

ПУХЛИНИ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

001. Рак шлунка найчастіше розвивається у віці
1. до 20 років
 2. від 21 року до 50 років
 3. від 51 року до 70 років
 4. старше 70 років
 5. однаково у всіх вікових групах
002. На рівень захворюваності на рак шлунка впливають
1. харчовий чинник і режим харчування
 2. ґрунтово-кліматична обумовленість
 3. місцеві змін слизової оболонки шлунка
 4. фонові захворювання, спадковий чинник
 5. всі перераховані
003. Предракові стани слизової оболонки шлунка при гістологічному дослідженні характеризуються
1. наявністю атипівних клітин
 2. ступенем дисплазії клітин
 3. наявністю хронічного атрофічного гастриту
 4. наявністю кишкової метаплазії вогнищевого характеру
004. Найчастіше перероджуються в рак
1. гіперпластичні поліпи
 2. аденоматозні поліпи
 3. адено-папіломатозні поліпи
 4. папілярні аденоми
 5. всі поліпи, незалежно від їх гістологічної будови, володіють однаковим індексом малігнізації
005. По гістологічній будові рак шлунка найчастіше є
1. залозистим раком
 2. плоскоклітинним раком
 3. змішаним залозисто-плоскоклітинним раком
 4. всі перераховані варіанти зустрічаються з однаковою частотою
006. При ранньому раку шлунка
1. специфічні симптоми відсутні
 2. є специфічні симптоми захворювання
 3. симптоми представлені симптомами того захворювання, на тлі якого виник рак шлунка
 4. "синдром малих ознак" є раннім клінічним проявом раку шлунка
007. С найменшою часткою імовірності рак шлунка виникає у хворих
1. що перенесли у минулому резекцію шлунка
 2. анацидним гастритом
 3. з хронічним змішаним гастритом
 4. з антральним ригідним гастритом
 5. з виразковою хворобою шлунка
008. Запідозрити малігнізацію виразки шлунка дозволяють наступні ознаки
1. розміри виразкової ніші більше двох см в діаметрі
 2. тривале існування виразкової ніші або її збільшення при одночасному стиханні характерних для виразкової хвороби болів
 3. зниження кислотності шлункового соку
 4. все перераховане
 5. вірні відповіді 1. і 2.
009. Частіше за малігнізуються виразку
1. вихідного відділу шлунка
 2. малої кривизни шлунка

3. великої кривизни шлунка
 4. тіла шлунка
 5. кардіального відділу шлунка
- 010.Визначення межі пухлини при гастроскопії засноване
1. на візуальних ознаках
 2. на інструментальній пальпації
 3. на морфологічному дослідженні матеріалу, біопсії
 4. на поєднанні всіх перерахованих ознак
 5. тільки 1. і 2.
- 011.Діагностика хронічних гастритів повинна базуватися на підставі
1. рентгенологічних даних
 2. результатів гастроскопії
 3. дослідження шлункової секреції
 4. морфологічного дослідження матеріалу, біопсії
 5. поєднання всіх перерахованих методів
- 012.Для малігнізованої виразки, що дозволяє диференціювати її від укритого виразками раку шлунка, характерна наявність пухлинних клітин
1. у сполучнотканинному дні виразки
 2. в краю виразки
 3. у дні і краях виразки
 4. вірної відповіді немає
- 013.Найбільш важкий для діагностики рак
1. кардіального відділу шлунка
 2. дна шлунка
 3. тіла шлунка
 4. вихідного відділу шлунка
 5. діагностика раку шлунка важка при всіх перерахованих локалізаціях
- 014.При визначенні поширеності раку проксимального відділу шлунка найбільшу діагностичну цінність має
1. гастроскопія
 2. езофагоскопія
 3. лапароскопія
 4. медіастиноскопія
- 015.Для раку шлунка найбільш характерний
1. лімфогенне метастазування
 2. гематогенне метастазування
 3. метастазування, імплантації
 4. вірні відповіді 1. і 2.
 5. вірні відповіді 2. і 3.
- 016.Метастази раку шлунка в печінці слід розцінювати
1. як метастази, імплантацій
 2. ортоградні лімфогенні метастази
 3. ретроградні лімфогенні метастази
 4. гематогенні метастази
 5. вірні відповіді 1. і 4.
- 017.Метастаз Крукенберга слід розцінювати
1. як гематогенний
 2. як імплантація
 3. як ортоградний лімфогенний
 4. як ретроградний лімфогенний
 5. вірні відповіді 2. і 4.
- 018.Хворому виконана оваріоектомія з приводу пухлини яєчника. При гістологічному дослідженні дано висновок про метастатичний характер пухлини. Найчастіше метастазують в яєчники

1. рак шлунка
 2. рак підшлункової залози
 3. рак молочної залози
 4. рак легені
 5. вірні відповіді 1. і 3.
019. Під терміном "метастаз Вірхова" мається на увазі метастаз
1. у клітковину малого таза
 2. у яєчники
 3. у пупок
 4. в надключичний лімфовузол
 5. у легені
020. Вірховський метастаз при раку шлунка слід розцінювати
1. як віддалений гематогенний метастаз
 2. як віддалений ретроградний лімфогенний метастаз
 3. як віддалений ортоградний лімфогенний метастаз
 4. як регіонарний лімфогенний метастаз
 5. як метастаз, імплантації
021. Найбільшою інформативністю в діагностиці метастазів раку шлунка в печінку володіє
1. лапароскопія
 2. ультразвукова томографія
 3. рентгеновська комп'ютерна томографія
 4. сканування печінки
 5. ангіографічне дослідження
022. До лапароскопії, як методу діагностики поширеності пухлинного процесу при раку шлунка, найдоцільніше вдаватися
1. при всіх локалізаціях пухлини в шлунку
 2. при всіх типах росту пухлини
 3. при локалізації пухлини в антральному відділі шлунка, ускладненій стенозом
 4. при локалізації пухлини в тілі шлунка
 5. при локалізації пухлини в кардіальному відділі, ускладненій дисфагією
023. На вибір об'єму при раку шлунка найменший вплив з перерахованих чинників надає
1. локалізація пухлини
 2. тип росту пухлини
 3. гістологічна структура пухлини
 4. вік хворого
 5. всі перераховані чинники роблять однаковий вплив на вибір об'єму операції
024. Ендоскопічна поліпектомія допустима, якщо при гістологічному дослідженні матеріалу, біопсії, з верхівки поліпа виявлені ознаки малігнізації, у випадку
1. старечого віку хворого і важкої супутньої патології у стадії декомпенсації
 2. поліпа "на ніжці" і при гістологічному дослідженні ніжки поліпа ознак малігнізації в ній не виявлено
 3. можливості динамічного контролю (ендоскопічного) за хворим
 4. тільки поєднання всіх перерахованих вище ситуацій
 5. ендоскопічна поліпектомія недопустима
025. За наявності малігнізованого поліпа шлунка хворому показана
1. ендоскопічна поліпектомія
 2. хірургічне видалення поліпа
 3. клиноподібна резекція шлунка
 4. економна резекція шлунка
 5. субтотальна резекція шлунка з дотриманням усіх онкологічних принципів
026. Ендоскопічна поліпектомія без попереднього морфологічного дослідження матеріалу, біопсії, з поліпа допустима
1. у всіх випадках
 2. при одиничному поліпі на ніжці незалежно від його розмірів

3. при одиничному поліпі на широкій підставі незалежно від його розмірів
 4. при одиничному дрібному поліпі на ніжці
 5. при множинних дрібних поліпах
027. При ендоскопічній поліпектомії можуть виникати
1. кровотеча з ніжки поліпа або внутрішньочеревна кровотеча
 2. перфорація органу унаслідок некрозу всіх шарів його стінки
 3. перфорація стінки органу ендоскопом
 4. розрив органу унаслідок перероздування його повітрям
 5. все перераховане
028. При дистальній субтотальній резекції шлунка з приводу раку слід віддавати перевагу
1. формуванню шлунково-кишкового анастомозу за Більротом-1
 2. формуванню попередубодового гастроентероанастомозу на довгій петлі з міжкишковим анастомозом
 3. формуванню позадубодового гастроентероанастомозу на короткій петлі
 4. жоден з перерахованих анастомозів не має переваги перед іншими
029. При субтотальній резекції шлунка з приводу раку шлунково-підшлункова зв'язка
1. повинна видалятися обов'язково
 2. повинна видалятися частково
 3. ніколи не видаляється
 4. може бути видалена, але не обов'язково
030. Гастроектомію з комбінованого доступу (абдоміно-торакального) доцільно виконувати
1. при тотальному ураженні шлунка
 2. при екзофітній пухлині проксимального відділу шлунка
 3. при інфільтративній пухлині будь-якої локалізації
 4. при розповсюдженні пухлини на стравохід незалежно від типу її росту
 5. при будь-якому типі росту пухлини, розташованій в дистальній третині шлунка, з метастазами в кардіальні, праві і ліві шлунково-сальникові, селезінкові, ліві шлункові і підшлункові лімфовузли
031. Субтотальна проксимальна резекція шлунка повинна виконуватися
1. при інфільтративній пухлині кардіального відділу шлунка
 2. при екзофітній пухлині кардіального відділу шлунка
 3. при пухлині кардіального відділу шлунка незалежно від типу її росту
 4. при екзофітній пухлині субкардіального відділу шлунка
032. При проксимальній субтотальній резекції шлунка з резекцією стравоходу найдоцільніше використовувати
1. абдомінальний доступ
 2. торакальний доступ
 3. комбінований абдоміно-торакальний доступ
 4. абдомінальний доступ, доповнений сагітальною діафрагмотомією
033. Паліативна дистальна резекція шлунка при злоякісних пухлинах шлунка може бути виконана
1. при декомпенсованому стенозі вихідного відділу шлунка
 2. при шлунковій кровотечі
 3. при відносно задовільному стані хворого
 4. за відсутності технічних ускладнень операції
 5. при всьому перерахованому
034. При виписці хворого після гастректомії із стаціонару доцільно
1. призначення ферментних препаратів і шлункового соку
 2. проведення вітамінотерапії
 3. обмеження фізичних навантажень
 4. багаторазове харчування
 5. все перераховане
036. Показами до променевої терапії раку шлунка є
1. місцево поширений процес

2. рецидив раку в кукуці шлунка при неможливості його видалення
 3. неоперабельний рак кардії з переходом на стравохід
 4. всі відповіді вірні
 5. вірні відповіді 1. і 2.
037. Найбільш чутливі до променевої терапії аденокарциноми шлунка при локалізації
1. в кардіальному відділі
 2. у тілі шлунка
 3. у антральному відділі
 4. відмінностей чутливості пухлини у зв'язку з локалізацією немає
038. При променевої терапії раку шлунка найдоцільніше використовувати
1. рентгенівське випромінювання 200 КЕВ
 2. електрони 30 МЕВ
 3. g-випромінювання (1.25)
 4. фотони 4-20 МЕВ
039. Хворому 65 років з приводу раку виконана субтотальна резекція шлунка. Метастазів у лімфовузлах не виявлено. При плановому гістологічному дослідженні виявлені пухлинні клітини по лінії розрізу. За наявності протипоказань до повторної операції йому слід
1. провести дистанційну променевої терапії
 2. ввести в черевну порожнину радіоактивне колоїдне золото
 3. ввести внутрішньовенно радіоактивне колоїдне золото
 4. провести поєднану променевої терапії (дистанційне опромінювання + введення в черевну порожнину ^{198}Au)
040. Для зменшення променевих реакцій при опромінюванні шлунка доцільно проводити опромінювання
1. у поєднанні з локальною гіпертермією
 2. у поєднанні з електронакцепторними зв'язками
 3. в поєднанні з короткочасної газової гіпоксії
 4. у поєднанні з короткочасною штучною гіперглікемією
041. Інтенсивний курс передопераційної променевої терапії при раку шлунка розрахований
1. на підвищення резектабельності
 2. на зменшення розмірів пухлини
 3. на девіталізацію пухлини
 4. на зниження числа рецидивів, метастазів
 5. вірні відповіді 3. і 4.
042. Хворому 60 років виконана резекція шлунка з приводу раку антрального відділу, але при цьому виявлені дрібні пухлинні вузлики по очеревині. Пухлинних елементів по лінії розрізу не виявлено. Із запропонованих методів променевої терапії йому слід
1. провести післяопераційне дистанційне опромінювання
 2. ввести в черевну порожнину радіоактивне колоїдне золото
 3. провести поєднану променевої терапії (дистанційне опромінювання + введення в черевну порожнину ^{198}Au)
 4. додаткового променевого лікування не проводити
043. Протипоказаннями до променевої терапії раку шлунка є
1. важкий загальний стан хворих
 2. кровотеча з пухлини
 3. серцево-судинна недостатність
 4. дисемінація пухлини по очеревині з асцитом
 5. вірні всі відповіді
044. У хворого 65 років інфільтративний рак антрального відділу шлунка зі стенозом. При ультразвуковому дослідженні виявлено 2 метастази в печінці. Йому слід
1. застосувати дистанційну променевої терапії
 2. застосувати введення в черевну порожнину радіоактивного колоїдного золота
 3. застосувати поєднану променевої терапії (дистанційне опромінювання + введення колоїдного радіоактивного золота).

4. променева терапія недоцільна
045. До найбільш ефективних хіміопрепаратів при раку шлунка відносяться
 1. 5-фторурацил
 2. адриаміцин
 3. CCNU, BCNU
 4. всі перераховані
 5. тільки 1. і 2.
046. Комбінація FAM-1 включає наступні препарати
 1. 5-фторурацил, адриаміцин, метотрексат
 2. 5-фторурацил, адриаміцин, мітоміцин С
 3. фторафур, адриаміцин, метотрексат
 4. фторафур, адриаміцин, мітоміцин С
047. Монохіміотерапія при раку шлунка ефективна не більше, ніж
 1. у 5-10% випадків
 2. в 20-25% випадків
 3. у 35-40% випадків
 4. у 55-60% випадків
 5. у 80% випадків
048. У хворого 48 років неоперабельний рак шлунка, метастази по очеревині, в печінку, в кістки, асцит. Стан середньої важкості. Протипухлинного лікування не проводилося. Йому показані
 1. системна хіміотерапія з використанням антрациклінів
 2. імунотерапія
 3. променева терапія
 4. симптоматична терапія
049. Хворому 45 років. Три роки тому проведена гастректомія з приводу раку шлунка. В даний час виявлені множинні метастази в печінку. Стан хворого задовільний. Йому показані
 1. симптоматична терапія
 2. променева терапія
 3. системна хіміотерапія
 4. імунотерапія
 5. внутрішньоартеріальна хіміотерапія
050. Похідні платини при лікуванні хворих на рак шлунка
 1. володіють низькою ефективністю
 2. неефективні
 3. володіють достатньо високою ефективністю
 4. ефект дії не вивчався
051. До причин, що дозволяють рахувати хіміотерапію раку шлунка тією, що не задовольняє сучасним вимогам, слід віднести
 1. короточасні ремісії
 2. низьку тривалість життя
 3. край низький відсоток об'єктивних ремісій при використанні поліхіміотерапії (20-25%)
 4. все перераховане
 5. вірні відповіді 1. і 2.
052. Ад'ювантна хіміотерапія при раку шлунка
 1. показана всім хворим
 2. протипоказана і не застосовується
 3. показана лише хворим з високодиференційованими пухлинами
 4. значення її вивчається
053. В теперішній час тенденція захворюваності раком підшлункової залози
 1. підвищується
 2. знижується

3. стабільна
- 054.3 перерахованих чинників можуть сприяти розвитку раку підшлункової залози
 1. живлення з надмірним споживанням м'яса і жирів
 2. інтенсивне куріння і постійне вживання алкоголю
 3. хронічні запальні захворювань підшлункової залози
 4. вплив професійних шкідливостей
 5. всі відповіді вірні
- 055.3 органів біліопанкреатодуоденальної зони найчастіше вражається раком
 1. великий дуоденальний сосочок
 2. 12-пала кишка
 3. жовчний міхур
 4. підшлункова залоза
 5. позапечінкові жовчні протоки
- 056.Рак жовчного міхура частіше зустрічається
 1. у жінок
 2. у чоловіків
 3. в рівній мірі однаково
- 057.Частіше зустрічається рак великого дуоденального сосочка
 1. у жінок
 2. у чоловіків
 3. в рівній мірі однаково
- 058.В поняття біліопанкреатодуоденальної області включаються
 1. підшлункова залоза, печінка, 12-пала кишка , шлунок, жовчний міхур
 2. печінка, позапечінкові жовчні протоки, жовчний міхур, великий дуоденальний сосочок, 12-пала кишка
 3. великий дуоденальний сосочок, 12-пала кишка, підшлункова залоза, жовчний міхур, позапечінкові жовчні протоки
 4. внутрішньопечінкові жовчні протоки, жовчний міхур, 12-пала кишка, підшлункова залоза, печінка
- 059.Найчастіше вражається раком
 1. головка підшлункової залози
 2. тіло підшлункової залози
 3. хвіст підшлункової залози
 4. тотальна ураження
- 060.Найбільш характерними скаргами хворих раком біліопанкреатодуоденальної зони в першому періоді хвороби є
 1. болі в епігастрії і спині, спрага, підвищений апетит
 2. нудота, блювота, поява жовтяниці
 3. болі в епігастрії і спині, втрата маси тіла
 4. часта блювота, анорексія, проноси
- 061.Найбільш раннім специфічним синдромом у хворих раком біліопанкреатодуоденальної області є
 1. біль в епігастрії і спині
 2. втрата ваги
 3. механічна жовтяниця
 4. асцит
 5. часта блювота
- 062.Поява механічної жовтяниці пухлинного генезу найчастіше супроводжується
 1. появою різких болів в епігастрії, асцитом, блювотою
 2. збільшенням печінки, шкірним свербінням, асцитом
 3. збільшенням жовчного міхура, шкірним свербінням, збільшенням печінки
 4. нудотою, блювотою, збільшенням жовчного міхура
- 063.Симптом Курвуазье виявляється
 1. появою різко болючого, збільшеного жовчного міхура

2. появою збільшеного жовчного міхура на тлі механічної жовтяниці практично без больового синдрому
 3. збільшенням печінки на тлі механічної жовтяниці
 4. болючою пальпацією області жовчного міхура на тлі жовтяниці
064. При раку підшлункової залози і великого дуоденального сосочка з лабораторних тестів найбільш інформативний
1. клінічний аналіз крові
 2. раково-ембріональний антиген
 3. карбогідратний антиген
 4. біохімічні показники (АЛТ, АСТ, холестерин і ін.)
065. Тест СА 19-9 (карбогідратний антиген) найбільш інформативний при раку підшлункової залози
1. розміром менше 2 см
 2. розміром 2-3 см
 3. розміром більше 3 см
 4. розміром більше 3 см з метастазами в регіонарні лімфатичні вузли
066. С допомогою лабораторних біохімічних тестів на білірубін γ -ГТ, трансаміназу, ЛДГ у хворих з підозрою на рак біліопанкреатодуоденальної області можливо
1. провести топічну діагностику пухлин біліопанкреатодуоденальної області
 2. провести диференціальну діагностику жовтяниць
 3. тільки охарактеризувати загальний стан хворого
 4. провести топічну діагностику пухлини і охарактеризувати загальний стан хворого
067. При раку біліопанкреатодуоденальної області найбільшою інформативністю з методів інструментальної діагностики володіє
1. ультразвукова томографія
 2. комп'ютерна томографія
 3. рентгеноконтрастні методи дослідження системи, виділення підшлункової залози і жовчної системи
 4. ангіографія
068. При підозрі на пухлину біліопанкреатодуоденальної області інструментальне обстеження хворого бажано починати
1. з комп'ютерної томографії
 2. з ангіографії
 3. з дуоденоскопії і РХПГ
 4. з ультразвукової томографії
069. Найбільш інформативний метод для діагностики раку великого дуоденального соска - це
1. ретроградна холецистопанкреатографія
 2. гастродуоденоскопія
 3. черезшкірна чрезпечінкова холангіографія
 4. ангіографія
070. Остаточно підтвердити діагноз раку підшлункової залози можливо з допомогою
1. черезшкірної чрезпечінкової холангіографії
 2. ангіографії
 3. комп'ютерної томографії
 4. пункційної біопсії і цитологічного дослідження
071. При раку підшлункової залози практично будь-який орган може бути уражений метастазами, але звичайно в першу чергу вражаються
1. легені
 2. кістки
 3. печінка
 4. надниркові
072. По гістологічній будові пухлини біліопанкреатодуоденальної області найчастіше представлені
1. плоскоклітинним раком

2. залозистим раком
3. змішаним залозисто-плоскоклітинним раком
4. недиференційованим раком

073.Механічна жовтяниця розвивається швидше і буде яскравіша, якщо пухлина розташовується

1. у головці підшлункової залози
2. загальною жовчній протоці в районі біфуркації
3. у жовчному міхурі
4. у дистальному відділі загальної жовчної протоки
5. у великому дуоденальному соску

074.Для хворих з механічною жовтяницею важливим не тільки діагностичним, але й лікувальним методом є

1. ретроградна холангіопанкреатографія
2. черезшкірна чрезпечінкова холангіографія
3. лапароскопія
4. внутрішньовенна холангіографія

075.Метод ангіографії при пухлинах біліопанкреатодуоденальної зони використовується з метою

1. топічної діагностики пухлини
2. уточнення розмірів пухлини
3. диференціальної діагностики механічних жовтяниць
4. з'ясування взаємовідношення пухлини з навколишніми органами і визначення

ступеня залучення в процес магістральних судин

076.Основним методом лікування раку біліопанкреатодуоденальної зони є

1. хіміотерапія
2. хірургічний
3. променевий
4. хіміотерапія + променевий

077.Ступінь операційного ризику у хворих раком органів біліопанкреатодуоденальної зони обумовлена в першу чергу

1. віком хворого
2. наявністю тривалої механічної жовтяниці
3. порушенням живлення і втратою маси тіла
4. наявністю супутніх захворювань

078.Найбільш широко поширеною радикальною операцією при раку органів біліопанкреатодуоденальної зони є

1. екстирпація 12-палої кишки
2. розширена резекція великого дуоденального соска
3. гастропанкреатодуоденальна резекція
4. гастректомія

079.При гастропанкреатодуоденальної резекції видаляється

1. жовчний міхур, підшлункова залоза, 12-пала кишки
2. дистальна частина шлунка, жовчний міхур, частина підшлункової залози
3. дистальна частина шлунка, підшлункова залоза до перешийки, вся кишка 12-пала, дистальна частина холедоха
4. дистальна частина холедоха, дистальна частина шлунка, частина підшлункової залози до перешийки

080.Якщо діагноз раку жовчного міхура встановлений наперед, то повинна бути виконана

1. субсерозна холецистектомія
2. видалення жовчного міхура з клиноподібною резекцією печінки
3. видалення жовчного міхура з резекцією загальної жовчної протоки
4. холецистектомія з дренажуванням загальної жовчної протоки

081.Найбільша 5-річна виживаність після радикальних операцій

1. при раку підшлункової залози

2. при раку жовчного міхура
 3. при раку позапечінкових жовчних проток
 4. при раку великого дуоденального соска
 5. при раку 12-палої кишки
082. Локальна криогенна дія при неоперабельному раку підшлункової залози приводить
1. до поліпшення пасажу кишкового вмісту
 2. до включення жовчі в процес травлення
 3. до зняття болів
 4. до усунення жовтяниці
083. До препаратів, що мають найбільшу ефективність при раку підшлункової залози, відносяться: 1) циклофосфан 2) 5-фторурацил 3) стрептозотозин 4) вінкрисдин 5) метотрексат
1. все перераховане
 2. тільки 1 і 2
 3. тільки 2 і 3
 4. тільки 3 і 4
 5. тільки 4 і 5
084. При раку підшлункової залози найчастіше використовується наступна комбінація
1. CMF (циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил)
 2. FAM (5-фторурацил, адриаміцин, мітоміцин С)
 3. дактиноміцин, вінкрисдин
 4. блеоміцин, вінбластин
085. Показами до променевої терапії раку підшлункової залози є
1. місцево-поширений рак
 2. рецидив після радикальної операції
 3. паліативна резекція залози
 4. всі відповіді вірні
 5. вірні відповіді 1. і 2.
086. Променева терапія раку підшлункової залози виконується
1. з метою радикального лікування
 2. з паліативною метою
 3. з метою симптоматичного ефекту
 4. всі відповіді вірні
 5. вірні відповіді 2. і 3.
087. Протипоказаннями до променевої терапії раку підшлункової залози є
1. залишкові явища жовтяниці після накладення холецистоеюноанастомозу
 2. виразкова хвороба 12-палої кишки, поза загостренням
 3. виразковий ентероколіт
 4. всі відповіді вірні
 5. вірної відповіді немає
088. 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
089. Найчастіше при лікуванні раку ободової кишки променева терапія застосовується
1. як самостійний метод лікування
 2. як етап комбінованого лікування в передопераційному періоді
 3. як етап комбінованого лікування в післяопераційному періоді
 4. у лікуванні раку ободової кишки променева терапія не застосовується
090. Найбільш чутливий рак прямої кишки до променевої терапії при локалізації пухлини
1. у області ректосигмоїдного кута
 2. у ампулярному відділі
 3. в анальному каналі

4. відмінностей немає
091. У хворого 70 років, страждаючого пневмосклерозом і хронічним пієлонефритом, аденокарцинома нижньоампулярного відділу прямої кишки. Пухлина екзофітна, 2 см, I стадію. Йому слід
1. провести екстирпацію прямої кишки
 2. провести трансанальне видалення пухлини з подальшою внутрішньопорожнинною променевою терапією
 3. провести трансанальне видалення пухлини з подальшою дистанційною променевою терапією
 4. провести самостійний курс поєднаної променевої терапії
092. Хворому 50 років виконана резекція прямої кишки з приводу аденокарциноми верхньоампулярного відділу, клінічно визначуваної IIa стадії. При гістологічному дослідженні виявлені метастази в двох параректальних лімфовузлах. Йому необхідно
1. динамічне спостереження у онколога
 2. провести післяопераційне дистанційне опромінювання
 3. провести післяопераційне внутрішньопорожнинне опромінювання
 4. провести хіміотерапію
093. У хворого 56 років аденокарцинома середньоампулярного відділу прямої кишки протяжністю 6 см із змішаною формою росту, займає більше півкола, не зміщується. Йому необхідно
1. оперативне лікування
 2. провести короткий інтенсивний курс передопераційної променевої терапії
 3. провести пролонгований курс передопераційною променевою терапією з локальною гіпертермією
 4. виконати операцію з подальшою післяопераційною променевою терапією
094. У хворого 65 років, який переніс рік тому інфаркт міокарду, плоскоклітинний рак анального каналу без розповсюдження на шкіру промежини, II стадії. Йому необхідно
1. екстирпація прямої кишки
 2. дистанційна променева терапія
 3. внутрішньопорожнинна променева терапія
 4. поєднана променева терапія (дистанційне + внутрішньопорожнинне опромінення)
095. Первинний рак по відношенню до метастатичного раку печінки в нашій країні зустрічається
1. у однакових співвідношеннях часто
 2. частіше зустрічається первинний рак печінки
 3. частіше зустрічається метастатичний рак печінки
 4. обидві форми раку печінки зустрічаються однаково рідко
096. До груп ризику з розвитку первинного раку печінки відносяться
1. носії вірусу гепатиту "В"
 2. наявність цирозу печінки
 3. вживання в їжу продуктів, уражених афлатоксином
 4. ураження опісторхозом
 5. все перераховане
097. До країн з високим рівнем захворюваності на первинний рак печінки відносяться
1. Замбія, Сінгапур, Швейцарія
 2. Польща, Іспанія, Угорщина
 3. Великобританія, Сербія, Канада
 4. Швеція, Норвегія, Данія
098. Найбільш високий рівень захворюваності на первинний холангіоцелюлярний рак печінки зареєстрований
1. у Молдавії
 2. у Тюменській області Росії
 3. в Естонії
 4. в Узбекистані

5. у Татарстані
099. На тлі опісторхозу частіше розвивається
1. холангіоцелюлярний рак печінки
 2. гепатоцелюлярний рак печінки
 3. обидві форми первинного раку печінки зустрічаються з однаковою частотою
 4. опісторхоз не робить впливу на розвиток первинного раку печінки
100. Позитивна реакція на α -фетопротеїн частіше 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
 5. позитивна реакція на α -фетопротеїн не характерна для первинного раку печінки
101. Позитивна реакція на α -фетопротеїн частіше 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
102. Гепатоцелюлярний рак печінки частіше розвивається на фоні
1. цирозу печінки
 2. опісторхозу
 3. і в тому, і в іншому випадку
 4. ні у тому, ні в іншому випадку
103. Первинний рак печінки метастазує
1. гематогенно
 2. лімфогенно
 3. внутріорганно
 4. всіма перерахованими шляхами
104. При первинному раку печінки видалені метастази частіше зустрічаються
1. у кістках
 2. у заочеревинних лімфовузлах
 3. в легенях
 4. у головному мозку
 5. у лімфовузлах середостіння
105. У початковому періоді захворювання при первинному раку печінки
1. відсутні патогномонічні симптоми захворювання і порушення функцій печінки
 2. відсутні патогномонічні симптоми захворювання, але є порушення функцій печінки
 3. є патогномонічні симптоми захворювання, але відсутні порушення функцій печінки
 4. є симптоми, характерні для початкового періоду захворювання, які протікають на тлі порушення функцій печінки
106. З перерахованих симптомів при первинному раку печінки найчастіше зустрічається
1. блідість шкірних покривів
 2. жовтяничність шкірних покривів
 3. симптоми портальної гіпертензії
 4. гепатомегалія
 5. симптом Курвуазьє
107. Найбільш достовірними методами, що дозволяють діагностувати пухлинні ураження печінки, є
1. ультразвукове дослідження
 2. рентгенівська комп'ютерна томографія
 3. ангіографія
 4. лапароскопія
 5. всі перераховані методи володіють однаковою інформативністю

108. Для первинного раку печінки з біохімічних тестів найбільш характерним є підвищення активності
1. лужної фосфатази
 2. аланінової і аспарагінової трансаміназ
 3. лактатдегідрогенази
 4. γ -глутамінтранспептидази
 5. всіх перерахованих ферментів
109. Діагностика пухлинних уражень печінки повинна ґрунтуватися на даних
1. рентгенологічних досліджень
 2. ультразвукового дослідження
 3. радіоізотопного дослідження
 4. імунологічного дослідження
 5. комплексу перерахованих методів
110. Ехографічна картина вогнищевих уражень печінки, що виявляється при ультразвуковому дослідженні
1. залежить від морфологічної будови пухлини
 2. не залежить від морфологічної будови пухлини
 3. залежить від ступеня васкуляризації пухлини
 4. не залежить від ступеня васкуляризації пухлини
 5. вірні відповіді 2. і 4.
111. Складність в розшифровці ехограми при вогнищевих ураженнях печінки в основному може бути обумовлена
1. малими розмірами пухлини
 2. наявністю супутнього цирозу печінки
 3. недостатнім досвідом дослідника
 4. всіма перерахованими чинниками
112. Пухлини печінки великих розмірів частіше діагностуються за даними
1. ультразвукового дослідження
 2. рентгенівської комп'ютерної томографії
 3. ангіографічного дослідження
 4. радіоізотопного дослідження
 5. розміри пухлини не впливають на точність перерахованих методів
113. При радіоізотопному дослідженні печінки з ^{99}Tc і метіоніном-75 на сканограмах і сцинтиграмах пухлинні ураження виглядають
1. як ділянки зниженої щільності
 2. як ділянки підвищеної щільності
 3. можуть виглядати ділянки як зниженої, так і підвищеної щільності
 4. вірної відповіді немає
114. На рентгенівських комп'ютерних томограмах злоякісні пухлини печінки (первинні, метастатичні) виглядають
1. як вогнища зниженої щільності
 2. як вогнища підвищеної щільності
 3. вогнища як зниженої щільності, так і підвищеної щільності
 4. вірної відповіді немає
115. Найбільш ефективним методом лікування первинного раку печінки є
1. хірургічний метод
 2. системна хіміотерапія
 3. регіонарна хіміотерапія
 4. променеве лікування
116. Низькі цифри резектабельності і операбельності при первинних злоякісних пухлинах печінки обумовлюються
1. складнощами своєчасної діагностики захворювання
 2. високим відсотком інтра- і післяопераційних ускладнень
 3. високою післяопераційною летальністю

4. мінімальним досвідом більшості хірургів і онкологів
 5. всіма перерахованими чинниками
117. При проведенні хіміотерапевтичного лікування з приводу первинного раку печінки доцільно віддавати перевагу
1. системної хіміотерапії
 2. регіонарної хіміотерапії
 3. хіміо-емболізації печінкової артерії
 4. всім перерахованим методам
118. Спроба виконання радикальної операції при первинному раку печінки недоцільна у випадку
1. ураження обох часток печінки
 2. первинного раку печінки, що протікає на тлі цирозу печінки у стадії декомпенсації
 3. наявності печінкової недостатності
 4. наявності жовтяниці
 5. у всіх перерахованих ситуаціях
119. Паліативні (симптоматичні) операції при первинному раку печінки доцільно виконувати у випадках
1. обтурації пухлиною порожнистих органів (жовчні протоки, кишечник, сечоводи і т.д.) з метою їх декомпресії
 2. розпаду пухлини з внутрішньочеревною кровотечею або розвитком перитоніту
 3. планування в післяопераційному періоді проведення хіміотерапевтичного лікування з метою зменшення об'єму пухлини
 4. у всіх перерахованих ситуаціях
120. Метастатичне ураження печінки часто спостерігається при локалізації первинної пухлини
1. у органах шлунково-кишкового тракту
 2. у легенях
 3. у молочній залозі
 4. у жіночих статевих органах
 5. при всіх перерахованих локалізаціях
121. Метастатичне ураження печінки на відміну від первинного раку печінки найчастіше характеризується наявністю
1. множинних осередків ураження
 2. одиничних вогнищ
 3. солітарних вогнищ
 4. всі перераховані варіанти зустрічаються з однаковою частотою
122. При вторинному пухлинному ураженні печінки метастази первинної пухлини в регіонарних лімфовузлах
1. повинні бути обов'язково в усіх випадках
 2. є в переважаючій більшості випадків
 3. виявляються рідко
 4. ніколи не бувають
123. Вторинне пухлинне ураження печінки як єдиний прояв дисемінації пухлинного процесу
1. зустрічається рідко
 2. зустрічається часто
 3. ніколи не зустрічається
 4. зустрічається приблизно в половині випадків
124. Найбільш ранньою і частою скаргою хворих з метастатичним ураженням печінки є
1. біль в правому підребер'ї і епігастральній області
 2. шкірне свербіння
 3. жовтяниця
 4. асцит
 5. спленомегалія
125. Після встановлення первинної пухлини метастази в печінці виявляються найчастіше

1. в перші 1-3 роки
 2. через 3-5 років
 3. через 5-10 років
 4. понад 10 років
- 126.Метастатичне ураження печінки найчастіше відбувається
1. лімфогенно ортоградно
 2. лімфогенно ретроградно
 3. гематогенно за системою ворітної вени
 4. гематогенно за системою печінкової артерії
 5. всіма перерахованими шляхами
- 127.Найчастіше метастази в печінці виявляються
1. при плоскоклітинному з ороговинням раку легені
 2. при плоскоклітинному епідермоїдному раку легені
 3. при плоскоклітинному неепідермоїдному раку легені
 4. при дрібноклітинному раку легені
 5. морфологічна структура пухлини легені не впливає на частоту метастазування в печінку
- 128.Меланома ока найчастіше метастазує
1. в печінку
 2. у легені
 3. у лімфовузлі
 4. у шкіру
 5. у кістці
- 129.В теперішній час якнайкращі результати лікування метастатичних пухлин печінки досягнуті
1. при хірургічному лікуванні (атипові резекції печінки)
 2. при променевої терапії
 3. при системній хіміотерапії
 4. при регіонарній хіміотерапії
 5. при використанні всіх перерахованих методів лікування
- 130.Пухлини тонкого кишечника зустрічаються
1. часто
 2. відносно рідкісне
 3. виключно рідко
- 131.Рак тонкої кишки частіше зустрічається
1. у дитячому віці
 2. у молодому віці
 3. у середній віковій групі
 4. у літньому віці
 5. вірні відповіді 3. і 4.
- 132.Гематосаркоми тонкої кишки частіше зустрічаються
1. в дитячому і молодому віці
 2. у середній віковій групі
 3. у літньому віці
 4. у всіх вікових групах
- 133.Карциноідні пухлини тонкого кишечника найчастіше зустрічаються
1. у дитячому віці
 2. у молодому віці
 3. у середній віковій групі
 4. у літньому віці
 5. у всіх групах зустрічаються приблизно з однаковою частотою
- 134.Пухлини тонкої кишки найчастіше локалізуються
1. у початковому відділі худої кишки
 2. у середніх відділах тонкої кишки

3. у дистальному відділі клубової кишки
 4. у всіх вказаних відділах локалізуються приблизно з однаковою частотою
 5. вірні відповіді 1. і 3.
135. Гематосаркоми тонкої кишки звичайно локалізуються
1. у дванадцятипалій кишці
 2. у порожній кишці
 3. у клубовій кишці
 4. у всіх вказаних відділах локалізуються приблизно з однаковою частотою
 5. вірні відповіді 1. і 2.
136. Карциноідні пухлини тонкої кишки найчастіше локалізуються
1. у дванадцятипалій кишці
 2. у порожній кишці
 3. у клубовій кишці
 4. у всіх вказаних відділах локалізуються приблизно з однаковою частотою
 5. вірні відповіді 1. і 3.
137. Серед всіх пухлин тонкої кишки переважають
1. доброякісні пухлини
 2. злоякісні пухлини
 3. з однаковою частотою як доброякісні, так і злоякісні пухлини
138. Основним шляхом метастазування злоякісних пухлин тонкої кишки є
1. лімфогенний
 2. гематогенний
 3. імплантація
139. Найбільш інформативним і часто використовуваним методом діагностики пухлин тонкої кишки в даний час вважається
1. ентерографія
 2. ентероскопія
 3. рентгеновська комп'ютерна томографія
 4. ультразвукове дослідження
 5. ангіографія
140. Злоякісні пухлини тонкої кишки в основному метастазують
1. гематогенно
 2. лімфогенно
 3. імплантаційно
 4. вірні відповіді 1. і 3.
141. Для злоякісних пухлин тонкої кишки характерні
1. гіпохромна анемія
 2. переймоподібні болі в животі
 3. запори
 4. проноси
 5. все перераховане
142. Безсимптомний перебіг злоякісних пухлин тонкої кишки спостерігається
1. часто
 2. приблизно у половині спостережень
 3. рідко
 4. ніколи не зустрічається
143. Клінічні прояви злоякісних пухлин тонкої кишки в першу чергу залежать
1. від морфологічної структури
 2. від типу росту
 3. від розмірів
 4. від наявності метастазів в регіонарних лімфовузлах
 5. від локалізації пухлини
144. З перерахованих ускладнень в клінічному перебігу пухлин тонкої кишки можуть спостерігатися

1. кишкова непрохідність
 2. кровотеча
 3. перфорація пухлини
 4. некроз пухлини з її розпадом
 5. все перераховане
145. Ускладнені форми клінічного перебігу пухлин тонкої кишки частіше спостерігаються
1. при злоякісних пухлинах
 2. при доброякісних пухлинах
 3. спостерігаються виключно рідко
 4. при виникненні ускладнень не залежить від морфологічної структури пухлини
146. Перфорація тонкої кишки в результаті проростання її пухлиною частіше спостерігається
1. при гематосаркомах
 2. при карциноїдних пухлинах
 3. при раку
 4. при доброякісних пухлинах
 5. при всіх перерахованих пухлинах
147. З перерахованих рентгенологічних ознак при ентографії для гематосарком тонкої кишки характерні
1. чергування ділянок розширення і звуження кишки
 2. наявність дефектів наповнення і скупчення контрасту в місцях ураження
 3. руйнування або набряклість складок слизової оболонки
 4. уповільнення пасажу барієвої суспензії у області ураженої ділянки
 5. все перераховане
148. Для раку тонкої кишки з перерахованих рентгенологічних ознак характерні
1. звуження просвіту кишки в місці її ураження
 2. розширення проксимальних відділів тонкої кишки
 3. наявність рівнів рідини в ділянках тонкої кишки, розташованих проксимальніше пухлині
 4. все перераховане
 5. нічого з перерахованого
149. Найчастіше метастази при злоякісних пухлинах тонкої кишки виникають
1. в перші 3 роки після радикальної операції
 2. через 3-5 років
 3. через 5-10 років
 4. понад 10 років
 5. певної закономірності термінів виникнення метастазів після перенесених радикальних операцій не виявлено
150. Найраніше після радикальних операцій метастазують
1. неепітеліальні злоякісні пухлини
 2. рак тонкого кишечника
 3. карциноїдні пухлини
 4. гематосаркоми тонкої кишки
 5. певної закономірності між морфологічною будовою пухлини і термінами виникнення метастазів не виявлено
151. Неепітеліальні злоякісні пухлини тонкої кишки переважно метастазують
1. лімфогенно
 2. гематогенно
 3. імплантаційно
 4. вірні відповіді 1. і 2.
 5. вірні відповіді 1. і 3.
152. Тривалість життя хворих із злоякісним пухлинами тонкої кишки залежить
1. від морфологічної будови пухлини
 2. від поширеності пухлинного процесу
 3. від варіантів клінічного перебігу захворювання

4. вірні відповіді 1. і 3.
5. від всього перерахованого
153. Основним методом лікування злоякісних пухлин тонкої кишки в даний час є
 1. променевий
 2. хіміотерапевтичний
 3. хірургічний
154. Пізня діагностика пухлин тонкої кишки в основному обумовлена
 1. відсутністю патогномічних симптомів в початковому періоді захворювання
 2. пізньою обертається хворих
 3. відсутністю настороженості і недостатнім знанням клінічних проявів захворювання практичними лікарями
 4. недостатньою інформативністю наявних методів діагностики
 5. всіма перерахованими причинами
155. Кишкова непрохідність як ускладнення раку ободової кишки частіше спостерігається при локалізації пухлини
 1. у висхідному відділі
 2. у поперечній ободовій кишці
 3. у низхідному відділі
 4. у сигмоподібній кишці
 5. частота розвитку кишкової непрохідності не залежить від локалізації пухлини в кишечнику
156. Порівняно частіший розвиток кишкової непрохідності при пухлинах лівої половини ободової кишки обумовлений
 1. переважанням пухлин з інфільтративним типом росту
 2. щільнішим вмістом кишки
 3. порушенням моторної функції кишки унаслідок проростання її стінки пухлиною
 4. запальним набряком кишкової стінки
 5. всіма перерахованими чинниками
157. Найбільш частим ускладненням раку товстої кишки є
 1. кишкова непрохідність
 2. перфорація пухлини
 3. приєднання запалення з розвитком абсцесів, флегмон
 4. масивна кишкова кровотеча
 5. всі перераховані ускладнення зустрічаються приблизно з однаковою частотою
158. Екзофітний тип росту пухлини найчастіше зустрічається при раку
 1. сліпий і висхідного відділу ободової кишки
 2. поперечно-ободової кишки
 3. низхідного відділу
 4. сигмоподібної кишки
 5. певної залежності типу росту пухлини від її локалізації не виявлено
159. Перфорації кишкової стінки при раку товстої кишки сприяють
 1. розпад пухлини
 2. підвищений тиск в просвіті кишки
 3. трофічні порушення стінки кишки унаслідок її перерозтягнення
 4. травматизація стінки кишки при проходженні твердих калових мас через звужену ділянку
 5. всі перераховані чинники
160. Ускладнення запального характеру (абсцеси, флегмони) частіше спостерігаються при локалізації пухлини
 1. у сліпому і висхідному відділі
 2. у поперечній ободовій кишці
 3. у низхідному відділі
 4. у сигмоподібній кишці
 5. вірні відповіді 1. і 3.

- 161.Рак ободової кишки найчастіше локалізується
1. у сліпій кишці
 2. у висхідному відділі
 3. у поперечній ободовій кишці
 4. у низхідному відділі
 5. в сигмоподібній кишці
- 162.Захворюваність на рак товстого кишечника за останні роки має тенденцію
1. до підвищення
 2. до зниження
 3. до стабільності
 4. до підвищення в старшій віковій групі
 5. до зниження серед осіб молодого віку
- 163.На рівень захворюваності раком товстого кишечника робить вплив
1. рівень економічного розвитку
 2. особливості живлення
 3. наявність доброякісних пухлин кишечника
 4. наявність раку товстого кишечника в анамнезі
 5. все перераховане
- 164.На розвиток раку товстого кишечника робить вплив кількість споживаних в їжі
1. жирів
 2. тваринних білків
 3. рослинних продуктів
 4. вітамінів
 5. всього перерахованого
- 165.До груп підвищеного ризику розвитку раку товстого кишечника слід відносити осіб, страждаючих
1. неспецифічним виразковим колітом
 2. гранульоматозним колітом (хвороба Крона)
 3. поліпами кишечника
 4. сімейним дифузним поліпозом
 5. всім перерахованим
- 166.До особливостей раку товстого кишечника, що розвивається на тлі сімейного дифузного поліпозу, відноситься
1. як правило, розвивається у молодому віці
 2. як правило, розвивається в літньому віці
 3. нерідко розвивається мультицентрично
 4. вірні відповіді 1. і 3.
 5. вірні відповіді 2. і 3.
- 167.Ризик розвитку раку товстого кишечника при неспецифічному виразковому коліті зростає
1. при тотальній ураженні товстого кишечника
 2. при розвитку коліту у молодому віці
 3. при тривалості захворювання понад 10 років
 4. при хронічному безперервному перебігу захворювання
 5. при всіх перерахованих обставинах
- 168.До облігатного передраку товстого кишечника слід відносити
1. неспецифічний виразковий коліт
 2. хвороба Крона
 3. сімейний дифузний поліпоз
 4. одиничні поліпи товстого кишечника
 5. все перераховане
- 169.Рак товстого кишечника, що розвивається на тлі хвороби Крона, частіше локалізується
1. в правих відділах ободової кишки
 2. у поперечній ободовій кишці

3. у лівих відділах ободової кишки
 4. у прямій кишці
 5. з однаковою частотою локалізується у всіх перерахованих відділах товстого кишечника
- 170.Обстеження хворого, що звернувся до лікаря з скаргами на порушення функції кишечника, слід починати
1. з рентгенологічного дослідження товстого кишечника (іригоскопія)
 2. з колонофіброскопії
 3. з ректороманоскопії
 4. з ректального пальцевого дослідження
 5. з ультразвукового дослідження
- 171.Після заздалегідь виконаної іригоскопії до колонофіброскопії доцільно вдаватися у випадку
1. якщо є ознаки кишкової кровотечі, а при іригоскопії патологічних змін в товстій кишці не виявлено
 2. для уточнення сумнівних даних, одержаних за допомогою іригоскопії
 3. для підтвердження патологічного процесу, виявленого при іригоскопії
 4. для виявлення синхронно протікаючих патологічних процесів
 5. всього перерахованого
- 172.Первично-множинний рак товстого кишечника (синхронний або метакронний) зустрічається
1. дуже часто
 2. нерідко
 3. дуже рідко
 4. ніколи не зустрічається
- 173.До методу скринінгу раку товстого кишечника в даний час можна віднести ті, що регулярно проводяться
1. дослідження калу на приховану кров, зокрема гемокультест і криптогем (1 раз в рік).
 2. пальцеве дослідження прямої кишки (1 раз в рік).
 3. ректороманоскопію (1 раз в 3-5 років)
 4. все перераховане
- 174.Передопераційна підготовка при раку товстого кишечника повинна включати
1. ретельне механічне очищення товстого кишечника
 2. лікування супутніх захворювань
 3. корекцію білкового, вуглеводного і мінерального обміну
 4. все перераховане
- 175.При раку товстого кишечника кишкова непрохідність може спостерігатися по типу
1. обтураційної
 2. інвагінаційної
 3. завороту
 4. всіх перерахованих типів
- 176.За морфологічною будовою переважаючою формою раку товстого кишечника є
1. аденокарцинома різного ступеня зрілості і функціональної спрямованості
 2. плоскоклітинний рак
 3. недиференційовані раки
 4. диморфний (змішаний залозистий і плоскоклітинний) рак
 5. всі перераховані форми зустрічаються приблизно з однаковою частотою
- 177.Плоскоклітинний і диморфний (змішаний залозистий і плоскоклітинний) рак найчастіше локалізується
1. у сліпій кишці
 2. у висхідному відділі ободової кишки
 3. у низхідному відділі ободової кишки
 4. у сигмоподібній кишці
 5. в прямій кишці

178. Лейоміосаркома товстого кишечника найчастіше локалізується
1. у сліпій кишці
 2. у висхідному відділі ободової кишки
 3. у низхідному відділі ободової кишки
 4. у сигмоподібній кишці
 5. в прямій кишці
179. При меланомі прямої кишки з радикальних операцій хворому показана
1. черевно-промежинна екстирпація прямої кишки
 2. черевно-анальна резекція прямої кишки
 3. черезочеревинна резекція прямої кишки
 4. допустимо виконання всіх перерахованих операцій
180. На вибір методу лікування поліпів товстої кишки робить вплив
1. кількість поліпів
 2. розміри поліпів
 3. тип росту (на ніжці або на широкій підставі)
 4. гістологічна будова поліпів
 5. все перераховане
181. При локалізації пухлини в прямій кишці пальцьове ректальне дослідження дозволяє
1. оцінити розміри пухлини
 2. виявити ступінь фіксації пухлини
 3. виявити залучення в процес навколишніх тканин
 4. оцінити прохідність прямої кишки
 5. все перераховане
182. При операції з приводу кишкової непрохідності, викликаною пухлиною товстого кишечника, допустимо все перераховане, окрім
1. обмежитися цекостомією
 2. накласти колостому якомога ближче до пухлини
 3. виконати резекцію ураженої ділянки кишки з накладенням колостоми
 4. виконати резекцію ураженої ділянки кишки і формування міжкишкового анастомозу
183. При правобічній геміколектомії з приводу раку печінкового згину ободової кишки клубово-ободовокишкова артерія
1. обов'язково перев'язується у всіх випадках
 2. не перев'язується
 3. єдиної тактики немає
184. Найчастіше малігнізуються в товстій кишці поліпи
1. залозисті
 2. залозисто-ворсинчасті
 3. ворсинчасті
 4. ювенільні
 5. гіперпластичні
185. З неепітеліальних пухлин товстої кишки найчастіше малігнізуються
1. лейоміоми
 2. ліпоми
 3. фіброми
 4. нейрофіброми
 5. всі перераховані неепітеліальні пухлини товстої кишки малігнізуються приблизно з однаковою частотою
186. При раку товстого кишечника найбільше розповсюдження пухлинних елементів по довжині кишкової стінки, як правило, виявляється
1. в проксимальному напрямі від пухлини
 2. у дистальному напрямі
 3. у обох напрямках
187. Основним шляхом метастазування раку товстого кишечника є
1. лімфогенний

2. гематогенний
 3. імплантація
 4. всі перераховані варіанти метастазування зустрічаються приблизно з однаковою частотою
188. Улюбленою локалізацією гематогенних метастазів раку товстої кишки є
1. легені
 2. кістки
 3. печінка
 4. надниркові
 5. селезінка
189. При раку товстого кишечника частота метастазування залежить
1. від гістологічної структури пухлини
 2. від глибини інвазії кишкової стінки
 3. від локалізації пухлини
 4. від віку хворого
 5. від всіх перерахованих чинників
190. Токсико-анемічна форма клінічного перебігу раку ободової кишки найчастіше зустрічається при локалізації пухлини
1. в правих відділах ободової кишки
 2. у поперечній ободовій кишці
 3. у низхідній кишці
 4. у сигмоподібній кишці
 5. у всіх перерахованих відділах зустрічається з однаковою частотою
191. Ентероколітична форма клінічного перебігу раку ободової кишки найчастіше зустрічається при локалізації пухлини
1. у правих відділах ободової кишки
 2. у поперечній ободовій кишці
 3. у низхідній кишці
 4. у сигмоподібній кишці
 5. вірні відповіді 3. і 4.
192. Обтураційна форма клінічного перебігу раку ободової кишки найчастіше зустрічається при локалізації пухлини
1. у правих відділах ободової кишки
 2. у поперечній ободовій кишці
 3. у низхідній кишці
 4. у сигмоподібній кишці
 5. вірні відповіді 3. і 4.
193. Диспептична форма клінічного перебігу раку ободової кишки зустрічається при локалізації пухлини
1. у правих відділах ободової кишки
 2. у поперечній ободовій кишці
 3. у низхідній кишці
 4. у сигмоподібній кишці
 5. у всіх перерахованих відділах
194. До найбільш ранніх клінічних симптомів при раку анального каналу відносяться
1. болі
 2. кровотеча
 3. патологічні домішки в калі
 4. зміна форми калових мас
 5. вірні відповіді 1. і 2.
195. Найбільш ранніми клінічними симптомами при раку верхньоампулярного відділу прямої кишки є
1. болі
 2. патологічні домішки в калі

3. кровотеча
 4. переміжний стілець
 5. вірні відповіді 3. і 4.
196. Пальцьове ректальне дослідження повинне проводитися в положенні хворого
1. на спині
 2. на боку
 3. навпочіпки
 4. будь-яке з перерахованих
 5. положення хворого при ректальному пальцьовому дослідженні не робить вплив на інформативність дослідження
197. З перерахованих методик рентгенологічного дослідження товстої кишки в даний час найбільш інформативною вважається
1. стандартна іригоскопія
 2. метод подвійного контрастування товстої кишки
 3. прийом барієвої суспензії per os з подальшим рентгенологічним контролем за пасажем контрасту по товстій кишці
 4. всі перераховані методики володіють приблизно однаковою інформативністю
198. На вибір виду радикальної операції при раку прямої кишки робить вплив
1. локалізація пухлини в прямій кишці
 2. ступінь поширеності пухлинного процесу
 3. наявність або відсутність метастазів в регіонарних лімфовузлах
 4. наявність ускладнень захворювання
 5. все перераховане
199. З перерахованих операцій до сфінктерозберігальних не відноситься
1. черезочеревинна резекція прямої кишки
 2. черевно-анальна резекція прямої кишки
 3. черевно-промежинна екстирпація прямої кишки
 4. всі перераховані операції слід відносити до сфінктерозберігальних
200. Операції Гартмана при раку верхньоампулярного відділу прямої кишки і раку ректосигмоїдного згину доцільно віддавати перевагу у випадках
1. наявність obturatorної кишкової непрохідності
 2. наявність запальних змін стінки кишечника
 3. у осіб літнього віку з важкою супутньою патологією у стадії декомпенсації
 4. у всіх перерахованих ситуаціях
 5. вірні відповіді 1. і 2.