

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

Кафедра онкології і медичної радіології



ЗБІРНИК ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ З ОНКОЛОГІЇ
(навчальний посібник)
(видання доповнене і перероблене)

підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти
галузі знань 22 «Охорона здоров'я»
спеціальності 222 «Медицина»

Обговорено та ухвалено
на методичному засіданні кафедри
онкології та медичної радіології
Протокол № 2
від "04" листопада 2019 р.
Завідувач кафедри
професор

Фещич Т.Г.



Затверджено
профільною методичною комісією
з хірургічних дисциплін
Протокол № 4
Від "07" листопада 2019 р.
Голова профільної методичної комісії
професор Андрющенко В.П.

Львів -2020

За редакцією Т.Г.Фецича, Ю.Ю. Олійника

Автори:

д.м.н., професор Фецич Т.Г. (головний редактор); д.м.н., професор Савран В.Р.; д.м.н., професор Стернюк Ю.М.; д.м.н., професор Володько Н.А.; к.м.н., доцент Олійник Ю.Ю.; к.м.н., доцент Лукавецький Н.О.; к.м.н., доцент Ярема Р.Р.; к.м.н., Ковальський В.В.; асистент Присташ Ю.Я.

Рецензенти:

професор кафедри хірургії №1 медичного факультету №1
д.м.н., професор О.В. Лукавецький

завідувач кафедри сімейної медицини, д.м.н., професор Ю.Г. Княк.

Посібник «Тестові завдання з онкології» складений у відповідності до програми навчальної дисципліни «Онкологія» підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина».

Тестові завдання з онкології призначені для самоконтролю рівня засвоєння отриманих знань під час підготовки студентів до практичних занять, а також виконання самостійної роботи.

Тестові завдання можуть використовуватись і для програмованого контролю знань з теоретичної і клінічної онкології.

Пропонований посібник може бути корисним для лікарів інтернів при підготовці до складання кваліфікаційних іспитів «Крок».

Посібник обговорено і затверджено на міжкафедральній нараді завідувачів однопрофільних кафедр ВМНЗ України (протокол № 2 від 04.11.2019 р.).

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА.....	4
РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.....	5
РОЗДІЛ 2. ЕТІОЛОГІЯ І ПАТОГЕНЕЗ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН.....	17
РОЗДІЛ 3. РАК ГУБИ, СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА, ЯЗИКА.....	26
РОЗДІЛ 4. РАК СТРАВОХОДУ І ШЛУНКА.....	36
4.1. РАК СТРАВОХОДУ.....	36
4.2. РАК ШЛУНКА.....	40
РОЗДІЛ 5. РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ І ПЕЧІНКИ.....	54
5.1. РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.....	54
5.2. РАК ПЕЧІНКИ.....	61
РОЗДІЛ 6. РАК ОБОДОВОЇ І ПРЯМОЇ КИШКИ.....	73
РОЗДІЛ 7. РАК ЛЕГЕНІ, ПУХЛИНИ СЕРЕДОСТІННЯ.....	87
РОЗДІЛ 8. РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.....	101
8.1. РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....	101
8.2. РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.....	112
РОЗДІЛ 9. РАК ШКІРИ, МЕЛАНОМА, ЛІМФОМА ГОДЖКІНА.....	119
9.1. РАК ШКІРИ, МЕЛАНОМА.....	119
9.2. ЛІМФОМА ГОДЖКІНА.....	131
РОЗДІЛ 10. РАК ШИЙКИ І ТІЛА МАТКИ, РАК ЯЄЧНИКІВ.....	142
РОЗДІЛ 11. РАК НИРКИ, СЕЧОВОДУ, СЕЧОВОГО МІХУРА.....	155
РОЗДІЛ 12. РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ.....	162
РОЗДІЛ 13 ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН..	168
ЛІТЕРАТУРА.....	182

ПЕРЕДМОВА

Пропонований посібник «Тестові завдання з онкології» призначений для самоконтролю рівня засвоєння знань під час підготовки студентів до практичних занять, а також виконання самостійної роботи. Посібник максимально наближений до програми і навчального плану, містить питання з основних розділів теоретичної і клінічної онкології. Тестові завдання також можуть використовуватися для підготовки до складання поточного та заключного модульного контролю.

Кожний тест максимально відображає конкретний випадок з практики, викладений схематично. При його вирішенні необхідно відповісти на поставлені запитання щодо розпізнавання захворювання та його лікування. Окремо позначені тести підвищеної складності (*). У кінці кожного розділу викладені відповіді на завдання, які мають логічне обґрунтування, в деяких із них подані різні варіанти лікувально-діагностичної тактики.

Над підготовкою посібника працював колектив викладачів кафедри онкології та радіології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Автори сподіваються, що створений ними посібник сприятиме покращенню підготовки кожного студента до майбутньої лікарської діяльності.

Усі зауваження, скеровані на вдосконалення цього видання, автори сприйматимуть із вдячністю.

Головний редактор
доктор медичних наук, професор
Фецич Тарас Григорович

РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Виберіть правильну відповідь

1. В структурі онкологічної смертності в Україні перше місце посідає рак:
 1. Легені
 2. Шлунка
 3. Колоректальний
 4. Шкіри
2. З розрахунку на 100 тис. нас. рівень смертність від злоякісних новоутворів в Україні у 2009 році становив:
 1. 243,5
 2. 223,5
 3. 203,5
 4. 184.8
3. Епідеміології злоякісних новоутворів властиві такі основні напрямки:
 1. Описовий і кількісний
 2. Дискриптивний і математичний
 3. Аналітичний і кількісний
 4. Дискриптивний і аналітичний
4. Захворюваність на злоякісні новоутвори у чоловіків за останні 20 років зросла в основному за рахунок росту:
 1. Раку шлунка
 2. Раку легенів
 3. Раку прямої кишки
 4. Раку шкіри
5. Захворюваність на злоякісні новоутвори у жінок за останні 20 років зросла в основному за рахунок росту:
 1. Раку шкіри
 2. Раку яєчників
 3. Раку шлунка
 4. Раку молочної залози
6. Грубий показник захворюваності на злоякісні новоутвори у розрахунку на 100 тис. населення у 2009 р. в Україні становив:
 1. 296,0
 2. 586,7
 3. 311,0
 4. 349.8
7. Екстенсивний показник – це:
 1. Захворюваність з урахуванням віку
 2. Захворюваність з урахуванням статі
 3. Число хворих в розрахунку на 100 тис. населення
 4. Питома вага хворих даної локалізації серед їх загального числа, виражена у %
8. Символ T is у системі TNM означає:
 1. Найменування тканини

2. Найменування тканини, ураженою пухлиною
 3. Ступінь диференціації пухлини
 4. Преінвазивну карциному
- 9.** Символ Nx у системі TNM позначає, що:
1. Відсутні можливості оцінити стан регіонарних лімфатичних вузлів
 2. Регіонарні лімфатичні вузли не досліджені
 3. Регіонарні лімфатичні вузли не видалені
 4. У регіонарних лімфатичних вузлах метастазів пухлини немає
- 10.** Символ MAR у системі TNM означає:
1. Макроскопічну форму росту пухлини
 2. Ступінь диференціації пухлини
 3. Ступінь ураження стінки органу
 4. Віддалені метастази у кістковий мозок
- 11.** Поняття «рівень надійності» і критерій 'C' у системі TNM - це:
1. Рівнозначні поняття
 2. Поняття, не пов'язані між собою
 3. Визначення, що доповнюють одне одного
 4. Ознаки, що позначають протилежні поняття
- 12.** У системі TNM символ C4 означає:
1. Ураження всіх прошарків стінки органу, що підтверджене морфологічними дослідженнями
 2. Залучення в пухлинний процес судин
 3. Дисемінацію пухлини
 4. Дані аутопсії
- 13.** В Україні найбільше число хворих з уперше встановленим діагнозом злоякісного новоутвору в розрахунку на 100 тис. населення у 2009 р. було:
1. В АР Крим
 2. У Житомирській області
 3. У Київській області
 4. У м. Севастополі
 5. У Львівській області
- 14.** Виявлення хворих із злоякісними новоутворами в результаті профілактичних оглядів у 2009 р. в Україні складало
1. 8,4 %
 2. 10,4 %
 3. 12,4 %
 4. 24,9 %
- 15.** У структурі онкологічних захворювань населення України у 2009 р друге місце займав:
1. Рак шкіри
 2. Рак легенів
 3. Рак шлунка
 4. Рак товстої кишки
- 16.** У структурі смертності онкологічних хворих у 2009 р в Україні друге місце належить:

1. Раку легенів
 2. Раку шлунка
 3. Раку ободової кишки
 4. Хворобам органів кровотворення
- 17.** У розрахунку на 100 тис. населення України число померлих від злоякісних новотворів у 2009 р. складало:
1. 156,6
 2. 167,6
 3. 177,6
 4. 184,8
- 18.** З моменту взяття на диспансерний облік, поглиблене обстеження хворих Іа клінічної групи варто здійснювати не пізніше, ніж через:
1. 5 днів
 2. 6 днів
 3. 8 днів
 4. 10 днів
- 19.** Диспансерне спостереження хворих, що перенесли радикальне лікування, у перший рік здійснюється з інтервалом, не меншим за:
1. Раз у два місяці
 2. Раз в квартал
 3. Раз у півроку
 4. Раз у п'ять місяців
- 20.** Диспансерне спостереження хворих, що перенесли радикальне лікування, на другий рік здійснюється з інтервалом, не меншим за:
1. Раз у квартал
 2. Раз у півроку
 3. Раз у два місяці
 4. Раз у рік
- 21.** Починаючи з третього року після радикального лікування, диспансерне спостереження здійснюється з інтервалом, не меншим за:
1. Раз у квартал
 2. Раз у п'ять місяців
 3. Раз у півріччя
 4. Раз у рік
- 22.** Щорічний «Звіт про хворих злоякісними новотворами» - це статистична звітна форма №
1. 5
 2. 7
 3. 4
 4. 35 (здоров)
- 23.** «Звіт про хворих злоякісними новотворами» - складається на підставі наступної форми:
1. 027-1/о
 2. 027-2/у
 3. 030/б

4. 030-6/о
- 24.** На померлих від злоякісних новоутворень, які не стояли при житті на обліку в онкологічному закладі, форма №090/о
1. Не заповнюється
 2. Заповнюється
 3. Заповнюється з позначкою «захворювання виявлено посмертно»
 4. Заповнюється так – «на спостереженні не був»
- 25.** На хворих у Іб клінічній групі повідомлення за формою № 090/о
1. Заповнюється
 2. Не заповнюється
 3. Заповнюється з відповідними доповненнями
 4. Заповнюється за бажанням хворого
- 26.** Реєстраційна карта диспансерного спостереження за формою № 030-6/о заповнюється:
1. Усіма лікувальними закладами
 2. Тільки онкологічним закладом
 3. Профілактичними лікувальними закладами
 4. Стаціонарами відділеннями онкологічних диспансерів
- 27.** В Україні Харківський і Київський рентгено-радіологічні і онкологічні інститути були організовані в
1. 1920 році
 2. 1922 році
 3. 1924 році
 4. 1926 році
- 28.** Інструкція з формування і спостереження груп підвищеного ризику захворювання на злоякісні новоутвори діє в Україні з 1986 р. згідно з наказом МОЗ України
1. № 92
 2. № 154
 3. № 180
 4. № 192
- 29.** Для всіх локалізацій, вік як чинник ризику захворювання на злоякісні новоутвори у чоловіків, складає понад
1. 35 років
 2. 40 років
 3. 45 років
 4. 50 років
- 30.** Міжнародні протиракові конгреси організовуються:
1. Раз у 3 роки
 2. Раз у 4 роки
 3. Раз у 5 років
 4. Раз у 6 років
- 31.** Дискриптивний напрямок в епідеміології злоякісних новоутворів це:
1. Окремий вид описової епідеміології з використанням статистичних показників

2. Аналіз причин захворюваності на злоякісні новотвори
 3. Математичний аналіз імовірності виникнення злоякісних захворювань
 4. Методологічний апарат для аналітичної епідеміології
- 32.** Аналітична епідеміологія являє собою
1. Аналіз захворюваності і смертності від злоякісних новотворів з урахуванням різних факторів, що впливають на особливості цих захворювань
 2. аналіз захворюваності з урахуванням расових і національних особливостей
 3. статистичний аналіз захворюваності
 - 4- Статистичний аналіз захворюваності і смертності в конкретному регіоні
- 33.** Основу профілактики злоякісних новотворів складають:
1. Профілактичні огляди
 2. Диспансеризація
 3. Первинна, вторинна і третинна профілактика
 4. Онконастороженість населення
- 34.** Основу вторинної профілактики злоякісних новотворів складає:
1. Рання діагностика, виявлення і лікування передпухлинних захворювань
 2. Організація санітарно-освітньої роботи
 3. Реалізація диспансерного спостереження
 4. Оздоровлення навколишнього середовища
- 35.** Головним завданням Національного канцер-реєстру України є:
1. Концентрація відомостей про захворілих і померлих від злоякісних новотворів громадян країни
 2. Реєстрація захворілих злоякісними новотворами
 3. Реєстрація померлих від злоякісних новотворів
 4. Аналіз стану онкологічної допомоги в окремих регіонах країни
- 36.** Найвища захворюваність на злоякісні новотвори з розрахунку на 100 тис. населення у 2009 р. була в наступних областях України:
1. Київській і Львівській
 2. Рівненській і Запорізькій
 3. Чернігівській і Полтавській
 4. Запорізькій і Кіровоградській
- 37.** Найнижча захворюваність на злоякісні новотвори з розрахунку на 100 тис. населення відзначена у 2009 р. в Україні у
1. Волинській області
 2. Одеській області
 3. Хмельницькій області
 4. Закарпатській області
- 38.** В Україні щорічно помирають від злоякісних захворювань приблизно (тисяч) хворих
1. 85-90
 2. 83-85
 3. 73-75
 4. 63-65
- 39.** До 1а клінічної групи належать хворі
1. У IV стадії захворювання

2. Практично здорові люди
 3. Які підлягають радикальному лікуванню
 4. Із захворюваннями, підозрілими на злоякісні новотвори
- 40.** До 1б клінічної групи належать хворі
1. Практично здорові люди
 2. У IV стадії захворювання
 3. Яким показане радикальне лікування
 4. Особи з передпухлинними захворюваннями
- 41.** До клінічної групи III відносяться наступні хворі
1. Інкурабельні
 2. Радикально ліковані хворі
 3. Особи з передпухлинними захворюваннями
 4. Ті, яким показане радикальне лікування
- 42.** Інтенсивний показник – це
1. Захворюваність з урахуванням географічних особливостей
 2. Число хворих на рак в розрахунку на 100 тис. населення
 3. Захворюваність з урахуванням віку
 4. Захворюваність з урахуванням статі
- 43.** У системі TNM символ T означає
1. Обсяг розповсюдження первинної пухлини
 2. Ступінь ураження прошарків стінки органу
 3. Розмір та ступінь місцевого поширення первинної пухлини
 4. Середній розмір первинної пухлини
- 44.** Символ T0 в системі TNM означає
1. Розміри новотвору
 2. Ступінь ураження стінки органу
 3. Ступінь диференціювання пухлини
 4. Первинна пухлина не визначається
- 45.** Для визначення ступеня диференціювання пухлини в системі TNM використовується наступна кількість градацій символу G:
1. Два
 2. Чотири
 3. П'ять
 4. Шість
- 46.** Низько диференційовані пухлини в системі TNM позначаються символом:
1. G1
 2. G3
 3. Gx
 4. G4
- 47.** У системі TNM високий ступінь диференціювання пухлини позначаються символом:
1. G1
 2. G2
 3. G3
 4. G4

- 48.** В Україні у 2009 р вперше занедужали на злоякісні новотвори понадтис. хворих:
1. 120
 2. 140
 3. 150
 4. 190
- 49.** Результати масових профілактичних оглядів населення в Україні дозволили встановити, що вони:
1. Високоєфективні
 2. Економічно не виправдані
 3. Малоефективні
 4. Сприяють ранньому виявленню злоякісних новотворів
- 50.** У структурі захворюваності онкологічними захворюваннями в Україні у 2009 р. перше місце займає
1. Рак легені
 2. Злоякісні новотвори шкіри
 3. Рак шлунка
 4. Рак товстої кишки
- 51.** У структурі захворюваності онкологічними захворюваннями у жінок в Україні в 2009 р друге місце займав
1. Рак легенів
 2. Рак молочної залози
 3. Рак шлунка
 4. Рак прямої кишки
- 52.** До II клінічної групи відносять хворих:
1. Злоякісними новотворами, що підлягають спеціальному лікуванню
 2. Із передпухлинними захворюваннями
 3. Підозрілих на злоякісні новотвори
 4. Підлягаючих радикальному лікуванню
- 53.** До клінічної групи III відносять хворих:
1. Що підлягають радикальному лікуванню
 2. Із підозрою на злоякісні новотвори
 3. що підлягають спеціальному методу лікування
 4. Практично здорові люди, що перенесли радикальне лікування з приводу злоякісних новотворів
- 54.** На кожний новий вперше виявлений випадок злоякісного новотвору заповнюється форма №
1. 027-1/у
 2. 027-2/у
 3. 030-6/о
 4. 090-6/о
- 55.** Витяг з медичної карти стаціонарного хворого зі злоякісним новотвором - це форма №
1. 027-2/у
 2. 090/у

3. 030/у
4. 027-1/о
- 56.** Реєстраційна карта диспансерного спостереження (онко) - це форма
 1. 027-1/у
 2. 027-2/у
 3. 025/у
 4. 030-6/о
- 57.** Протокол на випадок виявлення у хворого з поширеною формою злоякісного новоутвору - це форма №
 1. 027-1/у
 2. 027-2/о
 3. 090/у
 4. 030-6/у
- 58.** На хворих у клінічній групі Іб заповнюється форма №
 1. 030-6/о
 2. 030/о
 3. 090/у
 4. 027-1/у
- 59.** Профілактичним онкологічним оглядам обов'язково підлягають особи старші за
 1. 25 років
 2. 30 років
 3. 35 років
 4. 40 років
- 60.** Виявлені на профілактичних оглядах хворі з підозрою на злоякісні новоутвори повинні бути поглиблено обстежені протягом не більше, як
 1. 5 днів
 2. 8 днів
 3. 10 днів
 4. 12 днів
- 61.** Система первинної профілактики злоякісних новоутворів передбачає:
 1. Реалізацію санітарно-освітньої роботи
 2. Організацію профілактичних оглядів
 3. Дотримання вимог техніки безпеки на виробництві
 4. Оздоровлення життя і навколишнього середовища
- 62.** На вперше виявлений у хворого випадок злоякісного новоутвору заповнюється облікова форма і відсилається у територіальний онкологічний заклад не пізніше як за:
 1. 1 день
 2. 10 днів
 3. 3 дні
 4. 1 тиждень
- 63.** Первинна профілактика раку передбачає такі заходи:
 1. Боротьба за збереження природних ресурсів і зменшення їх забрудненості
 2. Боротьба з палінням

3. Боротьба із зловживанням алкоголем
 4. Пропаганда здорового способу життя
 5. Вірні усі відповіді
 6. Вірних відповідей немає
- 64.**Вторинна профілактика раку передбачає такі заходи:
1. Виявлення і лікування осіб з передпухлинними захворюваннями шляхом проведення профілактичних оглядів населення
 2. Формування груп підвищеного ризику захворювання на рак
 3. Розробка організація і проведення скринінгу раку різних локалізацій
 - 4.Запровадження єдиної державної програми суцільної диспансеризації населення
 5. Вірні усі відповіді
 6. Вірних відповідей немає
- 65.**Завданнями протиракової боротьби в Україні є
1. Забезпечення ранньої діагностики онкологічних захворювань і передракової патології шляхом організації і проведення масових профілактичних оглядів населення
 2. Забезпечення комплексного лікування хворих з онкологічними захворюваннями відповідно до стандартів лікування
 3. Вивчення причин несвоєчасної діагностики та неправильного лікування злоякісних новотворів
 4. Підвищення рівня онкологічних знань серед лікарів загальної лікарняної мережі шляхом створення системи безперервної післядипломної освіти
 5. Вірні усі відповіді
 6. Вірних відповідей немає
- 66.**Яка медична комісія покликана займатися експертизою тимчасової втрати працездатності онкологічних хворих у лікувально-профілактичних закладах МОЗ України?
1. МСЕК
 2. ЛТЕК
 3. ЛКК
 4. Атестаційна комісія
- 67.**Яка медичний орган покликаний займатися експертизою стійкої втрати працездатності онкологічних хворих в Україні?
1. МСЕК
 2. Управління охорони здоров'я
 3. ЛКК
 4. Комісія з питань охорони здоров'я
- 68.**Експертизу стійкої непрацездатності проводять:
- 1.Головний лікар поліклініки
 - 2.Орган управління охороною здоров'я
 - 3.Органи пенсійного фонду
 4. Жоден з перерахованих
 5. Усі відповіді вірні
- 69.**Основною структурною ланкою онкологічної служби в Україні є:

1. Інститут раку МОЗ
 2. Галузеві НДІ
 3. Онкологічний диспансер
 4. Онкологічне відділення
 5. Онкологічний кабінет районної поліклініки
- 70.** Госпіс – це
1. Соціальний заклад для пенсіонерів і ветеранів праці
 2. Пансіонат для реабілітації хворих після закінчення спеціального лікування
 3. Інтернат, в якому навчаються і отримують лікування діти з особливими потребами.
 4. Спеціальний медичний заклад для надання паліативної допомоги хворим
- 71.** Госпіс – це медичний заклад, в якому
1. Проводять спеціальне лікування відповідно до патології
 2. Проводять обстеження, з метою встановлення показань до спеціального лікування
 3. Забезпечують можливий фізичний і психологічний комфорт інкрабельним хворим
 4. Проводять адекватну протибольову терапію
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
 6. Вірні відповіді 3. і 4.
 7. Усі відповіді вірні
- 72.** У 1986 році ВОЗ запропоновано проводити знеболення при захворюванні на рак за алгоритмом, який передбачає
1. Двоступеневу схему
 2. Триступеневу схему
 3. Чотириступеневу схему
- 73.** Для лікування хронічного больового синдрому при захворюванні на рак застосовуються
1. Ненаркотичні анальгетики
 2. Слабкі опіюїди типу кодеїну
 3. Сильні опіюїди (групи морфіну)
 4. Ад'ювантні засоби
 5. Вірні відповіді 2. і 3.
 6. Вірні відповіді 3. і 4.
 7. Усі відповіді вірні
- 74.** Для вивчення захворюваності населення можна використати все перелічене, крім:
1. Звітів про профілактичні огляди і диспансерне спостереження
 2. Звітів про діяльність ЛКК і МСЕК
 3. Аналізу причин звертання населення до медичних установ
 4. Даних відділів реєстрації цивільного стану щодо причин смерті
- 75.** Ненаркотичні анальгетики можна поділити на
1. Стероїдні і не стероїдні
 2. Похідні саліцилової кислоти, піразолону, параамінофенолу, антранілової кислоти і т.п.

3. Із центральним механізмом дії і периферичним
 4. Групи за ступенем анальгезуючої дії
 5. Усі відповіді вірні
- 76.** Наркотичні анальгетики можна поділити на
1. Засоби природного походження і синтетичні
 2. Групи за ступенем анальгезуючої дії
 3. Групи за здатністю до формування звикання і залежності
 4. Групи за тривалістю анальгезуючої дії
 5. Групи за величиною терапевтичного інтервалу
 6. Вірні усі відповіді
- 77.** Більшість наркотичних анальгетиків призначені для
1. Введення per os
 2. Ректального введення
 3. Інгаляційного введення
 4. Парентерального введення
 5. Аплікаційного введення
- 78.** При недотриманні рекомендацій щодо застосування наркотичних анальгетиків слід очікувати наступної побічної дії
1. Пригнічення дихання і розвитку гіпоксії
 2. Послаблення перистальтики з порушенням пасажу по кишці
 3. Нудоти та блювання
 4. Зниження тону міокарда, сповільнення ритму серця і виникнення брадиаритмії
 5. Усі відповіді вірні
 6. Вірних відповідей немає
- 79.** Найбільш об'єктивним показником якості надання онкологічної допомоги є:
1. Збільшення кількості хворих у III клінічній групі
 2. Зменшення числа хворих з III і IV стадіями
 3. Збільшення числа охоплених радикальним лікуванням
 4. Зростання хірургічної активності
 5. Збільшення 5 річного виживання хворих
- 80.** Аналіз причин запізненості онкологічних захворювань у лікувально-профілактичних установах покликана здійснювати
1. МСЕК
 2. ЛКК
 3. Атестаційна комісія
 4. Протиракова комісія
 5. Адміністрація

Відповіді на тести до розділу 1

1. - 1	11. - 1	21. - 4	31. - 1	41. - 2	51. - 2	61. - 4	71 - 6
2. - 4	12. - 4	22. - 4	32. - 1	42. - 2	52. - 1	62. - 3	72 - 2
3. - 4	13. - 4	23. - 4	33. - 3	43. - 3	53. - 4	63 - 5	73 - 7
4. - 2	14. - 4	24. - 3	34. - 1	44. - 4	54. - 4	64 - 5	74 - 2

5. - 4	15. - 1	25. - 2	35. - 1	45. - 2	55. - 4	65 - 5	75 - 5
6. - 4	16. - 2	26. - 2	36. - 4	46. - 2	56. - 4	66 - 3	76 - 6
7. - 4	17. - 4	27. - 1	37. - 4	47. - 1	57. - 2	67 - 1	77 - 4
8. - 4	18. - 4	28. - 4	38. - 2	48. - 3	58. - 2	68 - 4	78 - 5
9. - 1	19. - 2	29. - 3	39. - 4	49. - 3	59. - 4	69 - 3	79 - 5
10. - 4	20. - 2	30. - 2	40. - 4	50. - 2	60. - 3	70 - 4	80 - 4

РОЗДІЛ 2. ЕТІОЛОГІЯ І ПАТОГЕНЕЗ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН

Виберіть правильну відповідь.

1. Основними фазами канцерогенезу на рівні клітини є:
 1. Делеція і транспозиція
 2. Транскрипція і трансляція
 3. Ініціація і промоція
 4. Пресинтетична фаза і фаза синтезу
 5. Інвазія і дисемінація
2. Для пухлинної клітини є характерним
 1. Аеробний гліколіз
 2. Глюконеогенез
 3. Фотосинтез
 3. Анаеробний гліколіз
 4. Вірної відповіді немає
 5. Усі відповіді вірні
3. Основною властивістю клітин злоякісних новоутворів є
 1. Здатність до росту без жодних зв'язків з організмом
 2. Автономний ріст
 3. Порушення диференціації в процесі поділу
4. Виберіть речовини, що мають найбільшу канцерогенну активність
 1. Білки
 2. Вітаміни групи В
 3. Гормони
 4. Поліциклічні ароматичні вуглеводні
 5. Жирні кислоти
5. Канцерогенна дія іонізуючого випромінювання найбільше проявляється
 1. У малих дозах
 2. У великих дозах
 3. Взаємозв'язок з дозою не доведений
6. Для вірусного канцерогенезу ключовим моментом є
 1. Індукція апоптозу
 2. Реплікація вірусу в клітині
 3. Інкорпорація генома вірусу в геном клітини
 4. Стимуляція імуносупресії
 5. Усі відповіді вірні
 6. Вірних відповідей немає
7. Назвіть злоякісний новотвір, розвиток якого не пов'язують з впливом вірусу
 1. Рак шлунка
 2. Рак печінки
 3. Рак шийки матки
 4. Рак носоглотки
 5. Лейкемія
8. Назвіть злоякісний новотвір, розвиток якого не пов'язують з порушенням гормонального балансу

1. Рак яєчників
 2. Рак ендометрія
 3. Рак молочної залози
 4. Рак печінки
 5. Рак простати
- 9.** Вкажіть те, що не властиве для злоякісних пухлин
1. Дедиференціювання
 2. Експансивний ріст
 3. Інфільтративний ріст
 4. Повна втрата апоптозу
 5. Автономія розвитку
- 10.** Вкажіть те, що властиве для доброякісних пухлин
1. Автономія розвитку
 2. Інфільтративний ріст
 3. Експансивний ріст
 4. Максимальна структурна подібність до нормальної тканини
 5. Метастазування
 6. Вірні відповіді 1. і 2.
 7. Вірні відповіді 3. і 4.
 8. Усі відповіді вірні
- 11.** З якою метою визначають гормональні рецептори
1. Для з'ясування гістологічної природи пухлини
 2. Для визначення доцільності гормонотерапії
 3. Для визначення балансу гормонів в організмі
 4. Для з'ясування ектопічних джерел утворення гормонів
- 12.** До облігатного передраку відносяться патологічні стани, якщо їх індекс малигізації складає
1. 10%
 2. 20 %
 3. 30%
 4. 50%
 5. 80% і більше
- 13.** Доведено, що причиною виникнення злоякісних новоутворів є
1. Фізичні чинники
 2. Хімічні чинники
 3. Біологічні чинники
 4. Усі відповіді вірні
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
- 14.** До хімічних канцерогенних речовин відносяться наступні сполуки:
1. Солі важких металів
 2. Нітрозосполуки
 3. Ароматичні поліциклічні вуглеводні
 4. Нафтиламіни
 5. Усі перераховані
 6. Вірних відповідей немає

- 15.** Які виробництва небезпечні з огляду на канцерогенний вплив?
1. Робота з сажею
 2. Виробництво гуми
 3. Лакофарбова індустрія
 4. Виробництво азбесту
 5. Атомна промисловість
 6. Вірні відповіді 1. і 2.
 7. Вірні відповіді 3., 4. і 5.
 8. Усі відповіді вірні
- 16.** Які чинники належать до канцерогенів фізичної природи?
1. Ультрафіолетові промені
 2. Інфрачервоні промені
 3. Гамма промені
 4. Підвищена температура
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
 6. Вірні відповіді 1. і 3.
 7. Вірні відповіді 2., 3. і 4.
 8. Усі відповіді вірні
- 17.** Для виникнення яких локалізацій злоякісних новоутворів доведена канцерогенна дія ультрафіолетових променів?
1. Раку слизової порожнини рота
 2. Раку губи
 3. Раку легені
 4. Раку шкіри
 5. Сарком м'яких тканин
 6. Вірні відповіді 1. і 2.
 7. Вірні відповіді 3. і 4.
 8. Вірні відповіді 2. і 4.
 9. Вірної відповіді немає
- 18.** Який тип шкіри людини найбільш стійкий до онкогенної дії ультрафіолетового випромінювання?
1. Такий, що не містить пігменту
 2. Такий, що містить незначну кількість пігменту
 3. Сильно пігментована
 4. Вміст пігменту в шкірі не має значення
- 19.** Встановлено, що більшість онкогенних вірусів
1. Викликають інфекційні хвороби
 2. Не викликають інфекційних хвороб
 3. Це питання потребує подальшого вивчення
- 20.** Онкогенні віруси передаються переважно
1. Вертикально, через спадковий апарат
 2. Горизонтально (від особини до особини)
 3. механізм передачі невідомий
- 21.** До онкогенних належать
1. РНК-віруси

2. ДНК-віруси
2. Як ДНК, так і РНК-віруси
22. Трансформація клітин-мішеней в пухлинні під впливом онкогенних вірусів
 1. Не супроводжується загибеллю клітин
 2. Супроводжується загибеллю клітин
 3. Однаково можливі обидва варіанти 1. і 2.
23. Яка основна умова перетворення нормальної клітини в пухлинну в процесі вірусного канцерогенезу?
 1. Розмноження вірусу
 2. Інтеграція генома вірусу в ДНК клітини
 3. Наявність на поверхні клітини вірусних рецепторів
24. Який із вірусів має стосунок до виникнення лімфоми Беркїтта і раку носоглотки у людини?
 1. Аденовірус
 2. Вірус Енштейна-Барр
 3. Вірус папіломи людини
 4. Вірус простого герпесу
25. Доведено, що аденовіруси викликають у людини розвиток
 1. Лімфоми Беркїтта
 2. Раку носоглотки
 3. Раку шийки матки
 4. Інфекцій верхніх дихальних шляхів
26. До онкорна вірусів не належить
 1. Вірус саркоми Рауса
 2. Вірус лейкозу Абельсона
 3. Вірус папіломи людини
 4. Вірус саркоми Кірстена
27. Що зайве у поданій нижче схемі вірусного канцерогенезу?
 1. Проникнення вірусу в клітину і інтеграція його з ДНК ядра
 2. Функціонування інтегрованого генома із синтезом специфічних іРНК і онкобілків
 3. Пухлинна трансформація клітини під впливом онкобілків
 4. Взаємодія електрофільних груп з нуклеофільними центрами ДНК і РНК
28. Чи вірне твердження, що більшість проксимальних канцерогенів не викликають пухлинної трансформації клітини?
 1. Так
 2. Ні
 3. Питання потребує подальшого вивчення
29. Хімічні канцерогени переважно діють безпосередньо на
 1. Геном людини
 2. Епігеномні фактори
30. Чому контакт організму з безумовно канцерогенними агентами далеко не завжди призводить до виникнення злоякісних пухлин?
 1. У клітині наявна система репарації пошкоджень ДНК ядра

2. Інтермітотична ДНК певних клітин стійка до дії канцерогенів внаслідок спіралізації
 3. Обидві відповіді вірні
 4. Вірної відповіді немає
- 31.** Синтез ядерних ферментів відбувається у фазі
1. Пресинтетичній
 2. Синтезу
 3. Постсинтетичній
 4. Мітозу
- 32.** Синтез ДНК відбувається у фазі
1. Пресинтетичній
 2. Синтезу
 3. Постсинтетичній
 4. Мітозу
- 33.** Синтез пістонів і негістонових білків відбувається у фазі
1. Пресинтетичній
 2. Синтезу
 3. Постсинтетичній
 4. Мітозу
- 34.** Завершення синтезу апарату Гольджі і веретена відбувається у фазі
1. Пресинтетичній
 2. Синтезу
 3. Постсинтетичній
 4. Мітозу
- 35.** Подвоєння маси ДНК відбувається у фазі
1. Пресинтетичній
 2. Синтезу
 3. Постсинтетичній
 4. Мітозу
- 36.** Під протоонкогеном розуміють:
1. Ділянку цитолеми
 2. Зайву хромосому
 3. Певну область нуклеотидних послідовностей ДНК ядра
 4. Певну область нуклеотидних послідовностей мітохондріальної ДНК
- 37.** Онкогени знаходяться тільки в геномі
1. Простих одноклітинних організмів
 2. Вірусів
 3. Рослин
 4. Людей
 5. Усі відповіді вірні
 6. Вірних відповідей немає
- 38.** Внаслідок активації протоонкогена, можуть синтезуватися онкобілки, які є гомологічними до
1. Гастрину (фактора росту деяких епітеліальних клітин)
 2. Епідермального фактора росту (ЕФР)

3. Фактора росту тромбоцитів (ТФР)
 4. Фактора росту гемопоетичних клітин (трансферину)
 5. Усі відповіді вірні
 6. Вірних відповідей немає
- 39.** Чи є неспецифічний характер розпізнавання пухлинних клітин відмінною рисою природної протипухлинної резистентності?
1. Так
 2. Ні
 3. Питання потребує вивчення
- 40.** Система природної протипухлинної резистентності організму здатна до розпізнавання наступної мінімальної кількості пухлинних клітин:
1. Одиначні клітини
 2. 10
 3. 10^2
 4. 10^3
- 41.** Що мають на увазі під терміном «ефектори системи природної протипухлинної резистентності»?
1. Гуморальні фактори (фактор некрозу пухлини, інтерферон, інтерлейкіни і ін.)
 2. LAK клітини
 3. NK клітини
 4. Усі відповіді вірні
 5. Вірні відповіді 1. і 3.
- 42.** Протоонкоген є одним із структурних елементів генома еукаріотів
1. Так
 2. Ні
 3. Питання потребує вивчення
- 43.** Який структурних елемент генома еукаріотів відіграє роль пускового механізму для РНК полімерази?
1. Структурний ген
 2. Термінальний повтор
 3. Протоонкоген
 4. Інtron
- 44.** Який ген кодує фермент зворотну транскриптазу?
1. gag
 2. pol
 3. env
 4. src
- 45.** Відкриття якого ферменту у 1970 р. заперечило відому догму Уотсона-Кріка?
1. Гаммаглутамін транспептидази
 2. Гексокінази
 3. Зворотної транскриптази
 4. Ендонуклеазної рестриктази
- 46.** Яка причина малігнізації під час росту культури тканин в одношаровому пласті?

1. Спрощення ізозимної структури ферментів
 2. Пошкодження ендоплазматичного ретикулула
 3. Порушення запуску системи апоптозу
 5. Порушення контактної інгібіції клітин
- 47. Афлатоксин це**
1. Канцероген грибової природи
 2. Хімічний канцероген
 3. Канцероген мікробної природи
 4. токсини, спроможні викликати розвиток злоякісних новотворів
- 48. Статева клітина людини містить.....хромосом**
1. 6
 2. 20
 3. 23
 4. 8
- 49. Вірус раку молочної залози у мишей відомий як вірус**
1. Епштейна-Барр
 2. Бітнера
 3. Граффі
 4. Рауса
- 50. Які існують фракції лімфоцитів?**
1. К і В
 2. С і Т
 3. А і Т
 4. Т і В
- 51. Як правило первинні канцерогени**
1. Мають незначну активність
 2. Не активні
 3. Активність визначається концентрацією канцерогену
 4. Це канцерогени хімічної природи
- 52. Яка кількість пар аутомосом є в соматичній клітині в нормі?**
1. 8
 2. 12
 3. 18
 4. 22
- 53. Що таке гаплоїдний набір хромосом?**
1. Набір хромосом соматичної клітини
 2. Набір хромосом соматичної клітини, що перевищує норму
 3. Неповний набір хромосом статевих клітин
 4. Набір хромосом статевої клітини
- 54. Якими стають пухлинні клітини, що перебороли поріг Хейфліка?**
1. Диференційованими
 2. Недиференційованими
 3. Іморталізованими
 4. Анаплазованими
- 55. Що таке ампліфікація протоонкогена?**

1. Збільшення структури протоонкогена
 2. Перенос протоонкогена з однієї хромосоми на іншу
 3. Наявність того самого онкогена у вірусі і хромосомі клітини
 4. Збільшення числа копій протоонкогена
- 56.** Транслокація протоонкогена це:
1. Кратне помноження копій протоонкогена
 2. Ідентичне розташування онкогена в різноманітних вірусах
 3. Перенос протоонкогена з однієї на другу хромосому клітини
 4. Переміщення протоонкогена в межах однієї хромосоми
- 57.** Носієм генетичної інформації клітини людини в є:
1. Цитолема
 2. тРНК
 3. АТФ
 4. ДНК
 5. Усі відповіді вірні
- 58.** Доведено, що РНК-вмісні віруси здатні викликати
1. Рак шийки матки
 2. Т-клітинний лімфолейкоз дорослих
 3. Лімфому Беркїтта
 4. Гепатоцелюлярний рак
 5. Усі відповіді вірні
- 59.** Доведено, що ДНК-вмісні віруси здатні викликати
1. Рак шийки матки
 2. Т-клітинний лімфолейкоз дорослих
 3. Лімфому Беркїтта
 4. Саркому Рауса
 5. Усі відповіді вірні
 6. Вірні відповіді 1. і 2.
 7. Вірні відповіді 3. і 4.
 8. Вірні відповіді 2. і 4.
- 60.** Для канцерогенезу на рівні органа характерні наступні фази:
1. Фаза пригнічення
 2. Фаза посилення проліферативних процесів
 3. Фаза вогнищевих проліфератів і незлоякісних пухлин
 4. Фаза виникнення злоякісної епітеліальної клітини
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
 6. Усі відповіді вірні
 7. Вірних відповідей немає

Відповіді на тести до розділу 2

1. – 3	11. – 2	21. – 3	31. – 1	41. – 4	51. – 2
2. – 3	12. – 5	22. – 1	32. – 2	42. – 1	52. – 4
3. – 2	13. – 4	23. – 2	33. – 2	43. – 2	53. – 4
4. – 4	14. – 5	24. – 2	34. – 3	44. – 2	54. – 3

5. - 1	15. - 8	25. - 4	35. - 2	45. - 3	55. - 4
6. - 3	16. - 6	26. - 3	36. - 3	46. - 5	56. - 3
7. - 1	17. - 8	27. - 4	37. - 5	47. - 1	57. - 4
8. - 4	18. - 3	28. - 1	38. - 5	48. - 3	58. - 2
9. - 2	19. - 2	29. - 2	39. - 1	49. - 2	59. - 8
10. - 7	20. - 2	30. - 11	40. - 1	50. - 4	60. - 6

РОЗДІЛ 3. РАК ГУБИ, СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА, ЯЗИКА

Виберіть правильну відповідь.

- 1.** При лікуванні папіломи нижньої губи найбільше значення має
 1. Операція
 2. Хіміотерапія
 3. Мазеві апплікації з гормонами
 4. Рентгенотерапія
- 2.** Найхарактерніша ознака раку нижньої губи це:
 1. Ущільнення
 2. Виразка
 3. Тріщина
 4. Зміна кольору
 5. Біль
- 3.** Найбільш обтяжує прогноз при раку такий фактор:
 1. Екзофітний ріст
 2. Виразкування
 3. Інфільтративний ріст
- 4.** Основна ознака рецидиву раку нижньої губи
 1. Локальне підвищення температури
 2. Біль
 3. Вкрита кірочкою виразка
 4. Погіршення самопочуття
- 5.** Основний метод діагностики рецидиву раку губи
 1. Термографія
 2. Цитологічне дослідження
 3. Пальпація
 4. Радіонуклідне обстеження
- 6.** Основний метод діагностики метастазів раку губи в лімфовузлі це:
 1. Рентгенографія
 2. Термографія
 3. Пальпація
 4. Пункційна біопсія
- 7.** Рентгенотерапія при I стадії раку нижньої губи є методом
 1. Паліативним
 2. Радикальним
 3. Симптоматичним
- 8.** Оптимальним методом лікування раку нижньої губи T2N1M0 є:
 1. Хірургічний
 2. Променевий
 3. – Хіміотерапевтичний
 4. Комбінований
- 9.** Операція Ванаха застосовується при лікуванні раку губи
 1. T1N0M0
 2. T2N0M0

3. T2N1M0
 4. T3N1M1
 5. T1N1M1
- 10.** Сумарна доза опромінення при рентгенотерапії раку губи T1N0M0 становить:
1. 30 Гр
 2. 40 Гр
 3. 60 Гр
 4. 70 Гр
- 11.** Вкажіть на променево реакцію при лікуванні раку нижньої губи:
1. Епітеліт
 2. Лейкоплакія
 3. Стрептодермія
 4. Індурація тканин
- 12.** Найефективніша схема хіміотерапії при давньому та рецидивному раку нижньої губи і слизової дна порожнини рота наступна:
1. Вінкрисдин + доксорубіцин
 2. Метотрексат + блеоміцин
 3. Циклофосфан + фторурацил
 4. Вінкрисдин + фторурацил
 5. Цисплатин + фторурацил
- 13.*** Основний метод променевої терапії III ст. раку слизової дна порожнини рота це:
1. Дистанційна гамма-терапія
 2. Радіонуклідна терапія
 3. Бета-терапія радіоактивним фосфором
 4. Сполучно-променево терапія (дистанційна + внутрішньотканинна)
 5. Короткодистанційна рентгенотерапія
- 14.** Регіонарна хіміотерапія раку слизової дна порожнини рота в неoad'ювантному і ad'ювантному режимах:
1. Не покращує безрецидивне і загальне виживання
 2. Покращує безрецидивне і загальне виживання
 3. Не впливає на безпосередні результати лікування
 4. Недоцільна
- 15.** Пухлина язика 3,5 см у діаметрі, підщелепний лімфовузол 2,5 см відповідає стадії:
1. T1N1M1
 2. T2N1M0
 3. T1N2M0
 4. T3N2M0
 5. T3N3M0
- 16.** Пухлина під язиком 1,5 см у діаметрі, підщелепний лімфовузол 4,5 см відповідає стадії
1. T1N1M1
 2. T2N1M0
 3. T1N2M0

4. T3N2M0
 5. T3N3M0
- 17.** Високодиференційований рак слизової дна порожнини рота II стадії відповідає стадії:
1. T1N1M0G3
 2. T2N0M0G1
 3. T2N1M0G2
 4. T3N0M0Gx
 5. T2N0M0G4
- 18.** Анапластичний рак слизової дна порожнини рота відповідає стадії:
1. T2N0M0G2
 2. T1N1M0G1
 3. T2N0M0G4
 4. T2N2M0G3
 5. T1N0M0G1
 6. T2N0M0Gx
- 19.** Рак ротоглотки T2N1M0 середнього ступеня диференціації відповідає стадії:
1. II G2
 2. III G2
 3. III G1
 4. III G3
 5. II G3
 6. II G1
- 20.** Для оцінки категорій раку гортані використовують такі методи:
1. Ларингоскопія, рентгенографія, біопсія
 2. Фізикальний огляд, ларингоскопія, методи візуалізації
 3. Фізикальний огляд, біопсія
 4. Ларингоскопія, методи візуалізації цитологічних досліджень
- 21.** Якій стадії відповідає пухлина, обмежена гортанню з фіксацією голосових складок?
1. T3N0M0
 2. T2N1M0
 3. T3N1M0
- 22.** Якій стадії відповідає пухлина гортані, обмежена голосовими складками з переходом на передню і задню комісури, рухома?
1. T2N1M0
 2. T2N0M0
 3. T1N0M0
 4. T1N1M0
 5. T3N0M0
- 23.** Якому значенню TNM відповідає високодиференційований рак гортані II стадії?
1. T1N1M0G3
 2. T1N0M0G2
 3. T2N0M0G1

4. T2N0M0G3
5. T2N0M0G3
24. Якій стадії відповідає пухлина привушної слинної залози розміром 3 см, високодиференційована?
 1. T3N0M0G2
 2. T2N0M0G1
 3. T2N0M0G3
 4. T1N1M0G4
25. Тактика лікування раку вестибулярного відділу гортані T2N0M0 наступна:
 1. Променева терапія
 2. Операція + променева терапія
 3. Операція + хіміотерапія
 4. Хіміотерапія + операція
26. Тактика лікування раку правдивої голосової складки T2N1M0 наступна:
 1. Променева терапія + операція
 2. Операція
 3. Операція + променева терапія
27. Рак підскладкового відділу гортані:
 1. Високочутливий до променевої терапії
 2. Резистентний до променевої терапії
28. Тактика лікування раку підскладкової ділянки гортані T3N0M0 наступна:
 1. Операція
 2. Променева терапія + операція
 3. Хіміотерапія + променева терапія
 4. Променева терапія + хіміотерапія + операція
29. Тактика лікування раку мигдалика T3N3M0 наступна:
 1. Операція + хіміотерапія
 2. Хіміотерапія + променева терапія
 3. Променева терапія + хіміотерапія
 4. Променева терапія + операція + хіміотерапія
30. Тактика лікування раку підщелепної слинної залози T2N0M0
 1. Променева терапія
 2. Операція
 3. Хіміотерапія + променева терапія
 4. Променева терапія + хіміотерапія
 5. Променева терапія + операція + хіміотерапія
31. Тактика лікування раку слизової дна порожнини рота T2N1M0
 1. Променева терапія
 2. Операція
 3. Хіміотерапія + променева терапія +- операція
 4. Променева терапія + хіміотерапія
 5. Променева терапія + операція + хіміотерапія
32. Тактика лікування раку середньої третини язика II стадії:
 1. Променева терапія
 2. Операція

3. Хіміотерапія + променева терапія
 4. Променева терапія + хіміотерапія
 5. Променева терапія + операція
- 33.*** Тактика лікування раку ретромандибулярної ділянки справа T2N1M0
1. Променева терапія
 2. Операція
 3. Хіміотерапія + променева терапія +- операція +- хіміотерапія
 4. Хіміотерапія + операція
 5. Кріотерапія
- 34.** Тактика лікування раку слизової твердої піднебіння III ст. наступна:
1. Хірургічне лікування
 2. Променева терапія
 3. Далекодистанційна рентгенотерапія
 4. Внутрішньотканинна гамма-терапія
 5. Комбіноване лікування
 6. Хіміотерапія
- 35.** Тактика лікування раку нижньої губи стадії T1N0M0
1. Хірургічне лікування
 2. Короткодистанційна рентгенотерапія
 3. Далекодистанційна рентгенотерапія
 4. Внутрішньотканинна гамма-терапія
 5. Комбіноване лікування
 6. Хіміотерапія
- 36.** Тактика лікування раку нижньої губи стадії T2N0M0 наступна:
1. Хірургічне лікування
 2. Короткодистанційна рентгенотерапія
 3. Далекодистанційна рентгенотерапія
 4. Внутрішньотканинна гамма-терапія
 5. Комбіноване лікування
 6. Хіміотерапія
- 37.** Тактика лікування раку нижньої губи стадії T3N1M0
1. Хірургічне лікування
 2. Короткодистанційна рентгенотерапія
 3. Далекодистанційна рентгенотерапія
 4. Внутрішньотканинна гамма-терапія
 5. Комбіноване лікування
 6. Хіміотерапія
- 38.** Принципи підходу до лікування бранхіогенного раку схожі до таких при
1. Раку легені (бронха)
 2. Плоскоклітинних раків голови і шиї
 3. Лімфогенних пухлин голови і шиї
- 39.** Лікування місцево поширеного раку гортані розпочинають з
1. Операції
 2. Променевої терапії
 3. Хіміотерапії

- 40.** Жінки хворіють на рак нижньої губи у ... разів рідше від чоловіків
1. 1,5-2
 2. 5-7
 3. 2-4
 4. 5-10
 5. >10
- 41.** 5-Річне виживання після радикального лікування раку нижньої губи з ураженими регіонарними лімфатичними вузлами
1. До 20%
 2. 20-50%
 3. Понад 70%
- 42.** Рак слизової оболонки порожнини рота пов'язаний з усім перерахованим, окрім
1. Паління тютюну
 2. Жування тютюну
 3. Алкоголізму
 4. Парадонтозу
- 43.** Частота раку нижньої губи протягом останнього часу має
1. Тенденцію до збільшення
 2. Стабілізації
 3. Тенденцію до зменшення
- 44.** До чинників, що мають вплив на виникнення раку нижньої губи, належать: 1) паління; 2) хронічна травма; 3) контакт із миш'яковистими сполуками; 4) іонізуючі впливи; 5) кліматичні умови б) грибкові ураження червоної облямівки
1. Вірно все, окрім 2 і 3
 2. Вірно все, окрім 5 і 6
 3. Вірно все, окрім 2 і 4
 4. Вірно все, окрім 2, 4 і 6
 5. Вірно все
- 45.** Кріодеструкція первинної пухлини нижньої губи може застосовуватися
1. При I стадії
 2. При II стадії
 3. При рецидиві пухлини
 4. При всіх перерахованих варіантах
- 46.** Близькофокусна рентгенотерапія може бути застосована як самостійний радикальний метод лікування при раку нижньої губи
1. I стадії
 2. IIa стадії
 3. IIIa стадії
 4. При всіх стадіях
 5. Вірні відповіді 1 і 2
- 47.** Оптимальною променевою терапією раку нижньої губи III стадії є
1. Близькофокусна рентгенотерапія
 2. Дистанційна гамма-терапія
 3. Поєднана променева терапія

4. Усі відповіді вірні
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
- 48.** Для лікування регіонарних метастазів раку нижньої губи застосовується
1. Близькофокусна рентгенотерапія
 2. Дистанційна гамма-терапія
 3. Опромінювання швидкими електронами
 4. Всі відповіді вірні
 5. Вірні відповіді 2. і 3.
- 49.** Променева терапія регіонарних метастазів раку нижньої губи використовується
1. Як самостійний радикальний метод
 2. Як етап комбінованого лікування
 3. Як паліативний метод лікування
 4. Вірно 1. і 2.
 5. Вірні відповіді 2. і 3.
- 50.** Показаннями до хіміотерапії у хворих із злоякісними пухлинами голови і шиї є
1. Місцеві неоперабельні рецидиви
 2. Нерезектабельні метастази
 3. Низькодиференційовані пухлини
 4. Усе перераховане
 5. Тільки 1. і 2.
- 51.** При пухлинах голови і шиї в даний час вважається найбільш ефективною
1. Системна хіміотерапія
 2. Регіонарна внутрішньоартеріальна інфузія
 3. Ендолімфатичне введення
 4. Усі методи однаково ефективні
- 52.** Хіміотерапія при пухлинах голови і шиї може застосовуватися
1. До променевої терапії
 2. Одночасно з променевою терапією
 3. Після променевої терапії
 4. Вірно 1. і 2.
 5. Усі відповіді вірні
- 53.** Захворюваність на рак слизової порожнини рота в Україні
1. Знижується
 2. Стабільна
 3. Зростає
- 54.** Найбільша частота раку слизової порожнини рота відзначається
1. У державах Балтії
 2. В Україні
 3. У Казахстані
 4. У Росії
- 55.** Найбільш частою морфологічною формою злоякісних пухлин слизової порожнини рота є
1. Плоскоклітинний рак
 2. Саркома

3. Мукоепідермоїдна пухлина
 4. Циліндрома
 5. Недиференційований рак
- 56.3** усіх відділів порожнини рота найбільш частою локалізацією раку є:
1. Язик
 2. Дно порожнини рота
 3. Слизова щоки
 4. Слизова м'якого неба
 5. Слизова альвеолярного відростка щелепи
- 57.**Променева терапія в лікуванні раку слизової порожнини рота може бути застосована
1. Як самостійний радикальний метод
 2. Як паліативний метод
 3. Як етап комбінованого лікування
 4. Вірні відповіді 2. і 3.
 5. Усі відповіді вірні
- 58.**Профілактична хіміотерапія застосовується:
1. При раку гортані
 2. При раку щитоподібної залози
 3. При злоякісній циліндромі
 4. Вірної відповіді немає
- 59.**У хворого 43 років плоскоклітинний рак з ороговінням гортані І стадії з ураженням лівої голосової складки. Йому слід
1. Провести дистанційну променеву терапію
 2. Провести бічну резекцію гортані з передопераційною променевою терапією
 3. Провести бічну резекцію гортані з післяопераційною променевою терапією
 4. Виконати ларингектомію
- 60.**Для верифікації діагнозу злоякісної пухлини слинної залози необхідно виконати
1. Сіалографію
 2. Біопсію з морфологічним дослідженням
 3. Комп'ютерну томографію
 4. Ангіографію
- 61.**У хворого 60 років рак привушної слинної залози II стадії. Який варіант лікування переважний?
1. Комбіноване хірургічне лікування з передопераційною дистанційною променевою терапією
 2. Комбіноване хірургічне лікування з післяопераційною дистанційною променевою терапією
 3. Поєднана променева терапія
 4. Тільки хірургічне лікування
- 62.**Назвіть облігатний передрак до раку гортані
1. Папілома
 2. Фіброма
 3. Пахідермія

- 63.** Найчастіша локалізація раку гортані
1. Вестибулярний відділ
 2. Підкладковий відділ
 3. Голосові складки
- 64.** Яка сумарна вогнищева доза опромінення при рентгенотерапії раку губи T1N0M0
1. 30 Гр
 2. 40 Гр
 3. 60 Гр
 4. 80 Гр
- 65.** Яка тактика лікування раку підщелепної слинної залози T2N0M0?
1. Променева терапія
 2. Оперативне втручання
 3. Хіміотерапія + променева терапія
 4. Променева терапія + хіміотерапія
- 66.** Назвіть сполучнотканинну пухлину слинної залози
1. Онкоцитома
 2. Фібросаркома
 3. Мукоепідермоїдна кіста
 4. Аденокарцинома
 5. Змішана пухлина
 6. Циліндрома
- 67.** Яка з цих пухлин не є злоякісною?
1. Аденокарциноми
 2. Поліморфна аденома (змішана пухлина)
 3. Циліндрома
 4. Цистокарцинома
- 68.** Рак слизової порожнини рота переважно метастазує
1. Гематогенним шляхом
 2. Шляхом контакту здорових і уражених ділянок слизової
 3. Лімфогенним шляхом
 4. Периневральним шляхом
- 69.** Рак ротоглотки метастазує переважно
1. Імплантаційним шляхом
 2. Гематогенним шляхом
 3. Периневральним шляхом
 4. Лімфогенним шляхом
- 70.** Яке лікування показане при рецидиві раку нижньої губи?
1. Близькофокусна рентгенотерапія
 2. Діатермокоагуляція.
 3. Поліхіміотерапія
 4. Хірургічне (кріохірургія)

Відповіді на тести до розділу 3

1. - 1	11. - 1	21. - 1	31. - 3	41. - 2	51. - 2	61. - 1
2. - 2	12. - 5	22. - 3	32. - 5	42. - 4	52. - 5	62. - 1
3. - 3	13. - 4	23. - 3	33. - 3	43. - 2	53. - 1	63. - 3
4. - 3	14. - 2	24. - 2	34. - 5	44. - 5	54. - 3	64. - 3
5. - 2	15. - 2	25. - 1	35. - 2	45. - 4	55. - 1	65. - 2
6. - 4	16. - 2	26. - 1	36. - 2	46. - 5	56. - 1	66. - 2
7. - 2	17. - 2	27. - 2	37. - 5	47. - 3	57. - 5	67. - 2
8. - 4	18. - 3	28. - 1	38. - 2	48. - 5	58. - 4	68. - 3
9. - 3	19. - 2	29. - 2	39. - 2	49. - 5	59. - 1	69. - 4
10. - 3	20. - 2	30. - 2	40. - 3	50. - 4	60. - 2	70. - 4

РОЗДІЛ 4. РАК СТРАВОХОДУ І ШЛУНКА

4.1. РАК СТРАВОХОДУ

Виберіть правильну відповідь, а у тих випадках, коли їх декілька, розташуйте за рейтингом

1. В якій із вказаних країн найвища захворюваність на рак стравоходу?
 1. Україна
 2. США
 3. Бразилія
 4. Туркменія
2. Рак стравоходу якого відділу найменш чутливий до променевої терапії?
 1. Верхньої третини
 2. Нижньої третини
 3. Середньої третини
 4. Різниці немає
3. Хворі на рак стравоходу старшого віку більш чутливі до променевої терапії порівняно з молодими.
 1. Вірно
 2. Невірно
 3. Чутливість не залежить від віку
4. Який симптом найбільш характерний для раку стравоходу?
 1. Дисфагія
 2. Диспепсія
 3. Гіперсалівація
 4. Болі за грудиною
5. Який фактор приводить до виникнення раку стравоходу?
 1. Паління
 2. Міцні спиртні напої
 3. Вино
 4. Паління разом із зловживанням міцним алкоголем
6. Абсолютним протипоказанням до хірургічного лікування раку стравоходу є
 1. Похилий вік пацієнта (понад 60 років)
 2. Метастази у печінку.
7. Яка операція не проводиться при раку стравоходу?
 1. Торека.
 2. Гарлока.
 3. Накаяма.
 4. Льюїса.
8. Яка максимальна вогнищева доза рекомендується при раку стравоходу?
 1. 30 Гр
 2. 40 Гр
 3. 50 Гр
 4. 60 Гр
 5. 70 Гр
9. Яка мінімальна вогнищева доза рекомендується при раку стравоходу?

1. 30 Гр
 2. 40 Гр
 3. 50 Гр
 4. 60 Гр
 5. 70 Гр
- 10.**Що не є протипоказанням до паліативної гамма-терапії хворих на рак стравоходу?
1. Наявність віддалених метастазів
 2. Різке погіршення загального стану
 3. Різко виражена дисфагія
- 11.**Яка причина дисфагії спостерігається частіше через 3.5 років після радикального променевого лікування раку стравоходу?
1. Рецидив пухлини
 2. Променеві зміни
- 12.**Які метастази при раку стравоходу більш несприятливі прогностично?
1. У черевну порожнину
 2. У середостіння
 3. Суттєвої різниці немає
- 13.**Яка причина дисфагії спостерігається частіше на протязі перших двох років після радикального променевого лікування раку стравоходу?
1. Рецидив пухлини
 2. Променеві зміни
- 14.**Чи є необхідність у пілоротомії та пілоропластиці ваготомованого шлунка при операціях Гарлока та Льюїса при раку стравоходу?
1. Так
 2. Ні
- 15.**З чим пов'язане зниження кількості неспроможності швів стравохідно-шлункових анастомозів при операціях Льюїса в останні роки?
1. З розробкою нових надійних способів формування стравохідно-шлункових анастомозів
 2. З виведенням анастомозів з грудної клітки на шию
- 16.**Що лежить в основі вибору методу хірургічного лікування раку стравоходу?
1. Стадія захворювання
 2. Локалізація пухлини
 3. Загальний стан хворого
 4. Важкі супутні захворювання
 5. Гістологічна структура пухлини
- 17.**Які клінічні ознаки виявляються найчастіше у хворих на рак стравоходу на початку захворювання?
1. Зміна голосу
 2. Кашель з кровохарканням
 3. Дисфагія і біль
 4. Слиноотеча
- 18.**Що є заключним етапом діагностики при операбельному раку нижніх відділів стравоходу?

1. Комп'ютерна томографія
 2. Ультразвукова ехолокація
 3. Рентгенівське обстеження
 4. Лапаротомія
- 19.** У середньому відділі переднього середостіння розташовані структури, проростання злоякісної пухлини в які обумовлює її неоперабельність
1. Стравохід
 2. Вилочкова залоза
 3. Блукаючі нерви
 4. Лімфатичні вузли
- 20.** Операція Торека полягає в:
1. Екстирпації внутрішньогрудного відділу стравоходу разом із навколишньою клітковиною з накладенням езофагостоми на шиї і езофагогастростоми на передній черевній стінці
 2. Екстирпації стравоходу з одномоментною пластикою шлунком
 3. Резекції стравоходу на 2.3 см вище діафрагми і на 4.5 см нижче верхньої грудної апертури
- 21.** Операція Гарлока це:
1. Резекція кардії і внутрішньогрудного відділу стравоходу
 2. Висока проксимальна резекція кардії разом із нижньою третиною стравоходу
 3. Екстирпація стравоходу з гастростомою
 4. Висока резекція кардії
- 22.** Операція Льюїса це:
1. Резекція нижньої третини стравоходу з межею резекції на 5 см вище верхньої межі пухли з видаленням навколишньої клітковини
 2. Резекція кардії і дна шлунка, частини стравоходу з межею резекції на 5 см проксимальніше верхньої межі пухлини
 3. Резекція кардії, дна і частини тіла шлунка, абдомінального відділу стравоходу
- резекція кардії та дна шлунка
- 23.** Операцією вибору при раку середньої третини стравоходу є:
1. Операція Торека
 2. Операція Льюїса
 3. Операція Гарлока
 4. Проксимальна резекція шлунка
- 24.** Операцією вибору при раку середньогрудного відділу стравоходу є:
1. Операція Торека
 2. Операція Гарлока
 3. Операція Льюїса
 4. Операція Герцена-Юдіна
- 25.** Операцією вибору при раку нижньогрудного відділу стравоходу є:
1. Операція Торека
 2. Операція Гарлока
 3. Операція Льюїса

4. Проксимальна резекція шлунку з резекцією нижньогрудного відділу стравоходу
- 26.** Передпухлинні захворювання до раку стравоходу це:
1. Хронічний езофагіт, рубцеві стриктури, пептичні виразки стравоходу, лейкоплакія
 2. Кісти, лейоміоми, синдром Пламмера-Вінсона, дивертикули
 3. Ахалазія кардії, поліпи, папіломи стравоходу, вроджений короткий стравохід
 4. Хронічний гастрит, ліпоми, гемангіоми, міксони стравоходу
- 27.** Яка гістологічна форма раку стравоходу частіше за все буває:
1. Плоскоклітинний рак
 2. Аденокарцинома
 3. Карциносаркома
 4. Колоїдний рак
- 28.** Для функціональної дисфагії характерним є:
1. Відчуття проходження їжі по стравоходу
 2. Утруднення проходження грубої їжі
 3. Утруднення проходження рідкої їжі
 4. Повна непрохідність стравоходу
- 29.** Для лікування раку середньої третини грудного відділу стравоходу методом вибору є
1. Хірургічний
 2. Комбінований
 3. Променевий
 4. Хіміотерапія
- 30.** Для лікування раку нижньої третини стравоходу методом вибору є:
1. Хірургічний
 2. Комбінований
 3. Променева терапія
 4. Хіміотерапія
- 31.** Довжина стравоходу в дорослої людини становить:
1. 15,5-19,5 см
 2. 23,5-25,5 см
 3. 28,5-33,5 см
 4. 30-38,5 см
- 32.** Вкажіть, які звуження має стравохід
1. Аортальне, субаортальне, кардіальне
 2. Фарингельне, бронхіальне, субдіафрагмальне
 3. Глотково-стравохідне, бронхо-аортальне, діафрагмальне
 4. Аортальне, бронхіальне, діафрагмальне, кардіальне
- 33.** У якому відділі стравоходу найчастіше розвивається рак
1. Шийному
 2. Верхньому грудному
 3. Середньому грудному
 4. Нижньому грудному

- 34.3** якими захворюваннями треба проводити диференціальну діагностику раку стравоходу:
1. Доброякісними пухлинами, лейкоплакією
 2. Рубцевими структурами, ахалазією стравоходу
 3. Пептичною виразкою
 4. Дивертикулом стравоходу
- 35.** Який метод променевої терапії застосовують при лікуванні раку стравоходу
1. Дистанційна гамма терапія
 2. Глибока рентгенотерапія
 3. Радіохірургічний метод (введення в пухлину кобальтових голок)
 4. Аплікаційний

Відповіді на тести до розділу 4.1.

1. – 4	11. – 2	21. – 2	31. – 2
2. – 2	12. – 2	22. – 2	32. – 3
3. – 1	13. – 1	23. – 2	33. – 3
4. – 1	14. – 2	24. – 1	34. – 2
5. – 4	15. – 2	25. – 3	35. – 1
6. – 2	16. – 1	26. – 1	
7. – 3	17. – 3	27. – 2	
8. – 4	18. – 4	28. – 1	
9. – 3	19. – 1	29. – 2	
10. – 3	20. – 1	30. – 2	

4.2. РАК ШЛУНКА

Виберіть правильну відповідь, а у тих випадках, коли їх декілька, розташуйте за рейтингом

1. Яка динаміка захворюваності на рак шлунка в протягом останніх років в Україні?
 - 1.Ріст захворюваності
 - 2.Зниження захворюваності
 - 3.Стабілізація захворюваності
2. В якій із вказаних країн найвища захворюваність на рак шлунка?
 1. США
 2. Україна
 3. Німеччина
 4. Японія
3. Накладання гастроентероанастомозу при непрохідності шлунково-кишкового тракту відноситься до ...
 1. Радикальних операцій
 2. Паліативних операцій
 3. Симптоматичних операцій

4. Яке місце посідає у загальній структурі онкологічної захворюваності населення України рак шлунка?
 1. I
 2. II
 3. III
 4. IV
5. *При лапароскопії – дифузне ураження шлунка інфільтративним процесом та збільшення перигастральних л/в по великій кривині. Біопсія одного з вузлів - лімфогранулематоз. Інші лімфоколектори – без змін. Загальні симптоми – відсутні . Яка стадія?
 1. IA
 2. IB
 3. IIA
 4. IIB
 5. Не достатньо даних для стадіювання захворювання
6. Який гастрит вважається основним передпухлинним захворюванням?
 1. Гіперацидний
 2. Гострий
 3. Атрофічний
 4. Анацидний гастрит з дисплазією епітелію
 5. Хронічний.
7. Що означає дисплазія епітелію шлунка?
 1. Рак
 2. Передракове порушення проліферації епітелію
 3. Запальні зміни
 4. Дистрофічні зміни
8. Вкажіть злоякісну епітеліальну пухлину шлунка
 1. Лімфосаркома
 2. Рак
 3. Лейоміома
 4. Апудома
9. Вкажіть злоякісну неепітеліальну пухлину шлунка
 1. Невринома
 2. Рак
 3. Лімфосаркома
 4. Аденокарцинома
10. Вкажіть країну з високою захворюваністю на рак шлунка
 1. Україна
 2. США
 3. Канада
 4. Зімбабве
11. Вкажіть країну з низькою захворюваністю раком шлунка
 1. США
 2. Японія.
 3. Україна.

4. Фінляндія.
- 12.** Вкажіть питому вагу раку шлунка в структурі злоякісних захворювань в Україні
1. 10%
 2. 15%
 3. 20%
- 13.** Вкажіть безумовний фактор ризику раку шлунка
1. Шкідливі звички
 2. Професія
 3. Вік
 4. Спадковий фактор
- 14.** Вкажіть форму росту поліпоподібної пухлини шлунка
1. Ендофітна
 2. Екзофітна
 3. Мезофітна
- 15.** Який відділ шлунка найчастіше вражається пухлинним процесом?
1. Кардіальний
 2. Середній
 3. Дистальний
- 16.*** Вкажіть другий етап лімфогенного метастазування раку дистальної частини шлунка за О.В. Мельниковим
1. Перигастральні лімфовузли
 2. Заочеревинні лімфовузли
 3. Ретропілоричні лімфовузли
- 17.** Що означає метастаз Шніцлера при раку шлунка?
1. Метастаз в надключичний лімфовузол
 2. Метастаз в пупок
 3. Метастаз в очеревину малого тазу
- 18.** Що означає рак *in situ* шлунка?
1. Мікроінвазивний рак
 2. Рак I стадії
 3. Внутрішньоепітеліальний рак
 4. Інвазійний рак
- 19.** Що означає I стадія при раку шлунка?
1. Преінвазивний рак
 2. Пухлина в межах слизової та підслизової без метастазів у лімфовузли
 3. Пухлина в межах слизової та підслизової з метастазами в один лімфовузол
 4. Пухлина з мікро метастазами
- 20.** Що означає символ N2 при раку шлунка за класифікацією TNM-6?
1. Ураження поодиноких перигастральних лімфатичних вузлів, не більше трьох.
 2. Ураження заочеревинних лімфатичних вузлів
 3. Ураження 7-15 перигастральних лімфатичних вузлів
- 21.** Чим найчастіше зумовлені болі при раку шлунка?
1. Параканкрозним запальним процесом

2. Локалізацією пухлини
 3. Проростанням пухлиною всіх стінок органа, інвазією в суміжні анатомічні структури
 4. Формою росту пухлини
- 22.*** При якій локалізації раку шлунка найчастіше відзначається зниження апетиту?
1. В антральному відділі
 2. У кардіальному відділі
 3. У тілі і дні шлунка
- 23.** Який відділ шлунка найчастіше уражається пухлинним процесом?
1. Проксимальний
 2. Середній
 3. Дистальний
- 24.** Вкажіть основний з наведених додаткових методів діагностики раку шлунка
1. Лабораторний
 2. Ендоскопічний
 3. УЗД
 4. КТ
- 25.** Вкажіть радикальний метод лікування раку шлунка
1. Хіміотерапія
 2. Променеве лікування
 3. Хірургічна операція
 4. Біотерапія
- 26.*** Вкажіть рентгенологічний симптом інфільтративного раку шлунка
1. Дефект наповнення
 2. Симптом ніші
 3. Потовщення складок, зміна рельєфу слизової
- 27.** Вкажіть об'єм операції при інфільтративному раку антрального відділу шлунка
1. Субтотальна резекція
 2. Гастректомія
 3. Резекція 2/3 шлунка
- 28.** Вкажіть цитостатики, які найчастіше є основою для лікування раку шлунка.
1. Циклофосфан.
 2. Метотрексат
 3. 5-Фторурацил
 4. Мітоміцин С
- 29.*** Яке 5-річне виживання після радикального лікування раку шлунка III стадії?
1. 50%
 2. 25%
 3. 10%
- 30.** Вкажіть метод діагностики хронічного гастриту як передракового захворювання.
1. Клінічний
 2. Рентгенологічний
 3. Ендоскопічний

4. Ендоскопічний з морфологічним дослідженням
- 31.** Як часто малігнізуються виразки шлунка?
1. Не малігнізуються
 2. Рідко
 3. Тільки виразки при зниженій кислотності шлункового соку
 4. Тільки пенетруючі виразки
- 32.** Які поліпи шлунка частіше малігнізуються?
1. Одинокі
 2. Множинні поліпи понад 2 см у діаметрі
 3. Дрібні до 10 мм у діаметрі
 4. Гіперпластичні
 5. Аденоматозні
- 33.*** Тактика лікування при одинокому поліпі шлунка на вузькій ніжці розміром до 1 см наступна:
1. Парціальна резекція шлунка
 2. Ендоскопічна поліпектомія
 3. Ендоскопічна поліпектомія з морфологічним дослідженням
 4. Субтотальна резекція шлунка
- 34.*** Тактика при множинних аденоматозних поліпах на широкій ніжці в антральному відділі шлунка
1. Ендоскопічна поліпектомія
 2. Субтотальна резекція шлунка
 3. Парціальна резекція шлунка
- 35.** Вкажіть найчастішу гістологічну структуру раку шлунка.
1. Аденокарцинома
 2. Недиференційований рак
 3. Некласифікований рак
 4. Плоскоклітинний рак
- 36.** Вкажіть безумовний фактор ризику захворювання раком шлунка
1. Вживання алкоголю
 2. Паління
 3. Вживання білкової їжі
 4. Вживання вуглеводневої їжі
 5. Вік 50-60 років
- 37.** Основний шлях метастазування раку шлунка
1. Гематогенний
 2. Лімфогенний
 3. Імплантаційний
 4. Периневральний
- 38.*** Вкажіть прогностично найбільш несприятливу гістологічну форму раку шлунка
1. Високодиференційована аденокарцинома
 2. Папілярна аденокарцинома
 3. Тубулярна аденокарцинома
 4. Недиференційований рак

5. Перснеподібноклітинна аденокарцинома.
- 39.** Яка основна ознака малігнізації виразки шлунка?
1. Інфільтрація слизової довкола виразки
 2. Наявність дисплазії епітелію слизової
 3. Гістологічне підтвердження злоякісного росту
 4. Підвищення вмісту РЕА
- 40.** Роль лапароскопії в діагностиці раку шлунка
1. Дозволяє виявити пухлину шлунка
 2. Дозволяє виявити проростання пухлини шлунка заочеревинно
 3. Дозволяє встановити метастазування в печінку, по очеревині
- 41.** Найефективніший метод виявлення раннього раку шлунка такий:
1. Огляд осіб з незначними шлунковими симптомами, які звертаються у поліклініку.
 2. Ендоскопічне обстеження осіб з передраковим захворюванням шлунка
 3. Ендоскопічне обстеження осіб у віці 50-60 років
 4. Масові профілактичні огляди
- 42.** Яка адекватна операція при раку антрального відділу шлунка III стадії інфільтративної форми росту?
1. Субтотальна резекція шлунка
 2. Гастректомія
 3. Резекція 2/3 шлунка
- 43.** Яка адекватна операція при раку тіла шлунка II стадії екзофітної форми росту?
1. Субтотальна резекція шлунка
 2. Гастректомія
 3. Резекція 2/3 шлунка
 4. Парціальна резекція
- 44.** Яка адекватна операція при раку проксимальної частини шлунка III стадії інфільтративної форми росту?
1. Дистальна субтотальна резекція шлунка
 2. Гастректомія
 3. Резекція 2/3 шлунка
 4. Проксимальна резекція шлунка
- 45.** Що означають комбіновані операції при раку шлунка?
1. Резекції шлунка і гастректомії з видаленням зон метастазування II порядку
 2. Резекції шлунка з видаленням зон метастазування I порядку
 3. Резекції шлунка і гастректомії з резекцією або видаленням суміжних органів
- 46.** Коли можна вважати паліативними субтотальну резекцію шлунка, гастректомію?
1. При наявності метастазів за ходом лівої шлункової артерії
 2. При ретропілоричних метастазах
 3. При одиноких метастазах у печінку
- 47.** Вкажіть оптимальний вид лікування раку шлунка III стадії
1. Хірургічне лікування
 2. Променева терапія
 3. Комбіноване лікування (операція + хіміотерапія)

- 48.**Що означає ад'ювантна терапія раку шлунка?
1. Паліативна хіміотерапія
 2. Променеве лікування
 3. Імунотерапія
 4. Додаткова терапія після радикальної операції
- 49.***Оптимальна хіміотерапія при поширеному раку шлунка:
1. Монохіміотерапія 5-фторурацилом.
 2. Монохіміотерапія доксорубіцином.
 3. 5-фторурацил + доксорубіцином + цисплатин
 4. FOL-FOX
- 50.***Які ускладнення найчастіше при хіміотерапії раку шлунка з 5-фторурацилом?
1. Диспептичний синдром (нудота, діарея)
 2. Пригнічення кістково-мозкового кровотворення
 3. Кардіотоксичність.
 4. Ототоксичність
- 51.***Які ускладнення найчастіше слід очікувати при хіміотерапії раку шлунка доксорубіцином?
1. Стоматит, діарею
 2. Лейкопенію
 3. Нефротоксичність
 4. Нейротоксичність
- 52.***Вкажіть 5-річне виживання після радикального лікування раку шлунка I стадії:
1. <50%
 2. <25%
 3. >10%
 4. >50%
- 53.***Коли більш ефективні комбіновані операції при раку шлунка в залежності від морфологічної структури пухлини?
1. При недиференційованому раку
 2. При перснеподібноклітинному раку
 3. При високодиференційованій аденокарциномі
 4. При GIST
- 54.**Рецидив раку шлунка частіше настає після
1. Радикальної операції
 2. Нерадикальної операції
 3. Ад'ювантного лікування
 4. Відновного лікування у санаторно-курортних умовах
- 55.**Який морфологічний критерій значно погіршує прогноз при раку шлунка?
1. Пухлина локалізується в слизовому шарі
 2. Уражений м'язовий шар
 3. Пухлина проростає підслизовий шар
 4. Пухлина проростає серозний шар
- 56.***Який метаболіт не характерний для раку шлунка?
1. РЕА

2. С-глікопротеїн
 3. СА 72-4
 4. Альфа-фетопротеїн
 5. СА 19-9
- 57.***Яке лікування ефективно при солітарному метастазі в печінку раку шлунка?
1. Хіміотерапія
 2. Хірургічне видалення метастазу
 3. Променеве
 4. Променеве + хіміотерапевтичне
- 58.***Чи є солітарний вузол в печінку протипоказанням для хірургічного лікування раку шлунка?
1. Так
 2. Ні
 3. Залежить від розміру
 4. Залежить від рівня РЕА
- 59.**Абсолютним протипоказанням для хірургічного лікування раку шлунка є:
1. Метастази у регіонарні лімфовузли
 2. Множинні метастази у печінку
 3. Метастаз Крукенберга
- 60.***Чи доведена роль ад'ювантної хіміотерапії у поліпшенні виживання хворих на рак шлунка?
1. Так, доведена після радикальних операцій
 2. Доведена при деяких морфологічних типах
 3. Залежить від застосовуваних комбінацій хіміопрепаратів
 4. Не доведена
- 61.**Який стан з найбільшими підставами можна назвати передраковим при раку шлунка?
1. Виразкова хвороба шлунка
 2. Гіпоацидний гастрит
 3. Гіперацидний гастрит
 4. Диспластичний дисрегенераторний гастрит
- 62.***Яке твердження стосовно ролі передракових захворювань у розвитку раку шлунка є вірним?
1. Доведено, що більшість раків шлунка розвивається на тлі передракових захворювань
 2. Вважається, що переважна більшість раків шлунка розвивається de novo
 3. Ця проблема вимагає подальшого вивчення
- 63.**Найчастішою гістологічною формою раку шлунка є
1. Аденокарцинома
 2. Скір
 3. Солідний рак
 4. Плоскоклітинний рак
 5. Недиференційований рак
- 64.**Які симптоми найбільш характерні при стенозі вихідного відділу шлунка?
1. Біль у верхній половині живота

2. З'являється дисфагія
 3. З'являється відчуття переповнення у надчерев'ї, блювання
 4. З'являються проноси і тенезми
- 65.** Який шлях метастазування при раку шлунка є переважаючим?
1. Імплантаційний
 2. Контактний
 3. Гематогенний
 4. Лімфогенний
- 66.** Які операції з приводу раку шлунка прийнято відносити до комбінованих?
1. Виконані комбінованим доступом
 2. Виконані з наступною консервативною терапією
 3. Виконані з резекцією органів і тканин, втягнутих в опуховий процес
 4. Виконані з попереднім застосуванням комбінованої променевої терапії
- 67.*** Який протипухлинний препарат з групи антиметаболітів, найчастіше використовується для лікування раку шлунка?
1. Метотрексат
 2. Меркаптопурин
 3. Азатіоприн
 4. Фторурацил
 5. Фторафур
- 68.** Усі наступні твердження про рак шлунка вірні, крім:
1. Частота раку шлунка в останні роки зменшується.
 2. Частота раку шлунка підвищена в осіб з перніціозною анемією.
 3. Частота раку шлунка підвищена в людей з групою крові А.
 4. Більшість пацієнтів уже при виявленні мають уражені регіонарні лімфовуз-ли.
 5. Рак шлунка добре чутливий до променевої терапії
- 69.** З яким із наступних факторів ризику пов'язана карцинома шлунка?
1. Перніціозна анемія
 2. Поліграфічні барвники.
 3. Азбестоз.
 4. Виразковий коліт.
 5. Вірус Епштейна-Барр.
- 70.*** При раку шлунка ефективні такі сучасні схеми поліхіміотерапії, крім ...
1. Фторурацил + доксорубіцин + цисплатин.
 2. Фторурацил + доксорубіцин + мітоміцин.
 3. Фторурацил + доксорубіцин + метотрексат.
 4. Циклофосфамід + доксорубіцин + вінбластин
 5. Фторурацил + доксорубіцин + кармустин.
- 71.*** Чи використовується цисплатин при паліативній хіміотерапії раку шлунка?
1. Ні, цей препарат при раку шлунка не використовується
 2. При монохіміотерапії використовується, а в режимах поліхіміотерапії його ефективність не доведена
 3. Так, цисплатин при раку шлунка використовується в режимі поліхіміотерапії
- 72.*** Рак шлунка найчастіше пов'язаний з дефіцитом ...

1. Фолієвої кислоти
 2. Вітаміну В12
 3. Фолієвої кислоти і вітаміну В12
 4. Дефіциту фолієвої кислоти і вітаміну В12 не спостерігається
- 73.** У хворого вперше в житті виявлено виразку шлунка. При гістологічному обстеженні зафіксовано ознаки злоякісного росту. Яка з названих ситуацій найбільш правдоподібна?
1. Має місце стара безсимптомна виразка шлунка, яка малігнізувалась
 2. Має місце первинна ракова пухлина, яка внаслідок розпаду дала виразку
 3. Має місце гостра виразка
- 74.** Одним із головних симптомів раннього раку шлунка є пухлина, що пальпується
1. Так
 2. Ні
 3. Твердження вірне тільки для пухлин вихідного відділу шлунка
 4. Твердження вірне тільки для пухлин проксимального відділу шлунка
 5. Твердження вірне тільки для пухлин тіла шлунка
- 75.*** Яка динаміка захворюваності на рак шлунка в Україні?
1. Ріст захворюваності
 2. Зниження захворюваності
 3. Стабілізація захворюваності
- 76.** При локалізації раку в антральному відділі шлунка з екзофітним ростом найбільш характерною скаргою буде:
1. Метеоризм
 2. Частий рідкий стілець
 3. Різкі (приступоподібні) болі в біля пупкової області
 4. Блювання спожитою напередодні їжею
 5. Постійна дисфагія
- 77.** Для раку шлунка характерні:
1. Кинджальні гострі болі
 2. Голодні болі
 3. Нічні болі
 4. Сезонні болі
 5. Ниючі, тупі болі
- 78.** При раку тіла шлунка більш характерним симптомом є:
1. Дисфагія
 2. Відчуття переповнювання шлунка після їжі
 3. Болі в епігастральній області
 4. Блювання застійним шлунковим вмістом
 5. Зниження апетиту, анемія
- 79.** Найбільш важкий для діагностики:
1. Рак пілоричного відділу шлунка
 2. Рак тіла шлунка
 3. Рак дна шлунка
 4. Рак кардіального відділу шлунка

5. Рак антрального відділу шлунка
- 80.3** онкологічної точки зору виправданою при раку дистального відділу шлунка є:
1. Гастроентеростомія
 2. Резекція 2/3 шлунка
 3. Субтотальна резекція
 4. Субтотальна резекція з видаленням великого і малого сальників
 5. Проксимальна резекція шлунка
- 81.** Назвіть характерну ознаку поліпозу шлунка:
1. Рентгенологічна - симптом «ніші»
 2. Висока кислотність шлункового соку
 3. Відрижка, нудота
 4. Рентгенологічна – дефект наповнення шлунка
 5. Тупі болі в підшлунковій області
- 82.** Найчастіше призводить до розвитку раку шлунка:
1. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки
 2. Диспластичний гастрит
 3. Гіперацидний гастрит
 4. Хронічний дуоденіт
 5. Гастроптоз
- 83.** При екзофітному рості раку кардіального відділу шлунка з розповсюдженням на стравохід найбільш характерною скаргою буде:
1. Різкі болі в епігастрії
 2. Дисфагія
 3. Відрижка кислим
 4. Блювання з'їденою їжею
 5. Рясна блювання з домішкою жовчі
- 84.** Методами лікування раку шлунка є всі, крім:
1. Хіміотерапії
 2. Гормонотерапії
 3. Променевої терапії
 4. Таргетної терапії
- 85.3** онкологічної точки зору при екзофітному раку проксимального відділу шлунка T1N0M0 виправданою є наступна операція:
1. Субтотальна резекція шлунка
 2. Проксимальна резекція шлунка з видаленням малого сальника, шлунково-підшлункової зв'язки
 3. Гастректомія
 4. Розширена гастректомія з видаленням селезінки і хвоста підшлункової залози
 5. Гастростомія
- 86.** Найбільш важкий для діагностики:
1. Рак тіла шлунка
 2. Рак дна шлунка
 3. Рак кардіального відділу

4. Рак антрального відділу шлунка
 5. Рак пілоричного каналу
- 87.** Ускладненнями раку шлунка можуть бути всі, крім:
1. Перфорації
 2. Кровотечі
 3. Стенозу вихідного відділу шлунка
 4. Геміпарезу
 5. Проростання в сусідні органи
- 88.** При хірургічному лікуванні раку шлунка враховується все, крім:
1. Стадії
 2. Локалізації пухлини
 3. Рівня РЕА
 4. Шляхів метастазування
 5. Наявності метастазів у віддалені органи
- 89.** Операція гастростомії може бути показана:
1. При нерезектабельному раку дистального відділу шлунка IV ст.
 2. При раку проксимального відділу шлунка II ст.
 3. При раку проксимального відділу шлунка IV ст.
 4. При резектабельному раку грудного відділу стравоходу
 5. При виразковому стенозі сторожа
- 90.*** У хворого на рак антрального відділу шлунка виникла масивна кровотеча, що стала показом до операції. Під час операції виявлені метастази пухлини в печінку, але первинне вогнище можна видалити. У просвіті тонкої і товстої кишок - кров. В даному випадку показано проведення:
1. Перев'язки лівої шлункової артерії
 2. Гастростомії, і обшивання пухлини
 3. Паліативної резекції шлунка
 4. Тільки пробної лапаротомії
 5. Тампонування пухлина великим сальником
- 91.** Основним симптомом при раку кардіального відділу шлунка є:
1. Дисфагія
 2. Блювання з'їденою напередодні їжею
 3. Шум плескоту в епігастральній області
 4. Затримка стільця
 5. Рясна слинотеча
- 92.** Метастаз Вірхова – це:
1. Метастаз у печінку
 2. Метастаз у нирки
 3. Метастаз в яєчники
 4. Метастаз у лімфатичні вузли, розташовані між ніжками грудино-ключично-соскоподібного м'яза
 5. Метастази у навколопрямокишкову клітковину
- 93.** Онкологічно обґрунтованою при раковому ураженні кардіального відділу шлунка T2N1M0 є:
1. Резекція дистальних 2/3 шлунка

2. Гастректомія
 3. Гастростомія
 4. Гастроентеростомія
 5. Субтотальна резекція шлунка з великим і малим сальниками
- 94.** При раку дистальної частини шлунка (T4N1M1), що стенозує вихід, показана:
1. Гастростомія
 2. Селективна проксимальна ваготомія
 3. Трункулярна ваготомія
 4. Гастроентеростомія
 5. Гастректомія
- 95.** При ендоскопічному дослідженні шлунка можна виявити все, окрім:
1. Форми гастриту
 2. Синдрому Меллорі-Вейса
 3. Початкової форми раку
 4. Паранеопластичного синдрому
 5. Ступеня стенозу ворота
- 96.** Метастазом- імплантатом при раку шлунка, є:
1. Метастаз Крукенберга
 2. Метастази у лімфовузлі малого сальника
 3. Метастаз Вірхова
 4. Метастаз у ворота печінки
 5. Все невірно
- 97.** Операцією вибору при раку дистального відділу шлунка є:
1. Гастректомія
 2. Субтотальна резекція шлунка
 3. Антрумектомія
 4. Резекція ураженої ділянки шлунка
 5. Езофагогастростомія
- 98.** Під час операції з приводу раку тіла шлунка у хворого 50 років, виявлено проростання пухлини в ліву частку печінки. Віддалених метастазів немає. Оптимальним об'ємом операції є:
1. Резекція 2/3 шлунка
 2. Субтотальна проксимальна резекція
 3. Субтотальна дистальна резекція
 4. Гастректомія в поєднанні з атиповою резекцією лівої частки печінки
 5. Експлоративна лапаротомія
- 99.** *Вкажіть другий етап лімфогенного метастазування раку дистальної частини шлунка за японською класифікацією (JGCA)
1. Панкреатодуоденальні лімфовузли, кореня брижі
 2. Перигастральні лімфоколектори
 3. Лімфовузли вздовж артеріальних судин
 4. Лімфовузли вздовж а. mesenterica superior
- 100.** *Ураження лімфатичних вузлів яких етапів при раку шлунка розглядають, як регіонарне метастазування?
1. N1 і N3

2. N2 i N3

3. N1 i N2

Відповіді на тести до розділу 4.2.

1. - 2	11. - 1	21. - 3	31. - 2	41. - 3	51. - 2	61. - 4	71. - 3	81. - 4	91. - 1
2. - 4	12. - 2	22. - 3	32. - 2	42. - 2	52. - 4	62. - 3	72. - 2	82. - 2	92. - 4
3. - 3	13. - 3	23. - 3	33. - 3	43. - 2	53. - 3	63. - 1	73. - 2	83. - 2	93. - 2
4. - 3	14. - 2	24. - 2	34. - 2	44. - 2	54. - 2	64. - 3	74. - 2	84. - 2	94. - 4
5. - 5	15. - 3	25. - 3	35. - 1	45. - 3	55. - 4	65. - 4	75. - 2	85. - 2	95. - 4
6. - 4	16. - 3	26. - 3	36. - 5	46. - 3	56. - 4	66. - 3	76. - 4	86. - 2	96. - 1
7. - 2	17. - 3	27. - 2	37. - 2	47. - 3	57. - 2	67. - 4	77. - 5	87. - 4	97. - 2
8. - 2	18. - 3	28. - 3	38. - 4	48. - 4	58. - 2	68. - 5	78. - 5	88. - 3	98. - 4
9. - 3	19. - 2	29. - 2	39. - 3	49. - 3	59. - 2	69. - 1	79. - 3	89. - 3	99. - 3
10. - 1	20. - 3	30. - 4	40. - 3	50. - 1	60. - 4	70. - 4	80. - 3	90. - 3	100. - 3

РОЗДІЛ 5. РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ І ПЕЧІНКИ

5.1. РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Виберіть правильну відповідь

1. Яка тенденція захворюваності на рак підшлункової залози в Україні?
 1. Зниження захворюваності
 2. Ріст захворюваності
 3. Стабілізація захворюваності
2. Яке з перерахованих захворювань у даний час вважається фактором ризику раку підшлункової залози?
 1. Гострий панкреатит
 2. Хронічний панкреатит
 3. Обидва
 4. Жодне
3. Які ознаки раку тіла підшлункової залози
 1. Жовтяниця
 2. Болі, схуднення
 3. Розлади стільця
4. Найбільш поширена гістологічна форма раку підшлункової залози:
 1. Аденокарцинома
 2. Плоскоклітинний рак
 3. Недиференційований рак
 4. Цистаденокарцинома, що викликана раком
 5. Ацинарний рак
5. Визначення СА 19-9 має клінічне значення при
 1. Раку молочної залози
 2. Раку шлунка
 3. Раку легені
 4. Раку яєчника
 5. Раку підшлункової залози
6. *Пальпація підшлункової залози за Гротом проводиться в наступних положеннях хворого:
 1. Лежачи на спині з підкладеними під поперекову зону руками, по чергово стиснувши їх в кулак
 2. Стоячи, злегка нахиливши тулуб вперед і вліво
 3. Лежачи на правому боці з трохи притягнутими до тулуба коліньми
 4. Все перелічене вірно
7. Виконання якого біохімічного дослідження найбільше свідчитиме про механічний характер жовтяниці?
 1. Білірубіну крові
 2. Трансаміназ крові
 3. Уробіліну сечі
8. Вкажіть ізотоп, який використовують для сканування підшлункової залози
 1. ^{198}Au
 2. Селено-(^{75}Se)-метіонін

9. Вкажіть основний маркер злоякісної пухлини підшлункової залози
1. α -фетопротеїн
 2. Антиген СА 19-9
 3. Раковомембріональний антиген
10. Вкажіть радикальне лікування при раку головки підшлункової залози
1. Обхідний білідігестивний анастомоз
 2. Панкреатодуоденальна резекція
 3. Хіміотерапія
11. Високий рівень непрямого білірубіну крові свідчить про
1. Механічну жовтяницю
 2. Паренхіматозну жовтяницю
 3. Гемолітичну жовтяницю
12. При механічній жовтяниці спостерігається підвищений рівень
1. Трансаміназ крові
 2. Прямого білірубіну крові
 3. Непрямого білірубіну крові
 4. Альдолази крові
 5. Лужної фосфатази крові
13. Які ознаки раку тіла підшлункової залози?
1. Жовтяниця
 2. Біль, схуднення
 3. Розлади дефекації
14. Які біологічні особливості перебігу раку підшлункової залози?
1. Повільний перебіг
 2. Швидке метастазування
15. Вкажіть вид радикальної операції при раку тіла та хвоста підшлункової залози.
1. Панкреатодуоденальна резекція
 2. Резекція підшлункової залози (дистальна)
 3. Панкреатектомія
16. Яка хіміотерапія є оптимальною при раку підшлункової залози?
1. Циклофосфан
 2. 5Фторурацил
 3. 5Фторурацил + доксорубіцин + мітоміцин С
17. Вкажіть радикальне лікування при раку головки підшлункової залози
1. Обхідний білідігестивний анастомоз
 2. Панкреатодуоденальна резекція
 3. Панкреатектомія
 3. Регіонарна хіміотерапія
18. Яка тенденція захворюваності на рак підшлункової залози в Україні?
1. Зниження захворюваності
 2. Ріст захворюваності
 3. Стабілізація
19. Яка особливість не характерна для раку підшлункової залози?
1. Повільний перебіг?
 2. Швидке метастазування

3. Низька чутливість до хіміо-променевої терапії
 4. Схильність до мультицентричного росту
- 20.** Вкажіть вид радикальної операції при раку тіла та хвоста підшлункової залози
1. Панкреатодуоденальна резекція
 2. Резекція підшлункової залози (дистальна)
 3. Панкреатектомія
- 21.** Який метод не використовується для діагностики раку підшлункової залози?
1. УЗД
 2. Ендоскопічна ретроградна протокова панкреатографія
 3. Комп'ютерна томографія
 4. Визначення опухових маркерів
- 22.** Який пухлинний маркер характерний для моніторингу раку підшлункової залози?
1. СА 125
 2. Карциноембріональний антиген
 3. СА 19-9
 4. СА 15-3
- 23.** Для раку тіла підшлункової залози характерні такі ознаки, крім:
1. Болю, часто з іррадіацією у попереk
 2. Раннього розвитку жовтяниці
 3. Цукрового діабету
 4. Звуження просвіту дванадцятипалої кишки
 5. Зниження рівня ферментів в дуоденальному вмісті
- 24.*** Яка частота виявлення підвищеного вмісту маркера СА 199 у сироватці крові при раку підшлункової залози?
1. 80 %
 2. 100%
 3. 50%
 4. 30 %
- 25.** Яка найчастіша локалізація раку підшлункової залози?
1. Головка
 2. Тіло
 3. Хвіст
- 26.*** Сканування раку підшлункової залози найбільш ефективно
1. Колоїдним золотом
 2. Блеоміцином
 3. Галлію цитратом
 4. Селен-метіоніном
- 27.** Питома вага ураження раком хвоста підшлункової залози становить:
1. 2%
 2. 5%
 3. 10%
 4. 25%
- 28.** Гістологічно розрізняють усі перераховані форми раку підшлункової залози, крім:

1. Аденокарциноми
 2. Перснеподібноклітинного раку
 3. Медулярного раку
 4. Недиференційованого раку
- 29.** Активність лужної фосфатази у хворих на рак підшлункової залози у порівнянні з хворими на вірусний гепатит А
1. Знижена у 2-3 рази
 2. Не відрізняється істотно
 3. Трохи підвищена
 4. Вища у 2-3 рази
- 30.** Найбільш інформативним для моніторингу раку підшлункової залози є визначення в динаміці таких пухлинних маркерів:
1. РЕА і альфафетопротеїну
 2. ХГЛ і СА 19-9
 3. СА 19-9 і РЕА
 4. Нейрон-специфічної енолази і МСА
- 31.** Кількість випадків, при яких спостерігається локалізація раку в головці підшлункової залози
1. 10-20%
 2. 30-40%
 3. 50-55%
 4. 60-70%
- 32.** Рак підшлункової залози розвивається з усіх елементів залози, крім:
1. Острівців Лангерганса
 2. Залозистих елементів
 3. Епітелію вивідних проток
 4. Капсули підшлункової залози
- 33.** Найменша захворюваність на рак підшлункової залози серед країн спостерігається у:
1. Великобританії
 2. Австрії
 3. Швеції
 4. Японії
- 34.** Рак підшлункової залози до 2 см у найбільшому вимірі відповідає стадії захворювання
1. ІА
 2. ІВ
 3. ІІА
 4. ІІВ
 4. ІІІ
- 35.** Частота тотального ураження раком підшлункової залози
1. 5%
 2. 15%
 3. 25%
 4. 50%

- 36.** Середня тривалість життя хворих на рак підшлункової залози становитьмісяців:
1. 26
 2. 18
 3. 10
 4. 6
- 37.** Частота жовтяниці при раку головки підшлункової залози
1. 90%
 2. 70%
 3. 60%
 4. 40%
- 38.** Рак підшлункової залози понад 2 см в діаметрі не відповідає стадії захворювання
1. IA
 2. IB
 3. IIA
 4. IIB
 4. III
- 39.** Які методи не використовуються для діагностики пухлин підшлункової залози?
1. Оглядова рентгеноскопія живота
 2. Комп'ютерна томографія
 3. МРТ
 4. Іригоскопія
 5. Дуоденопанкреатографія
- 40.*** Які лімфовузли відносяться до регіонарних для підшлункової залози?
1. Черевного стовбура
 2. Паракольні
 3. Перигастральні
 4. Воріт селезінки
 5. Парааортальні
- 41.** Ураження якого відділу підшлункової залози спостерігається найчастіше?:
1. Ураження головки підшлункової залози
 2. Ураження тіла підшлункової залози
 3. Ураження хвоста підшлункової залози
 4. Тотальне ураження підшлункової залози
- 42.** Які метод найбільш інформативний для діагностики пухлин підшлункової залози?
1. Рентгеноскопія шлунка
 2. Комп'ютерна томографія
 3. Пневмодуоденографія
 4. УЗД
 5. Дуоденоскопія
- 43.** Яка величина РВД при щоденному паліативному опромінюванні хворих на рак підшлункової залози в дозі 40-45 Гр?

1. 2 Гр
 2. 5 Гр
 3. 10 Гр
 4. 15 Гр
- 44.** Який із симптомів найчастіше зустрічається у хворих на рак підшлункової залози?
1. Біль
 2. Жовтяниця
 3. Тромбофлебіт
 4. Кров у калі
 5. Блювання
- 45.** Яке з тверджень про рак підшлункової залози вірне? 1. Найчастіше рак підшлункової залози розвивається в її хвостовій частині; 2. У більшості випадків це аденокарцинома 3. Регіонарні лімфовузли та печінка уражаються найчастіше
1. 1. і 2.
 2. 2. і 3.
 3. 1. і 3.
 4. 1., 2. і 3.
- 46.*** Вкажіть найбільш доцільний режим передопераційного опромінювання раку підшлункової залози:
1. 2 Гр x 20 діб = 40 Гр
 2. 3 Гр x 12 діб = 36 Гр
 3. 4 Гр x 5 діб = 20 Гр
- 47.** Вкажіть пухлини, які можуть розвиватися з протокового епітелію підшлункової залози:
1. Аденома
 2. Аденокарцинома різного ступеня диференціювання
 3. Плоскоклітинний рак
 4. Анапластичний рак
 5. Усі перераховані варіанти
- 48.*** Який середній анатомічний діаметр протоки підшлункової залози у ділянці головки?
1. До 4 мм
 2. До 2 мм
 3. До 10 мм
- 49.** Який орган прилягає до головки підшлункової залози справа?
1. Жовчний міхур
 2. Шлунок
 3. Дванадцятипала кишка
- 50.*** Яка ультразвукова ознака не характерна для раку підшлункової залози?
1. Гіпоехогенний утвір
 2. Анехогенний утвір
 3. Гіперехогенний утвір
- 51.** Які сонографічні ознаки злоякісної пухлини головки підшлункової залози?
1. Гіпоехогенний утвір

2. Анехогенний утвір
3. Гіперехогенний утвір
- 52.** Яка первинна злоякісна пухлина частіше зустрічається у підшлунковій залозі?
 1. Лейоміосаркома
 2. Аденокарцинома
 3. Лімфосаркома
 4. Ретикулосаркома
- 53.*** Яка товщина головки підшлункової залози в нормі у дорослих?
 1. 1,0 - 2,0 см
 2. 2,1 - 3,2 см
 3. 3,3 - 4,2 см
- 54.*** Чим відрізняється псевдокіста підшлункової залози від кісти?
 1. Ехогенністю
 2. Структурою
 3. Звукопровідністю
 4. Відсутністю капсули
- 55.** Яка доброякісна пухлина найчастіше зустрічається у підшлунковій залозі?
 1. Ліпома
 2. Фіброма
 3. Лейоміома
 4. Аденома
- 56.** Які шляхи метастазування раку підшлункової залози?
 1. Лімфогенний
 2. Гематогенний
 3. Імплантаційний
 4. Вірні відповіді 1. і 2.
 5. Вірні відповіді 2. і 3.
 6. Вірні відповіді 1. і 3.
 7. Усі відповіді вірні
- 57.** Чи завжди розвиток механічної жовтяниці свідчить про нерезектабельність раку підшлункової залози?
 1. Так
 2. Ні
- 58.** Якого мінімального розміру пухлину в головці підшлункової залози звичайно виявляють під час УЗД?
 1. 10 мм
 2. 15 - 20 мм
 3. 30 - 40 мм
- 59.** Яка ехогенність більш характерна для раку підшлункової залози?
 1. Знижена
 2. Середня
 3. Поєднання ділянок зниженої та підвищеної ехогенності
 4. Підвищена
- 60.** Яка гістологічна форма злоякісної пухлини підшлункової залози зустрічається найчастіше?

1. Аденокарцинома
 2. Лімфома
 3. Ретикулосаркома
 4. Ліпосаркома
- 61.** Підшлункова залоза постачається кров'ю з:
1. Шлунково-дванадцятипалокишкової артерії
 2. Верхньої брижової артерії
 3. Печінкової артерії
 4. Селезінкової артерії
 5. Все перелічене вірно
- 62.** Ендопротезування жовчних проток при раку підшлункової залози має на меті:
1. Підготовку до наступної КТ
 2. Підготовку до накладання білідігестивних анастомозів
 3. Декомпресію жовчовивідних шляхів
 4. Сповільнення темпів прогресування пухлинного процесу

Відповіді на тести до розділу 5.1.

1. – 2	11. – 3	21. – 2	31. – 4	41. – 1	51. – 1	61. – 5
2. – 4	12. – 2	22. – 3	32. – 4	42. – 2	52. – 2	62. – 3
3. – 2	13. – 2	23. – 2	33. – 4	43. – 1	53. – 2	
4. – 1	14. – 2	24. – 1	34. – 1	44. – 2	54. – 4	
5. – 5	15. – 2	25. – 1	35. – 3	45. – 2	55. – 4	
6. – 4	16. – 3	26. – 4	36. – 4	46. – 3	56. – 7	
7. – 3	17. – 2	27. – 2	37. – 1	47. – 5	57. – 2	
8. – 2	18. – 2	28. – 3	38. – 1	48. – 1	58. – 2	
9. – 2	19. – 1	29. – 4	39. – 4	49. – 3	59. – 1	
10. – 2	20. – 2	30. – 3	40. – 4	50. – 3	60. – 1	

5.2. РАК ПЕЧІНКИ

Виберіть правильну відповідь

- 1.** Які пухлини печінки відносяться до епітеліальних?
 1. Гемангіома
 2. Тератома
 3. Карциносаркома
 4. Печінковоклітинна аденома
- 2.** Які пухлини печінки відносяться до неепітеліальних?
 1. Гемангіома
 2. Аденома внутрішньопечінкових жовчних проток
 3. Холангіокарцинома
 4. Печінковоклітинна аденома
- 3.** Які пухлини печінки відносяться до злоякісних?

1. Гемангіома
2. Аденома внутрішньопечінкових жовчних проток
3. Гепатобластома
4. Печінковоклітинна аденома
5. Цистаденома внутрішньопечінкових жовчних проток
- 4.** Первинний рак печінки макроскопічно представлений 3-ма наступними формами:
 1. Масивна, вузлова, дифузна
 2. Поліпоподібна, виразково-інфільтративна, дифузна
 3. Грибоподібна, дифузно-інфільтративні, вузлова
- 5.** Мікроскопічні форми первинного раку печінки за ВООЗ наступні:
 1. Псевдозалозистий, компактний, скірозний, фіброламельярний
 2. Колоїдний, муцинозний, аденоматозний, сквамозний
 3. Карциноїдний, інтестинальний, дифузний, аденоїдний
- 6.** Що розуміють під вторинним раком печінки?
 1. Рецидив первинного раку
 2. Рак у протилежній частці
 3. Метастатичний рак
 4. Другий пухлинний вузол
- 7.** Первинний рак печінки поділяють на
 1. Гепатоцелюлярний і холангіоцелюлярний
 2. Папілярний і фолікулярний
 3. Залозистий і плоскоклітинний
 4. Аденогенний і недиференційований
- 8.** Шляхи метастазування первинного раку печінки наступні:
 1. Тільки лімфогенний
 2. Тільки гематогенний
 3. Лімфогенний і імплантаційний
 4. Гематогенний, лімфогенний і імплантаційний
- 9.** В які органи метастазує первинний рак печінки найчастіше?
 1. Селезінку, головний мозок і плоскі кістки
 2. Очеревину, шкіру передньої черевної стінки і трубчасті кістки
 3. Печінку, надниркову залозу і легені
- 10.** Якій стадії відповідає пухлина печінки T3N0M0?
 1. IIIС
 2. II
 3. IIIВ
 4. IIIА
- 11.** Якій стадії відповідає пухлина печінки T4N0M0?
 1. IV
 2. IIIС
 3. IIIВ
 4. IIIА
- 12.** Якій стадії відповідає пухлина печінки T2N0M0?
 1. I

2. II
 3. IIIВ
 4. IIIА
- 13.** Якій стадії відповідає пухлина печінки T1N1M0?
1. II
 2. IIIА
 3. IIIВ
 4. IIIС
- 14.** Якій стадії відповідає пухлина печінки T2N1M0?
1. II
 2. IIIА
 3. IIIВ
 4. IIIС
- 15.** Якій стадії відповідає пухлина печінки T3N1M0?
1. II
 2. IIIА
 3. IIIВ
 4. IIIС
- 16.** Якій стадії відповідає пухлина печінки T4N1M0?
1. IV
 2. IIIА
 3. IIIВ
 4. IIIС
- 17.** Як впливає підвищення критерію G – гістопатологічного диференціювання - на стадіювання первинного раку печінки?
1. Підвищує
 2. Знижує
 3. Не змінює
- 18.** Як впливає зниження критерію G – гістопатологічного диференціювання – на стадіювання первинного раку печінки?
1. Підвищує
 2. Знижує
 3. Не змінює
- 19.** Чи впливає критерій G – гістопатологічне диференціювання – на стадіювання первинного раку печінки?
1. Не впливає
 2. Впливає
 3. Впливає при певних обставинах
- 20.** Первинний рак печінки переважає в країнах
1. Європи
 2. Північної Америки
 3. Південної Америки
 4. Центральної Африки
- 21.** Первинний рак печінки переважає в країнах
1. Європи

2. Північної Америки
 3. Південної Америки
 4. Південно-Східної Азії
- 22.**Рівень захворюваності на первинний рак печінки найвищий у
1. Польщі
 2. Південно-Східному Китаї
 3. Фінляндії
 4. Угорщині
- 23.**Рівень захворюваності на первинний рак печінки найвищий у
1. Білорусі
 2. Сенегалі
 3. Чехії
 4. Італії
- 24.**Рівень захворюваності на первинний рак печінки в Україні (грубий показник) у 2009 р. становив:
1. 0,7 на 100000 населення
 2. 3,7 на 100000 населення
 3. 7,7 на 100000 населення
 4. 13,7 на 100000 населення
- 25.**Рівень захворюваності на первинний рак печінки протягом останнього часу в Україні відносно
1. Низький
 2. Високий
- 26.**Співвідношення захворюваності чоловіків до жінок на первинний рак печінки в Україні
1. 0,5:1
 2. 1:1
 3. 3:1
 4. 5:1
- 27.**На первинний рак печінки частіше хворіють
1. Чоловіки
 2. Жінки
 3. Чоловіки і жінки однаково часто
- 28.**Зв'язок розвитку гепатоцелюлярного раку (ГЦР) з інфікованістю вірусом гепатиту В
1. Не доведений
 2. Доведений
 3. Сумнівний
- 29.**Зв'язок розвитку гепатоцелюлярного раку (ГЦР) з інфікованістю вірусом гепатиту С
1. Не доведений
 2. Доведений
 3. Сумнівний
- 30.**Зв'язок розвитку гепатоцелюлярного раку (ГЦР) з інфікованістю вірусом гепатиту А

1. Не доведений
 2. Доведений
 3. Сумнівний
- 31.** У розвитку гепатоцелюлярного раку (ГЦР) найбільше значення має
1. Інфікованість HCV
 2. Інфікованість HAV
 3. Зловживання алкоголем
 4. Інфікованість HBV
- 32.** Вкажіть на найбільш значущий канцероген для розвитку гепатоцелюлярного раку
1. 3,4 бензпірен.
 2. 2.ацетил амінофлюорен
 3. Азбест
 4. Афлатоксин
 5. Азотіоприн
- 33.** Головним чинником виникнення холангіоцелюлярного раку в ендемічних районах є
1. Аскаридоз
 2. Ентеробіоз
 3. Трихоцефальоз
 4. Опісторхоз
- 34.** Збудником опісторхозу є
1. Аскариди
 2. Трипаносома
 3. Стъожак широкий
 4. Котячий сисун
 5. Ланцетоподібний сисун
- 35.** Скринінг первинного раку печінки заснований на визначенні в крові обстежуваних осіб у групах підвищеного ризику
1. PEA
 2. CA 19-9
 3. АФП
 4. PSA
- 36.** Скринінг вторинного раку печінки заснований на визначенні в крові обстежуваних осіб в групах підвищеного ризику
1. PEA
 2. CA 19-9
 3. АФП
 4. PSA
- 37.** До групи ризику первинного раку печінки належать хворих із
1. Алкогольним цирозом печінки
 2. Хронічним гепатохолециститом
 3. Біліарним цирозом
 4. HBsAg носійством
- 38.** Найбільш інформативним методом верифікації вогнищевого утвору в печінці є

1. Прицільна тонкогілкова пункційна біопсія
 2. Сонографія
 3. Магнітно-резонансна томографія МРТ
 4. Позитронна емісійна томографія ПЕТ
- 39.** Нормальним рівнем сироваткового α -фетопротейну є
1. 5-10 нг/мл
 2. 37 нг/мл
 3. 0-20 нг/мл
 4. 50 нг/мл
- 40.** Діагностичним рівнем сироваткового α -фетопротейну для гепатоцелюлярного раку є
1. >5 нг/мл
 2. >37 нг/мл
 3. >20 нг/мл
 4. >400 нг/мл
- 41.** Патогномонічний симптомом для первинного раку печінки це:
1. Гепатомегалія
 2. Механічна жовтяниця
 3. Гепато- і спленомегалія
 4. Біль у правому підребер'ї
 5. Немає
- 42.** Оптимальне комплексне обстеження хворого з підозрою на первинний рак печінки включає такі додаткові методи:
1. УЗД, тонкогілкова пункційна біопсія, КТ, визначення АФП і РЕА
 2. Рентгеноскопія легенів і шлунка, сканування печінки з ізотопом ^{198}Au , визначення РЕА
 3. Фіброгастродуоденоскопія, МРТ, лапароскопія, визначення СА 19-9 і РЕА
- 43.** Радикальне лікування первинного раку печінки
1. Променеве
 2. Хіміотерапевтичне
 3. Гормонотерапія
 4. Хірургічне
- 44.** Найбільш ефективне лікування вторинного раку печінки
1. Променеве
 2. Хіміотерапевтичне
 3. Гормонотерапія
 4. Хірургічне
- 45.** Усі радикальні операції на печінці з приводу злоякісних пухлин поділяються на
1. Типові і атипові
 2. Класичні і модифіковані
 3. Розширені і звичайні
- 46.*** Методом вибору для первинного раку лівої частки печінки T2N0M0 в S2 є
1. Резекція сегмента
 2. Лівобічна гемігепатектомія

3. Розширена лівобічна гемігепатектомія
 4. Кріодеструкція пухлини
 5. Радіочастотна термоабляція
- 47.***Методом вибору для первинного раку правої частки печінки T2N0M0 в S8 є
1. Резекція сегмента
 2. Правобічна гемігепатектомія
 3. Розширена правобічна гемігепатектомія
 4. Кріодеструкція пухлини
 5. Радіочастотна термоабляція
- 48.***Методом вибору для вторинного раку правої і лівої часток печінки в S7 і S2 є
1. Резекція сегментів
 2. Правобічна гемігепатектомія і системна хіміотерапія
 3. Лівобічна гемігепатектомія і системна хіміотерапія
 4. Кріодеструкція пухлин і хіміоемболізація
 5. Лівобічна гемігепатектомія і радіочастотна термоабляція вогнища в S7
- 49.**Протипоказаннями для резекційного оперативного втручання при первинному раку печінки є
1. Хронічний гепатит
 2. Цироз печінки
 3. Клінічно виражена печінкова недостатність
 4. Гіпоальбумінемія
 5. Поширення процесу на іншу частку
- 50.**Протипоказаннями для резекційного оперативного втручання при первинному раку печінки є
1. Поширення процесу на іншу частку
 2. Хронічний гепатит
 3. Цироз печінки
 4. Екстрагепатичне метастатичне поширення процесу
 5. Гіпоальбумінемія
- 51.**Надходження крові до печінки здійснюється із системи
1. Печінкової артерії
 2. Ворітної вени
 3. Печінкової артерії і ворітної вени
 4. Печінкової артерії і печінкової вени
 5. Печінкової артерії і пупкової вени
 6. Усі відповіді вірні
- 52.**У печінці відповідно до топіки внутрішньопечінкових гілок ворітної вени розрізняють
1. 10 сегментів
 2. 8 сегментів
 3. 6 сегментів
 4. 4 сегменти
- 53.**3 дією вірусів не пов'язують виникнення
1. Раку шийки матки
 2. Раку печінки

3. Раку шлунка
 4. Раку носоглотки
 5. Лейкозу
- 54.** Найбільш інформативним з перерахованих методів діагностики метастатичного ураження паренхіми печінки є
1. Лапароскопія
 2. Ангіографія
 3. Біохімічне дослідження крові
 4. УЗД печінки
 5. Усі перераховані методи мають приблизно однакову інформативність
- 55.** Променева терапія первинного раку печінки
1. Є одним з провідних методів лікування
 2. Застосовується з паліативною метою
 3. Застосовується з симптоматичною метою
 4. Застосування променевої терапії вельми обмежено
- 56.** Лапароскопія при раку печінки показана для:
1. Виявлення дисемінації по очеревині
 2. Оцінки важкості супутнього цирозу
 3. Виявлення екстрагепатичних метастазів первинного раку печінки
 4. Визначення об'єму неураженої печінки
 5. Усіх перерахованих завдань
- 57.** Первинний рак по відношенню до метастатичного раку печінки в Україні зустрічається
1. З однаковою частотою
 2. Частіше за вторинний рак печінки
 3. Частіше зустрічається метастатичний рак печінки
 4. Закономірності немає
- 58.** До групи підвищеного ризику розвитку первинного раку печінки належать
1. Носії вірусу гепатиту В
 2. Хворі на цироз печінки
 3. Особи, що вживають в їжу продукти, уражені афлатоксином
 4. Хворі на опісторхоз
 5. Усі перераховані категорії хворих
- 59.** Найбільш високий рівень захворюваності на первинний холангіоцелюлярний рак печінки зареєстрований
1. У Молдові
 2. У Тюменській області Росії
 3. В Естонії
 4. В Узбекистані
 5. У Татарстані
- 60.** Захворювання на опісторхоз сприяє розвитку
1. Холангіоцелюлярного раку печінки
 2. Гепатоцелюлярного раку печінки
 3. Обоих форм первинного раку печінки
 4. Опісторхоз не має впливу на розвиток первинного раку печінки

- 61.** Рівень α -фетопротеїну понад 400 нг/мл найчастіше спостерігається
1. При гепатоцелюлярному раку печінки
 2. При холангіоцелюлярному раку печінки
 3. При змішаних формах первинного раку печінки
 4. При всіх перерахованих формах первинного раку печінки позитивна реакція спостерігається з однаковою частотою
- 62.** Позитивний тест на α -фетопротеїн найчастіше буває
1. При первинному раку печінки
 2. При метастатичному раку печінки
 3. При доброякісних пухлинах печінки
 4. Вірні відповіді 1. і 2.
 5. Позитивна реакція на α -фетопротеїн не характерна для пухлинних уражень печінки
- 63.** Хибнопозитивний тест на α -фетопротеїн спостерігається
1. При хронічному гепатиті
 2. Під час вагітності
 3. При герміногенних пухлинах
 4. У крові ембріона
 5. У дитячому віці
 6. Вірні відповіді 1., 2. і 3.
- 64.** Гепатоцелюлярний рак печінки частіше розвивається на фоні
1. Цирозу печінки
 2. Опісторхозу
 3. Обох вище зазначених захворювань
 4. Ні у першому, ні у другому випадку
- 65.** Первинний рак печінки метастазує
1. Гематогенно
 2. Лімфогенно
 3. Внутрішньоорганно
 4. Усіма перерахованими шляхами
- 66.** При первинному раку печінки дисемінація по очеревині
1. Зустрічається часто
 2. Не зустрічається
 3. Буває рідко
- 67.** До регіонарних лімфатичних вузлів при первинному раку печінки належать
1. Передні панкреатодуоденальні
 2. Задні панкреатодуоденальні
 3. Лімфовузли навколо черевного стовбура
 4. Праві перигастральні
 5. Ворітні
 6. Супрапілоричні
- 68.** З перерахованих симптомів при первинному раку печінки найчастіше зустрічається
1. Блідість шкірних покривів
 2. Жовтяниця шкірних покривів

3. Симптоми ворітної гіпертензії
 4. Гепатомегалія
 5. Симптом Курвуазье
- 69.**З наведених нижче біохімічних аналізів для первинного раку печінки найбільш характерним є підвищення активності
1. Лужної фосфатази
 2. Аланінової і аспарагінової трансаміназ
 3. Лактатдегідрогенази
 4. Гамма-глутамінтранспептидази
 5. Усіх перерахованих ферментів
- 70.**Діагностика пухлинних уражень печінки повинна ґрунтуватися на даних
1. Рентгенологічних досліджень
 2. Ультразвукового дослідження
 3. Радіоізотопного дослідження
 4. Імунологічного дослідження
 5. Комплексу перерахованих методів
- 71.**Злоякісні пухлини печінки (первинні, метастатичні) на рентгенівських комп'ютерних томограмах виглядають
1. Як вогнища зниженої щільності
 2. Як вогнища підвищеної щільності
 3. Іноді як вогнища зниженої щільності, а іноді – як підвищеної щільності
 4. Вірної відповіді немає
- 72.**При інтерпретації КТ у хворих на первинний рак печінки в першу чергу звертають увагу на наявність і параметри
1. Гіподенсивних змін
 2. Гіперденсивних змін
 3. Ізоденсивних змін
- 73.**Найбільш ефективним методом лікування первинного раку печінки є
1. Хірургічний метод
 2. Системна хіміотерапія
 3. Регіонарна хіміотерапія
 4. Променеве лікування
- 74.**При плануванні хіміотерапевтичного лікування з приводу первинного раку печінки доцільно віддавати перевагу
1. Системній хіміотерапії
 2. Регіонарній хіміотерапії
 3. Хіміоемболізації печінкової артерії
 4. Усім перерахованим методам
- 75.**Метастатичне ураження печінки спостерігається при локалізації первинної пухлини
1. В органах шлунково-кишкового тракту
 2. У легенях
 3. У молочній залозі
 4. У жіночих статевих органах
 5. При всіх перерахованих локалізаціях

- 76.** Відповідно до сучасних стандартів найкращі результати лікування метастатичних пухлин печінки досягають
1. При хірургічному лікуванні
 2. При променевої терапії
 3. При системній хіміотерапії
 4. При регіонарній хіміотерапії
 5. При використанні всіх перерахованих методів лікування
- 77.** УЗД печінки найбільш цінне для
1. Первинної діагностики первинного раку печінки
 2. Диференційної діагностики пухлин печінки
 3. Скринінгу первинного раку печінки
 4. Усіх перерахованих завдань
- 78.** При спіральній рентгенівській КТ у хворих з підозрою на пухлину печінки доцільно
1. Провести емболізацію печінкової артерії
 2. Ввести неводорозчинний контраст у шлунково-кишковий тракт
 3. Ввести пневмоперитонеум
 4. Ввести водорозчинний контраст у стегнову артерію
 5. Застосувати внутрішньовенне посилення з водорозчинним йодвмісним контрастом
- 79.** Пункційна тонкоіглова біопсія показана
1. Для диференціальної діагностики пухлин і кіст печінки
 2. При виявленому на КТ первинному раку печінки
 3. При виявленому на КТ множинному метастатичному ураженні печінки
 4. У хворих на первинний рак печінки, яким, показане проведення протипухлинної хіміотерапії
 5. У всіх хворих з підозрою на первинний рак печінки
- 80.** Виберіть основні біохімічні показники крові, які характеризують функціональний стан печінки
1. Сечовина, креатинін, холестерин, лужна фосфатаза
 2. Лактатдегідрогеназа, альбуміни, глобуліни, глюкоза
 3. Загальний білок, лужна фосфатаза, кисла фосфатаза
 3. б-Амілаза, лужна фосфатаза, електроліти., фібриноген
 4. Білірубін, АСТ, АЛТ, ГГТ, лужна фосфатаза

Відповіді на тести до розділу 5.2.

1. – 4	11. – 3	21. – 4	31. – 4	41. – 5	51. – 3	61. – 1	71. – 1
2. – 1	12. – 2	22. – 2	32. – 4	42. – 1	52. – 2	62. – 1	72. – 1
3. – 3	13. – 4	23. – 2	33. – 4	43. – 4	53. – 3	63. -	73. – 1
4. – 1	14. – 4	24. – 2	34. – 4	44. – 4	54. – 2	64. – 1	74. – 3
5. – 1	15. – 4	25. - 1	35. – 3	45. – 1	55. – 4	65. – 4	75. – 5
6. – 3	16. – 4	26. - 3	36. – 1	46. – 2	56. – 5	66. – 3	76. – 1
7. – 1	17. – 3	27. – 1	37. – 4	47. – 2	57. – 3	67. – 5	77. – 2

8. - 4	18. - 3	28. - 2	38. - 1	48. - 5	58. - 5	68. - 4	78. - 5
9. - 3	19. - 1	29. - 2	39. - 3	49. - 3	59. - 2	69. - 5	79. - 4
10. - 4	20. - 4	30. - 1	40. - 4	50. - 4	60. - 1	70. - 5	80. - 4

РОЗДІЛ 6. РАК ОБОДОВОЇ І ПРЯМОЇ КИШКИ

Виберіть правильну відповідь, а у тих випадках, коли їх декілька, розташуйте за рейтингом

1. Яка динаміка захворюваності на рак товстої кишки спостерігається зараз в Україні?
 1. Ріст захворюваності
 2. Зниження захворюваності
 3. Стабілізація захворюваності
2. Рак якого відділу прямої кишки найбільш чутливий до променевої терапії?
 1. Верхньоампулярного
 2. Нижньоампулярного
 3. Середньоампулярного
 4. Ректосигмоїдного з'єднання
 5. Анального каналу
 6. Суттєвих відмінностей немає
3. Вкажіть на переважаючу морфологічну форму раку товстої кишки
 1. Плоскоклітинний рак різного ступеня зрілості і функціональної спрямованості
 2. Аденокарцинома
 3. Недиференційований рак
 4. Некласифікований рак
 5. Усі перераховані форми зустрічаються приблизно з однаковою частотою
4. При пальцевому дослідженні прямої кишки можна виявити
 1. До 1/3 усіх пухлин
 2. До 1/2 усіх пухлин
 3. До 3/4 усіх пухлин
 4. Усі пухлини
5. Анемічна форма раку ободової кишки найчастіше зустрічається при локалізації пухлини
 1. У сигмоподібній ободовій кишці
 2. У низхідній ободовій кишці
 3. У поперечній ободовій кишці
 4. У сліпій і висхідній ободовій кишках
 5. Локалізація не має суттєвого значення
6. Який із методів обстеження є першим і обов'язковим при підозрі на рак прямої кишки?
 1. Ректоскопія
 2. Іригоскопія
 3. Пальцеве дослідження
 4. Комп'ютерна томографія
 5. УЗД
7. Яким чином здійснюється кровопостачання ободової кишки?
 1. Артеріями, що відходять від верхньої брижової артерії
 2. Артеріями, що відходять від нижньої брижової артерії

3. Артеріями, що відходять від внутрішньої клубової артерії
 4. Вірна відповідь 1. і 2.
 5. Вірної відповіді немає.
- 8.** *A. colica dextra* в нормі є гілкою
1. Верхньої брижової артерії
 2. Нижньої брижової артерії
 3. Внутрішньої клубової артерії
 4. Вірної відповіді немає
- 9.** *A. colica sinistra* в нормі є гілкою
1. Верхньої брижової артерії
 2. Нижньої брижової артерії
 3. Внутрішньої клубової артерії
 4. Вірної відповіді немає
 5. Внутрішньої клубової артерії
- 10.** *A. ileocolica* в нормі є гілкою
1. Верхньої брижової артерії
 2. Нижньої брижової артерії
 3. Внутрішньої клубової артерії
 4. Вірної відповіді немає
- 11.** *A. colica media* в нормі є гілкою
1. Верхньої брижової артерії
 2. Нижньої брижової артерії
 3. Внутрішньої клубової артерії
 4. Зовнішньої клубової артерії
 5. Вірної відповіді немає
- 12.** *A. rectalis superior* в нормі є гілкою
1. Верхньої брижової артерії
 2. Нижньої брижової артерії
 3. Внутрішньої клубової артерії
 4. Внутрішньої соромітної артерії
 5. Зовнішньої соромітної артерії
- 13.** *A. rectalis inferior* в нормі є гілкою
1. Верхньої брижової артерії
 2. Нижньої брижової артерії
 3. Вірної відповіді немає
 4. Внутрішньої соромітної артерії
 5. Зовнішньої соромітної артерії
- 14.** Яким чином здійснюється кровопостачання прямої кишки?
1. Із системи верхньої брижової артерії
 2. Із системи нижньої брижової артерії
 4. Із системи внутрішньої клубової артерії
 5. Вірні відповіді 1. 2. і 3.
 6. Вірні відповіді 2. і 3.
- 15.** При якій локалізації раку ободової кишки найчастіше спостерігається кишкова непрохідність?

1. У висхідному відділі
 2. У поперечній ободовій кишці
 3. У низхідному відділі
 4. У сигмоподібній кишці
- 16.** В якому із вказаних відділів товстої кишки найчастіше локалізується рак?
1. У сліпій кишці
 2. У висхідному відділі ободової кишки
 3. У поперечній ободовій кишці
 4. У низхідному відділі ободової кишки
 5. У сигмоподібній кишці
- 17.** Чи відрізняються операції «коlostомія» і «накладання протиприродного відхідника»?
1. Ні
 2. Мають різні показання, але однакову методику виконання
 3. Це однакові поняття
 4. Відрізняються за показаннями і методикою виконання
 5. Мають однакові показання, але різну методику виконання
- 18.** Встановлено, що для розвитку раку товстої кишки має значення кількісний вміст у їжі
1. Тваринних білків і жирів
 2. Вітамінів
 3. Рослинних продуктів
 4. Всього перерахованого
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
- 19.** До методу скринінгу раку товстого кишечника в даний час можна віднести
1. Фіброколоноскопію
 2. Іригоскопію
 3. Гемокульттест і криптогем
 4. Віртуальну колоноскопію
 5. Усе перераховане
- 20.** Яка з перерахованих операцій не належить до сфінктерозберігаючих?
1. Внутрішньочеревна (передня) резекція прямої кишки
 2. Черевно-анальна резекція прямої кишки
 3. Черевно-промежинна екстирпація прямої кишки
 4. Вірних відповідей немає
- 21.** Операцію Гартмана при раку верхньоампулярного відділу прямої кишки і раку ректосигмоїдного з'єднання доцільно виконувати:
1. В осіб літнього віку
 2. За наявності обтураційної кишкової непрохідності
 3. При нерезектабельному процесі
 4. За наявності протипоказань до накладення внутрішньочеревного анастомозу
 5. У всіх перерахованих ситуаціях
 6. Вірних відповідей немає
- 22.** Що означає термін «метахронний множинний» рак товстої кишки?
1. Це рецидивний рак кишки з віддаленими метастазами

2. Це одночасне ураження пухлиною різних відділів кишки
 3. Це поява пухлин різних відділів кишки в різний час
- 23.** Вкажіть найінформативніший метод діагностики раку товстої кишки
1. Гемокульттест
 2. Рентгенологічний
 3. Ендоскопічний
 4. Лабораторний (імунодіагностика)
- 24.** Термін «скір» асоціюється з наступним морфологічним типом раку товстої кишки:
1. Недиференційований рак
 2. Аденокарцинома
 3. Лімфома
- 25.** Вкажіть основний пухлинний маркер раку товстої кишки
1. Альфа-фетопротеїн
 2. Раковий ембріональний антиген
 3. Лужна фосфатаза
 4. СА 19-9
 5. PSA
- 26.** Який варіант поєднання градацій символів TNM задовольняє поняття ранній рак товстої кишки?
1. T1N1M0
 2. T2N0M0
 3. T1N0M0
 4. T0N0M1
- 27.** При якому варіанті поєднання символів TNM можна говорити про своєчасно виявлений рак товстої кишки?
1. T1N1M0
 2. T2N0M0
 3. T1N0M0
 4. T3N0M0
 5. Вірні усі відповіді
 6. Вірні відповіді 1. і 2.
 7. Вірні відповіді 2. і 3.
 8. Вірні відповіді 1., 2. і 3.
- 28.** Яка клінічна форма найчастіше зустрічається при раку лівої половини товстої кишки?
1. Ентероколітна
 2. Больова
 3. Обтураційна
 4. Анемічна
 5. Диспепсична
 6. Пухлинна
 7. Псевдозапальна
- 29.** Яка з клінічних форм розвивається при раку правої половини товстої кишки відносно рідше, ніж при раку лівої половини?

1. Больова
 2. Обтураційна
 3. Анемічна
 4. Диспепсична
 5. Пухлинна
 6. Псевдозапальна
- 30.** Вкажіть метод радикального лікування раку товстої кишки T2N0M0
1. Променева терапія
 2. Хіміотерапія
 3. Хірургічний
 4. Комбінований
- 31.** Вкажіть метод радикального лікування раку товстої кишки T2N1M0
1. Променева терапія
 2. Хіміотерапія
 3. Хірургічний
 4. Комбінований
- 32.** Вкажіть I стадію раку товстої кишки
1. T1N0M0
 2. T1N1M0
 3. T2N0M0
 4. T0N1M0
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
 6. Вірні відповіді 1., 2. і 3.
 7. Вірні відповіді 1. і 3.
 8. Усі відповіді вірні
- 33.** Вкажіть II стадію раку товстої кишки
1. T2N0M0
 2. T2N1M0
 3. T3N0M0
 4. T4N0M0
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
 6. Вірні відповіді 1., 2. і 3.
 7. Вірні відповіді 1. і 3.
 8. Вірні відповіді 3. і 4.
- 34.** Поєднання яких із наведених градацій символів TNM не належить до III стадії раку товстої кишки
1. T3N0M0
 2. T3N1M0
 3. T3N1M0
 4. T4N1M0
- 35.** Класифікація стадійності раку товстої кишки за Дюксом (Dukes) передбачає III стадії, що позначаються літерами:
1. TNM
 2. pTNM
 3. CDM

4. ABXSE
5. ABC
- 36.** У процесі прогресування ракові клітини в товстій кишці переважно поширюються
1. Аборально.
 2. Адорально
 3. У поперечному напрямі
 4. По довжині кишки
- 37.*** Яку найменшу кількість резектованих лімфатичних вузлів повинен містити макропрепарат, що скеровується для гістологічного дослідження, після радикальної операції з приводу раку товстої кишки?
1. 3
 2. 6.
 3. 8
 4. 12
 5. 16.
- 38.** Лімфогенним шляхом рак ободової кишки найчастіше метастазує в
1. Паракольні лімфатичні вузли
 2. Лімфовузли за ходом магістральних судин
 3. Печінку
 4. Пахвинні лімфовузли
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
 6. Вірні відповіді 1., 3. і 4.
- 39.** Гематогенним шляхом рак ободової кишки найчастіше метастазує в
1. Паракольні лімфатичні вузли
 2. Лімфовузли за ходом магістральних судин
 3. Печінку
 4. Очеревину малого тазу
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
- 40.*** Сучасні стандарти лікування раку верхньоампулярного відділу прямої кишки з солітарним метастазом у печінці передбачають виконання
1. Низької передньої резекції прямої кишки з наступною хіміотерапією
 2. Екстирпації прямої кишки за Кеню-Майлсом
 3. Сигмостомії з наступною хіміотерапією
 4. Низької передньої резекції прямої кишки і резекції печінки
 5. Сигмостомії, емболізації гілок печінкової артерії з наступною хіміотерапією
- 41.** Взаємозв'язок динаміки захворюваності на колоректальний рак і рак шлунка
1. Прямо пропорційний
 2. Обернено пропорційний
 3. Експотенціальний
 4. Залежності немає
- 42.** Виберіть оптимальний вид радикальної операції при раку прямої кишки, якщо пухлина розміщується на відстані 12 см над анусом
1. Екстирпація прямої кишки
 2. Внутрішньочеревна резекція

3. Резекція кишки з низведенням
 4. Резекція за прямої кишки Гартманом
 5. Сигмостомія.
- 43.**Виберіть оптимальний вид лікування за радикальною програмою раку нижньоампулярного відділу прямої кишки III стадії
1. Хірургічне
 2. Променеве
 3. Хіміотерапія
 4. Комбіноване
- 44.**Виберіть оптимальний вид радикальної операції при нижньоампулярній локалізації раку прямої кишки II-II ст.
1. Сигмостомія
 2. Екстирпація
 3. Внутрішньочеревна резекція
 4. Резекція за Гартманом
- 45.**Вкажіть 5-річне виживання після радикального лікування раку прямої кишки III стадії
1. 10%
 2. 30%
 3. 50%
 4. 70%
- 46.**Вкажіть 5-річне виживання після радикального лікування раку прямої кишки I-II стадії
1. 10%
 2. 30%
 3. 50%
 4. 70%
- 47.**В якій із вказаних країн найвища захворюваність на рак товстої кишки?
1. США
 2. Україна
 3. Німеччина
 4. Японія
- 48.**Накладення ентероентероанастомозу при непрохідності кишкового тракту відноситься до
1. Радикальних операцій
 2. Паліативних операцій
 3. Симптоматичних операцій
- 49.**Яке місце у загальній структурі онкологічної захворюваності населення України у 2009 р. посідав рак товстої кишки?
1. I
 2. II
 3. III
 4. IV
- 50.**Які основні етіологічні чинники виникнення раку товстої кишки:
1. Генетичні, особливості харчування, передракові захворювання

2. Кліматичні
 3. Виражені гормональні порушення
 4. Запальні захворювання
- 51.** Назвіть клінічні форми раку характерні для правої половини товстої кишки
1. Токсикоз-анемічна, псевдозапальна, пухлинна
 2. Обтураційна, ентероколітна
 3. Диспепсична
 4. Атипова
- 52.** Яке з вказаних захворювань не розглядається як передракове до виникнення раку ободової кишки?
1. Ворсинчасті поліпи
 2. Неспецифічний виразковий коліт
 3. Дивертикули ободової кишки
 4. Хвороба Крона
- 53.** Які інструментальні методи дослідження обов'язково потрібно виконати у разі підозри на рак ободової кишки?
1. Іригографія, фіброколоноскопія з біопсією, сонографічне дослідження органів черевної порожнини
 2. Іригографія (в тому числі з подвійним контрастуванням), ректороманоскопія, фіброколоноскопія з біопсією, сонографія органів черевної порожнини, визначення рівня РЕА
 3. Іригографія, фіброколоноскопія з біопсією
 4. Ректороманоскопія
- 54.** Основна гістологічна форма раку ободової кишки
1. Плоско клітинний рак
 2. Залозистий рак
 3. Слизовий рак
 4. Дрібноклітинний рак
- 55.** Який найбільш інформативний метод дослідження у разі підозри на рак ободової кишки?
1. Іригографія (в тому числі з подвійним контрастуванням),
 2. Визначення рівня РЕА в сироватці крові
 3. Сонографічне дослідження органів черевної порожнини
 4. Лапароскопія
 5. Фіброколоноскопія з біопсією
- 56.** Яке поширення раку ободової кишки відповідає категорії T1?
1. Пухлина інфільтрує підслизовий шар
 2. Пухлина не виявлена
 3. Пухлина ободової кишки без метастазів у лімфатичні вузли
 4. Пухлина проростає у всі шари
- 57.** Які шляхи поширення раку ободової кишки
1. Гематогенний
 2. Лімфогенний
 3. По стінці кишки
 4. Усі відповіді вірні

- 58.** Який основний метод лікування раку ободової кишки.
1. Променевиий
 2. Хірургічний
 3. Хіміотерапевтичний
 4. Імунотерапевтичний
- 59.** Назвіть клінічні симптоми характерні для раку прямої кишки
1. Патологічні виділення
 2. Біль під час дефекації
 3. Закрепи та чергування закрепів з проносами
 4. Усі відповіді вірні
- 60.** Які клінічний симптом найбільш характерний для раку анального каналу вже у
ранніх стадіях?
1. Патологічні виділення
 2. Біль під час дефекації
 3. Усі відповіді вірні
 4. Гарячка
- 61.** До передракових захворювань прямої кишки не відносять
1. Амебіаз
 2. Аденоматозні поліпи прямої кишки
 3. Неспецифічний проктит
 4. Поліпоз Гарднера
- 62.** Який з вказаних методів дослідження при підозрі на рак прямої кишки практично не застосовують?
1. Ректороманоскопія з біопсією.
 2. Пальпація органів черевної порожнини, пальцеве обстеження прямої кишки.
 3. Визначення рівня РЕА у сироватці крові
 4. Допплерографія аорти і тазових судин
 5. Сонографічне дослідження органів черевної порожнини
 6. Лапароскопія
 7. Іригоскопія
- 63.** Які основні гістологічні форми раку прямої кишки?
1. Залозистий рак
 2. Плоскоклітинний рак
 3. Недиференційований рак
 4. Усі відповіді вірні
- 64.** Які показання для проведення хіміотерапії при раку прямої кишки?
1. Місцево поширений та метастатичний рак прямої кишки
 2. Ранній рак прямої кишки
 3. Усі форми раку прямої кишки
 4. Усі відповіді вірні.
- 65.** Які шляхи поширення раку прямої кишки?
1. Лімфогенний
 2. Гематогенний
 3. Імплантаційний
 4. Усі відповіді вірні

- 66.** Який базовий метод лікування раку прямої кишки?
1. Хіміотерапевтичний
 2. Хірургічний
 3. Променевий
 4. Усі відповіді вірні
- 67.*** Дизурійна форма раку ректосигмоїдного з'єднання виникає в результаті:
1. Супутнього циститу.
 2. Метастазів раку в сечовий міхур
 3. Супутньої аденоми простати.
 4. Екстраорганного росту пухлини
- 68.** Характерною особливістю гіперпластичних поліпів товстої кишки у порівнянні з аденоматозними є:
1. Низький індекс малігнізації
 2. Високий індекс малігнізації
- 69.** До передракових захворювань ободової кишки не відносять:
1. Виразковий неспецифічний коліт
 2. Хворобу Крона ободової кишки
 3. Хронічний апендицит
 4. Проктосигмоїдит
 5. Поліпоз (у тому числі і спадковий)
- 70.** Радикальною операцією при раку прямої кишки є:
1. Черевно-промежинна екстирпація прямої кишки за Кеню-Майлсом
 2. Черевно-анальна резекція прямої кишки зі зведенням сигми і збереженням сфінктера
 3. Передня резекція прямої кишки
 4. Усі відповіді вірні
- 71.** Ентероколітна форма раку ободової кишки не супроводжується
1. Здуттям живота.
 2. Прносами.
 3. Закрепами.
 4. Тенезмами
- 72.** Для раку ободової кишки характерним є розвиток наступних ускладнень
1. Кишкова непрохідність, перитоніт
 2. Перфорація пухлини
 3. Виникнення параколічних абсцесів і флегмон
 4. Усі вище перераховані
- 73.** Шляхи метастазування раку товстої кишки наступні:
1. Лімфогенний
 2. Гематогенний
 3. Імплантаційний
 4. Усі вище перераховані
- 74.** УЗД і комп'ютерна томографія при раку товстої кишки виконується для пошуку
1. Метастазів у головний мозок
 2. Метастазів у печінку і заочеревинні лімфовузли

3. Можливого поширення пухлини на суміжні органи
4. Усі перераховані відповіді вірні
- 75.** Біль у животі є симптомом раннього раку
 1. Правої половини товстої кишки
 2. Лівої половини товстої кишки
 3. Поперечної ободової кишки
 4. Прямої кишки
 5. Усі відповіді вірні
 6. Вірних відповідей немає
- 76.** Найбільш схильні до малігнізації у товстій кишці
 1. Поодинокі поліпи
 2. Множинні дрібні поліпи
 3. Множинні поліпи на широкій основі
- 77.** Раніше перенесені пухлини жіночих статевих органів і молочної залози
 1. Знижують ризик захворювання на коло ректальний рак
 2. Підвищують ризик захворювання на коло ректальний рак
 3. Не впливають на ризик захворювання на коло ректальний рак
- 78.*** Ворсинчасті поліпи частіше зустрічаються:
 1. У прямій і сигмоподібній кишці
 2. У висхідній ободовій кишці
 3. У поперечна ободовій кишці
 4. У сліпій кишці
- 79.** Рак правої половини товстої кишки частіше призводить до розвитку:
 1. Перфорації кишки
 2. Кишкової непрохідності
 3. Фолієводефіцитної анемії
 4. Втрати ваги
 5. Кишкової кровотечі
- 80.** До передракових захворювань належать усі перераховані, крім:
 1. Аденоматозний поліп товстої кишки
 2. Вілльозний поліп товстої кишки
 3. Колоїдна карцинома
 4. Хвороба Крона
 5. Дифузний спадковий поліпоз товстої кишки
- 81.** Максимально достовірну інформацію при раку товстої кишки дають наступні методи досліджень:
 1. Щипцева біопсія
 2. “Лаваж”-цитологія
 3. “Браш”-цитологія
 4. Вірні тільки відповіді 1. і 2
 5. Усі перераховані методи вірні
- 82.** Токсико-анемічна форма найбільш характерна для раку:
 1. Правої половини товстої кишки
 2. Лівої половини товстої кишки
 3. Поліпоподібного раку товстої кишки

4. Інфільтративного раку прямої кишки
- 83.** Кишкова непрохідність частіше всього виникає при раку:
1. Ректосигмоподібного відділу прямої кишки
 2. Верхньоампулярного відділу прямої кишки
 3. Середньоампулярного відділу прямої кишки
 4. Усіх перерахованих локалізацій з однаковою частотою
- 84.** До екзофітних форм раку товстої кишки не належить:
1. Грибоподібний рак
 2. Поліпоподібний рак
 3. Скірозний рак
- 85.** До ендофітних форм раку товстої кишки не належить відносяться:
1. Виразковий рак
 2. Поліпоподібний рак
 3. Скірозний рак
 4. Інфільтративний рак
- 86.** Проростання у сусідні петлі кишечника кваліфікується як:
1. T1
 2. T2
 3. T3
 4. T4
- 87.** Де найчастіше зустрічаються ворсинчасті пухлини:
1. Низхідна кишка
 2. Поперечна ободова кишка
 3. Пряма кишка
 4. Висхідна кишка
 5. Слепа кишка
- 88.** До спадкових уражень товстої кишки належать:
1. Гіперпластичні поліпи
 2. Поліпоз Пейтца-Єгерса
 3. Аденоматозні поліпи
 4. Ювенільні поліпи
- 89.** При дифузному поліпозі Пейтца-Єгерса індекс малігнізації:
1. Мінімальний
 2. Максимальний
- 90.** До поліпів товстої кишки які найрідше малігнізуються, належать:
1. Ювенільні
 2. Гіперпластичні
 3. Аденоматозні
 4. Ворсинчасті
- 91.** Відділом товстої кишки в якому найчастіше виявляється рак є:
1. Слепа кишка
 2. Низхідна ободова кишка
 3. Сигмоподібна ободова кишка
 4. Поперечна ободова кишка
- 92.** Ворсинчасті поліпи найчастіше зустрічаються

1. У прямій і сигмоподібній кишці
 2. У висхідній кишці
 3. У сліпій кишці
 4. У всіх відділах з однаковою частотою
- 93.**Проба для виявлення прихованої крові у калі
1. Проба Лі-Уайта
 2. Проба Вебера
 3. Проба бензидинова
 5. Проба Кумбса
- 94.**Яка з наведених операцій є симптоматичною?
1. Геміколектомія
 2. Колектомія
 3. Операція Гартмана
 4. Накладання обхідного анастомозу
- 95.**Іригографія товстої кишки проводиться із застосуванням такого контрасту:
1. Технецію
 2. Розчин барію сульфату
 3. Йодліпол
 4. Урографін
- 96.**У чому полягає роль сімейного лікаря в скринінгу раку товстої кишки?
1. Проведення спеціального дообстеження хворих з підозрою на рак
 2. Визначення пухлинних маркерів
 3. Формування груп підвищеного ризику
 4. Розробка методик скринінгу
- 97.**Синдром Пейтца-Єгерса це
1. Генетично детермінований множинний дифузний поліпоз шлунково-кишкового тракту
 2. Поліпоподібний рак товстої кишки
 3. Неспадковий неполіпозний колоректальний рак
 4. Неспадковий генералізований поліпоз з поєднанням алопецією і атрофією нігтів
- 98.**Найчастіша локалізація раку в
1. Прямій кишці
 2. Сигмоподібній ободовій кишці
 3. Сліпій кишці
 4. Поперечній ободовій кишці
- 99.**Хвороба Крона це
1. Хронічний специфічний запальний процес товстої кишки
 2. Поліпоз ободової кишки
 3. Хронічний неспецифічний запальний процес товстої кишки
 4. Дивертикульоз товстої кишки
- 100.** Який оптимальний вид радикального лікування екзофітної форми раку прямої кишки Т3, який знаходиться до 6 см над анусом
1. Резекція прямої кишки зі зведенням
 2. Екстирпація прямої кишки

3. Операція Гартмана
4. Накладання обхідного анастомозу
5. Доопераційна гамма-терапія + екстирпація прямої кишки

Відповіді на тести до розділу 6

1. - 1	11. - 1	21. - 4	31. - 4	41. - 2	51. - 1	61. - 1	71. - 4	81. - 1	91. - 1
2. - 5	12. - 2	22. - 3	32. - 7	42. - 2	52. - 3	62. - 4	72. - 4	82. - 1	92. - 1
3. - 2	13. - 4	23. - 3	33. - 8	43. - 4	53. - 2	63. - 4	73. - 4	83. - 1	93. - 3
4. - 3	14. - 5	24. - 1	34. - 1	44. - 2	54. - 2	64. - 1	74. - 4	84. - 3	94. - 4
5. - 4	15. - 4	25. - 2	35. - 5	45. - 3	55. - 5	65. - 4	75. - 6	85. - 2	95. - 2
6. - 3	16. - 5	26. - 3	36. - 3	46. - 4	56. - 1	66. - 2	76. - 3	86. - 4	96. - 3
7. - 4	17. - 4	27. - 7	37. - 4	47. - 1	57. - 4	67. - 4	77. - 2	87. - 3	97. - 1
8. - 1	18. - 4	28. - 3	38. - 5	48. - 3	58. - 2	68. - 1	78. - 1	88. - 2	98. - 1
9. - 2	19. - 3	29. - 2	39. - 3	49. - 1	59. - 4	69. - 3	79. - 3	89. - 2	99. - 3
10. - 1	20. - 3	30. - 3	40. - 4	50. - 1	60. - 2	70. - 4	80. - 3	90. - 2	100. - 5

РОЗДІЛ 7. РАК ЛЕГЕНІ, ПУХЛИНИ СЕРЕДОСТІННЯ

Виберіть правильну відповідь

1. Бронхоскопія найбільше показана при
 1. Центральному раку легені
 2. Периферичному раку легені
 3. Хронічному обструктивному бронхіті
 4. Туберкульозі
 5. Синдромі круглої тіні
2. Томографія на рівні біфуркації трахеї необхідна для
 1. Встановлення локалізації онкопроцесу легенів
 2. Визначення сегментарної локалізації пухлини
 3. Наявності інвазії в аорту
 4. Уточнення локалізації метастазів у паратрахеальні вузли
3. Лапароскопія використовується для діагностики
 1. Метастазів у заочеревинні лімфовузли
 2. Метастазів у легені
 3. Метастазів по очеревині
 4. Асцити
 5. Проростання пухлини в заочеревинний простір
4. Бронхографія використовується для
 1. Діагностики пухлин середостіння
 2. Діагностики периферичних пухлин легені
 3. Діагностики бронхоектазів
 4. Діагностики центральних раків
 5. Діагностики бронхіту курців
5. Чи є невелика кількість вільної рідини в плевральній порожнині в нормі?
 1. Так
 2. Ні
6. На які умовні частини можна поділити середостіння?
 1. Переднє, середнє і заднє
 2. Верхнє і нижнє
 3. Переднє, заднє, верхнє, нижнє
7. На якому рівні розпочинається грудний відділ трахеї?
 1. На рівні 6-7 шийних хребців
 2. На рівні 4 шийного хребця
 3. На рівні 2 грудного хребця
 4. На рівні 3 грудного хребця
 5. На рівні 5 шийного хребця
8. На якому анатомічному рівні розташована біфуркація трахеї?
 1. На рівні 4-5 грудних хребців
 2. На рівні 2-3 грудних хребців
 3. На рівні 12 грудного хребця
 4. На рівні 5 шийного хребця
 5. На рівні 7 шийного хребця

- 9.** Зі скількох сегментів складається права легеня?
1. 10
 2. 6.
 3. 8.
 4. 4
 5. 5
- 10.** Зі скількох сегментів складається ліва легеня?
1. 2.
 2. 9
 3. 15
 4. 20
- 11.** Зі скількох часток складається права легеня?
1. 3 двох часток
 2. 3 чотирьох часток
 3. Переважно з трьох
- 12.** Зі скількох часток складається ліва легеня?
1. 3 трьох (верхньої, нижньої та язичкової)
 2. 3 двох
 3. 3 однієї
- 13.** Якими лімфатичними сплетеннями представлені лімфатичні судини легенів?
1. Лімфатичні судини легенів, розташовані в поверхневому і глибокому лімфатичних сплетеннях
 2. Лімфатичні судини легенів розташовані тільки в прикореневій зоні
 3. Лімфатична система легенів представлена тільки бронхопультмональними вузлами
- 14.** Назвіть проекцію верхньої частки справа в нормі на реберний каркас
1. Права верхня частка розпочинається від верхівки і доходить ззаду до заднього відрізка 4.го ребра, а спереду до переднього відрізка того ж ребра
 2. Права верхня частка в нормі розпочинається від верхівки плеври і йде до нижнього краю 6-го ребра спереду
- 15.** Назвіть проекцію середньої частки в нормі на реберний каркас
1. Середня частка займає простір між 4-м і 6-м ребрами спереду
 2. Середня частка займає простір між 4-м і 6-м ребрами ззаду, а, іноді, й ближче до кореня легені
- 16.** При ортопозиції на якому рівні проектується правий купол діафрагми в нормі?
1. На рівні 5-6 ребра спереду
 2. На рівні 7 ребра спереду
 3. На рівні 10 ребра спереду
 4. На рівні 2 ребра спереду
 5. На рівні 1 ребра спереду
- 17.** При ортопозиції на якому рівні проектується лівий купол діафрагми в нормі?
1. На рівні 8 ребра спереду
 2. На рівні 5 ребра спереду
 3. На рівні 4-6 ребра спереду
 4. на рівні 1 ребра спереду

5. на рівні 2 ребра спереду
- 18.** Найбільш надійним критерієм ефективності дихання є:
1. Дихальний об'єм
 2. Частота дихання
 3. Об'єм дихання за 1 хв
 4. Життєва ємність легенів
 5. Гази крові
- 19.** Назвіть основні критерії якості рентгенограм грудної клітки:
1. Повнота охоплення об'єкту, виразність і контрастність рентгенограм
 2. Жорсткість рентгенограм і положення хворого під час рентгенографії
 3. Перераховані критерії характеризують якість рентгенограм
- 20.** Як Ви розумієте термін виразність рентгенограми?
1. Це добра окресленість кожної деталі знімку
 2. Це чітка видимість перших трьох-чотирьох верхніх хребців
 3. Це однакове (симетричне) розташування грудино-ключичних з'єднань
- 21.** Які завдання дозволяє вирішити томографічне дослідження легенів?
1. Визначає характер, локалізацію і поширеність патологічного процесу в легенях
 2. Дозволяє вивчити стан трахео-бронхіального дерева, включно з сегментарними бронхами
 3. Уточнює характер ураження лімфатичних вузлів коренів і середостіння при різних патологічних станах
 4. Вирішує всі перераховані завдання
- 22.** Перерахуйте переваги рентгенографії перед рентгеноскопією
1. Краще виявлення дрібних деталей, менше променеве навантаження, можливість об'єктивної оцінки і наступного динамічного спостереження
 2. Краще дозволяє діагностувати патологічний процес при латеропозиції
 3. Дозволяє вивчити в динаміці об'єкти, сховані за серцевою тінню
- 23.** Що Ви розумієте під терміном синдром обмеженого затемнення легеневого поля?
1. Тінь патологічного затемнення займає частину легеневого поля (доля, декілька сегментів, частина сегмента)
 2. Це округла тінь понад 1 см у діаметрі
 3. Це чисельні середньовогнищеві тіні в межах не менше двох міжреберних просторів
 4. Це тіні понад 5 мм, але не більше 10 мм у діаметрі
- 24.** Назвіть найчастішу причину обструкції бронха
1. Екзофітна ендобронхіальна пухлина
 2. Екзофітна трансмуральна пухлина
 3. Екзофітна перібронхіальна пухлина
 4. Стиснення бронха ззовні пухлиною чи лімфатичними вузлами
- 25.** Назвіть найбільш часту причину обструкції бронха
1. Екзофітна перібронхіальна пухлина
 2. Ендофітна трансмуральна пухлина
 3. Ендофітна перібронхіальна пухлина

4. Некротичними шматками пухлини
- 26.** Назвіть найчастішу причину розвитку компресійного стенозу бронха
 1. Перибронхіальний ріст пухлини
 2. Рідина в плевральній порожнині
 3. Повітря в плевральній порожнині
 4. Метастатичні лімфатичні вузли
 5. Пухлини стравоходу
- 27.** Характер слизової оболонки дихальних шляхів в нормі
 1. Блідо-рожевого забарвлення
 2. Бліда
 3. Малинового забарвлення
 4. Набрякла
 5. Сірого кольору
- 28.** Вкажіть ознаку ендоскопічного синдрому прямих анатомічних змін у хворих на рак легенів.
 1. Випинання стінки бронха
 2. Ретростенотичне розширення просвіту бронха
 3. Інфільтрат слизової бронха без її деструкції.
 4. Симптом мертвого гирла
 5. Відсутність слизу у дихальних шляхах
- 29.** Вкажіть на прямі анатомічні ознаки раку легенів при ендоскопії.
 1. Інфільтрат слизової бронха без її деструкції
 2. Інфільтрат слизової бронха з деструкцією слизової
 3. Зміщення стінок або гирла бронха
 4. Наявність геморагічних виділень з бронха
 5. Наявність перифокального запалення
- 30.** Один із перших анатомічних орієнтирів при проведенні бронхоскопії це:
 1. Грушоподібні синуси
 2. Язичок
 3. Вхід у стравохід
 4. Голосові зв'язки
 5. Кіль біфуркації трахеї.
- 31.** Другий анатомічний орієнтир при проведенні бронхоскопії це
 1. Язичок
 2. Вхід у стравохід
 3. Надгортанник
 4. Голосові зв'язки
 5. Каріна
- 32.** Третій анатомічний орієнтир при проведенні бронхоскопії це
 1. Корінь язика
 2. Язичок
 3. Вхід у стравохід
 4. Голосові зв'язки
 5. Кіль біфуркація трахеї
- 33.** Четвертий анатомічний орієнтир при проведенні бронхоскопії це

1. Голосові зв'язки
 2. Кільця трахеї
 3. Кіль біфуркації трахеї
 4. Кільця головних бронхів
 5. Язичок
- 34.** Найчастіше торакоскопія показана:
1. При центральному раку легенів
 2. При пухлинах плеври
 3. При пухлинах середостіння
 4. При підозрі на метастатичне ураження легенів
 5. При підозрі на ателектаз легенів
- 35.** Без позитивного морфологічного дослідження клініко-рентгенологічний діагноз раку легенів виявиться помилковим
1. У 5-10 % спостережень
 2. У 25 % спостережень
 3. Майже ніколи не буде помилковим
 4. Практично у 100 % помилковий
 5. У 50 % спостережень
- 36.** При яких особливостях макроскопічної форми росту раку легенів і локалізаціях пухлини можливо добитися 95 % морфологічної верифікації діагнозу?
1. Екзофітна ендобронхіальна пухлина сегментарного бронха
 2. Екзофітна перибронхіальна форма раку головного бронха
 3. Ендофітна інтраbronхіальна форма раку часткового бронха
- 37.** Які принципи покладені в основу найбільш поширеної класифікації раку легенів?
1. Клінічні ознаки
 2. Анатомічні ознаки
 3. Гісто-морфологічні ознаки
 4. Клінічні, анатомічні та гісто-морфологічні ознаки
- 38.** Які основні особливості захворюваності на рак легенів в Україні?
1. Відзначається постійний ріст захворюваності
 2. Тенденції до росту захворюваності раком легенів нема протягом останніх двох років
 3. Відзначається незначний ріст захворюваності тільки в окремих областях України
 4. Захворюваність на рак легенів зменшується різко
 5. Захворюваність на рак легенів зменшується повільно
- 39.** Основна особливість росту екзофітного раку легенів?
1. Пухлина росте поза бронхом
 2. Ріст пухлини переважно у просвіт бронха
 3. Пухлина поражає тільки стінку бронха
 4. Пухлина проростає на грудну стінку
 5. Пухлина не дає метастазів
- 40.** Основна особливість росту ендофітного раку легенів?

1. Пухлина росте переважно інтра- та перибронхіально
 2. Ріст пухлини переважно у просвіт бронха
 3. Пухлина росте поза бронх (у просвіт) у вигляді вузла
 4. Пухлина росте у вигляді екзофіту в товщу стінки бронха
- 41.** Яким чином можливо верифікувати діагноз периферичного раку легенів?
1. Цитологічним дослідженням харкотиння
 2. Цитологічним дослідженням слизу бронха під час ендоскопії
 3. Цитологічним дослідженням матеріалу на основі браш-біопсії
- 42.** Які з зазначених симптомів відносяться до ранніх клінічних ознак центрального раку легенів?
1. Сухий кашель, який погано піддається медикаментозному лікуванню
 2. Покашлювання, виділення слизового зниження працездатності харкотиння, субфебрилітет, болі в грудях
 3. Кашель з наявністю ознак крові в харкотинні
 4. Ранній центральний рак легенів має перебіг без клінічних ознак
- 43.** Які з зазначених симптомів відносяться до ранніх клінічних ознак периферичного раку легенів?
1. Сухий кашель, який погано піддається медикаментозному лакуванню
 2. Покашлювання, зниження працездатності, субфебрилітет, болі в грудях
 3. Кашель з наявністю ознак крові в харкотинні
 4. Ранній периферичний рак легенів може не проявлятися клінічними ознаками
- 44.** Яка питома вага доброякісних пухлин серед новотворів легенів?
1. 1-3%
 2. 3-10%
 3. 15-20%
 4. 60 %
 5. 85 %
- 45.** Назвіть переважний макроскопічний тип росту раку легенів?
1. Екзофітний
 2. Ендофітний
 3. Мезофітний
- 46.** Назвіть основне місце виникнення злоякісних пухлин легенів?
1. Бронхіальне дерево
 2. Легенева паренхіма
 3. Плевра
- 47.** Які з названих доброякісних пухлин можна віднести до дисембріональних?
1. Аденоми, папіломи, невриноми, остеоми
 2. Гістіоцити, ксантоми
 3. Гамартоми, тератоми
 3. 80-99%
- 48.** Чи можуть малігнізуватись аденоми легень?
1. Так
 2. Ні, це абсолютно доброякісна пухлина
- 49.** Як часто спостерігається рак легенів у хворих на азбестоз порівняно з людьми інших професій?

1. У 10 разів частіше
 2. У 4 рази частіше
 3. У понад 20 разів частіше
- 50.** Які фактори визначають важкість клінічних симптомів в період стійкої оклюзії бронхів?
1. Калібр obtурованого бронха і наявність гнійно-септичних ускладнень з боку паренхіми і плеври
 2. Вік пацієнта, супутні серцево-легеневі захворювання, ступінь кровохаркання
 3. Тривалість стійкої оклюзії бронха
- 51.** Яку мінімальну кількість плеврального випоту можна виявити перкуторним дослідженням грудної клітки?
1. 20-50 мл
 2. 100-300 мл
 3. 300-400 мл
- 52.** Які лабораторні показники характерні для плеврального ексудату?
1. Відносна густина 1018, білок – понад 3%, позитивна проба Рівальта
 2. Відносна густина 1015-1018, білок – 2,3%, негативна проба Рівальта
 3. Відносна густина 1018, білок – 3%, лейкоцитів - понад 1000 в 1 куб. мм
- 53.** Які ранні симптоми тромбоемболії легеневої артерії?
1. Задишка, ціаноз
 2. Кашель
 3. Кровохаркання
 4. Тахікардія, екстрасистолія
- 54.** Який найбільш інформативний методом виявлення метастазів у легені з поданих нижче?
1. Рентгеноскопія
 2. Рентгенографія + томографія
 3. Ультразвукова комп'ютерна томографія
 4. Рентгенівська комп'ютерна томографія
 5. Сканування органів грудної клітки з технецієм (^{99m}Tc)
- 55.** Легеневу кровотечу, як ускладнення центрального раку легенів можна розпізнати за
1. Блюванням кофейною гущею
 2. Виділенням значної кількості пінистої крові з кашлем або значних її домішок у харкотинні
 3. Появою мелени
 4. Наявністю прожилок свіжої крові в бронхіальному секреті
- 56.** Яке місце займає рак легенів в структурі смертності населення України серед злоякісних новотворів протягом останнього десятиліття?
1. I місце
 2. II місце
 3. III місце
 4. IV місце
- 57.** Які статеві особливості захворювання на рак легенів?
1. Частіше хворіють чоловіки

2. Частіше хворіють жінки
 3. Хворіють однаково часто і чоловіки, і жінки
- 58.** Яких осіб необхідно віднести до групи підвищеного ризику захворювання на рак легенів?
1. Хворих на хронічний рецидивний бронхіт
 2. Таких, що тривало і багато палять
 3. Працівників, що мають контакт з аніліновими барвниками
 4. Працівників, що мають контакт з азбестом, хромом, нікелем (і їх сполуками)
 4. Усі відповіді вірні
 5. Вірні усі відповіді, крім 3.
- 59.** Центральний рак легенів розвивається у наступних анатомічних структурах:
1. Головних бронхах
 2. Часткових і сегментарних бронхах
 3. Субсегментарних і бронхах V порядку
 4. Альвеолах
 5. Вісцеральній плеврі
 6. Вірні відповіді 1. і 2.
- 60.** Вікарна емфізема частки при порушенні бронхіальної прохідності пухлиною відповідає
1. I ступеню порушення бронхіальної прохідності за Джексоном
 2. II ступеню порушення бронхіальної прохідності за Джексоном
 3. III ступеню порушення бронхіальної прохідності за Джексоном
- 61.** У хворих на рак легенів, переважає
1. Залозистий рак
 2. Плоскоклітинний рак
 3. Дрібноклітинний рак
 4. Крупноклітинний рак
- 62.** Чи наявність випоту при раку легенів завжди відповідає символу T4?
1. Так
 2. Ні
- 63.** Чи наявність випоту при раку легенів, який містить ракові клітини, завжди відповідає символу T4?
1. Так
 2. Ні
- 64.** Периферійний рак легенів розвивається у наступних анатомічних структурах:
1. Головних бронхах
 2. Часткових і сегментарних бронхах
 3. Субсегментарних і бронхіолах
 4. Альвеолах
 5. Вісцеральній плеврі
- 65.** Якому символу за класифікацією TNM-6 відповідає ателектаз або обструктивний пульмоніт всієї легені?
1. T1
 2. T2
 3. T3

4. T4
- 66.** Яким символом за класифікацією TNM-6 позначаються метастази у надключичні лімфатичні вузли?
1. N3
 2. M1
 3. T4
 4. P2
- 67.** Яким символом за класифікацією TNM-6 не може позначатися пухлина, що інфільтрує вісцеральну плевру?
1. T1
 2. T2
 3. T3
 4. T4
- 68.** Рак легені метастазує
1. Тільки лімфогенним шляхом
 2. Тільки гематогенним шляхом
 3. Як лімфогенним, так і гематогенним шляхами
- 69.** Які з наведених неврологічних симптомів характерні для раку верхівки легені?
1. Розлади чутливості окремих ділянок кисті і передпліччя
 2. Послаблення сухожильних рефлексів передпліччя
 3. Синдром Горнера
 4. Усі відповіді вірні
- 70.** Які з наведених паранеопластичних синдромів можуть розвиватися при раку легенів?
1. Ендокринно-метаболічний
 2. Дерматологічний
 3. Судинний
 4. Усі відповіді вірні
- 71.** З якими пухлинами проводиться диференціальна діагностика нейрогенної пухлини середостіння?
1. З тимомою
 2. З лімфосаркомою середостіння
 3. З бронхогенною кістою
 4. З лімфогранулематозом із ураженням внутрішньогрудних лімфатичних вузлів
 5. З усіма перерахованими
- 72.** Неврогенні пухлини середостіння здатні до
1. Поширення на спинномозковий канал і стиснення спинного мозку
 2. Розповсюдження з середостіння на шию
 3. Малігнізації
 4. Усі відповіді вірні
- 73.** Серед новотворів середостіння співвідношення доброякісних і злоякісних форм приблизно наступне:
1. 1:3
 2. 1:1

- 3. 1:2
 - 4. 4:1
 - 5. 1:5
- 74.** Яка частка злоякісних пухлин середостіння в структурі онкологічної захворюваності?
- 1. 10%
 - 2. 1%
 - 3. 5%
 - 4. 0,1%
- 75.** Яка особливість клінічного перебігу не характерна для злоякісних мезенхімом середостіння?
- 1. Повільний ріст
 - 2. Швидкий ріст
 - 3. Бурхливе метастазування
 - 4. Інфільтративний ріст
- 76.** При злоякісних лімфомах, як правило, вражаються лімфатичні вузли?
- 1. У задньому верхньому середостінні
 - 2. У задньому нижньому середостінні
 - 3. У передньому верхньому середостінні
 - 4. Усі групи лімфатичних вузлів з однаковою частотою
- 77.** При якій пухлині середостіння у хворих може мати місце міастенія
- 1. Фібромі
 - 2. Тимомі
 - 3. Гангліоневромі
 - 4. Негоджкінській лімфомі
 - 5. Ентерогенній кісті
- 78.** Внутрішньогрудний зоб може розташовуватися у
- 1. У передньому верхньому середостінні справа
 - 2. У нижньому середостінні
 - 3. У будь-якому відділі середостіння
 - 4. Тільки за грудиною
- 79.** Чи можуть розвиватися герміногенні пухлини у середостінні?
- 1. Так
 - 2. Ні
- 80.** Яка приблизно частка з усіх гіперплазій середостінних лімфовузлів належить лімфомі Годжкіна?
- 1. 1/2
 - 2. 1/3
 - 3. 1/4
 - 4. 1/10
- 81.** Виявлення при рентгенологічному дослідженні кісткових включень у вигляді зубів в пухлині середостіння є патогномонічним симптомом
- 1. Злоякісної лімфоми для тимомі
 - 2. Зрілої тератоми
 - 3. Ентерокистоми

4. Тимоми
 5. Бронхіальної кісти
- 82.** Для діагностики новотворів середостіння непридатна
1. Загальна ангіопульмонографія
 2. Азигографія
 3. Верхня каваграфія
 4. Бронхоскопія
 5. Аортографія
- 83.** Трансторакальна пункційна біопсія протипоказана
1. При підозрі на тератобласту
 2. При підозрі на аневризму серця або аорти
 3. При пухлині вилочкової залози
 4. При синдромі верхньої порожнистої вени
- 84.** При виконанні типової медіастиноскопії можна оглянути і взяти прицільну біопсію з новотворів, розташованих
1. У задньому середостінні
 2. В області біфуркації і крупних бронхів
 3. У нижніх відділах середостіння (переднього)
 4. У передньому верхньому середостінні
 5. Вірні відповіді 2. і 4.
- 85.*** Бронхоскопія при пухлинах середостіння застосовується для
1. Виявлення морфологічної форми первинної пухлини
 2. Виявити непрямі ознаки інфільтрації стінки трахеї або бронха злоякісним процесом
 3. Визначення прямих ознак проростання злоякісною пухлиною стінки трахеї і крупних бронхів
 4. Виявлення стиснення трахеї і крупних бронхів
 5. Вірні відповіді 2., 3. і 4.
 6. Вірні відповіді 1. і 3.
 7. Немає вірних відповідей.
- 86.** Диференціальний діагноз пухлин середостіння необхідно проводити
1. З аневризмою аорти і серця
 2. З новотворами легенів і плеври
 3. З грижею стравохідного отвору діафрагми
 4. З інфільтративним туберкульозом легень
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
 6. Вірні відповіді 1., 2. і 3.
 7. Усі відповіді вірні
- 87.** Підвищення рівні ХГЛ в сироватці крові при пухлині середостіння може вказувати на
1. Тимому
 2. Лімфосаркому
 3. Нейрогенну пухлину
 4. Герміногенну пухлину
 5. Хемодектому

- 88.** Після виявлення підозри на новотвір середостіння при профілактичному рентгенологічному обстеженні оптимальним є
1. Проведення курсу протизапального лікування і подальше динамічне спостереження
 2. Призначення протипухлинної хіміотерапії
 3. Призначення променевого лікування
 4. Госпіталізація в спеціалізовану клініку з метою до обстеження
 5. Призначення бронхоскопії
- 89.** Променева терапія для лікування злоякісних пухлин середостіння може застосовуватися
1. Як самостійний метод
 2. У комбінації з хірургічним методом
 3. У поєднанні з протипухлинною хіміотерапією
 4. Вірні відповіді 1. і 2.
 5. Вірні відповіді 2. і 3.
 6. Усі відповіді вірні
- 90.** Найкращі віддалені результати лікування злоякісних тимом спостерігаються
1. При хірургічному лікуванні
 2. При променевому лікуванні
 3. При хіміотерапії
 4. При таргетній терапії
 5. При комбінованому лікуванні (операція + променева терапія)
- 91.** Для лікування яких новотворів середостіння найбільш доцільна променева терапія в поєднанні з хіміотерапією
1. Лімфосаркоми
 2. Хвороби Годжкіна
 3. Доброякісної тимоми
 4. Хемодектоми
 5. Немає вірних відповідей
 6. Вірні відповіді 1. і 2.
 7. Вірні відповіді 1., 3. і 4.
 8. Вірні відповіді 2. і 4.
- 92.** До сполучнотканинних пухлин середостіння не належить
1. Ліпома.
 2. Рабдоміосаркома.
 3. Ангіосаркома.
 4. Лімфангіома
 5. Ліпосаркома.
 6. Тератома
- 93.** При комбінованому лікуванні якої з наведених злоякісних пухлин середостіння найчастіше використовується променева терапія?
1. Злоякісна тимома
 2. Нейрофібросаркома
 3. Ліпосаркома
 4. Усі відповіді вірні

- 94.** Усі оперативні доступи, що застосовуються для хірургічного лікування пухлин середостіння, поділяються на:
1. Торакотомні
 2. Трансстернальні (стернотомічні)
 3. Комбіновані (торако- і стернотомічні)
 4. Тораколапаротомні.
 5. Усі відповіді вірні
 6. Вірні відповіді 1. і 2.
 7. Вірні відповіді 1., 2. і 3.
 8. Вірні відповіді 1., 2., 3. і 4.
- 95.** На чому ґрунтуються показання до застосування хіміотерапії при лікуванні злоякісних новотворів середостіння?
1. Локалізації пухлини у тому чи іншому відділі середостіння
 2. Формі росту первинної пухлини
 3. Походженні пухлини
 4. Гістологічній структурі і ступені розповсюдження пухлини
 5. Усі відповіді вірні
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
- 96.** Хірургічне лікування злоякісних пухлин середостіння в режимі монотерапії застосовують
1. При локальних формах
 2. При місцево розповсюджених формах
 3. Ступінь розповсюдження не має суттєвого значення
- 97.** Чим зумовлена активна хірургічна тактика у хворих із доброякісними новотворами середостіння?
1. Можливим розвитком компресійного медіастинального синдрому
 2. Загрозою малігнізації
 3. Високою ймовірністю розвитку небезпечних для життя порушень функції органів середостіння
 4. Усі відповіді вірні
- 98.** Рентгенівська комп'ютерна томографія (КТ) органів грудної клітки в поєднанні з внутрішньовенним підсиленням контрастною речовиною проводиться з метою:
1. Скринінгу пухлин середостіння
 2. Диференційної діагностики з центральним раком легені
 3. З'ясування типу пухлини
 4. Визначення можливого проростання пухлини в крупні судини та бронхи
- 99.** Яка мета циторедуктивних операцій при злоякісних новотворах середостіння?
1. Створення сприятливих умов для проведення ад'ювантної терапії
 2. Максимальне видалення пухлинної тканини.
 3. Досягнення радикалізму оперативного втручання
 4. Усі відповіді вірні
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
 6. Вірні відповіді 1., 2. і 3.

100. При злоякісних новоутворах середостіння можуть виконуватися наступні операції

1. Радикальні операції
2. Комбіновані операції
3. Паліативні операції
4. Циторедуктивні операції.
5. Симптоматичні операції
6. Усі відповіді вірні
7. Вірні відповіді 1. і 2.

Відповіді на тести до розділу 7

1. - 2	11. - 3	21. - 4	31. - 5	41. - 3	51. - 3	61. - 2	71. - 5	81. - 2	91. - 6
2. - 4	12. - 2	22. - 1	32. - 4	42. - 1	52. - 1	62. - 2	72. - 4	82. - 4	92. - 6
3. - 3	13. - 1	23. - 1	33. - 3	43. - 4	53. - 1	63. - 1	73. - 4	83. - 2	93. - 1
4. - 3	14. - 1	24. - 1	34. - 2	44. - 2	54. - 4	64. - 3	74. - 2	84. - 5	94. - 7
5. - 1	15. - 1	25. - 2	35. - 2	45. - 1	55. - 2	65. - 3	75. - 1	85. - 5	95. - 4
6. - 1	16. - 1	26. - 4	36. - 1	46. - 1	56. - 1	66. - 1	76. - 3	86. - 6	96. - 1
7. - 1	17. - 3	27. - 1	37. - 4	47. - 3	57. - 1	67. - 1	77. - 2	87. - 4	97. - 4
8. - 1	18. - 5	28. - 2	38. - 1	48. - 1	58. - 5	68. - 3	78. - 3	88. - 4	98. - 4
9. - 1	19. - 3	29. - 2	39. - 2	49. - 1	59. - 6	69. - 3	79. - 1	89. - 6	99. - 5
10. - 2	20. - 1	30. - 2	40. - 1	50. - 1	60. - 1	70. - 1	80. -	90. - 5	100. - 6

РОЗДІЛ 8. РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

8.1. РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Виберіть правильну відповідь

1. В якому віковому діапазоні жіночого населення найчастіше виявляють РМЗ?
 1. 35 – 45 років
 2. 46-60 років.
 3. 61-70 років
 4. Старші за 70 років
2. Вкажіть країну з високими показниками захворюваності на РМЗ
 1. Росія.
 2. Україна
 3. США
 4. Японія
3. Вкажіть країну з низькими показниками захворюваності на РМЗ
 1. Країни Прибалтики
 2. Україна
 3. Греція
 4. Японія
4. Яке місце в структурі онкологічної захворюваності жінок займає РМЗ?
 1. Перше
 2. Друге
 3. Третє
 4. Четверте
5. Серед перерахованих факторів виділіть найбільш вагомий щодо .ризиків виникнення у жінки РМЗ
 1. Невелике число пологів (менше трьох)
 2. Велика кількість абортів
 3. Перші пологи після 30 років
 4. Короткий період лактації
6. Серед перерахованих факторів виділіть найбільш вагомий щодо .ризиків виникнення у жінки РМЗ
 - 1.Ендокринні та метаболічні порушення (ожиріння, діабет, гіпотиреоз)
 - 2.Генетичні фактори (мутація генів BRCA)
 3. Екзогенні фактори (паління, висококалорійна їжа з надлишком тваринних жирів)
 4. Попередні захворювання молочної залози (мастопатії, ектазії проток)
7. Серед перерахованих факторів виділіть найбільш вагомий щодо .ризиків виникнення у жінки РМЗ
 1. Мутація гена TP53
 2. Гіперекспресія епідермального фактора росту (HER 2/ neu)
 3. Мутація генів BRCA
 4. Гіперекспресія білка Catapsin D
8. Наявність плюс-тканини у молочній залозі у жінки молодшої за 35 років є показання до:

1. Мамографії
 2. Аспіраційної пункційної біопсії
 3. УЗД
 4. УЗД + аспіраційна пункційна біопсія утвору
9. Наявність плюс-тканин у молочній залозі у жінки старшої за 40 років є показанням до:
1. УЗД
 2. Мамографії
 3. Аспіраційної пункційної біопсії утвору
 4. УЗД + мамографія
 5. Мамографії + аспіраційної пункційної біопсії утвору
10. Яка морфологічна ситуація відповідає інвазивному раку молочної залози:
1. В пухлині розміром біля 2 см в діаметрі розростання ракових клітин не проникають базальну мембрану
 2. В структурі злоякісної пухлини інвазивний дефект базальної мембрани в двох місцях не перевищує 1 мм
 3. В структурі злоякісної пухлини інвазивний дефект базальної мембрани в трьох місцях не перевищує 1 мм
 4. В структурі злоякісної пухлини інвазивний дефект базальної мембрани в одному місці перевищує 2 мм
11. У хворих на інвазивний рак молочної залози найважливішим прогностичним чинником є:
1. Розміри первинної пухлини (категорія T)
 2. Гістологічна структура пухлини
 3. Ступінь гістологічної диференціації пухлини (категорія G)
 4. Стан регіонарних лімфатичних вузлів (категорія N)
 5. Рівень в клітинах пухлини гормональних рецепторів (естрогенів та прогестерону)
12. У хворих на ранній рак молочної залози найважливішим прогностичним чинником є:
1. Наявність мікроінвазії
 2. Гістологічна структура пухлини
 3. Низька ступінь гістологічної диференціації пухлини
 4. Наявність збільшеного регіонарного лімфатичного вузла
- 13.* Виберіть комбінацію прогностичних чинників, які дозволять отримати найбільш повну інформацію про агресивний перебіг хвороби та потенційну здатність пухлини до гематогенного метастазування:
1. Наявність мутацій в генах BRCA-1 та BRCA-2
 2. Стан експресії p53 та c-erbB2
 3. Відсоток клітин у фазі S мітотичного циклу + стан ангиогенезу
 4. Визначення рівня ангиогенезу та катепсина Д
14. Вкажіть на найбільш інформативний метод діагностики метастатичного ураження аксиллярних лімфатичних вузлів у хворих на РМЗ:
1. Пальпація
 2. УЗД

3. Лімфосцинтиграфія
 4. МРТ (магнітно-резонансна томографія)
 5. ПЕТ (позитронна емісійна томографія)
- 15.*** Вкажіть на найбільш інформативний метод діагностики метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів у хворих на РМЗ:
1. Класичне гістологічне дослідження.
 2. Імуногістохімічне виявлення в клітинах лімфатичного вузла цитокератину
 3. Імуногістохімічне виявлення в клітинах лімфатичного вузла гормональних рецепторів.
 4. Біопсія сигнального лімфатичного вузла та його гістологічне дослідження.
- 16.** Метою видалення регіонарних лімфатичних вузлів при хірургічному лікуванні РМЗ є:
1. Профілактика регіонарного рецидиву.
 2. Профілактика подальшого метастазування.
 3. Встановлення стадії захворювання
 4. Зменшення обсягу післяопераційного лікування.
- 17.** У хворих на РМЗ біопсію сторожового лімфатичного вузла проводять при наступних клінічних ситуаціях:
1. cT1-3 cN0 M0 стадіях хвороби
 2. cT1-3 c N1 M0 стадіях хвороби
 3. cT1-3 c N2 M0 стадіях хвороби
 4. cT1-3 c N0 M1 стадіях хвороби
- 18.** Біопсію сторожового лімфатичного вузла проводять при наступній клінічній ситуації:
1. Перед хірургічним втручанням у випадку відсутності клініко-інструментальних даних про наявність метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах
 2. Перед хірургічним втручанням незалежно від стану регіонарних лімфатичних вузлів
 3. Перед початком неoad'ювантного лікування (променевого, медикаментозного) незалежно від стану регіонарних лімфатичних вузлів
 4. Перед початком спеціального лікування у випадках підозріння про наявність метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах
- 19.** Сторожовий або сигнальний лімфатичний вузол це:
1. Збільшений в розмірах солітарний регіонарний лімфатичний вузол, який доступний пальпації
 2. Один з перших лімфатичних вузлів на шляху відтоку лімфи від первинної пухлини
 3. Солітарний лімфогенний метастаз у зоні регіонарного лімфовідтоку, діагностований клінічно
 4. Солітарний лімфогенний мікрометастаз у зоні регіонарного лімфо відтоку, діагностований гістологічно
 5. Лімфогенний регіонарний метастаз, діагностований на підставі імуногістохімії

- 20.*** Біопсія сигнального лімфатичного вузла у хворої на рак молочної залози не виявила морфологічних даних за наявність регіонарного метастазу. Який обсяг регіонарної лімфодисекції ви рекомендуєте провести при хірургічному лікуванні хворої?
1. Утриматися від регіонарної лімфодисекції
 2. Хворій показана тотальна пахвова лімфодисекція (I + II + III рівні)
 3. Доцільно обмежитися видаленням пахвових лімфатичних вузлів I та II рівнів лімфовідтоку
 4. Доцільно обмежитися видаленням регіонарних лімфатичних вузлів тільки I рівня лімфовідтоку
- 21.** Наявність метастазу РМЗ в одному з сигнальних лімфатичних вузлів у пахвовій ділянці є показанням до:
1. Проведення променевої терапії на пахвову ділянку перед оперативним втручанням
 2. Проведення неoad'ювантної хіміотерапії
 3. Проведення неoad'ювантної гормонотерапії
 4. Проведення радикальної операції з наступним ад'ювантним лікуванням
- 22.** Тотальна пахвова лімфодисекція є обов'язковим елементом радикального хірургічного втручання за винятком:
1. Модифікованої радикальної мастектомії за Мадденом
 2. Модифікованої радикальної мастектомії за Пейті
 3. Радикальної мастектомії за Голстедом
 4. Розширеної радикальної мастектомії за Урбаном-Холдінім
- 23.** У хворої на РМЗ проведено органозберігаюче хірургічне втручання в об'ємі лампектомії. Стадія захворювання - pT1 pN0 G2 M0 Яке лікування після операції необхідно призначити хворій?
1. Променеву терапію на залишений обсяг молочної залози
 2. Променеву терапію на залишений обсяг молочної залози та зону пахвового регіонарного лімфовідтоку
 3. Променеву терапію на залишений обсяг молочної залози, пахвову та парастернальну ділянку лімфовідтоку
 4. Променеву терапію на залишений обсяг молочної залози, пахвову, парастернальну та шийно-надключичну ділянку лімфовідтоку
- 24.** У хворої на РМЗ проведено органозберігаюче хірургічне втручання обсягом радикальна секторальна резекція. Стадія захворювання - pT1 pN1 G2 M0 Яке лікування після операції необхідно призначити хворій?
1. Променеву терапію на молочну залозу та зони регіонарного лімфовідтоку
 2. Променеву терапію на молочну залозу, зони регіонарного лімфовідтоку, а після закінчення променевого лікування додатково провести ад'ювантне медикаментозне лікування
 3. Обмежитися тільки ад'ювантною терапією
 4. Спочатку провести ад'ювантну хіміотерапію, а після її закінчення призначити променеву терапію на молочну залозу

- 25.**Наявність метастазу РМЗ в одному регіонарному лімфатичному вузлі є показанням до проведення:
1. Ад'ювантної променевої терапії
 2. Ад'ювантного медикаментозного лікування
 3. Ад'ювантного променевого та медикаментозного лікування
 4. не підлягає додатковому лікуванню
- 26.**Наявність метастазів РМЗ в 4-х та більше регіонарних лімфатичних вузлах є показанням до проведення:
1. Ад'ювантної променевої терапії.
 2. Ад'ювантної хіміотерапії.
 3. Ад'ювантної гормонотерапії.
 4. Ад'ювантного цитостатичного та променевого лікування.
- 27.**Вкажіть оптимальний термін початку проведення ад'ювантної хіміотерапії у хворих на РМЗ:
1. Після загоєння операційної рани і зняття швів (приблизно 12-14 дні)
 2. У межах 4-х тижнів після хірургічного втручання
 3. Через 2-3 місяця після операції і повного відновлення обсягу рухів в плечовому суглобі
 4. Оптимального терміну початку ад'ювантного лікування не існує
- 28.**Променева терапія на молочну залозу після проведення органозберігаючої операції проводиться з наступною метою:
1. Для попередження лімфогенного метастазування
 2. Для попередження гематогенного метастазування
 3. Для попередження локального рецидиву
 4. Для попередження регіонарного рецидиву
- 29.***Наявність метастазу РМЗ в одному з регіонарних лімфатичних вузлів свідчить про:
1. Небезпеку виникнення локального рецидиву після закінчення лікування
 2. Небезпеку регіонарного рецидиву після закінчення лікування
 3. Небезпеку локального та регіонарного рецидиву після лікування
 4. Небезпеку доклінічного гематогенного метастазування
- 30.**Ад'ювантну хіміотерапію у хворих на РМЗ проводить з метою:
1. Профілактики локального рецидиву
 2. Попередження регіонарного рецидиву
 3. Санації доклінічних віддалених метастазів
 4. Лікування клінічних віддалених метастазів
- 31.***Ад'ювантна хіміотерапія у хворих на РМЗ призводить до:
1. Зменшення відсотку локальних рецидивів
 2. Редукції відсотку регіонарних рецидивів
 3. Зростання відсотку безрецидивного виживання хворих
 4. Зростання відсотку безрецидивного та загального виживання хворих
- 32.**У 40-річній пременопаузальній хворій на рак лівої молочної залози проведено органозберігаючу операцію - лампектомію. Пухлина розташована на межі внутрішніх квадрантів. Стадія захворювання pT1 pN0 G1 M0. Після операції хвора підлягає наступному лікуванню:

1. Променевій терапії на залишений обсяг молочної залози
 2. Променевій терапії на залишений обсяг молочної залози, пахвову та парастернальну ділянку лімфовідтоку
 3. Променевій терапії на парастернальну ділянку лімфовідтоку
 4. Променевій терапії на медіальні квадранти молочної залози та парастернальну зону лімфовідтоку
 5. Достатньо провести ад'ювантну хімію - або гормонотерапію
- 33.** Згідно даних метааналізу закінчених рандомізованих досліджень оптимальна тривалість ад'ювантної терапії тамоксифеном у хворих на РМЗ становить:
1. Один рік
 2. Три роки
 3. П'ять років
 4. Десять років
 5. Оптимальну тривалість лікування ще не встановлено
- 34.** Вкажіть найбільш чутливий метод діагностики метастазів РМЗ в кістки:
1. Клініка
 2. Рентгенографія
 3. КТ
 4. МРТ
 5. Сканування кісток
- 35.*** З якою метою у хворих на РМЗ застосовують бісфосфонати?
1. Лікування віддалених лімфогенних метастазів
 2. Лікування солітарних метастазів у головний мозок
 3. Лікування метастазів у кістки
 4. Лікування карциноматозного плевриту та асцити
- 36.** Профілактична мамографія у 45 річної пременопаузальної жінки виявила пухлинний утвір величиною до 9 мм у зовнішньоверхньому квадранті правої залози, який при пальпації та сонографії не визначається. З анамнезу відомо, що жінка не вагітніла. Виберіть подальшу діагностичну тактику:
1. Повторити мамографію через 6 місяців
 2. Рекомендувати відкриту біопсію – видалення зовнішньоверхнього сектора залози
 3. Визначити в крові рівень пухлино-асоційованого маркера СА-15-3 і у випадку його підвищення рекомендувати відкриту біопсію - видалення зовнішньоверхнього сектора залози.
 4. Відкрита біопсія утвору на підставі мамографічної голкової локалізації.
- 37.** Профілактична мамографія у 45 річної пременопаузальної жінки у зовнішньоверхньому квадранті справа виявила пухлинний утвір неправильної форми величиною 10 мм, який при пальпації не визначається. Виберіть подальшу діагностичну тактику:
1. Провести УЗД молочної залози
 2. Повторити мамографію через 6 місяців
 3. Визначити в крові рівень пухлино-асоційованих маркерів
 4. Відкрита біопсія утвору на підставі мамографічної голкової локалізації

- 38.***Мамографічно у менопаузальної жінки 60 років на межі лівих зовнішніх квадрантів виявлено ділянку перебудови паренхіми залози розміром до 1 см. Після додаткової компресії зона перебудови паренхіми на мамограмі зникає. Клінічно та сонографічно патологічних змін в молочних залозах не виявлено. Анамнез без особливостей. Ваша подальша діагностична тактика:
1. Повторна мамографія через 6 місяців
 2. Повторна мамографія через рік
 3. Стереотаксична мамографія
 4. МРТ молочних залоз
- 39.**Профілактична мамографія у 55-річної менопаузальної жінки виявила скупчення мікрокальцинатів в субареолярній зоні справа на площі 1 x 0.5 см. Клінічно та сонографічно патологічних змін у молочних залозах не виявлено. Анамнез – без особливостей. Ваша подальша діагностична тактика:
1. Повторна мамографія через рік
 2. Мамографічна голкова локалізація утвору + відкрита біопсія
 3. Дуктографія
 4. Термографія молочних залоз
- 40.**Основним методом лікування доброякісних пухлин молочних залоз є
1. Хірургічний
 2. Променевий
 3. Гормональний
 4. Цитостатичний
- 41.**До передракових захворювань молочної залози відносять:
1. Фібroadеноми
 2. Кісти
 3. Обмежені фібрози мастопатії без проліферації епітелію
 4. Обмежені мастопатії з проліферацією епітелією
- 42.**Зазначте ознаки преінвазивного раку молочної залози:
1. Невеликих розмірів плюс тканина в молочної залозі
 2. Наявність кластеру мікрокальцинатів на мамограмах
 3. Наявність гіпоехогенного утвору в залозі при сонографії
 4. Помірні болі в залозі, які не пов'язані з менструальним циклом
- 43.**Основний метод ранньої діагностики раку молочної залози.
1. Мамографія
 2. Сонографія
 3. Самообстеження молочних залоз
 4. Клінічні огляди залоз спеціалістом мамологом
- 44.**Якому з перерахованих методів діагностики РМЗ притаманна найменша інформативність:
1. Пальпація
 2. Термографія
 3. Сонографія
 4. Мамографія
- 45.**Якому з перерахованих методів діагностики РМЗ притаманна найменша інформативність:

1. Пальпація
 2. Термографія
 3. Радіонуклідний
 4. Сонографія
- 46.** Який з перерахованих пухлино-асоційованих антигенів доцільно використовувати у хворих на РМЗ:
1. СА 15-3
 2. СА 19-9
 3. СА 125
 4. СА 72-4
- 47.** 3 якою метою найбільш доцільно визначати в периферичній крові хворих рівень пухлино-асоційованих маркерів?
1. Скринінгу раку
 2. Для первинної діагностики
 3. Для диференціальної діагностики
 4. Для моніторингу пухлинного процесу після попереднього лікування
- 48.** Після радикального лікування локально-регіонарних стадій РМЗ (T1.2 N1 M0) прогресування пухлинного процесу найчастіше спостерігається в наступні терміни:
1. Протягом першого року
 2. Протягом другого року
 3. Протягом третього року.
 4. Протягом четвертого - п'ятого років
- 49.*** Першою лінією гормонотерапії у пременопаузальних хворих на дисеміновані форми РМЗ вважається:
1. Оваріальна абляція або супресія + інгібітори ароматази
 2. Оваріальна абляція або супресія + антиестрогени
 3. Оваріальна абляція або супресія + андрогени
 4. Оваріальна абляція або супресія + естрогени
- 50.*** Першою лінією гормонотерапії у менопаузальних хворих на дисеміновані форми РМЗ вважаються
1. Інгібітори ароматази
 2. Антиестрогени
 3. Прогестини
 4. Кортикостероїди
- 51.** До якої клінічної групи належать хворі, що страждають на проліферативну форму фіброзно-кістозної мастопатії?
1. Іа
 2. Іб
 3. ІІ
 4. ІІІ
- 52.** Для чого необхідне визначення експресії рецепторів ER/PR в пухлині молочної залози?
1. Застосування променевої терапії
 2. Застосування гормонотерапії

3. Застосування хіміотерапії
4. Обґрунтування доцільності хірургічного лікування
- 53.** Прогноз перебігу раку молочної залози II ст..гірший при
 1. Набряково-інфільтративній формі
 2. Вузловій формі
 3. Хворобі Педжета
 4. Форма раку не має значення
- 54.** Чи завжди втягнення шкіри і рефракція соска при раку молочної залози свідчить про T4?
 1. Так
 2. Ні
- 55.** З якими захворюваннями необхідно диференціювати рак молочної залози?
 1. З вузловою мастопатією
 2. З фіброаденомою
 3. З маститом
 4. З туберкульозом
 5. Усі відповіді вірні
- 56.** Тільки хірургічне лікування може застосовуватися, якщо до операції встановлена:
 1. I стадія раку молочної залози
 2. IIВ стадія
 3. T2N0M0
 4. III стадія
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
 6. Вірні відповіді 1. і 3.
 7. Вірні відповіді 1., 2., і 3.
 8. Усі відповіді вірні
- 57.** Для досягнення оптимальної ефективності ад'ювантної хіміотерапії за схемою CMF необхідно провести
 1. 2 цикли
 2. 3 цикли
 3. 4 цикли
 4. 5 циклів
 5. 6 циклів
- 58.** Методика радикальної мастектомії за Голстедом передбачає
 1. Збереження великого грудного м'яза
 2. Повне видалення великого грудного м'яза
 3. Часткове видалення великого грудного м'яза
 4. Збереження малого грудного м'яза
- 59.** Методика радикальної мастектомії за Пейті передбачає
 1. Збереження великого грудного м'яза
 2. Збереження малого грудного м'яза
 3. Часткове видалення великого грудного м'яза
 4. Збереження обох грудних м'язів
- 60.** Методика радикальної мастектомії за Мадденом передбачає

1. Збереження великого грудного м'яза
 2. Збереження малого грудного м'яза
 3. Часткове видалення великого грудного м'яза
 4. Збереження обох грудних м'язів
- 61.** Яку кількість нових випадків раку молочної залози, на вашу думку, виявлено в Україні у 2009 році?
1. 10691
 2. 14691
 3. 16384
 4. 18691
- 62.** Яке рангове місце серед причин смертності від онкозахворювань в Україні зараз посідає рак молочної залози?
1. Перше
 2. Друге
 3. Третє
 4. Четверте
 5. П'яте
- 63.** Який рівень захворюваності на рак молочної залози з розрахунку на 100 тис. жіночого населення (звичайний показник), на вашу думку, зареєстровано в Україні у 2009 році?
1. 12.7
 2. 18,8
 3. 22.2
 4. 43.7
 5. 65.6
- 64.** При одноразовому опроміненні молочної залози і пахвових лімфатичних вузлів за методикою дрібного фракціонування рекомендується доза у Гр:
1. 1,5-2
 2. 4-5
 3. 12
 4. 16
- 65.** При одноразовому опроміненні молочної залози і пахвових лімфатичних вузлів за методикою середнього або крупного фракціонування рекомендується доза у Гр:
1. 1,5-2
 2. 4-5
 3. 12
 4. 16
- 66.** Оперативне втручання у хворих на рак молочної залози T1N1M0 після закінчення курсу опромінення за методикою крупного фракціонування рекомендується проводити
1. У той самий день або на наступний день
 2. Через 1 тиждень
 3. Через 4-5 тижнів
 4. Термін проведення не має суттєвого значення

5. Усі відповіді неправильні
- 67.** Оперативне втручання у хворих на рак молочної залози T2N2M0 після закінчення курсу опромінення за методикою дрібного фракціонування рекомендується проводити
1. У той самий день або на наступний день
 2. Через 1 тиждень
 3. Через 4-5 тижнів
 4. Термін проведення не має суттєвого значення
 5. Усі відповіді неправильні
- 68.** Для раку молочної залози регіонарними є всі перераховані гомолатеральні лімфатичні вузли, окрім
1. Пахвових
 2. Підключичних
 3. Парастернальних (у внутрішньо грудній фасції)
 4. Надключичних (у надключичній ямці)
 5. Підщелепних
- 69.** Для масового обстеження з метою діагностики раку молочної залози серед населення (скринінгу) застосовується
1. Флюорографія
 2. Термографія
 3. Мамографія
 4. Рентгенівська комп'ютерна томографія (КТ)
 5. Магнітнорезонансна томографія (МРТ)
- 70.** Яке з перелічених захворювань є формою раку молочної залози?
1. Хвороба Мінца
 2. Хвороба Реклю
 3. Хвороба Педжета
 4. Хвороба Шіммельбуша

Відповіді на тести до розділу 8.1.

1. - 3	11. - 4	21. - 4	31. - 4	41. - 4	51. - 2	61. - 3
2. - 3	12. - 1	22. - 1	32. - 1	42. - 2	52. - 1	62. - 1
3. - 4	13. - 2	23. - 1	33. - 3	43. - 1	53. - 1	63. - 5
4. - 1	14. - 5	24. - 4	34. - 5	44. - 2	54. - 2	64. - 1
5. - 3	15. - 2	25. - 2	35. - 3	45. - 3	55. - 5	65. - 2
6. - 2	16. - 3	26. - 4	36. - 4	46. - 1	56. - 6	66. - 1
7. - 3	17. - 1	27. - 2	37. - 1	47. - 4	57. - 5	67. - 3
8. - 4	18. - 1	28. - 3	38. - 1	48. - 2	58. - 2	68. - 5
9. - 5	19. - 2	29. - 4	39. - 2	49. - 1	59. - 2	69. - 3
10. - 4	20. - 1	30. - 3	40. - 1	50. - 1	60. - 4	70. - 3

8.2. РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Виберіть правильну відповідь

1. Доброякісні пухлини щитоподібної залози:
 1. Аденома
 2. Проліферуюча струма
 3. Карцинома
2. Доброякісні пухлини щитоподібної залози:
 1. Фолікулярна аденокарцинома
 2. Лімфома
 3. Папілярна аденома
3. Найчастіша форма злоякісних пухлин щитоподібної залози
 1. Фолікулярний рак
 2. Папілярна аденокарцинома
 3. Недиференційований рак
 4. Рак з клітин Ашкеназі
4. Пухлина, яка інтенсивно накопичує ^{131}J , цеб
 1. Аденома
 2. Зоб Хашимото
 3. Рак
5. Основний метод лікування раку щитоподібної залози без метастазів:
 1. Хірургічний
 2. Променевий
 3. Хіміотерапія
 4. Комбінований
6. Який метод лікування є базовим при раку щитоподібної залози?
 1. Хірургічний
 2. Променевий
 3. Хіміотерапія
 4. Комбінований
7. Назвіть найчастіші місця віддалених метастазів раку щитоподібної залози
 1. Головний мозок
 2. Печінка і селезінка
 3. Легені і кістки
 4. Легені і печінка.
8. Середня захворюваність на рак щитоподібної залози у розрахунку на 100 тис. нас. України наприкінці ХХ ст. дорівнювала:
 - 1 23,8
 - 2, 8,0
 - 3, 4,2
 - 4, 9,8
9. У результаті аварії на Чорнобильській АЕС у прилягаючих зонах захворюваність на рак щитоподібної залози
 1. Істотно збільшилася
 2. Не змінилася

3. Зменшилася
 4. Є тенденція до збільшення захворюваності
- 10.**Символом N1 у хворих на рак щитоподібної залози позначають:
1. Ураження глибоких лімфатичних вузлів шиї
 2. Ураження двох лімфатичних вузлів метастазами пухлини
 3. Ураження трьох лімфатичних вузлів метастазами пухлини
 4. Ураження метастазами пухлини лімфатичних вузлів на обох сторонах одночасно, серединних або на протилежній стороні
- 11.**Найбільша захворюваність на рак щитоподібної залози відзначається у
1. Регіонах із жарким кліматом
 2. Північних регіонах
 3. Східних регіонах
 4. Місцях ендемічного зобу
- 12.**Який метод діагностики раку щитоподібної залози вважається найбільш адекватним?
1. Пальпація щитоподібної залози
 2. Сканування щитоподібної залози
 3. УЗД + тонкоголкава пункційна біопсія з цитологічним дослідженням пунктату
 4. УЗД
- 13.**При якому з видів раку щитоподібної залози спостерігається активне поглинання ^{131}J ?
1. Папілярному
 2. Фолікулярному
 3. Анапластичному
 4. Медулярному
- 14.**При якій формі раку щитоподібної залози найбільш доцільне лікування за допомогою ^{131}J ?
1. Папілярній
 2. Фолікулярній
 3. Анапластичній
- 15.**Одним із характерних проявів медулярної карциноми щитоподібної залози є:
1. Артеріальна гіпертензія
 2. Виснаження
 3. Діарея
 4. Закрепи
- 16.**Який із видів раку щитоподібної залози по своєму перебігу може бути віднесений до найбільш сприятливого
1. Фолікулярний
 2. Папілярний
 3. Медулярний
 4. Анапластичний
- 17.**З яких клітин розвивається фолікулярний рак щитоподібної залози
1. А клітин
 2. С клітин

3. Неепітеліальних клітин
 4. Клітин мезотелію
 5. А і В клітин
- 18.3** яких клітин розвивається папілярний рак щитоподібної залози
1. Клітин мезотелію
 2. В клітин
 3. Неепітеліальних клітин
- 19.3** яких клітин розвивається медулярний рак щитоподібної залози
1. В-клітин
 2. А клітин
 3. С клітин
 4. Неепітеліальних клітин
- 20.3** яких клітин розвивається недиференційований рак щитоподібної залози
1. А і В клітин
 2. С клітин
 3. Неепітеліальних клітин
 4. Клітин мезотелію
- 21.** Яку тенденцію має захворюваність на рак щитоподібної залози в Україні
1. До зниження
 2. До стабілізації
 3. До зростання
- 22.** Яка сонографічна ознака найчастіше характерна для раку щитоподібної залози?
1. Гіперехогенний вузол
 2. Нормоехогенний вузол
 3. Гіпоехогенний вузол
- 23.** Маркер раку щитоподібної залози
1. РЕА.
 2. АФП
 3. СА 15-3
 4. Тиреоглобулін (Тg)
- 24.** Яка морфологічна форма раку щитоподібної залози найбільш поширена
1. Медулярний рак
 2. Папілярний рак
 3. Фолікулярний рак
 4. Недиференційований рак
- 25.** Що таке аберантна форма раку щитоподібної залози
1. Струмоподібна форма
 2. Тиреоїдитоподібна форма
 3. Прихована форма
 4. Багатовузлова форма
- 26.** Яке захворювання щитоподібної залози відноситься до передраку
1. Зоб Хашимото
 2. Аденома щитоподібної залози
 3. Фіброма щитоподібної залози

4. Хронічний тиреоїдит Ріделя
- 27.** Якій стадії відповідає папілярний рак щитоподібної залози T4N1M1 у хворої 35 років
1. I стадії.
 2. II стадії.
 3. III стадії.
 4. IV стадії.
- 28.** Якій стадії відповідає папілярний рак щитоподібної залози T2N0 M0 у хворого 55 років
1. I стадії.
 2. II стадії.
 3. III стадії.
 4. IV стадії.
- 29.** Якій стадії відповідає фолікулярний рак щитоподібної залози T4N1M0 у хворої 49 років
1. I стадії.
 2. II стадії.
 3. III стадії.
 4. IV стадії.
- 30.** Якій стадії відповідає медулярний рак щитоподібної залози T3N1M0 у хворого 44 років?
1. I стадії.
 2. II стадії.
 3. III стадії.
 4. IV стадії.
- 31.** Якій стадії відповідає недиференційований рак щитоподібної залози T1N0M0 у хворої 42 років?
1. I стадії.
 2. II стадії.
 3. III стадії.
 4. IV стадії.
- 32.** Оптимальним методом ідентифікації вузлових утворів у щитоподібній залозі є:
1. Сонографія.
 2. Кількісна сцинтиграфія.
 3. Визначення рівня тиреоглобуліну сироватки крові
 4. Пункційна біопсія з цитологічним дослідженням
 5. КТ органів ший.
- 33.** Яке 5-річне виживання хворих на папілярний рак щитоподібної залози?
1. 40%
 2. 65%.
 3. 90%
 4. 25%
 5. 0%
- 34.** Яке 5-річне виживання хворих на медулярний рак щитоподібної залози?
1. 40%

2. 65%.
 3. 80%
 4. 20%
 5. 0%
- 35.** Яке 5-річне виживання хворих на недиференційований рак щитоподібної залози?
1. 40%
 2. 65%.
 3. 90%
 4. 20%
 5. 0%
- 36.** Який метод лікування раку щитоподібної залози є основним?
1. Променевий.
 2. Хіміотерапевтичний.
 3. Хірургічний.
 4. Гормонотерапія.
- 37.** Показання до гемітироїдектомії при раку щитоподібної залози:
1. Молодий вік і недиференційовані форми.
 2. Старший вік і диференційовані форми.
 3. Рак щитоподібної залози у жінок.
 4. Рання стадія, диференційовані форми і молодий вік.
 5. Рання стадія, диференційовані форми і старший вік.
- 38.** Показання до тироїдектомії при раку щитоподібної залози усі зазначені, крім:
1. Молодий вік і недиференційовані форми.
 2. Старший вік і диференційовані форми.
 3. Рання стадія, диференційовані форми і молодий вік.
 4. Рання стадія, диференційовані форми і старший вік.
- 39.** Показаннями до шийної футлярно-фасціальної лімфаденектомії при раку щитоподібної залози є:
1. Множинні, не спаяні поміж собою, рухомі гомолатеральні лімфовузли
 2. Множинні, не спаяні поміж собою, рухомі гетеролатеральні лімфовузли
 3. Множинні, спаяні поміж собою, обмежено рухомі гомолатеральні лімфовузли
 4. Поодинокі, не спаяні поміж собою, рухомі гомолатеральні лімфовузли
- 40.** Показаннями до лімфаденектомії за Крайлем при раку щитоподібної залози є усі, крім:
1. Множинні, не спаяні поміж собою, рухомі гомолатеральні лімфовузли
 2. Множинні, не спаяні поміж собою, рухомі гетеролатеральні лімфовузли
 3. Множинні, спаяні поміж собою, обмежено рухомі гомолатеральні лімфовузли
 4. Поодинокі, не спаяні поміж собою, рухомі гомолатеральні лімфовузли
- 41.** Цитостатична терапія раку щитоподібної залози є
1. Високоєфективною
 2. Низькоєфективною.
 3. Помірноефективною.

- 42.**Показаннями до радіонуклідної терапії при раку щитоподібної залози є:
1. Недиференційований рак перед тироїдектомією
 2. Диференційовані раки перед тироїдектомією
 3. Недиференційований рак після тироїдектомії
 4. Медулярний рак після тироїдектомії
 5. Папілярний і фолікулярний раки після тироїдектомії
 6. Лімфоми щитоподібної залози
- 43.**Показаннями до дистанційної променевої терапії при раку щитоподібної залози є:
1. Недиференційований рак перед тироїдектомією
 2. Диференційовані раки перед тироїдектомією
 4. Медулярний рак після тироїдектомії
 5. Папілярний і фолікулярний раки після тироїдектомії
 6. Лімфоми щитоподібної залози
- 44.**Тактика лікування раку щитоподібної залози T2N0M0 наступна:
1. Променева терапія
 2. Операція
 3. Хіміотерапія + променева терапія
 4. Променева терапія + хіміотерапія
 5. Променева терапія + операція + хіміотерапія
- 45.**Рак щитоподібної залози у хворого 42 років розміром 4 см, папілярної будови, лімфовузол на шиї до 3 см. Яка це стадія?
1. I
 2. II
 3. III
 4. IV
- 46.**Рак щитоподібної залози у хворої 54 років фолікулярної будови розміром до 1 см, лімфовузол на шиї розміром до 1,5 см. Яка це стадія?
1. I
 2. II
 3. III
 4. IV
- 47.**Рак щитоподібної залози захоплює йод з частотою
1. 95%
 2. 70%
 3. 50%
 4. 30%
 5. 5%
 6. Не захоплює взагалі
- 48.**Найважливіший метод діагностики раку щитоподібної залози
1. Ультразвуковий
 2. Радіоізотопний
 3. Цитологічний
 4. Біопсія
- 49.**Операцією вибору при раку щитоподібної залози в більшості випадків є:

1. Тироїдектомія + центральна лімфаденектомія
 2. Субтотальна резекція щитоподібної залози
 3. Енуклеація пухлини у частці залози
 4. Гемітироїдектомія + профілактична лімфаденектомія
50. Які морфологічні форми не характерні для раку щитоподібної залози?
1. Папілярний рак
 2. Фолікулярний рак
 3. Недиференційований рак
 4. Плеоморфний рак
 5. Медулярний рак

Відповіді на тести до розділу 8.2.

1. - 1	11. - 4	21. - 3	31. - 3	41. - 2
2. - 3	12. - 3	22. - 3	32. - 4	42. - 5
3. - 4	13. - 2	23. - 4	33. - 3	43. - 6
4. - 3	14. - 2	24. - 2	34. - 3	44. - 2
5. - 1	15. - 3	25. - 3	35. - 5	45. - 1
6. - 1	16. - 2	26. - 2	36. - 3	46. - 3
7. - 3	17. - 5	27. - 2	37. - 4	47. - 5
8. - 3	18. - 2	28. - 2	38. - 3	48. - 4
9. - 1	19. - 3	29. - 3	39. - 4	49. - 1
10. - 4	20. - 1	30. - 3	40. - 4	50. - 4

РОЗДІЛ 9. РАК ШКІРИ, МЕЛАНОМА, ЛІМФОМА ГОДЖКІНА

9.1. РАК ШКІРИ, МЕЛАНОМА

Виберіть правильну відповідь

1. Частота виникнення плоскоклітинного раку шкіри на тлі хвороби (Боуена) складає
 1. Майже 100%
 2. Близько 50%
 3. 15-20%
 4. Ніколи не виникає
2. Тривала і інтенсивна інсоляція може привести до виникнення
 1. Раку шкіри
 2. Раку легені
 3. Раку шлунка
 4. Немає вірної відповіді
3. Виникнення папілом шкіри і слизових у людини пов'язують з вірусом
 1. ДНК-вмісним
 2. РНК-вмісним
 3. З групи PpapVa-вірусів
 4. З групи вірусів віспи
 5. Вірні відповіді 1. і 3
4. У хворого 72 років базаліома шкіри спини 0,8 см у діаметрі. Йому найдоцільніше
 1. Хірургічне видалення
 2. Кріогенна деструкція
 3. Близькофокусна рентгенотерапія
 4. Всі відповіді рівнозначні
 5. Вірно 1 і 2.
5. У хворої 62 років базаліома шкіри скроневої області близько 1,5 см у діаметрі. Їй найбільш доцільні провести:
 1. Близькофокусну рентгенотерапію
 2. Кріогенну деструкцію
 3. Хірургічне видалення
 4. Все перераховане
 5. Вірно 1. і 2
6. При променевій терапії базаліоми найдоцільніше використовувати
 1. Близькофокусну рентгенотерапію
 2. Швидкі електрони
 3. Фотони 15-20 МЕВ
 4. гамма-випромінювання
 5. Вірно 1 і 2
7. При променевій терапії базаліоми найдоцільніше підведення сумарної дози
 1. 30 Гр
 2. 40-45 Гр
 3. 50-60 Гр

4. 60-70 Гр
8. У хворой 65 років рак шкіри волосистої частини голови 2 см, рухомий.. Їй найбільш доцільна
1. Близькофокусна рентгенотерапія
 2. Дистанційна гамма-терапія
 3. Лазерна деструкція
 4. Хірургічне видалення
9. У хворого 63 років плоскоклітинний рак шкіри спини близько 2,5 см на тлі рубцевих змін після опіків. Йому найдоцільніше:
1. Хірургічне видалення
 2. Лазерна деструкція
 3. Дистанційна гамма-терапія
 4. Опромінювання електронами
 5. Близькофокусна рентгенотерапія
10. У хворого 62 років рак шкіри сідничної області III стадії. Йому найдоцільніша
1. дистанційна гамма-терапія (самостійний курс)
 2. Близькофокусна рентгенотерапія
 3. Комбіноване лікування з передопераційною дистанційною гамма-терапією
 4. Комбіноване лікування з передопераційною близькофокусною рентгенотерапією
 5. Хірургічне лікування
11. У хворого рецидив раку шкіри волосистої частини голови через рік після близькофокусної рентгенотерапії з СВД 60 Гр. Йому найдоцільніше застосувати:
1. Повторний курс близькофокусної рентгенотерапії
 2. Курс дистанційної гамма-терапії
 3. Хірургічне видалення з пластикою
 4. Комбіноване лікування з передопераційною дистанційною g-терапією
12. У хворий 35 років меланома шкіри задньої поверхні гомілки діаметром близько 2 см. Їй доцільно провести таке лікування:
1. Близькофокусну рентгенотерапію
 2. Поєднано променевою терапією
 3. Комбіноване лікування з передопераційною близькофокусною рентгенотерапією
 4. Хірургічне видалення пухлини
13. До облігатного передраку шкіри відносять:
1. Хворобу Боуена
 2. Хворобу Педжета
 3. Кератоакантому
 4. Вірні відповіді 1 і 2
 5. вірні відповіді 2 і 3
14. До факультативного передраку шкіри відносять:
1. Шкірний ріг
 2. Лейкоплакію
 3. Старечу кератому
 4. Вірні відповіді 1 і 2

5. Вірні відповіді 2. і 3.
- 15.** Канцерогенну дію на шкіру мають:
1. Ультрафіолетове випромінювання
 2. Речовини, що містять миш'як
 3. Похідні кам'яновугільного дьогтю і нафти
 4. Все перераховане
- 16.** Рак шкіри в структурі захворюваності на злоякісні пухлини в Україні складає
1. Близько 1%
 2. 2.3%
 3. 5-10%
 4. Близько 15%
- 17.** Базальноклітинний рак найчастіше локалізується на шкірі
1. Волосистої частини голови
 2. Обличчя
 3. Верхніх кінцівок
 4. Нижніх кінцівок
 5. Тулуба
- 18.** Найбільш високі показники захворюваності на рак шкіри відмічені
1. Серед осіб негроїдної раси
 2. Серед осіб монголоїдної раси
 3. Серед осіб білого населення Африки і Австралії
 4. Однакові, незалежно від раси і географії
- 19.** Частота локалізації базаліоми на шкірі обличчя складає
1. 50-55%
 2. 60-70%
 3. 94.97%
 4. на шкірі обличчя зустрічається рідко
- 20.** Плоскоклітинний рак шкіри найчастіше розвивається
1. На тлі хронічних захворювань шкіри
 2. На здоровій шкірі (de novo)
 3. З однаковою частотою і в тому, і в іншому випадку
- 21.** У хворого на рак шкіри волосистої частини голови, без деструкції кісток черепа, розмірами 2,5 см, без регіонарних метастазів, слід кваліфікувати, як
1. I стадію
 2. II стадію
 3. III стадію
 4. IV стадію
- 22.** Рак шкіри волосистої частини голови без деструкції кісток черепа, без регіонарних метастазів, розмірами більше 5 мм відповідає
1. I стадії
 2. II стадії
 3. III стадії
 4. IV стадії
- 23.** Віддаленими метастазами плоскоклітинного раку шкіри у першу чергу вражаються:

1. Легені
 2. Головний мозок
 3. Кістки
 4. Печінка
 5. Вірні відповіді 1. і 3.
- 24.**Хворому на плоскоклітинний рак шкіри обличчя II стадії найдоцільніше проводити
1. Хірургічне лікування
 2. Поєднану променеву терапію
 3. Кріодеструкцію
 4. Комбіноване лікування
 5. Вірні відповіді 2. і 3.
- 25.**П'ятирічна виживаність хворих із плоскоклітинним раком шкіри I-II стадій складає
1. 50-60%
 2. 75-80%
 3. 85-90%
 4. 95-100%
- 26.**До меланомобезпечних неvusів відносяться:
1. Синій (блакитний) неvus
 2. Внутрішньодермальний неvus
 3. Пограничний пігментний неvus
 4. Гігантський пігментний неvus
- 27.**До меланомонебезпечних неvusів слід віднести
1. Веррукозний неvus
 2. На Ло-неvus
 3. Фіброепітеліальний неvus
 4. Невус Отта
- 28.**З нижче перелічених неvusів, як правило, трансформується в меланому:
1. Папіломатозний неvus
 2. Монгольська пляма
 3. Невус Іто
 4. Меланоз Дюбрея
- 29.**Питома вага меланоми з усіх злоякісних новотворів шкіри в Україні протягом останніх років приблизно складає:
1. 0.2-0.5%
 2. 1.5-2.0%
 3. 5-10%
 4. 15-20%
- 30.**Меланома шкіри відноситься до пухлин
1. Нейроектодермальної природи
 2. Ектодермальної природи
 3. Мезенхімальної природи
 4. Дисембріональної природи
- 31.**Провідним методом діагностики меланоми шкіри є

1. Радіофосфорна проба
 2. Дерматоскопія
 3. Термографія
 4. Морфологічний метод
- 32.**Клінічно запідозрити наявність меланому шкіри можна за наступними ознаками:
1. Гіперпігментація
 2. Асиметрія невоїдного утвору
 3. Бурхливий темп росту пухлини
 4. Випадання волосся при волохатому невусі
 5. Усіма перерахованими
- 33.**Наявність дочірніх пігментних включень на шкірі (сателітів) навколо меланому указує
1. На місцеву поширеність процесу
 2. На наявність додаткових невоїдних утворів
 3. На рецидив меланому
 4. На дисемінацію процесу
- 34.**Наявність інфільтрації меланомою всіх шарів шкіри аж до ретикулярного шару вказує на наступну ступінь інвазії за Clark:
1. II
 2. III
 3. IV
 4. V
- 35.**Ураження верхніх відділів сосочкового шару шкіри при меланомі відповідає ступеню інвазії за Clark
1. I
 2. II
 3. III
 4. IV
 5. V
- 36.**Ураження ретикулярного шару шкіри при меланомі відповідає ступеню інвазії за Clark
1. I
 2. II
 3. III
 4. IV
 5. V
- 37.**Провідним методом лікування меланому шкіри є
1. Хірургічний
 2. Променева терапія
 3. Комбінований
 4. Електрокоагуляція
- 38.**П'ятирічна виживаність хворих, що лікувалися хірургічним методом, без наявності регіонарних метастазів у середньому складає
1. 30-35%

2. 40-45%
 3. 60-65%
 4. 78-80%
- 39.**Якнайгіршою в плані прогнозу можна вважати локалізацію меланоми на шкірі
1. Голови
 2. Верхніх кінцівок
 3. Тулуби
 4. Нижніх кінцівок
- 40.**При хірургічному лікуванні базаліоми слід відступати від країв пухлини не менше, як
1. На 0,1 см
 2. На 0,5 см
 3. На 1,0 см
 4. На 1,5 см
- 41.**При хірургічному лікуванні плоскоклітинного раку шкіри від країв пухлини слід відступати в межах
1. 0,5 см
 2. 1,0 см
 3. 1,5-2 см
 4. 3,5 см
 5. 5,0 см
- 42.**При хірургічному лікуванні меланоми шкіри тулуба і кінцівок від країв пухлини слід відступати
1. На 0,5 см
 2. На 1,5 см
 3. На 3,5 см
 4. На 5,0 см і більш
- 43.**При хірургічному лікуванні меланоми шкіри обличчя від країв рани слід відступати в межах
1. 0,5 см
 2. 1,5-2см
 3. 3,5 см
 4. 5,0 см
- 44.**Для природженого дискератозу, окрім зміни шкіри, найбільш характерний
1. Лейкокератоз слизової оболонки рота
 2. Апластична анемія
 3. Туберозний склероз
 4. Глухота
 5. Вірні відповіді 1 і 2
- 45.**До факультативного передраку з малою вірогідністю малігнізації відносяться
1. Миш'яковисті кератози
 2. Актинічні кератози
 3. Трофічні виразки
 4. Кератоакантома
 5. Всі перераховані

- 46.** До внутрішньоепідермального раку (cancer in situ) відноситься
1. Хвороба Боуена
 2. Базаліома
 3. Еритроплакія Кейра
 4. Вибухаюча дерматофібросаркома
 5. Вірні відповіді 1. і 4.
- 47.** Метастази раку внутрішніх органів в шкіру можуть локалізуватися
1. На спині і грудях
 2. На животі
 3. На голові
 4. На кінцівках
 5. Усі відповіді вірні
- 48.** Профілактика злоякісних пухлин шкіри включає
1. Лікування передраку
 2. Обмеження впливу іонізуючого випромінювання
 3. Попередження потрапляння сполук миш'яку
 4. Диспансерне спостереження за тими, що працюють із вуглеводнем і продуктами переробки нафти
 5. Усі відповіді вірні
- 49.** До гістологічних ознак, які звичайно допомагають відрізнити доброякісну юнацьку меланому від злоякісної меланоми, відносяться всі перераховані, окрім
1. Відсутності або недостатньої кількості меланіну
 2. Великої кількості гігантських клітин
 3. Запального інфільтрату і поліморфізму клітин
 4. Телеангіоектазій
- 50.** Рак в області рубця може виникнути найчастіше на фоні
1. Склеротичного і атрофічного лишаю
 2. Анетодермії Ядассона
 3. Еритематозу
 4. Склеродермії
 5. Туберкульозного вовчаку
- 51.** Діагноз злоякісної меланоми морфологічно підтверджується наявністю
1. Мітозів
 2. Атипових клітин
 3. Гігантських клітин
 4. Нічим з вище переліченого
 5. Всім вище переліченим
- 52.** Плоскоклітинний рак найчастіше супроводять
1. Хвороба Боуена
 2. Кератоакантома
 3. Сенільна кератома
 4. Хвороба Педжета
 5. ніщо з вище переліченого
- 53.** Пігментна ксеродерма I типу характеризується всім перерахованим, окрім

1. Почалася в ранньому дитинстві
 2. Підвищеної чутливості до УФО і проникаючих випромінювань
 3. Пойкілодермії
 4. Розвитку меланоми і епітеліоми у молодому віці
 5. Психічних розладів
- 54.** Улюблена локалізація базаліоми на шкірі
1. Дистальних відділів кінцівок
 2. Тулуба
 3. Волосистої частини голови
 4. Обличчя
 5. Місця переходу шкіри в слизову
- 55.** Улюблена локалізація раку шкіри
1. На кінцівках
 2. На шкірі обличчя
 3. На волосистій частині голови
 4. На тулубі
- 56.** Рак на місці рубця може характеризуватися
1. Ущільненням рубця
 2. Незаживаючою тріщиною
 3. Виразкою і кровоточивістю
 4. Папіломатозними розростаннями
 5. Всім перерахованим
- 57.** Трансформація пігментного невуса в злоякісну меланому може виявитися
1. Нерівномірною зоною гіперемії навколо невуса
 2. Збільшенням або нерівномірністю пігментації
 3. Збільшенням або нерівномірністю щільності
 4. Виразкою, кровоточивістю, збільшенням розмірів
 5. Усім перерахованим
- 58.** Біопсія протипоказана при підозрі на
1. Меланобластому
 2. Пухлини ЦНС
 3. Ангіосаркому
 4. Ретинобластому
 5. Грибоподібний мікоз
- 59.** Гормонотерапія антиестрогенами може застосовуватись в комплексі лікування
1. Раку шлунка
 2. Раку легені
 3. Саркоми м'яких тканин
 4. Дисемінованої меланоми
- 60.** Який з названих цитостатиків є стандартом при лікуванні дисемінованої меланоми?
1. Золадекс
 2. Оксаліплатин
 3. Ідарубіцин
 4. Аримідекс

5. Дакарбазин
- 61.** Пухлини шкіри з найвищою частотою метастазування лімфогенним шляхом
 1. Базаліома
 2. Плоскоклітинний рак
 3. Трихоепітеліома
 4. Кератоакантома
 5. Хвороба Педжета
 6. Меланобластома
- 62.** Метод діагностики пігментних пухлин шкіри
 1. Пальпація
 2. Біопсія
 3. Радіофосфорна діагностика
 4. УЗД
- 63.** Радіофосфорна діагностика основний метод при
 1. Базаліомі
 2. Низькодиференційованому плоскоклітинному раку
 3. Високодиференційованому плоскоклітинному раку
 4. Меланобластомі
 5. Гемангіомі
 6. Пігментній папіломі
- 64.** Рак шкіри зустрічається
 1. Частіше у чоловіків
 2. Частіше у жінок
 3. Приблизно з однаковою частотою
- 65.** На рак шкіри частіше хворіють
 1. Європейці
 2. Чорношкірі
 3. Китайці
- 66.** На рак шкіри найрідше хворіють
 1. Європейці
 2. Чорношкірі
 3. Китайці
- 67.** На рак шкіри частіше хворіють
 1. Жителі міст
 2. Жителі сіл
 3. Без різниці
- 68.** Рак шкіри рідше зустрічається у жителів
 1. США
 2. Англії
 3. Болгарії
 4. України
- 69.** Рентгенотерапія є основним методом лікування при
 1. Меланобластомі
 2. Лімфосаркомі шкіри
 3. Раку шкіри

4. Фібросаркомі
- 70.** Найкращий метод променевої терапії при раку шкіри:
1. Дистанційна гамма-терапія
 2. Далекофокусна рентгенотерапія
 3. Близькофокусна рентгенотерапія
 4. Випромінювання бетатрона
- 71.** Які символи TNM адекватні II стадії раку шкіри
1. T1N1M0
 2. T2N0M0
 3. T2N0M1
 4. T1N0M0
- 72.** Рак шкіри розміром 3 см відноситься до
1. I стадії
 2. II стадії
 3. T3N0M0
 4. T2N1M0
- 73.** Після радикального лікування раку шкіри II стадії хворий вважається
1. У I клінічній групі
 2. У II клінічній групі
 3. У III клінічній групі
 4. У IV клінічній групі
- 74.** У структурі онкологічних захворювань населення України у 2009 р друге місце займав:
1. Рак шлунка
 2. Рак легенів
 3. Рак шкіри
 4. Рак товстої кишки
- 75.** Сателіт злоякісної меланоми це
1. Пухлина, що виникла в післяопераційному рубці
 2. Пухлина, що розвилася в регіонарних лімфатичних вузлах
 3. Метастаз меланобластоми у внутрішні органи
 4. Пухлина, що розвилася в шкірі на відстані до 5 см від первинної пухлини
- 76.** Найбільш важливе прогностичне значення для меланобластоми мають:
1. Товщина пухлини і рівень інвазії підлеглих тканин
 2. Розміри пухлини
 3. Статева приналежність
 4. Вік хворих
- 77.** Критерієм злоякісності для злоякісної меланоми за даними накопичення радіоактивного фосфору є збільшення накопичення в порівнянні із симетричною ділянкою здорової шкіри
1. У три рази
 2. У чотири рази
 3. У п'ять разів
 4. У шість разів
- 78.** До облігатних преканцерозів відносяться

1. Хвороба Боуена, шкірний ріг, крауроз, кератоз
 2. Хвороба Педжета, шкірний ріг, лейкоплакія
 3. Пігментна ксеродерма, хвороба Боуена, хвороба Кейра
 4. Шкірний ріг, кератоакантома, крауроз
- 79.**Клінічно розрізняють такі основні типи плоскоклітинного раку шкіри
1. Пухлинний, бородавчастий, поверхневий
 2. Папіломатозний, виразковий, екземоподібний
 3. Пухлинний, виразковий, множинний
 4. Папілярний, глибокопроникаючий, поверхневий
- 80.**Особливу цінність криогенний метод дає при локалізації злоякісних пухлин на шкірі
1. Обличчя
 2. Волосистої частини голови
 3. Кінцівок
 4. Тулуба
- 81.**Вирішальний метод діагностики раку шкіри
1. Візуальна діагностика
 2. Лабораторні дослідження
 3. Дерматоскопія
 4. Гістологічне дослідження
- 82.**Метод вибору в лікуванні I стадії раку шкіри
1. Близькофокусна рентгенотерапія
 2. Криодеструкція пухлини
 3. Хіміотерапія у вигляді аплікацій
 4. Залежить від локалізації пухлини
- 83.**Метод вибору в лікуванні III стадії раку шкіри
1. Близькофокусна рентгенотерапія
 2. Комбіноване лікування
 3. Хіміотерапія у вигляді аплікацій
 4. Гамма-терапія
- 84.**При якій стадії раку шкіри варто віддавати перевагу коротко дистанційній рентгенотерапії?
1. При I і II стадії
 2. При III стадії
 3. При IV стадії
 4. При II стадії
- 85.**Найбільш показане хірургічне лікування раку шкіри при пухлинах, що розташовуються на шкірі:
1. Волосистої частини голови
 2. Обличчя
 3. Шиї
 4. Тулуба
- 86.**Низькодиференційована карцинома шкіри спини розміром 5,5 см відповідає:
1. T2N0M0G1
 2. T3N0M0G3

3. T2N0M0G2
 4. T3N1M0G4
- 87.** Якій стадії відповідає меланома шкіри стегна товщиною 1,2 мм, 3.й рівень інвазії за Кларком, лімфовузли не визначаються?
1. pT1N0M0
 2. pT2N1M0
 3. pT2N0M0
 4. II стадія
 5. III стадія
- 88.** Якій стадії відповідає меланобластома шкіри плеча товщиною 1,5 мм, аксилярний лімфовузол розміром 2 см?
1. pT1N1M0
 2. pT2N1M0
 3. pT3N1M0
 4. I стадія
 5. II стадія
 6. IV стадія
- 89.** Якій стадії за TNM відповідає меланобластома тулуба (нижче пупка) завбільшки 3 см, II рівень інвазії за Кларком, метастатичний аксилярний лімфовузол завбільшки 1,5 см, рухомий?
1. T1N1M0
 2. T2N2M0
 3. T1N1M1
 4. T2N0M1
 5. T3N0M0
- 90.** Який метод лікування найбільш доцільний при раку шкіри волосистої частини голови T2N0M0
1. Хірургічний
 2. Короткодистанційна рентгенотерапія
 3. Далекодистанційна рентгенотерапія
 4. Внутрішньотканинна гамма-терапія
 5. Комбіноване лікування
 6. Хіміотерапія
- 91.** Якому лікуванню слід надати перевагу при виборі тактики лікування раку шкіри завушної ділянки T2N0M0?
1. Хірургічному
 2. Короткодистанційній рентгенотерапії
 3. Далекодистанційна рентгенотерапія
 4. Внутрішньотканинній гамма-терапії
 5. Комбінованому лікуванню
 6. Хіміотерапії

Відповіді на тести до розділу 9.1.

1. - 4	11. - 3	21. - 2	31. - 4	41. - 3	51. - 4	61. - 2	71. - 2	81. - 4	91. - 2
--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

2. - 1	12. - 4	22. - 1	32. - 5	42. - 3	52. - 4	62. - 3	72. - 2	82. - 4	
3. - 5	13. - 4	23. - 5	33. - 4	43. - 2	53. - 4	63. - 4	73. - 3	83. - 2	
4. - 5	14. - 4	24. - 5	34. - 2	44. - 5	54. - 4	64. - 3	74. - 3	84. - 1	
5. - 5	15. -	25. - 4	35. - 2	45. - 5	55. - 2	65. - 1	75. - 4	85. - 4	
6. - 5	16. - 3	26. - 2	36. - 4	46. - 1	56. - 5	66. - 2	76. - 1	86. - 2	
7. - 3	17. - 2	27. - 4	37. - 1	47. - 5	57. - 5	67. - 2	77. - 1	87. - 3	
8. - 1	18. - 3	28. - 4	38. - 3	48. - 5	58. - 1	68. - 2	78. - 3	88. - 2	
9. - 1	19. - 3	29. - 3	39. - 4	49. - 4	59. - 4	69. - 3	79. - 4	89. - 4	
10. - 3	20. - 1	30. - 1	40. - 2	50. - 1	60. - 5	70. - 3	80. - 1	90. - 2	

9.2. ЛІМФОМА ГОДЖКІНА

Виберіть правильну відповідь.

1. Збільшенням яких груп лімфатичних вузлів найчастіше маніфестує лімфома Годжкіна?
 1. Медіастинальних
 2. Заочеревинних
 3. Шийно-надключичних
 4. Пахових
 5. Всіх груп з однаковою частотою
2. Ураження аксиллярних лімфатичних вузлів з одного боку, медіастинальних, парааортальних лімфатичних вузлів, селезінки, наявність лихоманки до 38°C при лімфомі Годжкіна відповідає:
 1. ІА стадії
 2. ІВ стадії
 3. ІІА стадії
 4. ІІВ стадії
 5. ІV стадії
3. Ураження при лімфомі Годжкіна всіх груп периферичних лімфатичних вузлів в поєднанні з профузною пітливістю відповідає:
 1. ІА стадії
 2. ІВ стадії
 3. ІІА стадії
 4. ІІВ стадії
 5. ІV стадії
4. При лімфомі Годжкіна ураження печінки і медіастинальних лімфатичних вузлів із симптомами інтоксикації відповідає:
 1. ІА стадії
 2. ІВ стадії
 3. ІІА стадії
 4. ІІВ стадії
 5. ІVВ стадії
5. Класифікація TNM в даний час не розроблена

1. Для пухлин м'яких тканин
2. Для гематосарком
3. Для лімфоми Годжкіна
4. Вірні відповіді 2. і 3.
5. Для всіх перерахованих пухлин
- 6.** У відповідності з класифікацією Ann-Arbor PS лімфоми Годжкіна ґрунтується на даних, одержаних
 1. При огляді і фізикальному обстеженні
 2. При застосуванні променевих методів обстеження (рентгенологічного, ультразвукового і ін.)
 3. При морфологічному підтвердженні діагнозу
 4. При стернальній пункції
 5. При застосуванні всіх перерахованих методів
- 7.** Тракткування ураження селезінки при лімфомі Годжкіна для визначення CS ґрунтується на виявленні
 1. Збільшення розмірів селезінки при клінічному обстеженні хворого
 2. Патогістологічному дослідженні селезінки після спленектомії
 3. Вірні відповіді 1. і 2.
 4. Вірних відповідей немає
- 8.** Тракткування ураження селезінки при лімфомі Годжкіна (для визначення PS) ґрунтується
 1. На виявленому при пальпації і перкусії збільшенні селезінки
 2. Патогістологічному дослідженні селезінки після спленектомії
 3. Вірні відповіді 1. і 2.
 4. Вірних відповідей немає
- 9.** За Ann-Arbor клінічна стадія I означає
 1. Ураження однієї групи лімфатичних вузлів
 2. Локалізоване ураження одного екстралімфатичного органу або тканини
 3. Ураження двох або більше груп лімфатичних вузлів
 4. Вірні відповіді 1. і 2.
 5. Вірні відповіді 1., 2. і 3.
 6. Усі відповіді вірні
 7. Немає вірної відповіді
- 10.** Пункт E в класифікації лімфоми Годжкіна за Ann-Arbor означає:
 1. Ураження однієї групи лімфатичних вузлів
 2. Локалізоване ураження одного внутрішнього органа
 3. Ураження одинокого екстранодального локусу, проксимального до модального
 4. Вірні відповіді 1. і 2.
 5. Вірні відповіді 1., 2. і 3.
 6. Усі відповіді вірні
 7. Немає вірної відповіді
- 11.** За Ann-Arbor клінічна стадія II при лімфомі Годжкіна означає
 1. Ураження двох або більше груп лімфатичних вузлів з одного боку діафрагми
 2. Ураження двох або більш лімфатичних областей по обидва боки діафрагми

3. І те, й інше
 4. Ні те, ні інше
- 12.** За Ann-Arbor клінічна стадія III при лімфомі Годжкіна означає
1. Ураження двох або більше груп лімфатичних вузлів з одного боку діафрагми
 2. Ураження груп лімфатичних вузлів по обидва боки діафрагми
 3. І те, й інше
 4. Ні те, ні інше
- 13.** До симптомів інтоксикації (символом, що позначається, В) при лімфомі Годжкіна належать:
1. Нез'ясовна втрата ваги більш, чим на 10% за 6 останніх місяців до звернення до лікаря
 2. Невмотивовані підйоми температури понад 38°C протягом трьох днів поспіль
 3. Нічна пітливість
 4. Усе перераховане
 5. Тільки 1. і 3.
- 14.** Для використання поняття патологічна стадія при лімфомі Годжкіна, необхідно є інформація, яку отримують
1. При УЗД органів черевної порожнини
 2. При скануванні печінки
 3. При біопсії ураженого лімфатичного вузла
 4. При клінічному дослідженні
 5. При всіх перерахованих дослідженнях
- 15.** Порушення проліферації і диференціювання клітин кісткового мозку характерні для
1. Лейкемії
 2. Мієломної хвороби
 3. Негоджкінської лімфоми
 4. Лімфоми Годжкіна
- 16.** Характерною ознакою імунодефіциту при лімфомі Годжкіна є
1. Зростання ймовірності розвитку у хворих інших пухлин
 2. Збільшення частоти розвитку герпетичних інфекційних захворювань (herpes zoster і ін.)
 3. Збільшенням частоти розвитку туберкульозу
 4. Усе вище перелічене
- 17.** Захворюваність на лімфогранулематоз у даний час в Україні
1. Зростає
 2. Знижується
 3. Стабільна
- 18.** На лімфогранулематоз в Україні частіше хворіють
1. Жінки
 2. Чоловіки
 3. Захворюваність не пов'язана зі статтю
- 19.** В якості перших проявів лімфоми Годжкіна найчастіше відзначається збільшення

1. Шийно-надключичних лімфатичних вузлів
 2. Медіастинальних лімфатичних вузлів
 3. Заочеревинних лімфатичних вузлів
 4. Пахвових лімфатичних вузлів
 5. Усіх груп лімфатичних вузлів з однаковою частотою
- 20.** Для початкових проявів лімфому Годжкіна найбільш характерні ураження
1. Лімфатичних вузлів вище за діафрагму
 2. Лімфатичних вузлів нижче за діафрагму
 3. Частота ураження лімфатичних вузлів вище і нижче за діафрагму однакова
- 21.** Серед екстранодальних уражень при прогресуванні лімфому Годжкіна найчастіше зустрічається ураження
1. Легеневої тканини
 2. Нирок
 3. Надниркових залоз
 4. Головного мозку
- 22.** Кістковий мозок при лімфомі Годжкіна залучається до процесу у вигляді
1. Розвитку лейкемізації
 2. Вогнищевого ураження
 3. І того, й іншого
 4. Ні того, ні іншого
- 23.** При ізольованому ураженні двох груп лімфатичних вузлів вище за діафрагму при лімфомі Годжкіна повинна бути поставлена
1. I стадія
 2. II стадія
 3. III стадія
 4. IV стадія
- 24.** Ураження аксиллярних лімфатичних вузлів з двох боків при лімфомі Годжкіна трактується
1. Як I стадія
 2. Як II стадія
 3. Як III стадія
 4. Як IV стадія
- 25.** Ураження шийних лімфатичних вузлів справа, медіастинальних лімфатичних вузлів і аксиллярних лімфатичних вузлів зліва означає при лімфомі Годжкіна
1. I стадію
 2. II стадію
 3. III стадію
 4. IV стадію
- 26.** Ураження шийних лімфатичних вузлів зліва, медіастинальних, пахвових лімфатичних вузлів і селезінки при лімфомі Годжкіна трактується
1. Як I стадія
 2. Як II стадія
 3. Як III стадія
 4. Як IV стадія

- 27.** Ураження периферичних лімфатичних вузлів вище і нижче за діафрагму при лімфомі Годжкіна означає
1. I стадію
 2. II стадію
 3. III стадію
 4. IV стадію
- 28.** Залучення при лімфомі Годжкіна селезінки і пахвинно-клубових лімфатичних вузлів трактується
1. Як I стадія
 2. Як II стадія
 3. Як III стадія
 4. Як IV стадія
- 29.** При лімфомі Годжкіна ізольоване ураження пахвових лімфатичних вузлів з одного боку трактується
1. Як I стадія
 2. Як II стадія
 3. Як III стадія
 4. Як IV стадія
- 30.** Ізольоване ураження селезінки при лімфомі Годжкіна означає
1. I стадію
 2. II стадію
 3. III стадію
 4. IV стадію
- 31.** Ураження легеневої тканини і медіастинальних лімфатичних вузлів при лімфомі Годжкіна означає наявність
1. I стадії
 2. II стадії
 3. III стадії
 4. IV стадії
- 32.** Ураження легеневої тканини і заочеревинних лімфатичних вузлів при лімфомі Годжкіна трактується
1. Як I стадія
 2. Як II стадія
 3. Як III стадія
 4. Як IV стадія
- 33.** Ураження печінки і селезінки при лімфомі Годжкіна означає
1. I стадію
 2. II стадію
 3. III стадію
 4. IV стадію
- 34.** До симптомів інтоксикації при лімфомі Годжкіна не належать
1. Втрата ваги, гіпертермія, свербіж
 2. Загально мозкові симптоми
 3. Профузна пітливість, наростаюча слабкість
 4. Зміни з боку крові (лейкоцитоз, анемія)

- 35.** Найменше прогностично сприятливими варіантами лімфоми Годжкіна є
1. Лімфоїдне переважання, змішано-клітинний варіант
 2. Нодулярний склероз
 3. Ретикулярний і дифузний типи лімфоїдного виснаження
 4. Лімфоїдне переважання, нодулярний склероз
- 36.** У хворого на лімфому Годжкіна наявні збільшення шийних лімфатичних вузлів з обох боків і профузна пітливість. Це відповідає
1. ІА стадії
 2. ІІА стадії
 3. ІІВ стадії
 4. ІІІА стадії
 5. ІІІВ стадії
- 37.** За наявності у хворого на лімфому Годжкіна ураження шийних лімфатичних вузлів з одного боку і медіастинальних лімфатичних вузлів без симптомів інтоксикації, слід говорити про поширеність захворювання, що відповідає
1. ІА стадії
 2. ІІА стадії
 3. ІІІА стадії
 4. ІІІВ стадії
 5. ІІВ стадії
- 38.** Ураження аксиллярних лімфатичних вузлів з одного боку, медіастинальних, парааортальних лімфатичних вузлів, селезінки і наявність лихоманки (понад 38°C) при лімфомі Годжкіна розцінюється
1. Як ІІА стадія
 2. Як ІІВ стадія
 3. Як ІІІА стадія
 4. Як ІІІВ стадія
 5. Як ІV стадія
- 39.** При однобічному ураженні аксиллярних лімфатичних вузлів і наявності підвищення температури тіла до 38°C у хворого на лімфому Годжкіна слід говорити про поширеність захворювання, що відповідає
1. ІА стадії
 2. ІІА стадії
 3. ІІІА стадії
 4. ІІІВ стадії
 5. ІV стадії
- 40.** У хворого на лімфогранулематоз виявлено ураження всіх груп лімфатичних вузлів вище за діафрагму, печінки і лихоманка (понад 38°C). Це відповідає
1. ІА стадії
 2. ІІА стадії
 3. ІІІА стадії
 4. ІІІВ стадії
 5. ІVВ стадії
- 41.** У хворого на лімфому Годжкіна виявлено ураження пахвинно-клубових лімфатичних вузлів з обох боків без симптомів інтоксикації. Це відповідає

1. IA стадії
 2. IIA стадії
 3. IIIA стадії
 4. IIIB стадії
 5. IV стадії
- 42.** При лімфомі Годжкіна ураження селезінки і пахвинних лімфатичних вузлів з одного боку без симптомів інтоксикації відповідає
1. IA стадії
 2. IIA стадії
 3. IIIB стадії
 4. IIIA стадії
 5. IVA стадії
- 43.** Ураження при лімфомі Годжкіна кісткового мозку, всіх груп лімфатичних вузлів нижче за діафрагму в поєднанні з симптомами інтоксикації означає наявність
1. IIA стадії
 2. IIIB стадії
 3. IIIA стадії
 4. IIIB стадії
 5. IVB стадії
- 44.** Ураження при лімфомі Годжкіна всіх груп периферичних лімфатичних вузлів у поєднанні з профузною пітливістю означає наявність
1. IIA стадії
 2. IIIB стадії
 3. IIIA стадії
 4. IIIB стадії
 5. IV стадії
- 45.** При лімфомі Годжкіна ураження печінки і медіастинальних лімфатичних вузлів із симптомами інтоксикації означає наявність
1. IIIB стадії
 2. IIIA стадії
 3. IIIB стадії
 4. IVA стадії
 5. IVB стадії
- 46.*** Променева лікування у вигляді самостійного методу терапії при відсутності факторів ризику застосовується при лімфомі Годжкіна
1. У IA стадії
 2. У IIA стадії
 3. У IIIA стадії
 4. У всіх перерахованих стадіях
 5. Тільки у випадках 1. і 2.
- 47.*** Підставою для застосування комбінованого (хіміо-променевого) лікування при лімфомі Годжкіна у IIA стадії є
1. ШОЕ 50 мм/год.
 2. Наявність змішано-клітинного варіанту і лімфоїдного виснаження

3. Вік понад 40 років
 4. Усе вище перелічене
- 48.** Під терміном «лімфосаркома» розуміють наявність у хворого
1. Лімфоми Годжкіна
 2. Негоджкінської лімфоми
 3. Будь-якого з перерахованих захворювань
- 49.** Прогностично більш сприятливими є наступні морфологічні варіанти негоджкінської лімфоми:
1. Лімфоми низького ступеня злоякісності
 2. Лімфоми проміжного ступеня злоякісності
 3. Лімфоми високого ступеня злоякісності
 4. Усі перераховані варіанти
 5. Тільки 2. і 3. варіанти
- 50.*** Прогностично більш несприятливими морфологічними варіантами негоджкінської лімфоми є:
1. Лімфобластний злоякісний
 2. Імунобластний дифузний
 3. Лімфоплазмоцитарний
 4. Фолікулярний переважно з малих клітин
 5. Тільки варіанти 1. і 2.
- 51.*** Найчастіше початковими клінічними проявами негоджкінської лімфоми є ураження
1. Периферійних груп лімфатичних вузлів
 2. Шлунково-кишкового тракту
 3. Лімфоїдного кільця Пірогова-Вальдейєра
 4. Всього перерахованого
- 52.*** Перше місце за частотою ураження серед проявів негоджкінської лімфоми посідає ураження
1. Лімфоїдного апарату кільця Пірогова-Вальдейєра
 2. Периферійних груп лімфатичних вузлів
 3. Шлунково-кишкового тракту
- 53.** З перерахованих класифікацій для визначення морфологічних особливостей негоджкінських лімфом використовується
1. Міжнародна класифікація за системою TNM
 2. Вітчизняна класифікація по стадіях
 3. Класифікація Ann-Arbor (1971 р. і модифікована у 1989 р.)
 4. Класифікація ВООЗ (модифікована NCI)
 5. Будь-яка з перерахованих
- 54.** Вибір методу лікування негоджкінських лімфом ґрунтується на даних
1. Морфологічного варіанту пухлини
 2. Поширеності процесу
 3. Локалізації первинного вогнища
 4. Усіх перелічених даних
- 55.** З перерахованих класифікацій для визначення клінічної стадії негоджкінських лімфом використовується

1. Міжнародна класифікація за системою TNM
 2. Вітчизняна класифікація по стадіях
 3. Класифікація Ann-Arbor (1971 р. і модифікована у 1989 р.)
 4. Класифікація ВООЗ (модифікована NCI)
 5. Будь-яка з перерахованих
- 56.*** Основним методом лікування негоджкінської лімфоми ІА-ІІА стадії є (окрім негоджкінської лімфоми травного тракту)
1. Хіміотерапія
 2. Променева терапія
 3. Хірургічний метод
 4. Комбінований (хіміо-променевиий) метод
- 57.*** Основним методом лікування негоджкінської лімфоми проміжного та високого ступеня злоякісності
1. Комбінована хіміотерапія
 2. Променева терапія
 3. Хірургічний метод
 4. Комбінований (хіміо-променевиий) метод
- 58.*** Основним методом лікування первинної негоджкінської лімфоми з ураженням травного тракту ІЕ-ІІЕ стадії є
1. Хіміотерапія
 2. Променева терапія
 3. Хірургічний метод
 4. Хірургічне лікування з подальшою профілактичною хіміотерапією
 5. Вірні відповіді 3. і 4.
- 59.** Основним методом лікування ІV стадії негоджкінської лімфоми є:
1. Хіміотерапія
 2. Променева терапія
 3. Комбінований (хіміо-променевиий) метод
 4. Усі перераховані методи
- 60.** При вирішенні питання щодо доцільності використання медикаментозної терапії негоджкінських лімфом вибір комбінацій хіміопрепаратів ґрунтується на наступних даних
1. Морфологічному варіанті пухлини
 2. Поширеності процесу
 3. Локалізації пухлинного ураження
 4. Усьому перерахованому
 5. Тільки на 1. і 3. випадках
- 61.*** Для лікування генералізованих бластних лімфосарком використовують наступні схеми хіміотерапії
1. COP
 2. ACOP
 3. MACOP + вепезид
 4. Усі перераховані
- 62.** Для використання поняття «патологічна стадія» (PS) при лімфомі Годжкіна необхідна інформація, одержана

1. Тільки при фізикальному обстеженні пацієнта
 2. При рентгеноскопії органів грудної клітки
 3. При УЗД органів черевної порожнини
 4. При КТ діагностиці уражених органів
 5. Шляхом морфологічної верифікації пухлинного ураження відповідного органа
- 63.** У хворого на лімфогранулематоз відзначаються збільшення шийних лімфатичних вузлів з обох боків. Це відповідає:
1. ІА стадії
 2. ІІА стадії
 3. ІІВ стадії
 4. ІІІА стадії
 5. ІІІВ стадії
- 64.** За наявності у хворої на лімфогранулематоз ураження шийних лімфатичних вузлів з одного боку, а також медіастинальних, слід говорити про поширеність процесу, що відповідає:
1. ІА стадії
 2. ІІА стадії
 3. ІІІА стадії
 4. ІІІВ стадії
 5. ІІВ стадії
- 65.** При лімфомі Годжкіна четверта стадія може бути встановлена, якщо наявні
1. Ураження груп лімфатичних вузлів по обидва боки від діафрагми
 2. Ізольоване ураження печінки або кісток
 3. Екстранодальні ураження разом із, або без ураженням лімфатичних вузлів
 4. Вірні відповіді 1. і 2.
 5. Вірні відповіді 2. і 3.
- 66.** Ураження печінки при лімфомі Годжкіна за СS захворювання ґрунтується на:
1. Даних біопсії печінки
 2. Клінічно визначуваних змінах печінки
 3. Вірні відповіді 1. і 2.
 4. Вірних відповідей немає

Відповіді на тести до розділу 9.2.

1. – 3	11. – 1	21. – 1	31. – 4	41. – 2	51. – 1	61. – 4
2. – 4	12. – 2	22. – 2	32. – 4	42. – 2	52. – 2	62. – 5
3. – 4	13. – 4	23. – 2	33. – 4	43. – 5	53. – 4	63. – 3
4. – 5	14. – 3	24. – 2	34. – 2	44. – 4	54. – 4	64. – 2
5. – 4	15. – 1	25. – 2	35. – 3	45. – 5	55. – 3	65. – 5
6. – 3	16. – 4	26. – 3	36. – 3	46. – 5	56. – 4	66. – 2
7. – 1	17. – 1	27. – 3	37. – 2	47. – 4	57. – 1	
8. – 2	18. – 2	28. – 2	38. – 4	48. – 2	58. – 4	
9. – 4	19. – 1	29. – 1	39. – 1	49. – 1	59. – 1	

10. - 3	20. - 1	30. - 1	40. - 5	50. - 5	60. - 4	
---------	---------	---------	---------	---------	---------	--

РОЗДІЛ 10. РАК ШИЙКИ І ТІЛА МАТКИ, РАК ЯЄЧНИКІВ

Виберіть правильну відповідь.

1. Взаємозв'язок захворюваності на рак шийки матки і рак молочної залози .
 1. Обернено пропорційний
 2. Прямо пропорційний
 3. Залежності немає
2. Лікувальна доза опромінення при раку шийки матки складає
 1. 20-30 Гр
 2. 30-40 Гр
 3. 40-45 Гр
 4. 45-60 Гр
 5. 60-70 Гр
 6. Понад 70 Гр
3. Внутрішньопорожнинне опромінення застосовується при
 1. Раку шлунка
 2. Раку тіла матки
 3. Раку сечового міхура
 4. Раку яєчників
4. Який із названих препаратів активний при раку матки?
 1. Іринотекан
 2. Оксаліплатин
 3. Аримідекс
 4. Таксол
 5. Золадекс.
5. До якої форми раку відносяться пухлини шийки матки за діагностичними можливостями?
 1. Візуальної
 2. Екзофітної
 3. Гормонозалежної
6. Найчастіша гістологічну структура раку шийки матки.
 1. Плоскоклітинний рак
 2. Аденокарцинома
 3. Мезонефроїдний рак
7. Основні етіологічні фактори раку шийки матки наступні:
 1. Хімічні
 2. Біологічні
 3. Фізичні
8. Роль ерозії у виникненні раку шийки матки
 1. Маловивчена
 2. Перебільшена
 3. Недооцінена
9. Яке місце за рейтингом посідає рак шийки матки серед раку геніталій у жінок?
 1. Перше
 2. Друге

3. Третє
- 10.**Захворюваність (грубий показник) на рак шийки матки у 2009 р. в Україні становила:
1. 11 на 100.000 населення
 2. 5 на 100.000 населення
 3. 20 на 100.000 населення
- 11.**Найважливіший момент профілактичного огляду шийки матки
1. Кольпоскопія
 2. Цитологія
 3. Біопсія
- 12.**Симптоми внутрішньоепітеліального раку шийки матки
1. Суб'єктивні
 2. Об'єктивні
 3. Відсутні
- 13.**Провідна кольпоскопічна ознака раку шийки матки.
1. Колір утвору
 2. Поверхня утвору
 3. Краї утвору
 4. Структура капілярів
- 14.**Чи є кахексія симптомом раку шийки матки?
1. Так
 2. Ні
- 15.**Найрозповсюдженіший метод лікування раку шийки матки.
1. Комбінований
 2. Хіміотерапія
 3. Поєднано-променевий
 4. Хірургічний
- 16.**Роль дистанційної гамма-терапії в лікуванні раку шийки матки наступна:
1. Застосовується рідко
 2. Застосовується часто
 3. Не застосовується
- 17.**Чим зумовлена можливість вилікування великої кількості хворих на рак шийки матки променевим методом?
1. Повільним ростом пухлини
 2. Раннім виявленням
 3. Радіочутливістю
- 18.**Чим зумовлена достатньо висока можливість вилікування III стадії раку шийки матки?
1. Відсутністю симптомів
 2. Відносно низькою частотою дисемінації
 3. Низькою диференціацією пухлини
- 19.**Результати хіміотерапії раку шийки матки на сьогодні
1. Задовільні
 2. Незадовільні
 3. Добрі

- 20.** Показання до органозберігаючих операцій при раку шийки матки.
1. Вік хворої
 2. Анатомічний стан шийки матки
 3. Стадія процесу
 4. Бажання хворої
- 21.** Показання до розширеної екстирпації при раку шийки матки.
1. Гістологічна структура
 2. Загальний стан хворої
 3. Бажання хворої
 4. Стадія процесу
- 22.** Показання до післяопераційного опромінення при раку шийки матки наступні:
1. Ожиріння хворої.
 2. Ступінь диференціації пухлини
 3. Нерадикальна операція
 4. Стадія процесу
- 23.** Смертність (грубий показник) від раку шийки матки у 2009 р. в Україні становила
1. 2 на 100.000 населення
 2. 10 на 100.000 населення
 3. 5 на 100.000 населення
- 24.** В даний час спостерігається наступна тенденція захворюваності на рак шийки матки в Україні:
1. До зростання
 2. До стабілізації
 3. До зниження
- 25.** Середній вік хворих на рак шийки матки
1. 60 років
 2. 50 років
 3. 40 років
- 26.** В який бік змінюється середній вік хворих на рак шийки матки?
1. Збільшується
 2. Стабілізувався
 3. Знижується
- 27.** У вагітної жінки виявлено мікроінвазивний рак шийки матки. Ваша тактика?
1. Тактика залежить від терміну вагітності
 2. Вагітність перервати, а після цього розпочати лікування
 3. Розпочати лікування, а потім перервати вагітність
 4. Питання про спосіб лікування і відношення до продовження вагітності вирішується за бажанням жінки
- 28.** Смерть від раку шийки матки найчастіше зумовлена
1. Кишковою непрохідністю
 2. Уремією
 3. Інфекціями
 4. Кровотечами
 5. Недостатністю функції печінки

- 29.** У хворої 40 років з дисплазією епітелію шийки матки оптимальним буде таке лікування:
1. Кріотерапія
 2. Конізація
 3. Діатермокоагуляція
 4. Системні антибіотики
 5. Лазерна терапія
- 30.** Кращий метод виявлення малігнізації слизової шийки матки
1. Аспірація ендоцервікального слизу
 2. Кюретаж цервікального каналу
 3. Змив із піхви
 4. Мазок за Папаніколау (РАР)
- 31.** Гістологічно диференціальний діагноз між інвазивною карциномою шийки матки і карциномою *in situ* заснований на
1. Ушкодженні базальної мембрани
 2. Даних мазка РАР
 3. Наявності клітин із еозинофільною цитоплазмою і сквамозною метаплазією
 4. Фарбуванні поверхневого епітелію толуїдиновим барвником у блакитний колір
- 32.** Скільки випадків (тисяч) первинного раку шийки матки в середньому реєструється в останні роки в Україні?
1. 2
 2. 3
 3. 4
 4. >5
- 33.** Розвиток раку шийки матки найбільш часто супроводжується присутністю вірусу
1. Бітнера
 2. Епштейна-Барр
 3. Грокка
 4. HPV
- 34.** Прогностичними значимими чинниками раку шийки матки є такі, крім
1. Стадії захворювання
 2. Гістологічної структури
 3. Варіанту росту пухлини
 4. Віку хворих
- 35.** Рак шийки матки IV стадії включає такі варіанти, крім
1. Проростання в параметрій
 2. Проростання в сечовий міхур
 3. Проростання в пряму кишку
 4. Наявності віддалених метастазів поза малим тазом
- 36.** Впровадження вакцинації проти вірусу папіломи людини може сприяти зниженню захворюваності на рак
1. Шийки матки
 2. Тіла матки

3. Яєчників
 4. Вульви
- 37.** Лікування преінвазивної карциноми шийки матки передбачає
1. Конізацію шийки матки
 2. Променеву терапію
 3. Хіміотерапію
 4. Комбіноване лікування (електровисічення + променева терапія)
- 38.** При раку шийки матки IA стадії горизонтальне поширення пухлини не повинно перевищувати
1. 0,3 см
 2. 0,5 см
 3. 0,7 см
 4. 1,0 см
- 39.** Максимальна захворюваність на рак шийки матки відзначається у віці
1. 31-40 років
 2. 41-50 років
 3. 51-60 років
 4. 61-70 років
- 40.** Частота ураження шийки матки плоскоклітинним раком складає:
1. 40-46%
 2. 50-56%
 3. 80-86%
 4. 65- 95%
- 41.** Які типи HPV інтегровані в геном людини
1. HPV 6, 11
 2. HPV 5, 10
 3. HPV 16, 18
 4. HPV 36, 37
- 42.** Цитологічний метод обстеження використовується при профілактичних оглядах для виявлення
1. Раку прямої кишки
 2. Раку шийки матки
 3. Раку легенів
 4. Раку молочної залози
- 43.** У структурі онкологічних захворювань серед жіночого населення рак шийки матки займає місце
1. Перше
 2. Друге
 3. Третє
 4. Четверте
- 44.** Які групи патологічних процесів передують раку шийки матки?
1. Дисплазії епітелію шийки матки
 2. Фонові процеси
 3. Псевдоерозії шийки матки
- 45.** Чи є кольпоскопія скринінговим методом дослідження

1. Так
 2. Ні
- 46.** Чи руйнується базальна мембрана при преінвазивному раку шийки матки?
1. Не руйнується
 2. Руйнується
 3. Руйнується частково
- 47.** Який засіб лікування є найраціональнішим при помірній та важкій дисплазії ектоцервікса
1. Електроконізація
 2. Діатермокоагуляція
 3. Кріохірургія
- 48.** Яку із перерахованих операцій проводять при раку шийки матки
1. Операція Вертгайма
 2. Трансвагінальна екстирпація матки
 3. Проста екстирпація матки з придатками
 4. Надпівхова ампутація матки
- 49.** В яких випадках при раку шийки матки використовується тільки хірургічний метод лікування?
1. Стадія IA
 2. Стадія IIA
 3. Стадія IB
- 50.** Виберіть оптимальний метод лікування для молодих жінок при мікрокарциномі шийки матки: T1a1
1. Конізація шийки матки
 2. Діатермокоагуляція
 3. Кріодеструкція
 4. Екстирпація матки з придатками
 5. Операція Вертгайма
- 51.** Що передбачає комбінований метод лікування при раку шийки матки?
1. Операцію в поєднанні з хіміо- або променевою терапією
 2. Хіміотерапію в поєднанні з променевою терапією
 3. Неoad'ювантну хіміотерапію + операцію + променеву терапію
- 52.** Основною причиною смерті жінок репродуктивного віку в Україні є:
1. Серцево-судинні захворювання
 2. Рак яєчника
 3. Рак грудної залози
 4. ДТП
 5. Рак шийки матки
- 53.** Який патологічний процес шийки матки вважається передраком?
1. Лейкоплакія
 2. Ерозія
 3. Цервіцит
 4. Дисплазія
- 54.** Найчастіший локус виникнення патологічних процесів шийки матки:
1. Ектоцервікс

2. Ендоцервікс
 3. Зона переходу
- 55.** Які мікроорганізми залучаються в цервікальний канцерогенез?
1. Вірус герпесу
 2. Хламідії
 3. Вірус папіломи людини
 4. Цитомегаловірус
- 56.** Яким епітелієм вкритий ектоцервікс:
1. Циліндричним
 2. Багатошаровим плоским з ороговінням
 3. Багатошаровим плоским без ороговіння
- 57.** Чи може виникнути рак шийки матки на тлі незміненого епітелію:
1. Так
 2. Ні
- 58.** Який клінічний симптом може супроводжувати інвазійний рак шийки матки:
1. Маткові кровотечі
 2. Уплави (лімфорей)
 3. Усі вище названі
- 59.** Якому методу лікування РШМ ІВ1 ст. віддається перевага в репродуктивному віці:
1. Хірургічному
 2. Променевому
 3. Комбінованому
 4. Хіміотерапії
- 60.** Що є критерієм поділу І стадії РШМ на підгрупи ІА та ІВ:
1. Глибина інвазії пухлини, що визначається при гістологічному дослідженні
 2. Діаметр первинного ураження
 3. Наявність метастазів
 4. Глибина інвазії та горизонтальне розповсюдження пухлини
 5. Стан базальної мембрани
- 61.** Які скарги має жінка з карциномою *in situ* шийки матки:
1. Має менструальні кровотечі
 2. Уплави
 3. Болі внизу живота
 4. Жодних
- 62.** Який метод цитологічного матеріалу з шийки матки можна вважати оптимальним:
1. Шпатель Айра
 2. Цервекс-браш (цервікальна щіточка)
 3. Пальцем у рукавиці
 4. Піпеткою
 5. Ватним тампоном
 6. Гінекологічним дзеркалом
 7. Бактеріальною петлею
- 63.** Встановлено, що провідним етіологічним фактором раку ендометрія є:

1. Вірус
 2. Дисгормональний стан
 3. Радіація
- 64.** Захворюваність (грубий показник) на рак ендометрія в Україні у 2009 р. становила:
1. 25,5 на 100.000 населення
 2. 14,6 на 100.000 населення
 3. 5,5 на 100.000 населення
- 65.** Найчастіша гістологічна структура раку ендометрія
1. Плоскоклітинний роговіючий
 2. Плоскоклітинний нероговіючий
 3. Аденокарцинома
- 66.** До якого ступеня диференціації можна віднести солідний рак ендометрія?
1. Високодиференційованого
 2. Помірнодиференційованого
 3. Низькодиференційованого
- 67.** Роль залозисто-кістозної гіперплазії у виникненні раку ендометрія
1. Передрак
 2. Фоновий процес
 3. Мало вивчена
- 68.** Передрак при раку ендометрія
1. Гіперплазія ендометрія кістозна
 2. Гіперплазія ендометрія атипова
 3. Гіперплазія ендометрія в стадії секреції
- 69.** Розповсюджений метод діагностики раку ендометрія.
1. Радіонуклідний
 2. УЗД
 3. Пробне вишкрібання ендометрія
 4. Метросальпінгографія
- 70.** Сучасний метод лікування передраку ендометрія.
1. Хірургічний
 2. Медикаментозний
 3. Променевий
- 71.** Метод забору матеріалу для цитологічного дослідження ендометрія
1. Аспіраційний
 2. Контактний
 3. Пункційний
- 72.** Макроскопічна характеристика виділень при раку ендометрія
1. Кров'янисті
 2. Рідкі
 3. Каламутні
- 73.** Основний метод лікування раку ендометрія
1. Хірургічний
 2. Медикаментозний
 3. Променевий

4. Поєднаний
- 74.** Місце комбінованого методу у лікуванні раку ендометрія
1. Застосовується часто
 2. Застосовується рідко
- 75.** Найчастішим шляхом метастазування раку ендометрія є
1. Гематогенний
 2. Лімфогенний
 3. Контактний
- 76.** Гормонотерапія при раку ендометрія застосовується в якості:
1. Симптоматичного лікування
 2. Патогенетичного лікування
 3. Ад'ювантної терапії
- 77.** Медикаментозна профілактика рецидивів і метастазів після радикального лікування раку ендометрія проводиться
1. Метотрексатом
 2. Оксипрогестерону капронатом
 3. Синестролом
- 78.** Найчастішим доброякісним утвором матки є:
1. Ендометріоз
 2. Цервікальний стеноз
 3. Фіброміома
 4. Поліпи шийки матки
 5. Папілома
- 79.** Гормонотерапія раку тіла матки найбільш ефективна
1. Оксипрогестерон капронатом
 2. Синестролом
 3. Тиреоїдином
 4. Тамоксифеном
- 80.** Найбільш часта причина гіперплазії ендометрія з дисфункційними матковими кровотечами це:
1. Прогестеронова стимуляція
 2. Використання пероральних контрацептивів
 3. Генетична трансформація базальних клітин ендометрія
 4. Неконтрольована естрогенна стимуляція
- 81.** При преінвазивній карциномі тіла матки гормонотерапія
1. Застосовується по індивідуальних схемах
 2. Протипоказана
 3. Має відносні протипоказання
 4. Показана в поєднанні з хіміотерапією
- 82.** Оптимальним при лікуванні раку тіла матки I-II стадій є:
1. Екстирпація матки з придатками
 2. Операція Вертгайма
 3. Комбіноване лікування
 4. Променева терапія
- 83.** Аденокарцинома ендометрія найбільш часто розвивається на підставі

1. Поліпів ендометрія
 2. Ендогенного надлишку естрогенів
 3. Порушення овуляції
 4. Тератоми яєчника
- 84.** При ІВ стадії раку тіла матки пухлина
1. Проростає в міометрій на 0,5 см
 2. Проростає не більше половини товщини міометрія
 3. Обмежена ендометрієм
 4. Проростає міометрій до серозної оболонки без метастазів у регіонарні лімфатичні вузли
- 85.** Ваші діагностичні заходи при метрорагії в менопаузі:
1. УЗД
 2. Вакуум-аспірація з порожнини матки
 3. Діагностичний фракційний кюретаж цервікального каналу, порожнини матки
 4. Кюретаж порожнини матки
- 86.** Які з названих оперативних втручань не можна виконувати при раку ендометрія:
1. Екстирпація матки з додатками
 2. Ампутація матки з додатками
 3. Екстирпація матки з додатками з лімфаденектомією
- 87.** Хвора 48 років звернулася до гінеколога з приводу повторних кров'янистих виділень у між менструальному періоді. Оптимальним для неї буде:
1. Призначення скорочувальних засобів
 2. Повторний огляд через 1 місяць
 3. Фракційне діагностичне вишкрібання
 4. Визначення рівня статевих гормонів
- 88.** Який морфологічний тип раку ендометрія є найчастішим:
1. Ендометріоїдний
 2. Мезонефроїдний
 3. Плоско клітинний
 4. Серозний папілярний
 5. Аленосквामозний
- 89.** Який морфологічний тип раку ендометрія є найбільш прогностично несприятливим:
1. Ендометріоїдний
 2. Мезонефроїдний
 3. Плоско клітинний
 4. Серозний папілярний
 5. Аленосквामозний
- 90.** Кому з перелічених клінічних випадків раку ендометрія показана післяопераційна променева терапія:
1. T1aG1
 2. T1bG2
 3. T1cG1

4. T1aG3

- 91.** Питома вага раку яєчників серед всіх пухлин яєчників становить
1. 10%
 2. 20%
 3. 40%
- 92.** Рак яєчників за смертністю серед усіх типів раку жіночих статевих органів займає наступне місце:
1. Перше
 2. Друге
 3. Третє
 4. Четверте
- 93.** Чим зумовлена складність класифікації пухлин яєчників?
1. Яєчник – репродуктивний орган
 2. Яєчник – гормонопродукуючий орган
 3. Яєчник – багатотканинний орган
 4. Яєчник – парний орган
- 94.** Яка найчастіша макроскопічна форма раку яєчників?
1. Дифузна
 2. Вузлова
 3. Змішана
 4. Кістозна
- 95.** Який основний шлях метастазування раку яєчників?
1. Лімфогенний
 2. Гематогенний
 3. Імплантаційний
- 96.** Який симптом зустрічається у більшості хворих на рак яєчників?
1. Метеоризм
 2. Асцит
 3. Анемія
 4. Кров'янисті маткові виділення
- 97.** Який інвазивний апаратний метод дослідження органів черевної порожнини?
1. Лапаротомія
 2. Лапароскопія
 3. Пневмографія
- 98.** Яка роль бімануального гінекологічного дослідження в діагностиці раку яєчників
1. Провідна
 2. Допоміжна
 3. Дослідження неінформативне
- 99.** Вкажіть пухлинний маркер раку яєчників
1. СА 125
 2. СА 19-9
 3. СА 17-3
- 100.** Рентгеноскопія якого органу найбільш необхідна при диференціальній діагностиці раку яєчників?

1. Шлунка
 2. Кишечника
 3. Легенів
- 101.** Який найбільш зручний метод морфологічної верифікації раку яєчників?
1. Цитологічне дослідження пунктату лімфовузла
 2. Цитологічне дослідження мазків виділень з піхви
 3. Цитологічне дослідження асцитичної рідини
 4. Гістологічне дослідження зішкрібку з порожнини матки
- 102.** Місце хірургічного методу у лікуванні раку яєчників
1. Застосовується в більшості випадків
 2. Застосовується в половині випадків
 3. Застосовується рідко
- 103.** Місце хіміотерапії у лікуванні раку яєчників
1. Застосовується в більшості випадків
 2. Застосовується в половині випадків
 3. Застосовується рідко
- 104.** П'ятирічне виживання при раку яєчників становить
1. 40%
 2. 30%
 3. 10%
- 105.** Найбільш інформативним додатковим методом дослідження при диспансеризації хворих, пролікованих від раку яєчників є:
1. Цистоскопія
 2. Ренгеноскопія
 3. Визначення СА 125
 4. Визначення гемоглобіну
- 106.** Основна причина смерті хворих на раку яєчників.
1. Ниркова недостатність
 2. Перитоніт
 3. Кровотеча
 4. Кишкова непрохідність
- 107.** Радикальна операція при раку яєчників включає
1. Радикальне видалення яєчника з пухлиною
 2. Двобічну оваріосальпінгектомію
 3. Двобічну оваріосальпінгектомію з екстирпацією матки
 4. Двобічну оваріосальпінгектомію з екстирпацією матки і резекцією великого сальника
- 108.** 5-Річне виживання при раку яєчників
1. Менше 50%
 2. Понад 50%
- 109.** Чи і наявність дрібних, але пальпабельних метастазів у печінку і дисемінації по очеревині проти показом до видалення первинної ракової пухлини яєчників?
1. Так
 2. Ні

110. У III-IV стадії розпізнається% раків яєчників.

1. Понад 50%
2. Майже 25%

Відповіді на тести до розділу 10

1. – 1	11. – 3	21. – 4	31. – 1	41. – 3	51. – 1	61. – 4	71. – 1	81. – 1	91. – 2	101. – 3
2. – 6	12. – 3	22. – 4	32. – 4	42. – 2	52. – 5	62. – 2	72. – 1	82. – 1	92. – 1	102. – 1
3. – 2	13. – 4	23. – 3	33. – 4	43. – 3	53. – 4	63. – 2	73. – 1	83. – 1	93. – 3	103. – 1
4. – 5	14. – 2	24. – 1	34. – 4	44. – 1	54. – 3	64. – 2	74. – 1	84. – 2	94. – 4	104. – 2
5. – 1	15. – 3	25. – 2	35. – 1	45. – 1	55. – 3	65. – 3	75. – 2	85. – 3	95. – 3	105. – 3
6. – 1	16. – 1	26. – 3	36. – 1	46. – 1	56. – 3	66. – 3	76. – 3	86. – 2	96. – 2	106. – 4
7. – 2	17. – 3	27. – 1	37. – 1	47. – 1	57. – 2	67. – 2	77. – 2	87. – 3	97. – 2	107. – 4
8. – 2	18. – 2	28. – 2	38. – 3	48. – 1	58. – 3	68. – 2	78. – 3	88. – 1	98. – 1	108. – 1
9. – 2	19. – 2	29. – 1	39. – 4	49. – 1	59. – 1	69. – 3	79. – 1	89. – 4	99. – 1	109. – 2
10. – 1	20. – 3	30. – 4	40. – 4	50. – 1	60. – 4	70. – 2	80. – 4	90. – 1	100. – 1	110. – 1

РОЗДІЛ 11. РАК НИРКИ, СЕЧОВОДУ, СЕЧОВОГО МІХУРА

Виберіть правильну відповідь

1. Наскільки частим симптомом при раку нирки є біль?
 1. У всіх випадках
 2. В 1/4 випадків
 3. У 2/3 випадків
 4. Дуже рідким симптомом
2. Чи може тривала терапія інтерфероном дати регресію окремих пухлин нирки?
 1. Так
 2. Повну регресію ні
 3. Регресія може наступити в 30% випадків
3. Яка серед наведених пухлин нирки є злоякісною?
 1. Аденома
 2. Папілярна карцинома
 3. Фіброма
 4. Лімфангіома
4. Який найбільш інформативний метод диференційної діагностики пухлини нирки і заочеревинної пухлини
 1. Визначення пухлинних маркерів
 2. Лабораторне обстеження
 3. Екскреторна урографія
 4. УЗД
5. *Яка морфологічна форма раку нирки зустрічається найчастіше?
 1. Плоскоклітинний рак
 2. Світлоклітинний рак
 3. Папілярний рак
 4. Некласифікований рак
6. Як часто спостерігається макрогематурія при раку нирки?
 1. У всіх випадках
 2. Рідко
 3. Щонайменше у половині випадків
7. Наскільки частим симптомом при раку нирки є біль?
 1. У всіх випадках
 2. В 1/4 випадків
 3. У 2/3 випадків
 4. Дуже рідким симптомом
8. Як часто відзначаються зміни в загальному аналізі сечі при своєчасно виявленому раку нирки?
 1. Завжди
 2. Рідко
 3. У половині випадків
9. Вкажіть метод діагностики пухлин нирки, який є найбільш інформативним
 1. Загальний аналіз сечі
 2. Ретроградна пієлографія

3. Оглядова рентгенографія
 4. КТ
- 10.** Який метод лікування раку нирки є радикальним?
1. Променева терапія
 2. Операція
 3. Хіміотерапія
 4. Гормонотерапія
 5. Біотерапія
- 11.*** Вкажіть, який з наведених гормональних препаратів найчастіше використовують при лікуванні раку нирки:
1. Синестрол
 2. Тестостерону пропіонат
 3. Оксипрогестерон капронат
 4. Флутамід
- 12.** Чи вірне твердження, що серед пухлинних захворювань нирки переважають злоякісні пухлини?
1. Так
 2. Ні
 3. Частота їх приблизно однакова
- 13.** Чи вірне твердження, що дисбаланс статевих гормонів не може бути причиною виникнення пухлин нирки
1. Так
 2. Ні
- 14.** Чи властиві для раку нирки лімфо генний і гематогенний шляхи метастазування?
1. Так
 2. Ні
 3. Питання вивчене недостатньо
- 15.** Якими шляхами метастазує рак нирки?
1. Лімфо генний
 2. Гематогенний
 3. Імплантаційним
 4. Вірні відповіді 1. і 2.
 5. Вірні відповіді 2. і 3.
 5. Усі відповіді вірні
- 16.** Які лімфатичні вузли при раку нирки належать до регіонарних?
1. Вузли воріт нирки, паракольні та паракавальні лімфовузли
 2. Вузли воріт нирки і лімфовузли гепатодуоденальної зв'язки
 3. Вузли воріт нирки, парааортальні та паракавальні
- 17.** Вкажіть симптом, який не характерний для раку нирки
1. Дизурія
 2. Гектична температура
 3. Підвищена температура тіла
 4. Тенезми
 5. Наявність пухлини, яка промацується.

6. Біль
7. Варикоцеле
18. При раку нирки відзначається
 1. Зсув формули білої крові вліво
 2. Анемія
 3. Тромбоцитопенія
 4. Лейкопенія
19. У хворих на рак нирки відзначається підвищення артеріального тиску
 1. Так, практично у всіх
 2. Ні
 3. У кожного 10-го хворого
20. Раптова поява варикоцеле в осіб старшого віку вказує на можливість виникнення раку нирки
 1. Ні
 2. Так
 3. Тільки у поєднанні з промацуванням пухлиною
21. Основними методами інструментальної діагностики раку нирки є
 1. Рентгенологічні
 2. Біохімічні
 3. Ендоскопічні
 4. Радіонуклідні
22. Чи може ретроградна пієлографія сприяти дисемінації процесу при раку нирки?
 1. Так
 2. Ні
 3. Лише при порушенні методики проведення
23. В якому віці найчастіше зустрічається пухлина Вільмса?
 1. В осіб старшого віку
 2. У віці 1-4 років
 3. У новонароджених
 4. У підлітків
24. Як часто зустрічається пухлина Вільмса в структурі онкологічної захворюваності серед дітей?
 1. У 10%
 2. У 30%
 3. У 50%
25. Яка морфологічна особливість характерна для нефробластоми?
 1. Мономорфність будови
 2. Поліморфність будови
 3. Будова залежить від сублокалізації пухлини
26. Який макроскопічний тип росту характерний для нефробластоми?
 1. Експансивний ріст
 2. Інфільтративний ріст
 3. Змішаний характер
27. У більшості випадків нефробластома нирки виявляється

1. Лікарями-педіатрами при планових профілактичних оглядах
 2. Батьками дитини під час купання
 3. При випадкових УЗД черевної порожнини
- 28.** Лікування хворих на нефробласту переважно
1. Хірургічне
 2. Променеве
 3. Цитостатичне
 4. Комплексне
- 29.** Чим детермінується прогноз при нейробластомі?
1. Стадією захворювання
 2. Морфологічним варіантом
 3. Віком дитини
 4. Усіма наведеними факторами
- 30.** Рак ниркової миски та сечоводу переважно виникає під впливом
1. Спадкових факторів
 2. Хронічних інфекцій сечовивідних шляхів
 3. Певних професійних шкідливостей
- 31.** Провідним клінічним симптомом раку ниркової миски та сечоводу є
1. Гематурія і тупий біль
 2. Гектична температура тіла
 3. Загальна слабкість
- 32.** Обов'язковим методом діагностики при підозрі на рак ниркової миски та сечоводу є
1. Рентгенологічний
 2. Біохімічний
 3. Цистоскопія
 4. УЗД
- 33.** Основним методом лікування раку ниркової миски та сечоводу є
1. Променевий
 2. Хірургічний
 3. Гормональний
 3. Цитостатичний
- 34.*** Радіонуклідна ренографія дозволяє визначити
1. Концентраційну функцію нирок
 2. Очисну здатність каналців, уродинаміку верхніх сечових шляхів
 3. Форму і розміри нирок
 4. Ефективний нирковий кровоплин
 5. Характер ураження паренхіми нирки
- 35.** Яка різниця між термінами нирковоклітинна аденокарцинома і гіпернефрома?
1. Це тотожні терміни
 2. Це пухлини, які виникають у нирці з різних зачатків
 3. Це пухлини, які мають різну локалізацію (нирка і надниркова залоза)
- 36.** Наступні твердження про рак нирки вірні, крім:
1. Для раку нирки характерні як загальні, так і локальні симптоми
 2. Для раку нирки найчастіше характерна перитонеальна дисемінація

3. Для хіміотерапії найчастіше використовується вінбластин
 4. Відносно ефективною є гормонотерапія
- 37.** Наступні твердження про рак ниркової миски і сечоводу вірні, крім:
1. Вони становлять понад половину злоякісних новотворів нирки
 2. Частіше хворіють чоловіки
 3. Найчастіше зустрічається папілярний рак
 4. Ці захворювання можна вважати професійними
- 38.** Розміри нирок (правої і лівої), що визначаються по рентгенограмі в нормі
1. Однакові
 2. Більша права нирка
 3. Більша ліва нирка
- 39.** Нормальною топографоанатомічною особливістю нирок є те, що
1. Права нирка розміщена вище за ліву
 2. Права нирка розміщена нижче за ліву
 3. Обидві нирки розміщені на однаковому рівні
- 40.*** Розміри нирок, що визначаються по рентгенограмі в нормі наступні:
1. Довжина - 8-10 см і ширина - 3.4 см
 2. Довжина – 11-14 см і ширина - 5-7 см
 3. Довжина – 14-16 см і ширина - 7-9 см
- 41.** Що розуміють під терміном анурія?
1. Виділення за добу менше 50 мл сечі
 2. Виділення за добу менше 100 мл сечі
 3. Виділення за добу менше 150 мл сечі
 4. Виділення за добу менше 200 мл сечі
- 42.** Що розуміють під терміном олігурія?
1. Виділення за добу менше 150 мл сечі
 2. Виділення за добу менше 200 мл сечі
 3. Виділення за добу менше 300 мл сечі
 4. Виділення за добу менше 500 мл сечі
- 43.*** Яка допустима кількість еритроцитів в 1 л сечі?
1. 1 тис
 2. 400 тис
 3. 1 млн
 4. 2 млн
 5. 5 млн
- 44.** Вкажіть епітеліальну доброякісну пухлину сечового міхура
1. Лейоміома
 2. Гемангіома
 3. Папілома
- 45.** Яка із скарг хворого повинна найбільше насторожувати лікаря щодо можливого раку сечового міхура?
1. Болюче сечовипускання
 2. Виділення сечі з кров'ю
 3. Утруднене сечовипускання
 4. Набряки

- 46.** Який метод діагностики раку сечового міхура є основним?
1. Рентгенологічний
 2. Цистоскопічний
 3. Лабораторний
 4. УЗД
- 47.** Найпоширенішою причиною виникнення раку сечового міхура є
1. Біологічні канцерогени
 2. Іонізуюче випромінювання
 3. Хімічні канцерогени
 4. Хронічний неспецифічний цистит
- 48.** Доведено, що куріння тютюну підвищує ризик захворіти на рак сечового міхура у
1. 2 рази.
 2. 4 рази.
 3. 10 разів.
 4. 20 разів
- 49.** Доведено, що рак сечового міхура викликає
1. 3-, 4-бензпірен
 2. ДДТ
 3. Азбест
 4. Нафтиламін (Б і в)
 5. Вінілхлорид
- 50.** До регіонарних лімфатичних вузлів сечового міхура належать
1. Мезентеріальні
 2. Паракольні
 3. Парааортальні
 4. Вузли, розташовані нижче біфуркації загальних клубових артерій
- 51.** Який гістологічний тип раку сечового міхура зустрічається найбільш часто?
1. Папілярний рак
 2. Перехідно-клітинна карцинома
 3. Аденокарцинома
 4. Плоско клітинна карцинома
- 52.** Основним методом лікування раку сечового міхура є
1. Хірургічний
 2. Медикаментозний
 3. Променевий
 3. Біотерапія
- 53.** Дистанційної гамма-терапії у хворих на рак сечового міхура не застосовується з метою
1. Паліативного лікування
 2. Комбінованого радикального лікування (як складова частина)
 3. Самостійного радикального лікування
- 54.** Прогноз при раку сечового міхура
1. Частіше сприятливий
 2. Частіше несприятливий

3. Залежить від гістологічної форми

Відповіді на тести до розділу 11

1. - 3	11. - 3	21. - 1	31. - 1	41. - 2	51. - 2
2. - 3	12. - 1	22. - 1	32. - 3	42. - 4	52. - 1
3. - 2	13. - 2	23. - 2	33. - 2	43. - 3	53. - 3
4. - 3	14. - 1	24. - 2	34. - 2	44. - 3	54. - 2
5. - 2	15. - 4	25. - 2	35. - 1	45. - 2	
6. - 3	16. - 3	26. - 2	36. - 2	46. - 2	
7. - 3	17. - 4	27. - 2	37. - 1	47. - 3	
8. - 3	18. - 2	28. - 4	38. - 1	48. - 4	
9. - 4	19. - 3	29. - 4	39. - 2	49. - 4	
10. - 2	20. - 2	30. - 3	40. - 2	50. - 4	

РОЗДІЛ 12. РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Виберіть правильну відповідь.

1. Вкажіть гормони, що сприяють розвитку раку простати
 1. Естрогени
 2. Андрогени
 3. АКТГ
 4. Тироксин
2. Вкажіть основний метод виявлення раку простати (у 80% випадків)
 1. Лабораторний
 2. Ренгенологічний
 3. Пальцеве дослідження через пряму кишку
3. Який із вказаних методів лікування раку простати може мати радикальний характер
 1. Променевий
 2. Хіміотерапія
 3. Хірургічний
4. Вкажіть метод лікування раку передміхурової залози III стадії
 1. Хірургічний (простатектомія)
 2. Комбінований (кастрація, гормонотерапія і променева терапія)
 3. Променева терапія
5. Які гормони застосовують при лікуванні раку передміхурової залози?
 1. Андрогени
 2. Естрогени
 3. Глюкокортикоїди
 4. Мінералокортикоїди
 5. АКТГ
6. Вкажіть маркер раку передміхурової залози
 1. Лужна фосфатаза
 2. Кисла фосфатаза сечі
 3. Альфа-фетопроतेїн
 4. PSA
7. На рак простати переважно хворіють
 1. Діти
 2. Молоді чоловіки
 3. Люди похилого віку
8. Назвіть частину передміхурової залози, в якій найчастіше розвивається рак (70% - аденокарцином).
 1. Периферійні ділянки
 2. Центральна зона
 3. Періуретральна зона
9. Поява пухлини простати залежить від
 1. Зловживання тютюном і алкоголем
 2. Прийому аспірину
 3. Професійного контакту з хімічними канцерогенами

4. Гормональних впливів
10. Більш сприятливий перебіг наступної морфологічної форми раку простати:
 1. Тубулярної аденокарциноми
 2. Слизоутворюючої або крибриформної аденокарциноми
11. Символом N при раку простати позначають метастази у
 1. Мезентеріальні лімфовузли
 2. Парааортальні лімфовузли
 3. Лімфатичні вузли, розташовані нижче біфуркації загальних клубових артерій
12. Перші клінічні прояви при раку простати, як правило, є ознакою
 1. Ранніх стадій
 2. Поширеного процесу
13. Метастазування у кістки є
 1. Характерним для раку простати
 2. Не характерним для раку простати
14. Рентгенологічно метастази у кістки при раку простати носять переважно
 1. Остеолітичний характер
 2. Остеопластичний характер
 3. Характер метастазів залежить від віку
15. Які гормони стимулюють розвиток раку передміхурової залози?
 1. АКТГ
 2. Естрогени
 3. Андрогени
 4. Тироксин
16. Який метод лікування найбільш доцільно застосовувати при раку передміхурової залози III стадії?
 1. Хірургічний
 2. Хіміотерапія
 3. Гормонотерапія
 3. Променева терапія
 4. Комбінований (телегамма-терапія, кастрація, гормонотерапія)
17. Які гормони у першу чергу застосовують для лікування раку передміхурової залози?
 1. Андрогени
 2. Естрогени
 3. Кортикостероїди
18. *Яким символом у класифікації за системою TNM-6 позначають віддалені метастази у кістки при раку простати?
 1. M1a
 2. M1b
 3. M1c
19. Які значення PSA знаходяться в межах норми?
 1. <1,5 нг/мл
 2. <3,7 нг/мл
 3. 5 - 10 нг/мл

4. 10 - 25 нг/мл
20. Який рівень PSA характерний для хворих на рак передміхурової залози?
1. <2.0 нг/мл
 2. >25 нг/мл
 3. >4.0 нг/мл
21. Який препарат застосовують для лікування раку передміхурової залози?
1. Тамоксифен
 2. Фосфестрол
 3. Фемара
 4. Гідрокортизон
22. Захворюваність на рак передміхурової залози в Україні у 2009 р. («грубий» показник) становила:
1. 6,9 на 100 000
 2. 16,9 на 100 000
 3. 29,9 на 100 000
 4. 39,9 на 100 000
23. Яке місце в структурі захворюваності на злоякісні новоутвори у чоловіків в Україні зараз посідає рак простати?
1. Перше
 2. Друге
 3. Третє
 4. Четверте
 5. П'яте
 6. Вірних відповідей немає
24. Визначення рівня PSA у крові хворих на рак передміхурової залози не використовується для:
1. Класифікації за системою TNM
 2. Встановлення прогнозу захворювання
 3. Визначення ступеня поширеності пухлини
 4. Встановлення показів до гормонотерапії
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
 6. Вірні відповіді 3. і 4.
 7. Усі відповіді вірні
 8. Вірних відповідей немає
25. Який пухлинний маркер визначають з метою скринінгу раку простати?
1. СА 15-3
 2. PSA
 3. СА 125
 4. СА 19-9
26. *Латентний рак простати у 70 річних чоловіків відзначається у.....випадків
1. 5%
 2. 10%
 3. 25%
 4. 50%

27. Кастрацію при лікуванні раку простати в багатьох випадках можна замінити призначенням
1. Фосфестролу
 2. Гозереліну
 3. Синестролу
 4. Тамоксифену
28. Алгоритм лікування першої стадії раку простати включає гормонотерапію
1. Твердження вірне
 2. Твердження вірне у 50% випадків
 3. Твердження невірне
29. Знайдіть помилку у твердженні: через тканину передміхурової залози проходять:
1. Сечівник
 2. Сім'явивідні протоки
 3. Сечовід
30. Антиандрогени застосовуються
1. При злоякісних пухлинах яєчка
 2. При раку нирки
 3. При раку передміхурової залози
 4. При раку молочної залози
31. Яку питому вагу зараз займає рак простати в структурі онкологічної захворюваності в Україні?
1. 2-4%
 2. 10%
 3. 15-20%
 4. >20%
32. Яку питому вагу зараз займає рак простати серед злоякісних новотворів у чоловіків в Україні?
1. 2 %
 2. 4 %
 3. 8 %
 4. 15 %
33. Яка тенденція захворюваності на рак простати в Україні?
1. До зниження
 2. До зростання
 3. Спостерігається стабілізація
34. Вкажіть регіон, де рак простати зустрічається частіше
1. Північна Америка
 2. Середня Азія
 3. Східна Європа
 4. Африка
35. Рак простати найчастіше метастазує
1. У легені
 2. У кістки
 3. У печінку

4. У головний мозок
- 36.Радикальна простатектомія передбачає:
1. Видалення передміхурової залози
 2. Видалення передміхурової залози з капсулою
 3. Видалення передміхурової залози з сім'яними пухирцями, клітковиною і шийкою сечового міхура і тазову лімфодисекцію
 4. Видалення передміхурової залози і кастрацію
- 37.Флутамід належить до
- 1.Естрогенів
 - 2.Андрогенів
 - 3.Антиестрогенів
 - 4.Антиандрогенів
- 38.Сучасні антиандрогени за біохімічною структурою належать до
1. Стероїдних сполук
 2. Нестероїдних сполук
 3. Вірні відповіді 1. і 2.
 4. Вірних відповідей немає
- 39.Найчастіше латентний рак простати виявляють
1. Шляхом пальцевого дослідження прямої кишки
 2. Шляхом моніторингу рівнів пухлинних маркерів сироватки крові.
 3. При УЗД
 4. При автопсії
- 40.Передміхурова залоза має
1. Дві частки
 2. Три частки
 3. Дві частки і перешийок
- 41.При ультразвуковому дослідженні передміхурової залози найбільш інформативною є наступна методика:
- 1.Трансабдомінальна
 - 2.Трансперинеальна
 - 3.Трансректальна
- 42.Яке 5-річне виживання хворих на рак простати II стадії за умови проведення гормонального лікування?
- 1.10%
 - 2.20-25%
 - 3.30-35%
 - 4.40-60%
 - 5.60-70%
- 43.В якому частіше зустрічаються пухлини яєчка
1. 10-15 років
 2. 20-40 років
 3. 40-60 років
 3. >60 років
- 44.Вкажіть основний метод верифікації злоякісних пухлин яєчка
1. УЗД

2. Пункція пухлини тонкою голкою
 3. Лабораторний (визначення рівнів ЛДГ, АФП, ХГЛ)
45. Вкажіть маркер семіном яєчка
1. АФП
 2. Хоріонічний гонадотропін людини
 3. Лактатдегідрогеназа
 4. Усі відповіді вірні
 5. Вірних відповідей немає
46. Доброякісні пухлини яєчка зустрічаються
1. Часто
 2. Їх частота незначна
 3. Залежить від віку хворого
47. Серед пухлин яєчка розрізняють
1. Семіномні і несеміномні
 2. Агресивні та латентні

Відповіді на тести до розділу 12

1. – 2	11. – 3	21 – 2	31. – 1	41. – 3
2. – 3	12. – 2	22 – 3	32. – 3	42. – 4
3. – 3	13. – 1	23 – 4	33. – 2	43. – 2
4. – 2	14. – 2	24 – 7	34. – 1	44. – 2
5. – 2	15. – 3	25 – 2	35. – 2	45. – 5
6. – 4	16. – 4	26 – 4	36. – 3	46. – 2
7. – 3	17. – 2	27. – 2	37. – 4	47. – 1
8. – 1	18. – 2	28. – 3	38. – 3	
9. – 4	19. – 2	29. – 3	39. – 4	
10. – 1	20 – 3	30. – 3	40. – 3	

РОЗДІЛ 13 ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН

Виберіть правильну відповідь

1. Онкологічна деонтологія регламентує:
 1. Взаємини лікаря-онколога та хворого
 2. Взаємини лікаря-онколога з громадськістю
 3. Взаємини лікаря-онколога з колегами
 4. Проблеми дотримання лікарської таємниці
 5. Усі відповіді вірні
2. Чи потрібно повідомляти онкологічного хворого про характер його захворювання?
 1. Так, у всіх випадках
 2. Категорично ні
 3. Потрібно тільки в III клінічній групі
 4. Потрібно в окремих випадках, якщо це не зашкодить його здоров'ю
3. При гормонозалежних пухлинах вплив на ендокринну систему з лікувальною метою може бути здійснений
 1. Хірургічним шляхом
 2. Променивим шляхом.
 3. Медикаментозним шляхом
 4. Усіма цими шляхами.
4. Клональна структура пухлини в протязом прогресії
 1. Не змінюється
 2. Змінюється
5. Найпоширенішим сучасним методом визначення чутливості клітини до гормональних препаратів є.
 1. Визначення чутливості *in vivo*
 2. Визначення чутливості *in vitro*
 3. Визначення статевого хроматину ракової клітини
 4. Встановлення гормональних рецепторів ракової клітини
6. З перелічених препаратів антиестрогенна дія притаманна
 1. Аміноглютетиміду
 2. Анастрозолу
 3. Флутаміду
 4. Тореміфену
 5. Вепезиду
 6. Гозереліну
7. З перелічених препаратів антиандрогенна дія притаманна
 1. Аміноглютетиміду
 2. Анастрозолу
 3. Флутаміду
 4. Тореміфену
 5. Дексаметазону
 6. Гозереліну
8. До інгібіторів ароматази належать

1. Тамоксифен
 2. Анастрозол
 3. Флутамід
 4. Аміноглютетимід
 5. Усі відповіді вірні
 6. Усі відповіді не вірні
 7. Вірні відповіді 3. і 4.
 8. Вірні відповіді 2. і 4.
- 9.** Виберіть найбільш правильне визначення терміну біотерапія, як методу лікування злоякісних пухлин
1. Це введення в організм хворого пробіотиків
 2. Це прийом хворим біододатків
 3. Це один із способів автотрансплантації
 4. Це активація природних захисних механізмів організму хворого
- 10.** Який із перелічених механізмів дії притаманний таргетним препаратам
1. Пряме пошкодження ДНК пухлинних клітин
 2. Інгібіція рецепторів HER-2/neu
 3. Конкурентне заміщення природних метаболітів
 4. Утворення природних радикалів
- 11.** Комбінованим лікуванням вважається
1. Поєднання двох різних джерел іонізуючого випромінювання
 2. Одночасне або послідовне застосування двох видів локальної терапії
 3. Послідовне застосування двох різних оперативних втручань
 4. Проведення хірургічного лікування під захистом антибіотикотерапії
- 12.** До комплексного лікування відноситься
1. Сполучнопроменева терапія
 2. Хірургія + цитостатична терапія + гормонотерапія
 3. Проведення одночасно комбінованої операції з розширеною лімфодисекцією
 4. Проведення хірургічного лікування під захистом антибіотикотерапії і тромбопрофілактики
- 13.** Реабілітація онкологічних хворих полягає
1. У проведенні санаторного лікування
 2. Реадаптації до активного життя
 3. Поверненні до трудової діяльності
 4. Відновленні або компенсації порушених функцій організму
 5. Усі відповіді вірні
 6. Вірні відповіді 1. і 4.
- 14.** Особливістю медичної реабілітації онкологічних хворих є
1. Неможливість проводити масаж та лікувальну фізкультуру
 2. Постійна небезпека виникнення рецидиву чи метастазів пухлини.
 3. Заборона перебування онкологічних хворих на курортах
 4. Відсутність спеціалістів реабілітологів
- 15.** Реабілітація онкологічних хворих складається з наступних заходів
1. Медичних
 2. Психологічних

3. Педагогічних
 4. Трудових
 5. Вірні відповіді 1., 2. і 3.
 6. Вірні всі відповіді
- 16.** Основною метою ад'ювантною медикаментозною терапією є
1. Посилення ступеня пошкодження пухлини
 2. Зменшення розмірів пухлини
 3. Ерадикація мікрометастазів після лікування первинної пухлини
 4. Вивчення медикаментозного патоморфозу для планування подальшого лікування
- 17.** Неоад'ювантна хіміотерапія використовується з метою
1. Зменшення маси пухлини
 2. Наближення термінів системної дії на пухлинний процес
 3. Визначення медикаментозного патоморфозу для планування подальшого лікування
 4. Уникнення оперативного втручання
- 18.** Під поняттям фази клінічних досліджень протипухлинного препарату розуміють
1. Застосування протипухлинних препаратів певної лінії
 2. Процес реєстрації цього препарату в державному експертному центрі МОЗ України
 3. Застосування його відповідно до стандартів лікування злоякісних пухлин
 4. Певний етап його дослідження, який ще не вийшов за межі клінічного експерименту
- 19.** Для лікування плевриту і асцити на ґрунті карциноматозу найбільш ефективним способом введення цитостатиків є
1. Системна хіміотерапія
 2. Регіонарна хіміотерапія
 3. Локальна хіміотерапія
 4. Суттєвої різниці між шляхами введення в організм хворого немає
- 20.** Під терміном "неоад'ювантна" хіміотерапія розуміють
1. Післяопераційну хіміотерапію
 2. Профілактичну хіміотерапію
 3. Хіміотерапію з використанням так званих ад'ювантів
 4. Передопераційну хіміотерапію
- 21.** До ускладнень хіміотерапії відносяться
1. Мієлосупресія
 2. Диспепсичний синдром
 3. Стomatит
 4. Алопеція
 5. Вірні відповіді 1., 3. і 4.
 6. Усі відповіді вірні
- 22.** Андрогени застосовувалися
1. При раку яєчників
 2. При раку молочної залози

3. При раку нирки
4. При раку передміхурової залози
- 23.** Естрогени застосовуються
 1. При пухлинах яєчка при
 2. При метастатичному раку грудної залози
 3. При раку яєчників
 4. При раку передміхурової залози
 5. Усі відповіді вірні
 6. Вірні відповіді 2. і 4.
- 24.** Антиестрогени застосовуються
 1. При раку передміхурової залози
 2. При пухлинах яєчка
 3. при раку грудної залози
 4. При меланомі шкіри
 5. Усі відповіді вірні
- 25.** Антиандрогени застосовуються
 1. При раку грудної залози
 2. При пухлинах яєчка
 3. При раку передміхурової залози
 4. При меланомі шкіри
- 26.** До засобів неспецифічної імунотерапії не належать
 1. С-papvum
 2. Левамизол
 3. БЦЖ
 4. Вітаміни
 5. Протипухлинні вакцини
 6. Усе перераховане
- 27.** До засобів специфічної імунотерапії належать
 1. Імунізація пухлинними клітинами або екстрактами з них(із збереженням їх антигенної структури)
 2. Інтерферони
 3. Протипухлинні вакцини
 4. Інтерлейкін ІІ-2
 5. Усе перераховане
 6. Нічого з перерахованого
 7. Вірні відповіді 1. і 3.
- 28.** Під терміном "симптоматична терапія" розуміють:
 1. Терапію, спрямовану на ліквідацію або суттєве полегшення клінічних проявів окремих найбільш обтяжливих ознак захворювання
 2. Терапію, спрямовану на зменшення маси пухлин
 3. Терапію, спрямовану на усунення токсичної дії цитостатиків
 4. Вірної відповіді немає
- 29.** Абластика передбачає
 1. Сукупність прийомів, спрямованих на девіталізацію злоякісних клітин
 2. Часткове видалення елементів пухлини

3. Видалення видимих елементів пухлини
 4. Повне видалення усіх елементів пухлини
- 30.** Антибластика передбачає
1. Передбачає повне видалення усіх елементів пухлини
 2. Сукупність прийомів, спрямованих на запобігання розсіюванню ракових клітин у рані
 3. Одномоментне, одноблочне повне або часткове видалення ураженого пухлиною органа
 4. Видалення всіх елементів пухлини, що менші за 1 см
- 31.** Основне завдання радикального лікування вважають виконаним, якщо
1. Проведено видалення злоякісної пухлини
 2. Після хірургічного втручання хворого виписано на амбулаторне лікування
 3. Після його завершення в організмі хворого сучасними методами діагностики не вдається виявити ніяких ознак пухлинного процесу
 4. Після його завершення підвищується якість життя хворого
- 32.** Обсяг радикальної операції при ендофітній пухлині
1. Менший, ніж при екзофітній
 2. Більший, ніж при екзофітній
 3. Однаковий, як і при екзофітній пухлині
- 33.** З метою девіталізації злоякісних клітин у ділянці майбутньої операції застосовують
1. Антибіотикотерапію
 2. Біотерапію
 3. Неоад'ювантну хіміотерапію
 4. Ад'ювантну променевою терапію
- 34.** До розширених хірургічних втручань відносять
1. Видалення пухлин в межах здорових тканин разом із регіонарним лімфатичними вузлами
 2. Видалення пухлини в межах здорових тканин разом із резекцією або повним видаленням іншого органу, залученого в пухлинний процес
 3. Оперативні втручання, які супроводжуються збільшенням обсягу видалення лімфатичних вузлів
 4. Оперативні втручання разом із лімфаденектомією D2
- 35.** Комбінована операція передбачає
1. Видалення пухлини разом з регіонарними лімфатичними вузлами
 2. Додаткове видалення або часткову резекцію інших органів і тканин.
 3. Одночасне виконання операції з приводу іншого захворювання
 4. Проведення оперативного втручання із субопераційною променевою терапією
- 36.** Виберіть комбіноване лікування серед запропонованих схем спеціального лікування
1. Паліативна операція в поєднанні з післяопераційною променевою терапією
 2. Симптоматична операція в поєднанні з передопераційною променевою терапією

3. Радикальна операція в поєднанні з перед -або післяопераційною променевою терапією
 4. Хіміотерапія та наступна симптоматична променева терапія з приводу рецидиву пухлини
- 37.** Під “операбельністю” розуміють
1. Відсутність у хворого супутніх захворювань
 2. Стан хворого, що дозволяє виконати радикальну операцію
 3. Можливість виконати радикальну операцію, яка виявлена під час хірургічного втручання
 4. Функціональний стан хворого, що дозволяє виконати оперативне втручання
- 38.** Під “резектабельністю” розуміють
1. Функціональний стан хворого, що дозволяє виконати операцію
 2. Можливість виконати радикальну операцію, яка встановлена під час хірургічного втручання
 3. Відсутність протипоказань до оперативного втручання
 4. Необхідність дотримання вимог антибластики під час резекційного оперативного втручання
 5. Вірної відповіді немає
- 39.** Променева лікування може застосовуватися в якості
1. Самостійного радикального методу
 2. Самостійного паліативного методу
 3. У комбінації з хірургічним методом
 4. У комбінації з медикаментозною терапією (хіміо- і імунотерапією)
 5. Усі відповіді вірні
- 40.** Сполучним або поєднаним методом променевої терапії називають
1. Комбінацію двох різних джерел іонізуючого випромінювання
 2. Послідовне застосування двох видів спеціального лікування, один з яких – променевий
 3. Поєднання променевої терапії і так званих модифікуючих факторів
 4. Поєднання променевої терапії і біотерапії
- 41.** Основна мета радикального лікування
1. Девіталізація первинної пухлини
 2. Девіталізація віддалених метастазів пухлини
 3. Досягнення часткової регресії пухлини
 4. Вилікування хворого внаслідок повної регресії пухлинного процесу
- 42.** Основна мета паліативного лікування
1. Перевід хворого в III клінічну групу
 2. Девіталізація регіонарних метастазів пухлини
 3. Запобігання віддаленому метастазуванню
 4. Усунення больового синдрому
 5. Збільшення тривалості життя хворого, покращення якості його життя
- 43.** Основна мета симптоматичного лікування
1. Перевід хворого в IV клінічну групу
 2. Забезпечення безрецидивного перебігу хвороби
 3. Зменшення пухлинної маси

4. Оптимізація якості життя хворого за рахунок постійної або тимчасової ліквідації окремих ознак хвороби
- 44.**Завданням неоад'ювантної променевої терапії є
1. Підвищення операбельності
 2. Підвищення резектабельності
 3. Створення умов для проведення ад'ювантної хіміотерапії
 4. Отримання повної регресії пухлини
- 45.**Під радикальністю в хірургічній онкології розуміють
1. Дотримання правил антибластики
 2. Дотримання принципів зональності і футлярності
 3. Ерадикацію **або** повне видалення злоякісного процесу
 4. Проведення девіталізації злоякісних клітин у ділянці майбутньої операції
- 46.**Абластика і антибластика є основними принципами
1. Симптоматичного хірургічного лікування
 2. Хіміотерапії
 3. Гормонотерапії
 4. Радикального хірургічного лікування
 5. Імунотерапії
 6. Променевого лікування
- 47.**Для оптимізації променевого лікування застосовують наступні способи модифікації:
1. Радіопротекцію нормальних тканин
 2. Сенсibiliзацію пухлин до опромінення
 3. Ефект взаємопідсилення при одночасній хіміотерапії.
 4. Гіпергідратацію з форсованим діурезом
 4. Усі відповіді вірні
 5. Вірної відповіді немає
 6. Вірні відповіді 1., 2. і 3.
- 48.**До місцевих ускладнень променевого лікування відносять
- 1.Епітеліт
 2. Пульмоніт
 3. Гепатит
 4. Алопецію
 5. Нефрит
 6. Усі відповіді вірні
 7. Вірні відповіді 1., 2. і 3.
- 49.**До загальних ускладнень променевого лікування відносять
1. Лімфопенію
 2. Імуносупресію
 3. Гепатит
 4. Алопецію
 5. Нефрит
 6. Усі відповіді вірні
 7. Вірні відповіді 1. і 2.
- 50.**Вкажіть одиницю вимірювання експозиційної дози випромінювання

1. Зіверт
 2. Рад
 3. Кюрі
 4. Рентген
 5. Грей
- 51.** Вкажіть одиниці вимірювання поглинутої дози випромінювання
1. Грей
 2. Джоуль
 3. Рентген
 4. Рад
 4. Кюрі
 5. Вірні відповіді 1. і 3.
 6. Вірні відповіді 1. і 4.
- 52.** Одиницею вимірювання якої величини є Кюрі?
1. Еквівалентної дози.
 2. Експозиційної дози.
 3. Поглинутої дози.
 4. Потужності дози.
 5. Активності радіонуклідів
- 53.** Одиницею вимірювання якої дози в системі СІ є Зіверт
1. Експозиційної дози
 2. Потужності дози
 3. Еквівалентної дози
 4. Поглинутої дози
- 54.** До пізніх променевих ускладнень відносять
1. Фіброз м'яких тканин
 2. Лейкопенію
 3. Анемію
 4. Еритему шкіри
- 55.** Метод опромінення називають коротко дистанційним, якщо
1. Відстань від джерела до поверхні тіла 30 см
 2. Відстань від джерела до поверхні тіла 15 см
 3. Відстань від джерела до поверхні тіла 5 см
 4. Усі відповіді вірні
- 56.** Метод опромінення називають контактним, якщо
1. Відстань від джерела до поверхні тіла 10 мм
 2. Відстань від джерела до поверхні тіла 15 мм
 3. Відстань від джерела до поверхні тіла 5 мм
 4. Усі відповіді вірні
 5. Вірні відповіді 1. і 3.
- 57.** Брахітерапія відноситься до
1. Дистанційних методів опромінення
 2. Контактних методів опромінення
 3. Радіонуклідної терапії
 4. Фотодинамічної терапії

5. Рентгенотерапії
- 58.** Фракціонування променевого лікування це
1. Методика опромінення з різних полів
 2. Поділ курсової дози на окремі фракції
 3. Методика опромінення з різних джерел
 4. Планування променевого лікування різними фахівцями
- 59.** Планування променевого лікування здійснюється за участі наступних фахівців:
1. Променевого терапевта, онкохірурга, хіміотерапевта
 2. Променевого діагноста, променевого терапевта, онкохірурга
 3. Радіаційного онколога, променевого діагноста, радіаційного фізика і лаборанта
 4. Променевого діагноста, променевого терапевта і пацієнта
- 60.** Найчутливішою до дії протипухлинних препаратів пухлинна клітина є у фазі
1. G1
 2. M
 3. S
 4. G2
- 61.** Залежно від особливостей дії на мітотичний цикл протипухлинні препарати поділяють на
1. Специфічні.
 2. Неспецифічні
 3. Фазоспецифічні
 4. Фазонеспецифічні
 5. Вірні відповіді 1. 2.
 6. Вірні відповіді 3. 4.
- 62.** Проліферативний пул пухлини зі збільшенням її маси
1. Зростає
 2. Зменшується
 3. Залишається незмінним
- 63.** Проліферативний пул пухлини це
1. Загальна маса клітин пухлини
 2. Клітин, які активно діляться
 3. Клітини стroma пухлини
 4. Резистентні до дії окремих цитостатиків клони пухлини
- 64.** До цитостатиків з фазонеспецифічною дією відносяться
1. Прокарбазин
 2. 5-фторурацил
 3. Цисплатин
 4. Вінбластин
 5. Метотрексат
 6. Вірно все перераховане
 7. Вірні відповіді 1., 2. і 3.
- 65.** До цитостатиків з переважно фазоспецифічною дією відносяться
1. прокарбазин
 2. 5-фторурацил

3. Цисплатин
 4. вінбластин
 5. Метотрексат
 6. Вірні відповіді 1., 2. і 3.
 7. Вірні відповіді 4., 5.
- 66.**Терапевтичний ефект цитостатичної терапії
1. Прямо пропорційний до маси пухлини.
 2. Обернено пропорційний до маси пухлини
 3. Не залежить від маси пухлини.
- 67.**Який терапевтичний інтервал мають сучасні цитостатики?
1. Значний
 2. Середній
 3. Малий
- 68.**Чи можуть метастази мати іншу гістологічну будову, ніж первинна пухлина?
1. Ні
 2. Так
- 69.**Вкажіть, які з віддалених метастазів як правило не чутливі до хіміотерапії
1. У лімфатичні вузли
 2. У м'які тканини
 3. У головний мозок
- 70.**Разову дозу цитостатичних препаратів визначають із розрахунку
1. На одиницю маси тіла
 2. На одиницю маси пухлини
 3. На одиницю об'єму пухлини
 4. На площу поверхні тіла
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
 6. Вірні відповіді 1. і 4.
 7. Вірні відповіді 2. і 3.
- 71.**Під циторедуктивним лікуванням мають на увазі
1. Зменшення пухлинного навантаження
 2. Радикальне лікування
 3. Хірургічне лікування
 4. Таргетну терапію
- 72.**При призначенні поліхіміотерапії важливо, щоб цитостатики мали
1. Різний механізм дії
 2. Однаковий механізм дії
 3. Однаковий спектр токсичної дії
 4. Різний спектр токсичної дії
 5. Вірні відповіді 1. і 3.
 6. Вірні відповіді 2. і 3.
 7. Вірні відповіді 1. і 4.
- 73.**Разові дози цитостатиків найчастіше розраховують
1. На одиницю ваги тіла
 2. У залежності від кількості лейкоцитів.
 3. У залежності від віку хворого

4. На площу поверхні тіла
 5. У залежності від функції печінки
- 74.** Системна хіміотерапія передбачає введення препаратів
1. Внутрішньоплеврально
 2. Інгаляційно
 3. Внутрішньоочеревинно
 4. Ендовазально
- 75.** Неоад'ювантна хіміотерапія передбачає
1. Проведення ад'ювантної хіміотерапії.
 2. Проведення системної хіміотерапії
 3. Наступне проведення хірургічного або променевого лікування
 4. Самостійне застосування цитостатичного лікування
- 76.** Ад'ювантна хіміотерапія передбачає
1. Наступне проведення хірургічного або променевого лікування
 2. Застосування цитостатичних препаратів після паліативного хірургічного лікування
 3. Застосування цитостатичних препаратів після променевого лікування
 4. Застосування цитостатичних препаратів після радикального хірургічного лікування
- 77.** Терапевтичний індекс сучасних протипухлинних препаратів
1. Високий
 2. Середній
 3. Низький
- 78.** Кожний наступний цикл лікування цитостатиками призводить до
1. Послаблення терапевтичного ефекту
 2. Посилення терапевтичного ефекту
 3. Терапевтичний ефект не змінюється
- 79.** Серед ускладнень від хіміотерапії провідною є
1. Нефротоксичність
 2. Гепатотоксичність
 3. Нейротоксичність
 4. Мієлосупресія
- 80.** Важкі форми мієлосупресії, яка виникає після променевої та цитостатичної терапії, оптимально лікувати шляхом
1. Прямого переливання крові
 2. Переливання еритромаси
 3. Призначенням стимуляторів кровотворення
 4. Трансплантації кісткового мозку
- 81.** Колонієстимулюючі фактори застосовують для
1. Лікування карциноїдного синдрому
 2. Стимуляції імунної системи організму
 3. Лікування лейкопенії
 4. Сповільнення поділу пухлинних клітин
- 82.** Заборона перебування онкологічних хворих на курортах справедливо стосується

1. ІА клінічної групи
 2. ІV клінічної групи
 3. ІІІ клінічної групи
 4. І клінічної групи
 5. Вірні відповіді 1. і 2.
 6. Вірні відповіді 1., 2. і 4.
 7. Вірні всі відповіді
- 83.** Кому з онкологічних хворих можна рекомендувати реабілітацію в санаторно-курортних умовах?
1. Хворим з будь-якою стадією після спеціального лікування
 2. Усім хворим
 3. Хворим у ІІ-й клінічній групі
 4. Хворим з І і ІІ стадіями після радикального лікування
 5. Хворим у ІV-й клінічній групі
- 84.** До алкілюючих препаратів належать
1. Бусульфан
 2. Фторафур
 3. Мелфалан
 4. Іфосфамід
 5. Усі перераховані, крім 2.
 6. Усі перераховані, крім 1.
 7. Усі перераховані, крім 3.
- 85.** До протипухлинних антибіотиків не належать
1. Доксорубіцин
 2. Епірубіцин
 3. Актиноміцин
 4. Мітоміцин С
 5. Прокарбазин
 6. Вірні відповіді 1. і 2.
 7. Вірні відповіді 4. і 5.
 8. Вірні відповіді 3. і 5.
- 86.** Який з названих цитостатиків належить до групи алкілюючих?
1. Вінбластин
 2. Метотрексат
 3. Циклофосфамід
 4. Адріаміцин
- 87.** Імунотерапія ВСG належить до
1. Специфічної пасивної
 2. Специфічної активної
 3. Неспецифічної активної
- 88.** Імунотерапія інтерфероном належить до
1. Специфічної пасивної
 2. Специфічної активної
 3. Неспецифічної активної

- 89.** Механізм дії якого з перелічених протипухлинних цитостатиків полягає у включенні в склад ДНК опухової клітини?
1. Епірубіцин
 2. 5-Фторурацил
 3. Ломустин
 4. Циклофосфан
 5. Цисплатин
- 90.** До антиметаболітів належать
1. 5-фторурацил
 2. Цитарабін
 3. Кладрибін
 4. Метотрексат
 5. Вірні всі відповіді, крім 3.
 6. Вірні всі відповіді
- 91.** До препаратів рослинного походження належать
1. Доцетаксел
 2. Вінорельбін
 3. Етопозид
 4. Топотекан
 5. Вірні всі відповіді, крім 2.
 6. Вірні всі відповіді, крім 3.
 7. Вірні всі відповіді 4.
 8. Вірні всі відповіді
- 92.** До таргетних препаратів належать
1. Сорафеніб
 2. Авастин
 3. Герсептин
 4. Топотекан
 5. Вірні всі відповіді, крім 1.
 6. Вірні всі відповіді, крім 2.
 7. Вірні всі відповіді, крім 3.
 8. Вірні всі відповіді, крім 4.
 9. Вірні всі відповіді
- 93.** Протипоказанням для призначення антрациклінів є
1. Порушення коагуляції
 2. Печінкова недостатність
 3. Серцева недостатність
 4. Лейкопенія до 3×10^9 /л
 5. Відсутність однієї нирки
 6. Вірні відповіді 2. і 3.
 7. Вірні всі відповіді, крім 2.
 8. Вірні всі відповіді, крім 2. і 3.
 9. Вірні всі відповіді, крім 4.
- 94.** Протипоказанням для застосування сполук платини є
1. Алергія в анамнезі

2. Інфаркт в анамнезі
 3. Підвищення рівня трансаміназ сироватки крові у 2 рази
 4. Відсутність однієї нирки
 5. Бронхіальна астма
- 95.**Протипоказанням для застосування антиметаболітів є
1. Алергія в анамнезі
 2. Бронхіальна астма
 3. Афтозний стоматит
 4. Алопеція
 5. ІХС
- 96.**Лікування препаратами платини необхідно проводити на фоні
1. Антибіотикопрофілактики
 2. Гіпергідратації
 3. Гепатопротекторів
 4. Парентерального живлення
- 97.**Яка основна мета симптоматичного лікування
1. Ліквідація пухлинного процесу
 2. Лікування паранеопластичних синдромів
 3. Ліквідація або суттєве полегшення клінічних проявів окремих найбільш обтяжливих ознак захворювання
 4. Усі відповіді вірні

Відповіді на тести до розділу 13

1. – 5	11. – 2	21. – 6	31. – 3	41. – 4	51. – 6	61. – 6	71. – 1	81. – 3	91. – 7
2. – 4	12. – 2	22. – 2	32. – 2	42. – 5	52. – 5	62. – 2	72. – 7	82. – 5	92. – 8
3. – 4	13. – 5	23. – 6	33. – 3	43. – 4	53. – 3	63. – 2	73. – 4	83. – 4	93. – 2, 3
4. – 2	14. – 2	24. – 3	34. – 3	44. – 2	54. – 1	64. – 7	74. – 4	84. – 5	94. – 4
5. – 4	15. – 6	25. – 3	35. – 2	45. – 3	55. – 3	65. – 7	75. – 3	85. – 8	95. – 3
6. – 4	16. – 3	26. – 5	36. – 3	46. – 4	56. – 4	66. – 2	76. – 4	86. – 3	96. – 2
7. – 3	17. – 1	27. – 7	37. – 4	47. – 6	57. – 2	67. – 3	77. – 3	87. – 3	97. – 3
8. – 8	18. – 4	28. – 1	38. – 2	48. – 6	58. – 2	68. – 2	78. – 2	88. – 3	
9. – 4	19. – 3	29. – 4	39. – 5	49. – 6	59. – 3	69. – 3	79. – 4	89. – 2	
10. – 2	20. – 4	30. – 2	40. – 1	50. – 4	60. – 3	70. – 6	80. – 4	90. – 6	

ЛІТЕРАТУРА

1. Онкологія (під ред. Білинського Б. Т., Стернюка Ю. М., Шпарика Я. В.) Підручник. Видання третє, доповнене, перероблене. Київ : Здоров'я. –2007. – 532 с.; іл..
2. Вибрані лекції з клінічної онкології: Навч. посіб. / Бондар Г. В., Думанський Ю. В., Антіпова С. В., Попович О. Ю. та ін.. – Луганськ: ВАТ «Луганська обласна друкарня», 2009. – 560 с.
3. Щепотін І. Б., Ганул В. Л., Кліменко І. О. та ін.. Онкологія. – К.: Книга плюс. – 2006. – 496 с.
4. Шевченко А. І. Онкологія. Електр. Підручник для студентів вищих медичних закладів, Запоріжжя. – 2006.
5. Ганцев. Ш. Х. Онкология : Учебник. – М. : Медицинское информационное агентство, 2004. – 516 с.; ил.