

## Рак легень

### 858. Субплеврально-верхівкову форму периферичного раку легень найбільш важко диференціювати з

- абсцесом легень, ХНЗЛ
- туберкульозом легень
- плекситом
- артритом плечового суглоба

### 859. Центральний ендобронхіальний рак легень найбільш важко диференціювати з

- хронічним деформуючим бронхітом
- доброякісними пухлинами бронхів, стороннім тілом бронхів, пневмонією
- екссудативним плевритом
- прикореневою аденопатією, саркоїдозом Бека

### 860. Центральний перибронхіальний рак необхідно диференціювати з

- прикореневою пневмонією, ХНЗЛ, аденопатією у корені легень
- доброякісними пухлинами легень стороннім тілом, бронхітом
- метастазами раку в прикореневі лімфовузли, саркоїдозом Бека

### 861. Радикальна операція у хворих на рак легень обов'язково передбачає

- видалення частини або всього ураженого органу і висічення регіонарних лімфовузлів I колектора
- видалення частини або всього ураженого органу
- видалення частини або всього ураженого органу з висіченням лімфовузлів I і II колекторів
- використання заднього доступу

### 862. До лімфовузлів I колектора в легені відносяться лімфатичні вузли

- бронхолегеневі, паратрахеальні
- міжчасткові, біфуркаційні
- переднього і заднього міжстіння, діафрагмальні
- бронхолегеневі, міжчасткові, прикореневі

### 863. До лімфовузлів II колектора відносяться

- трахеобронхіальні, паратрахеальні
- верхні і нижні кореневі
- кореневі, верхні і нижні трахеобронхіальні
- біфуркаційні і передньо-верхнього міжстіння

### 864. Промєнєве лікування необхідно призначати після операції з приводу раку легень

- при наявності метастазів у кореневих лімфовузлах або при периферичному раку
- при наявності метастазів у трахеобронхіальних лімфовузлах
- при наявності метастазів у паратрахеальні лімфовузли
- після паліативних операцій

### 865. Післяопераційну хіміотерапію необхідно призначати

- при наявності метастазів у паратрахеальних лімфовузлах при плоскоклітинному і залозистому раку
- після паліативної операції при плоскоклітинному раку
- після паліативної операції при залозистому раку
- при всіх стадіях дрібноклітинного раку

### 866. Вибір методу лікування при дрібноклітинному раку легень залежить від

- віку хворого
- місцевого поширення пухлинного процесу
- наявності метастазів у регіонарні лімфатичні вузли
- стадії захворювання

### 867. При I-II стадіях дрібноклітинного раку легень методом вибору повинно бути

- хіміотерапія
- хіміопромєнєве лікування
- радикальна операція
- радикальна операція і хіміотерапія

### 868. При III стадії дрібноклітинного раку легень методом вибору повинно бути

- променева терапія
- радикальна операція і хіміотерапія
- хіміотерапія
- променева терапія в поєднанні з декількома курсами поліхіміотерапії

869. Хіміотерапія в якості самостійного методу лікування раку легень звичайно проводиться хворим

- при метастазах у лімфовузлі і міжстіння
- при дисемінованих процесах
- при наявності неоперабельної стадії раку (залозистій формі)
- у якості паліативного лікування при неоперабельному раку легень

870. Для поліпшення результатів радикального лікування раку легень найбільш доцільні з ад'ювантних методів

- променева терапія
- передопераційне опромінення
- передопераційна хіміотерапія
- стимуляція природної протипухлинної резистентності організму хворих

871. Показом до передопераційного опромінення являється

- рак легень II стадії
- рак легень IIIa стадії
- рак легень IIIb стадії
- плоскоклітинний рак IIIb стадії

872. Післяопераційна променева терапія у хворих на рак легень показана при

- плоскоклітинній формі раку легень
- центральному раку легень
- периферичному раку легень
- паліативних операціях

873. При "безкуксовому" методі опрацювання бронха

- бронх перетинають скальпелем по міжхрящевій низці з залишенням одного хрящового півкільця; вузлові шви накладають у напрямку поперек його просвітку
- бронх відсікають при його усті і просвіт вшивають 8-подібними швами
- лінія перетинання йде відразу під шпорою бронха без залишення кукси, шви накладаються в подовжньому напрямку
- бронх перетинають при біфуркації трахеї

874. При центральному раку верхньочасткового бронха справа найбільш оптимальне опрацювання кукси бронха:

- прошити бронх апаратом УО-40
- бронх перетнути на рівні устя й ушити вручну
- клиновидна резекція головного і проміжного бронхів із наступним ушиванням окремими швами
- по Суїту

875. Верхня лобектомія з циркулярною резекцією головного і проміжного бронхів показана

- при наявності метастазів у трахеобронхіальні лімфовузлі
- при центральній формі раку верхньочасткового бронха з переважно перибронхіальним ростом пухлини
- при центральному, переважно ендобронхіальному рості пухлини верхньочасткового бронха з ураженням його проксимального відрізка /устя/
- при поширенні пухлини раковим лімфангоїтом

876. При верхній лобектомії з циркулярною резекцією головного і проміжного бронхів

- перетинають головний бронх максимально близько до біфуркації трахеї
- перетинають головний бронх максимально близько до устя верхньочасткового бронха
- проміжний бронх перетинають на 1-2 см проксимальніше устя середньочасткового бронха
- проміжний бронх перетинають на рівні шпори верхньочасткового і проміжного бронхів

877. Для попередження кровотечі з легеневої артерії або вени необхідно

- на центральний кінець судини накладати дві лігатури
- на центральний кінець судини накладати прошивну лігатуру

- на центральний кінець судини накладати дві лігатури, одна з яких прошивна
- при коротких легеневиx судинах вдаватися до внутріперикардійного опрацювання судин із резекцією перикарду

878. Активний /вакуум/ відсмоктувач повинен працювати у хворих після операції з приводу раку легень

- протягом першої доби після операції
- до стабілізації розрідження в плевральній порожнині
- не менше доби після стабілізації розрідження в плевральній порожнині
- протягом 48 годин

879. Дренажі з плевральної порожнини варто видалити

- після стабілізації розрідження в плевральній порожнині
- через добу після стабілізації розрідження
- не менше, ніж через 2 доби після стабілізації розрідження
- через 48 годин

880. При наявності в плевральній порожнині після пульмонектомії множинних рівнів рідини необхідно:

- досліджувати ексудат із кожної порожнини на наявність у ньому формених елементів
- виконати бактеріологічне дослідження ексудату з усіх порожнин
- при нормальній температурі порожнини не пунктувати
- пунктувати кожну з порожнин окремо з введенням антибіотиків в залежності від характеру ексудату і результатів бак. посіву

881. Під час операції для попередження бронхіальної норичі треба:

- старанно відділити бронх від навколишньої клітковини і лімфовузлів
- лишити по можливості довгу куксу бронха
- залишити максимально коротку куксу бронха
- вшити бронх зшиваючим апаратом

882. Для кращого загоєння кукси бронха доцільно

- плевризувати куксу бронха
- боротися з інфекцією в бронхах у передопераційному періоді
- попередити скупчення інфікованого слизу в культі бронха в післяопераційному періоді
- не порушувати живлення кукси бронха під час операції [100

883. При реторакотомії для вшивання дефекту в культі бронха необхідно

- застосувати вшивання окремими капроновими швами
- вшити куксу бронха апаратом УО або УБ
- віддати перевагу ручному шву по Суїту, після висічення краю кукси бронха
- обов'язково плевризувати куксу бронха після її зашивання

884. Покази до трансстернальної трансперикардіальної оклюзії головного бронха:

- хронічні бронхо-плевроторакальні норичі головного бронха після неефективних торакопластичних операцій
- хронічні бронхо-плевральні норичі з емпіємою
- гострий бронхіальний норича із емпіємою плевральної порожнини
- гостра кровотеча

885. Покази для комбінованого лікування раку легень з передопераційним опроміненням:

- T1-2N0
- T3N0
- підозра на наявність N1 рентгенологічно
- підозра на наявність N2

886. Післяопераційна променева терапія доцільна при

- плоскоклітинній формі раку легень
- центральному раку легень
- периферичному раку легень
- паліативних (або умовно-радикальних) операціях

887. Хіміотерапія в поєднанні з хірургічним лікуванням при раку легень доцільна при

- плоскоклітинному раку

- залозистому раку
- дрібноклітинному раку
- наявності метастазів у регіонарних лімфовузлах

888. Операція на легенях вважається небезпечною при цифрових даних основних показників функціонального стану:

- ПАПІВ - 60
- ХВЛ - 40
- ХОД - 130
- ХОД - 200

889. На яких принципах побудована клініко-анатомічна класифікація раку легень

- локалізації пухлини в легенях
- відношенні пухлини до бронхів /порядковому значенню бронхів/
- клінічного прояву захворювання
- відношенні пухлини до бронхів /за їх порядком / і локалізації в легенях

890. Якими чинниками обумовлені атипові форми раку легень

- метастазуванням
- особливостями клінічного перебігу
- залежністю від гістологічної форми пухлини
- особливостями рентгенологічної семіотики

891. Класифікація раку легень по стадіях заснована на таких критеріях

- розмір і поширеність пухлини, наявність і локалізація регіонарних метастазів, наявність віддалених метастазів
- розмір первинної пухлини, поширення пухлини на сусідні органи, метастазування в надключичні і регіонарні лімфовузли
- розмір первинної пухлини, локалізація метастазів, ступінь диференціювання пухлини
- макро- та мікроскопічна структура

892. Основними критеріями ризику розвитку раку легень являються

- ендегенні
- генетичні, ендегенні
- ті, що ХОДифікують генетичні
- ендегенні, що ХОДифікують, генетичні, екзогенні

893. Генетичні чинники ризику для раку легень це:

- злаякісна пухлина в анамнезі
- три і більше спостережень раку будь-якої локалізації серед кривних родичів
- підвищена схильність до вірусних захворювань
- наявність в анамнезі злаякісної пухлини, злаякісні пухлини в кривних родичів

894. Ендегенні чинники ризику для раку легень

- ендокринні захворювання
- часті простудні /вірусні/ захворювання
- хронічні запальні захворювання легень
- вік старше 45 років

895. ХОДифікуючі чинники ризику для раку легень

- фахові шкідливості, паління
- забруднення навколишнього середовища промисловими відходами
- різноманітні види променистої енергії
- паління, профшкідливість, екологічні чинники

896. Як часто повинна виконуватися флюорографія легень у групах підвищеного ризику

- 1 раз у 0,5 року
- 1 раз у рік
- 1 раз у 2 роки
- 1 раз у 3 роки

897. У якій /яких/ проекції /проекціях/ повинна бути виконана флюорографія

- у передній і задній прямих і бічній
- у прямій

- у прямій і бічній
- у прямій і двох бічних

898. З якою патологією необхідно спрямовувати хворих на онко- пульмонологічну комісію

- із хронічними запальними захворюваннями легень без ознак об'єктивного поліпшення на протязі місяця
- із виявленими змінами в легенях при флюорографії
- із легеневиими скаргами, що тривають три і більше місяці
- із підозрою на рак, що виник при клініко-рентгенологічному обстеженні

899. Які найбільш важливі чинники визначають клінічну симптоматику раку легень

- розташування, розміри, особливості росту пухлини, наявність метастазів
- гістологічна структура пухлини і ступінь диференціювання пухлинних клітин
- локалізація пухлини і напрямку росту
- форма росту пухлини і її локалізація

900. Крім загальновідомих "загальних" і "легеневих" симптомів рак легень може виявлятися

- порушеннями метаболізму, змінами периферичної нервової, кісткової системи, шкіри
- змінами нервової системи і шкіри
- змінами шкіри і кісткової системи
- змінами функції печінки, обмінними порушеннями

901. Периферичний рак легень /вузлову форму/ найбільш важко диференціювати з

- солітарним метастазом злоякісної пухлини в легені
- туберкульозом, гамартозою
- доброякісною пухлиною легень
- кулястою пневмонією

902. Бронхоскопію необхідно виконувати в амбулаторних умовах у випадках:

- безпричинного кровохаркання
- перенесеного запалення легень із залишковими змінами в легені, що визначаються рентгенологічно
- пневмоній, що рецидивують
- наявності тривалого хронічного бронхіту

903. До радикального лікування при раку легень варто відносити

- медикаментозне протипухлинне лікування
- хірургічне лікування
- променеви терапію на первинну пухлину і зони регіонарного метастазування
- сполучення променевого і медикаментозного протипухлинного лікування

904. Показом до типової пневмонектомії є:

- центральний рак
- множинні метастази в лімфатичних вузлах незалежно від локалізації первинної пухлини
- ураження часткових /проміжного справа/ бронхів при центральному раку, наявність метастазів у міжстіння
- ураження часткових /проміжного справа/ бронхів із залученням головного і /або/ інфільтрація судин кореня

905. Розширена пневмонектомія збільшує радикалізм операції за рахунок

- видалення клітковини переднього міжстіння і параезофагеальних лімфовузлів
- видалення лімфовузлів і клітковини переднього і заднього міжстіння
- видалення клітковини міжстіння і лімфовузлів, включаючи паратрахеальні і параезофагеальні
- попереднього лігування судин

906. Показом до комбінованої пневмонектомії є:

- інфільтрація пухлиною судин кореня легень
- інфільтрація судин кореня легень і перикарда
- проростання пухлини в грудну стінку або діафрагму
- проростання пухлини в сусідні анатомічні структури або органи

907. Показом до типової лобектомії є:

- наявність метастазів у лімфовузлах кореня легень при периферичному раку

- локалізація пухлини в сегменті або сегментарному бронху і наявність метастазів у біфуркаційних лімфовузлах
- локалізація первинної пухлини в проміжному бронху або проксимальному відділі часткового
- локалізація пухлини в сегментарному або дистальному відділі часткового бронху, поодинокі метастази в бронхолегеневих л/вузлах

908. Променева лікування необхідно призначати після операції з приводу раку легень при:

- наявності метастазів у кореневих лімфовузлах або при периферичному раку
- наявності метастазів у трахеобронхіальних лімфовузлах
- наявності метастазів у паратрахеальні лімфовузли - після паліативної операції

909. Післяопераційну хіміотерапію необхідно призначати:

- після паліативної операції при плоскоклітинному раку
- після паліативної операції при залозистому раку
- при I-II стадіях дрібноклітинного раку
- при III стадії дрібноклітинного раку

910. Вибір методу лікування при дрібноклітинному раку легень залежить від

- віку хворого
- місцевого поширення пухлинного процесу
- наявності метастазів у регіонарні лімфатичні вузли
- стадії захворювання

911. При I-II стадіях дрібноклітинного раку легень в лікуванні методом вибору повинно бути

- хіміотерапія
- хіміопроменева лікування
- радикальна операція
- радикальна операція і хіміотерапія

912. При III стадії дрібноклітинного раку легень методом вибору в лікуванні повинно бути

- променева терапія
- радикальна операція і хіміотерапія
- хіміотерапія
- хіміопроменева терапія

913. Результати радикального лікування раку легень залежать від

- розміру первинної пухлини, відношення її до навколишніх органів і тканин
- наявності регіонарних метастазів, їхньої кількості
- зони регіонарного метастазування
- стадії захворювання, морфології пухлини

914. Найбільш ефективний препарат, використовуваний у схемах хіміотерапії недрібноклітинного раку легень:

- вінбластін
- цисплатин
- адриабластін
- ендоксан

915. Найбільш ефективний препарат, використовуваний у схемах хіміотерапії дрібноклітинного раку легень

- ендоксан
- доксорубіцин
- вінкрістін
- тіо-теф

916. Назвіть найбільш часте і важке ускладнення променевої терапії, проведеної на міжстінні після радикальної резекції легень

- постпроменеви пневмоніт, фіброз легеневої тканини
- мієлодепресія
- дисфункція печінки



- лихоманка

917. Головними умовами радикальності операції при раку легень вважаються всі перераховані, КРІМ

- повного видалення єдиним блоком ураженої частки або всієї легені і регіонарних лімфатичних вузлів із навколишньою клітковиною
- віддалення лінії перетинання бронха від видимого краю пухлини на 1,5-2 см
- відсутність пухлинних клітин у краї пересіченого бронха при мікроскопічному дослідженні
- обов'язкового видалення лімфовузлів переднього міжстіння разом із клітковиною і медіастинальною плеврою в межах анатомічного футляру

918. Типову або радикальну пневмонектомію виконують при всіх перерахованих ситуаціях, КРІМ

- локалізації пухлини в часткових (проміжному справа) бронхах із залученням у процес головного бронха при центральному раку
- периферичному раку зі значною ураженням сусідньої частки зліва
- периферичному раку зі значним ураженням сусідніх часток справа
- периферичному раку з порожниною розпаду в середній частці справа або язичкових сегментах зліва з метастазами в бронхо-легеневі лімфатичні вузли

919. Розширені операції при раку легень показані при

- T2N0
- T3N0
- T1-3N1-2
- ураженні головного бронха

920. Комбінована пневмонектомія показана при всіх перерахованих ситуаціях, КРІМ

- T3N1-2
- залучення в пухлинний процес перикарда
- поширення пухлини на грудну стінку
- проростання пухлини в діафрагму

921. Верхня лобектомія з циркулярною або клиновидною резекцією головного і проміжного бронхів показана при

- раку верхньочасткового бронха /T2N0/ екзофітній ендобронхіальній формі росту
- екзофітному раку верхньочасткового бронха /T2N1/
- екзофітному раку верхньочасткового бронха /T3N1/
- екзофітному раку верхньочасткового бронха /T1N2/

922. Покази до операції з внутріперикардіальним опрацюванням судин легені:

- поширення пухлини на судини кореня легені в їхні екстраперикардіальні сегменти
- повторні операції з приводу рецидиву центральної форми бронхолегеневого раку
- дрібноклітинний рак легені
- рак легені T3N1-2

923. Задньо-боковий доступ застосовується при всіх перерахованих ситуаціях, КРІМ

- центральної форми бронхолегеневого раку з наявністю ателектазу частки або усієї легені
- наявності у хворих значної кількості харкотиння
- операціях, виконаних із приводу великого розміру периферичного раку і зниженням дихальних резервів хворого
- виконання пневмонектомії з циркулярною резекцією біфуркації трахеї

924. При задньо-боковому плевральному доступі

- розтин шкіри починають, відступивши на 1-2 см від остистого відростка III або IV грудного хребця
- розтин шкіри починають від остистого відростка V або VI грудного хребця
- розсікаються трапецієподібні і довгі м'язи спини
- розсікається тільки найширший м'яз

925. При пневмонектомії:

- ключовим етапом операції є виділення і прошивання елементів кореня легені з наступним видаленням легені з пухлиною
- послідовність опрацювання елементів кореня легені має принципове значення

- краще і безпечніше всі елементи кореня легені прошити механічним швом за допомогою апарата УО-40 або УО-60

- кукса бронха повинна бути максимально довгою

926. До сучасних методик опрацювання кукси бронха відносяться всі перераховані, ЗА ВИНЯТКОМ

- по Суїту

- "безкультовий"

- ручного дворядного шва

- механічного дворядного шва

927. Методика опрацювання кукси бронха по Суїту полягає в:

- перетинанні бронха і накладенні 3-х П-подібних швів на куксу

- поступовому розсіканню бронха з послідовним накладенням вузлових швів через край кукси

- накладенні під затискачем на куксу бронха 2-3 матрачних швів

- беззупинному обвивному шві на куксу бронха

928. Розширену пневмонектомію НЕ ВИКОНУЮТЬ при:

- ураженні метастазами лімфовузлів міжстіння

- ураженні метастазами бронхо-легеневих лімфовузлів

- ураженні метастазами прикореневих лімфовузлів

- пухлинної інфільтрації основних судин кореня легені

929. При верхній лобектомії справа разом із верхньою долею можуть видалятися всі перераховані лямфовузли, КРІМ

- бронхопульмональних

- верхніх трахеобронхіальних

- нижніх трахеобронхіальних

- паратрахеальних

930. При верхній лобектомії зліва разом із долею можуть видалятися всі перераховані лімфовузли, КРІМ

- нижніх трахеобронхіальних

- бронхопульмональних

- області аортального вікна

- задніх міжстінних

931. Ощадлива резекція (сегментарна) при раку легень виконується при всіх перерахованих ситуаціях, КРІМ

- із видаленням клітковини з бронхолегеневими лімфовузлами

- при локалізації пухлини в IV, V або VI сегментах легені

- перетинання бронха в місці його відходження

- центрального раку в стадії T1N0

932. У першу чергу при артеріальній кровотечі під час операції на легені НЕОБХІДНО

- притиснути місце, що кровоточить, /судина/ пальцем або тупфером

- заповнити об'єм рідини, що циркулює

- забезпечити необхідну широту операційного поля

- здійснити протишокову терапію

933. Дренаж із плевральної порожнини після пульмонектомії необхідно видалити через добу, якщо ексудат

- світло-геморрагічний, у кількості більше 600 - 700 мл

- світло-геморрагічний до 500 мл

- геморрагічний до 500 мл

- прозорий, до 500 мл

934. Дренажі після лобектомії необхідно видалити

- через дві доби, якщо ексудата за добу не більше 500 мл і у хворого нормальна температура

- через три доби, якщо ексудат світлий

- один дренаж через дві доби, другий - через три доби за умови світлого ексудата в помірній кількості



- на третю добу після операції при розрідженні, що утримується, і розправлені легеневої тканини  
935. Після операції на легені рентгенологічний контроль за станом плевральної порожнини проводиться

- тільки при наявності порушень подиху хворого
- при наявності високої температури після видалення дренажів
- при підозрі на пневмонію в частці, що залишилася, або здоровій легені
- до видалення дренажів із плевральної порожнини щодня

936. При розрідженні, що не утримується, у плевральній порожнині після часткової резекції легені необхідно:

- приєднати до плевральних дренажів клапан по Бюлау і лишити на 1-2 доби
- встановити мінімальне - 2-3 см розрідження в плевральній порожнині за допомогою триампульного насоса на добу
- безпосередньо після операції налагодити активний відсмоктувач
- встановити водяноструминний відсмоктувач

937. При виявленні в плевральній порожнині рідини або повітря після видалення дренажів слід

- поставити дренаж у порожнину
- видалити повітря або рідину за допомогою пункції
- після видалення рідини в порожнину ввести гідрокортизон
- ввести антибіотики

938. Тривалість перебування хворих у стаціонарі після часткових резекцій легені визначається:

- 1- терміном у 3 тижні
- 2- наявністю або відсутністю ускладнень
- 3- загоєнням рани
- 4- наявністю залишкової порожнини з ексудатом

939. Тривалість лікування хворого після пульмонектомії зумовлена

- кількістю формених елементів в ексудаті
- наявністю рівнів рідини в плевральній порожнині
- температурою
- післяопераційними ускладненнями

940. Лікувальні заходи для попередження емпієми плеври:

- введення антибіотиків у плевральну порожнину
- після видалення дренажу не "втручатися" у плевральну порожнину
- плевральні пункції з введенням антибіотиків до нормалізації температури
- після видалення дренажу на наступну добу виконати плевральні пункції з введенням антибіотиків і видаленням ексудату

941. Доопераційні лікувальні заходи для попередження бронхіальної нориці:

- протизапальне лікування /антибіотики, сульфаніламід/
- при наявності супутнього ендобронхіту санація бронхів
- бактеріологічне дослідження харкотиння
- призначення антибіотиків відповідно результатам бак. дослідження

942. При підозрі на бронхіальну норицю необхідно терміново

- ввести антибіотики в плевральну порожнину
- виконати рентгенографію легень
- виконати бронхоскопію
- пунктувати плевральну порожнину з видаленням повітря і ексудату

943. Тактика хірурга при гострому бронхіальній нориці після пульмонектомії:

- залежить від розмірів нориці
- при чистій плевральній порожнині - термінова реторакотомія з вшиванням бронхіальної нориці
- трансперикардальна операція - вшивання головного бронха
- дренаж плевральної порожнини, встановлення активного відсосу

944. Для збільшення показника виживання хворих раком легень, що підлягають радикальному лікуванню, доцільно здійснити:

- передопераційну хіміотерапію
- післяопераційне опромінення

- післяопераційну хіміотерапію
- стимуляцію природної протипухлинної резистентності організму хворих

945. Хірургічне лікування при дрібноклітинному раку легень показано

- у I - II ст. захворювання
- у III А ст. захворювання
- у III В ст. захворювання
- з приводу кровотечі

946. Після хірургічного лікування при дрібноклітинному раку необхідне проведення

- променевої терапії на міжстіння
- курсу хіміотерапії
- поліхіміотерапії одноразово
- поліхіміотерапії повторними курсами

947. Для визначення стану бронхіальної прохідності використовуються вентиляційні тести:

- ЖЄЛ
- ХОД
- ХВЛ
- КІ кисню

948. Кількісним показником легеневої вентиляції являється тест

- ЖЄЛ
- ХОД
- ХВЛ
- КІ кисню

949. Показник ЖЄЛ складає 50%. Ступінь легеневої недостатності при цьому –

- II
- III
- IV
- I

950. Показник ХВЛ складає 40%. Ступінь легеневої недостатності при цьому

- II
- III
- IV
- I

951. Показник ХОД складає 170%. Ступінь легеневої недостатності при цьому

- II
- III
- IV
- I

952. Основні морфологічні форми раку легені

- плоскоклітинний, віссяноклітинний, світлоклітинний, аденокарцинома, плеоморфний
- дрібноклітинний, крупноклітинний, овсяноклітинний, плоскоклітинний, бронхіоло-альвеолярний
- дрібноклітинний, плоскоклітинний, веретенноклітинний, аденокарцинома, світлоклітинний
- дрібноклітинний, плоскоклітинний, крупноклітинний, аденокарцинома

953. Поділ раку легень по клініко-анатомічних формах такий

- центральний /перибронхіальний, ендобронхіальний/, периферичний, атипічні форми
- кулястий, пневмонієподібний, перибронхіальний, ендобронхіальний
- центральний, периферичний, перибронхіальний, порожнинна форма
- периферичний, центральний, вузловий, пневмонієподібний, ендобронхіальний, перибронхіальний

954. Які контингенти осіб складають групи підвищеного ризику для раку легень

- працюючі на "шкідливих" виробництвах
- із хронічними запальними захворюваннями легень
- особи з вродженими каліцтвами

- запеклі курці старше 45, що страждають ХНЗЛ

955. Як часто повинна виконуватися флюорографія легень у групах підвищеного ризику

- 1 раз у 0,5 року
- 1 раз у рік
- 1 раз у 2 роки
- 1 раз у 3 роки

956. У якій /яких/ проекції /проекціях/ повинна бути виконана флюорографія

- в передній і задній прямих і бічній
- в прямій
- в прямій і бічній
- в прямій і двох бічних

957. З якою патологією необхідно спрямовувати хворих на онко-пульмонологічну комісію

- із хронічними запальними захворюваннями легень без ознак об'єктивного поліпшення на ротязі місяця
- із виявленими змінами в легенях при флюорографії
- із легеневиими скаргами, що тривають три і більше місяці
- із підозрою на рак, що виник при клініко-рентгенологічному обстеженні

958. У випадку не уточненого діагнозу при підозрі на рак легені необхідно

- призначити "пробне" протизапальне лікування
- поставити на диспансерне урахування з наступним контролем через три місяці
- призначити "пробне" лікування в пульмонолога з наступним контролем в онколога
- направити в спеціалізований онкологічний заклад для уточнення діагнозу

959. Які найбільш важливі чинники визначають клінічну симптоматику раку легень

- розташування, розміри, особливості росту пухлини, наявність метастазів
- гістологічна структура пухлини і ступінь диференціювання пухлинних клітин
- локалізація пухлини і напрямок росту
- форма росту пухлини і її локалізація

960. Крім загальновідомих "загальних" і "легеневих" симптомів рак легені може виявлятися

- порушеннями метаболізму, змінами периферичних нервових, кісткової систем, шкіри
- змінами нервової системи і шкіри
- змінами шкіри і кісткової системи
- змінами функції печінки, обмінними порушеннями

961. Обсяг обов'язкового рентгенологічного обстеження хворого з підозрою на рак легень включає

- рентгеноскопію, рентгенографію легень у двох проекціях, томографію
- рентгеноскопію, рентгенографію і бронхографію
- рентгеноскопію, рентгенографію і томографію легень
- рентгеноскопію і рентгенографію легень

962. Роль бронхоскопії в діагностиці раку легень

- обов'язковий метод дослідження при центральному раку легень
- обов'язковий метод дослідження при всіх формах раку легень
- додатковий метод дослідження при раку легень
- метод уточнюючий діагноз

963. Цитологічне дослідження харкотиння при підозрі на рак легень

- необхідно виконувати одно-дворазово
- необхідно виконувати пяти-шестиразове
- є додатковим методом дослідження
- є обов'язковим методом дослідження

964. Бронхоскопія дозволяє визначити

- локалізацію пухлини при всіх формах раку легень
- встановити діагноз захворювання при всіх формах раку легень
- поширеність пухлини при всіх формах раку легень
- поширеність, операбельність і морфологію ендобронхіального раку легень

965. Бронхоскопію необхідно виконувати в амбулаторних умовах

- у випадках безпричинного кровохаркання

- у випадках перенесеного запалення легень з залишковими змінами в легенях, що визначаються рентгенологічно і наявністю "легеневих" скарг
  - у випадках пневмоній, що рецидивують
  - у плані профілактичного обстеження при масових профоглядах населення
966. До радикального лікування при раку легень варто відносити
- лікарське протипухлинне лікування
  - хірургічне лікування
  - променеву терапію на первинну пухлину і зони регіонарного метастазування
  - сполучення променевого і медикаментозного протипухлинного лікування [0
967. Радикальними операціями при раку легень являються
- лобектомія, сегментарна резекція
  - пульмонектомія, лоб-білобектомія, сегментарна резекція по суворих показих
  - пульмонектомія, сегментарна резекція легені
  - пульмонектомія, лобектомія, сегментарна резекція, атипова резекція легені
968. Різновидами радикальних операцій при раку легень являються
- атипова резекція легені
  - розширені і комбіновані лоб-, білоб- і пульмонектомії
  - атипова резекція легені з лімфаденектомією
  - комбінована операція
969. Радикальна операція при раку легені обов'язково передбачає
- видалення частини або всього ураженого органу і висічення регіонарних лімфовузлів I колектора
  - видалення частини або всього ураженого органу
  - видалення частини або всього ураженого органу з висіченням лімфовузлів I і II колек торів
  - видалення легені
970. До лімфовузлів I колектора відносяться
- бронхолегеневі, паратрахеальні
  - міжчасткові, біфуркаційні
  - переднього і заднього міжстіння, діафрагмальні
  - бронхолегеневі, міжчасткові, прикореневі
971. До лімфовузлів II колектора відносяться
- верхні і нижні трахеобронхіальні, діафрагмальні
  - трахеобронхіальні, паратрахеальні
  - верхні і нижні кореневі
  - кореневі, верхні і нижні трахеобронхіальні
972. Найбільш частими і небезпечними ускладненнями під час операції на легенях є
- ушкодження тканини легені
  - кровотечі із судин грудної стінки
  - гіпоксія
  - кровотеча з ушкоджених легеневих судин
973. Найбільш частими і небезпечними ускладненнями після лобектомії є
- нагноєння післяопераційної рани
  - емпієма] плевральної порожнини
  - тромбоемболія легеневої артерії
  - пневмонія в частці легені, що залишилася, на стороні оперованої легені
974. Післяопераційні пневмонії після резекцій легень обумовлені
- неадекватною санацією бронхів до і після операції
  - погрішностями введення наркозу
  - порушенням кровообігу в частці легені, що залишається
  - тривалим перебуванням хворого на ліжковому режимі
975. Основний чинник прогнозу для виживання хворих раком легень після радикального хірургічного лікування
- розміри пухлини
  - вік і стать хворого
  - гістологічна форма пухлини

- наявність і локалізація метастазів у регіонарні лімфовузли

976. Найбільш оптимальний метод лікування при дрібноклітинному раку легень I-II стадії

- радикальна операція
- променева терапія
- хіміотерапія
- радикальна операція з післяопераційною хіміотерапією

977. Методом вибору лікування при дрібноклітинному раку легень III стадії є

- променева терапія
- поліхіміотерапія
- радикальна операція з поліхіміотерапією
- комбіноване (хіміопроменева) лікування

978. Абсолютними показами до променевої терапії при раку легень варто вважати

- медіастинальну форму раку легень з "Кава-синдромом"
- наявність метастазів у міжстінні після радикальної операції при IIIб стадії
- дрібноклітинна форма раку
- плоскоклітинна форма раку при II і IIIа стадії

979. Життєві покази до операцій на легенях:

- рак легені
- різноманітні форми гнійних захворювань легень
- профузна легенева кровотеча
- канцероматоз легень

980. Абсолютні покази до операції на легенях

- рак легені
- гнійні захворювання легень
- профузна легенева кровотеча
- важкі інтоксикації (гнійна, туберкульозна), що не піддаються консервативній терапії

981. Абсолютні онкологічні Протипокази до операції на легенях при раку:

- метастази в лімфовузли (шийні, надключичні)
- проростання пухлини в грудну стінку
- легенева кровотеча
- пухлина (рак) легені з порожниною розпаду

982. Типовими радикальними операціями при раку легень:

- пневмонектомія, лобектомія, білобектомія
- сегменектомія
- атипічна резекція легені
- білобектомія

983. Типовими радикальними операціями при раку легені є всі перераховані, КРІМ

- сегментектомія
- розширена пневмонектомія або лобектомія
- комбінована пневмонектомія або лобектомія
- лобектомія з циркулярною резекцією бронха

984. Термін "комбінована" операція при раку легені передбачає

- додаткове висічення клітковини і лімфовузлів переднього і заднього міжстіння
- циркулярну резекцію головного і проміжного бронхів
- внутріперикардiale опрацювання судин кореня легені
- резекцію сусідніх анатомічних структур і органів грудної порожнини при поширенні на них пухлинного росту

985. Верхня лобектомія /типова/ показана при

- при раку верхньочасткового бронха /T2N1/
- периферичній формі раку верхньої частки /T1-2N0/
- периферичній формі раку верхньої частки /T1-2N2/
- периферичній формі раку верхньої частки /T3N0/

986. До показань до типової нижньої лобектомії при раку легень відносяться всі перераховані, КРІМ

- центральної форми раку нижньочасткового бронха T2N0
- центральної форми раку нижньочасткового бронха T2N1
- периферичного раку нижньої частки T3N0
- периферичного раку нижньої частки T1-2N0

987. Нижню лобектомію /типову/ при раку НЕ РОБЛЯТЬ при

- центральному раку сегментарних бронхів B6-10 /T2N0/
- периферичній формі S6 /T2N0/
- периферичній формі S7-10 /T1-N0/
- периферичному раку нижньої частки T1-2N2

988. Нижня білобектомія справа показана при

- центральному раку нижньочасткового бронха T3N0
- центральному раку середньочасткового бронха T2N0
- центральному раку проміжного бронха
- периферичному раку нижньої або середньої частки з поширенням на корінь легені T3N0

989. До типових оперативних доступів при раку легень відносяться всі перераховані, КРІМ

- передньо-бокового
- задньо-бокового
- бічного
- аксиллярної торакотомії

990. Топографія елементів кореня правої легені:

- головний бронх розташований строго над легеневою артерією (краніальне)
- легенева артерія розташована вище і за верхньою легеневою веною (прикрита веною попереду)
- верхня легенева вена розташована в одній площині з артерією (нижче артерії)
- верхня і нижня легеневі вени мають єдиний екстраперикардальний стовбур

991. Топографічна анатомія медіастинальної частини елементів правої легені:

- головний бронх попереду "прикритий" легеневою артерією (за легеневою артерією)
- верхня легенева вена перед і вище легеневої артерії
- верхня легенева вена спереду і нижче артерії, бронх спереду
- нижня легенева вена в одній площині з верхньою легеневою веною, нижче її

992. Топографія елементів кореня лівої легені:

- ліва легенева артерія після виходу із міжстіння в плевральній частині кореня має косий і висхідний напрямок - вперед і медіально, потім вниз і латерально
- ліва легенева артерія після виходу із міжстіння в плевральній частині кореня має спадний напрямок, обходить лівий головний бронх знизу, верхньочастковий бронх - попереду
- у плевральній порожнині кореня задня стінка головного бронха вільна протягом 3 - 4 см
- верхня легенева вена розташовується нижче легеневої артерії перекриває головний бронх [0

993. Топографія елементів кореня лівої легені і його внутріміжчасткової частини:

- верхня частина кореня зайнята лівим головним бронхом
- ліва гілка легеневої артерії знаходиться вище бронха в передній площині
- легеневі вени розташовані під бронхом
- верхня легенева вена розташована над артерією, нижня легенева вена - нижче артерії

994. Найбільш небезпечні ускладнення під час операцій на легенях:

- непомічені ушкодження стравоходу
- кровотечі з грудної стінки
- кровотечі в просвіт бронхів
- кровотечі з легеневих судин

995. У післяопераційному періоді після пульмонектомії дренаж у плевральній порожнині звичайно залишається на

- 1 добу
- 2 доби
- 3 доби
- 4 доби

996. У післяопераційному періоді після часткової резекції легені при неускладненому перебігу дренажі в плевральній порожнині залишаються на

- 1 добу
- 2 доби
- 3 доби
- 4 доби

997. Розрідження в плевральній порожнині після операції контролюється за допомогою

- періодичного підключення до дренажів вакуумного відсмоктувача
- періодичного підключення дренажів до електровідсмоктувача
- постійного триампульсного відсмоктувача
- щоденного рентгенологічного контролю

998. Покази до виписки із стаціонару після часткової резекції легені:

- нормалізація стану хворого
- загоєння післяопераційної рани
- відсутність ускладнень
- відсутність залишкової порожнини, нормалізація температури

999. Покази до виписки хворого із стаціонару після пульмонектомії:

- перебування хворого після операції більше 2-х тижнів
- відсутність у плевральній порожнині рідини
- нормалізація самопочуття
- нормалізація температури і показників крові

1000. Найбільш важкі і часті післяопераційні ускладнення після пульмонектомії:

- пневмонія
- тромбоемболія легеневої артерії
- серцево-легенева недостатність
- неспроможність швів кукси бронха (бронхіальна нориця) або емпієма плевральної порожнини

1001. Клінічні ознаки гострого бронхіальної нориці після пульмонектомії, ЗА ВИНЯТКОМ

- наростаюча дихальна недостатність
- багате виділення при кашлі геморагічного рідкого "харкотиння"
- різке підвищення температури
- "невмотивоване" погіршення самопочуття

1002. Післяопераційна летальність після операцій з приводу раку легені в сучасних клініках:

- 4 - 6%
- 9 - 10%
- 12 - 13%
- 16 - 16%

1003. При дрібноклітинному раку легені вибір методу лікування залежить від

- стадії захворювання
- форми росту пухлини
- наявності метастазів у регіонарних лімфовузлах
- мікроскопічної структури

1004. Під терміном "зовнішній подих" розуміють

- стан вентиляції в органах дихання
- процес газообміну між зовнішнім середовищем і організмом, здійснюваний легеньми
- процес газообміну між зовнішнім середовищем і організмом, здійснюваним через легені, шкіру і слизові оболонки
- перспірацію

1005. Основна функція легеневого подиху:

- газообмін між зовнішнім повітрям і кров'ю легневих капілярів
- підтримка нормального складу газів крові
- забезпечення необхідного рівня вентиляції відповідно до потреб організму
- насичення гемоглобіну киснем

1006. Основний клінічний показник легеневої недостатності:

- тахікардія
- задишка
- ціаноз шкірних покривів і слизових оболонок



- набряки

1007. Оцінка легеневої недостатності по показниках функціонального стану:

- ступінь легеневої недостатності II, якщо показник ЖЕЛ складає 80% від належного
- ступінь легеневої недостатності II, якщо ЖЕЛ - 50-60% від належного
- легенева недостатність III ст., якщо ЖЕЛ нижче 45% від належного
- легенева недостатність III ст., якщо ЖЕЛ 50-60% від належного

1008. Клінічні ознаки легеневої недостатності II ступеня:

- задишка і слабкість при ходьбі 5-6 км/год, підйомі на 3 поверх
- задишка при ходьбі 1-3 км/час, підйомі на 2 поверх
- слабкість при ходьбі 1-3 км/час, підйомі на 2 поверх
- серцебиття при інтенсивних фізичних навантаженнях

1009. Простір, укладений у дихальних шляхах, тобто мертвий простір у нормі складає куб.см:

- 140-180
- 250-290
- біля 300
- біля 350

1010. При ателектазі легені мертвий простір

- збільшується значно
- збільшується незначно
- не збільшується
- залишається без змін

1011. Причини легеневої недостатності при ателектазі легені:

- збільшення мертвого простору
- порушення вентиляції легень
- порушення газообміну
- порушення функції серцево-судинної системи