу у 40 % нейтральний забуферений формалін протягом 48 годин

- c) Поміщення матеріалу у морозильну камеру при температурі мінус 20° С протягом 24 годин
- d) Поміщення матеріалу у спиртовий розчин 56 градусів протягом 24 годин

7) Яка тканина розростається в печінці при розвитку фіброзу?

- a) * Сполучна тканина
- b) Епітеліальна тканинна
- c) Кісткова тканина
- d) М'язова тканина

8) Які імуногістохімічні маркери фіброзу використовують для встановлення ступеня фіброзу в печінці?

- a) * α -SMA, Vimentin
- b) CD3
- c) CD20
- d) Cytokeratin 18

15.20-15.40 Ультразвукова діагностика рідкісних захворювань печінки у дітей
Тарасюк Б.А., д-р мед.наук, заступник директора з наукової роботи в ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАН України», Київ
Березенко В.С., д-р мед.наук, завідувач відділення дитячої гематології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. ак.О.М.Лук'янової НАМН України», Київ

9) Ехографічні ознаки біліарної атрезії

- a) Розширення внутрішньопечінкових жовчних проток
- b) Збільшення розмірів жовчного міхура
- c) * Симптом трикутного рубця
- d) Збільшення 1 сегменту печінки
- e) IP у власній печінковій артерії <0.8

10) Семіотика підпечінкової форми портальної гіпертензії

- a) Збільшення діаметру портальної вени
- b) Реканалізація параумбілікальної вени
- c) * Кавернозна трансформація портальної вени
- d) Виражене підвищення ехогенності паренхіми печінки
- e) * Спленомегалія

11) Ультразвукові ознаки аутосомно-рецесивної полікістозної хвороби нирок

- a) Зменшення розмірів нирок
- b) * Збільшення розмірів нирок
- c) Нормальна ехогенність паренхіми печінки
- d) Тощина паренхіми нирки > 10мм
- e) * Наявність мікрокальцинатів у нирковій паренхімі

12) Ультразвукові ознаки загострення хвороби Вільсона

- a) Зменшення розмірів печінки
- b) * Підвищення ехогенності паренхіми печінки
- c) * Потовщення стінки жовчного міхура
- d) Нормальні розміри селезінки
- e) * Наявність асцити

13) Ехографічні ознаки муковісцидозу (кісто-фіброзу підшлункової залози)

- a) Різке збільшення розмірів підшлункової залози
- b) * Наявність вогнищевоподібних утворень в паренхімі печінки
- c) * Підвищення ехогенності підшлункової залози
- d) * Конкременти у жовчному міхурі
- e) Збільшення розмірів мезентеріальних лімфатичних вузлів

15.40-16.00 Еластографія печінки та селезінки у новонароджених та дітей раннього віку
Закревський А.М., канд.мед.наук, доцент кафедри неонатології ХМАПО, Харків

- 14) Яким датчиком доцільно проводити еластографію печінки та селезінки у новонароджених?**
- a) * Лінійним 5-12 МГц
 - b) Конвексним 3,5-5 МГц
 - c) Фазованим 2-4 МГц
 - d) Мікроконвексним 4-9 МГц
- 15) Чи є еластографія методом скринінгу захворювань печінки у новонароджених?**
- a) Так
 - b) * Ні
 - c) Тільки компресійна еластографія
 - d) Тільки зсувхвильова еластографія
- 16) При яких показниках жорсткості печінки та селезінки у новонароджених найбільш вірогідний діагноз атрезії жовчовивідних шляхів?**
- a) Жорсткість печінки 4,0 кПа, селезінки 15,0 кПа
 - b) Жорсткість печінки 4,0 кПа, селезінки 25,0 кПа
 - c) Жорсткість печінки 6,0 кПа, селезінки 25,0 кПа
 - d) * Жорсткість печінки 10,0 кПа, селезінки 30,0 кПа
- 17) Які ультразвукові ознаки свідчать на користь біліарної атрезії?**
- a) * “Triangular cord” sign ознака трикутника, аномальна морфологія жовчного міхура, відсутність скорочення жовчного міхура після перорального годування.
 - b) Підвищення ехогеності паренхіми, вогнищеві утворення, розширення печінкових вен.
 - c) Збільшення розмірів печінки, потовщення стінок жовчного міхура, розширення холедоха
 - d) Вогнищеве підвищення ехогеності паренхіми, розширення печінкових вен, сладж жовчі в жовчному міхурі, збільшення селезінки
- 18) Згідно методики проведення еластографії селезінки у новонароджених?**
- a) * Датчик розташовується перпендикулярно капсулі селезінки, глибина вимірів 1-2 см під капсулою селезінки.
 - b) Датчик розташовується перпендикулярно капсулі селезінки, глибина вимірів 3-5 см під капсулою селезінки.
 - c) Датчик розташовується під кутом 30 градусів до капсули селезінки, глибина вимірів 2-4 см під капсулою селезінки.
 - d) Датчик розташовується під кутом 45 градусів до капсули селезінки, глибина вимірів 1-2 см під капсулою селезінки.

16.20-16.50 Пухлини печінки. Радіологічна система категорій US Li-RADS
Федусенко О.А., канд.мед.наук, доцент, Запоріжжя

- 19) Відсоткова частота зустрічальності ГЦК в європейських країнах відповідно до злоякісних пухлин всіх локалізацій?**
- a) 3%
 - b) * 5%
 - c) 8-10%
 - d) 10-12%
 - e) 15%
- 20) Діагностичні променеві методи для ГЦК?**
- a) ультрасонографія
 - b) однофазна КТ

- c) мультифазна МРТ
 - d) * мультифазні КТ і МРТ**
 - e) всі наведені варіанти
- 21) Пацієнти, що підлягають зачисленню в програму скринінга і динамічного УЗ-контролю ГЦК:**
- a) дорослі з цирозом печінки будь якого генезу
 - b) дорослі с гепатитом В (навіть при відсутності цирозу)
 - c) дорослі з гепатитом С з високим ступенем фіброзу печінки (навіть при відсутності цирозу)
 - d) дорослі і діти з гепатитами В, С і Д
 - e) * перші три варіанти**
- 22) Кількість категорій, що виділяються системою US LI-RADS?**
- a) * **3**
 - b) 2- 4
 - c) 3- 5
- 23) Частота ультрасонографічного спостереження за печінковими вогнищами категорії US LR1?**
- a) 1 місяць
 - b) 1,5 місяці
 - c) 3 місяці
 - d) 3-6 місяців**
 - e) * 6 місяців**

**17.50-18.00 Еластографія печінки - типові помилки при виконанні методу
Солодовник О.В., лікар УЗД діагностичного центру «Медіскан-груп»**

- 24) Чоловік, 46 років, вперше діагностований гепатит С. З анамнезу: зловживання алкоголем, ін'єкційний наркоман. Проведена компресійна еластографія печінки, Mediana - 24 КПа. Встановлено фіброз 4 ступеню (цироз). Чи коректне дане дослідження:
- a) Так
 - b) * Ні**
- 25) При використанні 2D Shear Wave Elastography (зсувохвильова еластографія) отримано результат в 12,1 м/с. Чи коректне дане дослідження?
- a) * Так**
 - b) Ні
- 26) Що потрібно зробити, щоб м/с перевести в кПа при використанні зсувохвильових . Що потрібно зробити, щоб м/с перевести в кПа при використанні зсувохвильової еластографії?
- a) м/с * м/с / 3
 - b) * м/с * м/с * 3
 - c) м/с * атмосферний тиск в КПа / 3
 - d) м/с / атмосферний тиск в КПа / вік пацієнта
- 27) Не варто проводити еластографію печінки пацієнтам з вираженим асцитом. Твердження вірне?
- a) * Так**
 - b) Ні
- 28) Еластографія печінки дозволяє оцінити:
- a) ступінь жирового гепатозу
 - b) ступінь стеатозу
 - c) * ступінь фіброзу**
 - d) рівень запального процесу
 - e) ступінь фіброзу та жирового гепатозу**
 - f) все сказане вірно**

11.30-13.30 Практичне застосування ехографії кишечника при рутинному ультразвуковому обстеженні черевної порожнини. Аспекти візуалізації найпоширенішої патології: гострого апендициту і його ускладнень, інвагінації, пухлин, запальних захворювань кишечника, дивертикуліту товстої кишки
Телегуз О.Г., лікар УЗД, Сарни

- 29) Скільки шарів нараховує ехографічне зображення стінки кишки, отримане із використанням високочастотного трансдюсера?
- 2
 - 3
 - * 5
 - 6
- 30) У більшості випадків діаметр інтактного червоподібного відростка не перевищує :
- 3 мм
 - 4 мм
 - * 6 мм
 - 10 мм
- 31) При дивертикулітах товстої кишки параколічна жирова клітковина
- не змінюється
 - набуває зниженої ехогенності
 - * набуває підвищеної ехогенності
- 32) Ехографія кишечника при хворобі Крона застосовується
- при первинному виявленні пацієнтів із підозрою на запальні захворювання кишечника
 - для моніторингу ефективності лікування
 - для дренивання абсцесів під ультразвуковою навігацією
 - * всі твердження вірні
- 33) Метод дозованої компресії застосовується для ультразвукової діагностики :
- гострого апендициту
 - дивертикуліту
 - запальних захворювань кишечника
 - * всього перерахованого

6 лютого 2022 року

9.30-10.00 Ультразвукова діагностика і сучасні принципи лікування хворих з **аневризмою черевної аорти і периферичних артерій**
Гуч А.О., д-р мед.наук, провідний науковий співробітник ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова" НАМН України, Київ

- Основний анатомічний орієнтир при локації стовбура великої підшкірної вени на стегні:
 - Розташування на медіальній поверхні.
 - Наявність приток.
 - * Наявність свого анатомічного простору.
- Вена Giacomini – це:
 - Стегнова гілка малої підшкірної вени.
 - * Стегнова міжсафенова вена.
 - Додаткова гілка великої підшкірної вени.
- Вена Тьеррі – це:
 - Приплив великої підшкірної вени.
 - Приплив малої підшкірної вени.
 - * Самостійна анатомічна одиниця.
- Сучасна теорія розвитку варикозної хвороби:

- a) Теорія Тренделенбурга.
 - b) Теорія судинної мальформації.
 - c) * Теорія слабкості венозної стінки.
- 5) Які причини змін напрямку та спектру кровотоку за артеріями нижніх кінцівок другого порядку:
- a) Фізичне навантаження.
 - b) * Колатералізація кровотоку.
 - c) Зміна положення тіла.

11.30-12.00 Сучасний статус нейросонології в клініко-прогностичній оцінці каротидних стенозів

Глоба М.В. д-р мед.наук, **Бабкіна Т.М.** д-р мед.наук, професор, **Деркач Б.В.**, кафедра радіології НУОЗ України ім.П.Л. Шупика, Київ

- 1) **Який метод визначення ступеня стенозу є пріоритетним для УЗ оцінки ураження внутрішньої сонної артерії?**
 - a) ESCT
 - b) * NASCET
 - c) Метод співставлення з діаметром загальної сонної артерії.
- 2) **Який УЗ показник є головним критерієм вибору між інвазивним і неінвазивним лікуванням каротидного стенозу?**
 - a) Лінійна швидкість кровотоку
 - b) * Ступінь звуження просвіту судини (ступінь стенозу)
 - c) Каротидне співвідношення.
- 3) **Яка швидкість кровотоку у внутрішньої сонної артерії найбільше відповідає стенозу 70% за діаметром?**
 - a) 125 см/с
 - b) 150 см/с
 - c) * 230 см/с
- 4) **Які за характеристиками атеросклеротичні бляшки розглядаються як потенційно нестабільні та найбільш пов'язані з ризиком емболізації в мозкові судини?**
 - a) * Ехопрозорі (гіпо- і анехогенні)
 - b) Гіперехогенні однорідні
 - c) Кальциновані
- 5) **Який з сучасних режимів УЗ сканування не дозволяє оцінити мікрovasкулярізацію бляшки:**
 - a) * Shear Wave Elastography (SWE)
 - b) Superb Microvascular Imaging (SMI)
 - c) Contrast Enhanced Ultrasound (CEUS)

13.10-13.40 Обов'язковий алгоритм та особливості ультразвукових досліджень серцево-судинної системи у пацієнтів з цукровим діабетом згідно сучасних міжнародних рекомендацій

Ковалевська О.А., канд.мед.наук, УНПЦ ендокринної хірургії, Київ

- 1) **Асимптомні захворювання артерій нижніх кінцівок – це хронічне ураження артерій**
 - a) Та хронічна венозна недостатність
 - b) * На доклінічній стадії, без виразних клінічних проявів хронічної артеріальної недостатності
 - c) Яке проявляється болем у нижній кінцівці при фізичному навантаженні
 - d) Яке проявляється болем у нижній кінцівці у стані спокою

- 2) Для діабетичної макроангіопатії характерно
 - a) * ураження артерій стопи та гомілки
 - b) пізній початок та повільний розвиток атеросклерозу
 - c) * кальцифікуючий склероз Менкеберга
 - d) ураження здухвинних артерій

- 3) Основні причини пізнього звернення за медичною допомогою більшості пацієнтів з цукровим діабетом та захворюваннями артерій нижніх кінцівок
 - a) супутня енцефалопатія
 - b) * малосимптомний перебіг внаслідок супутньої діабетичної нейропатії
 - c) поганий зір
 - d) * малосимптомний перебіг внаслідок малорухливого способу життя

- 4) Значення кісточно-плечового індексу 1,3 і більше інтерпретують як
 - a) Норма
 - b) * Неможливість стиснути кальциновані артерії
 - c) Ураження артерій середнього ступеня тяжкості
 - d) Сумнівний результат

- 5) До факторів ризику розвитку атеросклерозу аорти та артерій нижніх кінцівок відносять
 - a) * артеріальна гіпертензія
 - b) варикозне розширення вен
 - c) * порушення ліпідного обміну
 - d) * цукровий діабет

- 6) Ультразвукове кольорове дуплексне сканування артерій у пацієнтів із захворюваннями артерій нижніх кінцівок дозволяє визначити
 - a) стан нервово-м'язової передачі
 - b) * локалізацію та протяжність стенозу та/або оклюзії
 - c) * наявність/відсутність кровотоку

14.30-15.00 ТЕЛА: алгоритм діагностики та місце УЗД
Смирнова А.С., канд.мед.наук, доцент кафедри радіології НУОЗУ ім.П.Л. Шупика

- 1) Діагностичний алгоритм хворого з підозрою на тромбоемболію легеневої артерії залежить від:
 - a) * Гемодинамічного стану пацієнта
 - b) Рівня Д-дімеру пацієнта
 - c) Скарг пацієнта
- 2) Що ми повинні розуміти під гемодинамічною нестабільністю:
 - a) Зупинка серця
 - b) Обструктивний шок або стійка гіпотензія
 - c) * Всі варіанти вірні
- 3) З чого ми повинні почати дослідження гемодинамічно нестабільного пацієнта з підозрою на ТЕЛА?
 - a) Мультидетекторна комп'ютерна томографія з контрастним підсиленням
 - b) * ЕхоКГ
 - c) Оцінки клінічної ймовірності ТЕЛА
- 4) З чого ми повинні почати дослідження гемодинамічно стабільного пацієнта з підозрою на ТЕЛА?
 - a) Мультидетекторна комп'ютерна томографія з контрастним підсиленням
 - b) ЕхоКГ
 - c) * Оцінки клінічної ймовірності ТЕЛА
- 5) Можливі ЕхоКГ знахідки у пацієнта з тромбоемболією легеневої артерії

- a) Дилатація та дисфункція правого шлуночка
- b) Дилатація НПВ з порушенням її колабування на вдиху
- c) * Всі варіанти вірні

15.00-15.30 Кардіоміопатії: рідкісні та не дуже. Роль ЕхоКГ в діагностиці КМП
Груб'як Л.М., канд.мед.наук, ст.н.с. НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України

- 1) У яку фазу серцевого циклу проводиться ЕхоКГ оцінка некомпактного міокарду:
 - a) * кінцева систола
 - b) * кінцева діастола
 - c) у будь-яку
- 2) Перипартальна кардіоміопатія підтверджується виявленням за даними ЕхоКГ:
 - a) дилатації лівого шлуночка зі зниженням ФВ менше 45%
 - b) дилатації всіх камер серця зі зниженням систолічної функції обох шлуночків
 - c) * зниження ФВ менше 45%
- 3) Для якої патології найбільш характерний рестриктивний тип гемодинаміки:
 - a) ГКМП
 - b) саркоїдоз серця
 - c) тахііндукована КМП
 - d) * амілоїдоз серця

9.30-11.00 Ультразвукове дослідження легень в умовах пандемії COVID-19. Основи дослідження. Метааналіз міжнародних протоколів. Уніфікація протоколів. УЗД легень в амбулаторних умовах - Де, Коли та Як (лекція та майстер-клас)
Юрчак М.І., канд.мед.наук, асистент кафедри променевої діагностики ВНМУ ім. М.І.Пирогова, Вінниця

- 1) Статичні вертикальні артефакти, які не переміщуються при ковзанні легень і достовірно не виходять із боку плеври. Загасають до низу, не перекривають А-лінії?:
 - a) В –лінії
 - b) С-лінії
 - c) 0-лінії
 - d) Z-лінії (правильна відповідь)
- 2) Лінії, що являють собою артефакти у вигляді «хвоста комети» -короткі гіперехогенні лінії, що йдуть від плевральної лінії і рухаються разом з нею?
 - a) В –лінії
 - b) С-лінії
 - c) і-лінії (правильна відповідь)
 - d) Z-лінії
- 3) Про, що свідчить відсутність будь яких ліній в полі обстеження?
 - a) біла легеня.
 - b) норма (правильна відповідь)
 - c) консолідація
 - d) ателектаз.
- 4) 4.Віберіть правильну відповідь
 - a) Оцінується зона, вибирається найгірший варіант змін в зоні. (правильна відповідь)
 - b) Оцінюються вся сегменти в зоні, і суммуються зміни.
 - c) Оцінюються вся сегменти в зоні, вибирається найгірший варіант змін в сегменті.
- 5) Місце між пневмотораксом та нормальною легенею називається?
 - a) поле дослідження легені
 - b) «симптом медузи»
 - c) точка легені (правильна відповідь)
 - d) «бар код»

