

## **Рак шлунка.**

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

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 атипових 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. З 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 малігнізуються виразки
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 характерне
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 метастаз, імплантацій
  2. ортограднілімфогенні 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. рентгенівська комп'ютерна томографія
4. сканування печінки
5. ангіографічне дослідження

022.Долапароскопії, 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, ускладненої дисфагією

023.На вибір об'єму хірургічного лікування 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 попереду ободового гастроентероанастомозу на довгій петлі з міжкишковим анастомозом
  3. формуванню позаду ободового 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 некомпенсованому 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 кулсі 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 променеву терапію
  2. ввести в черевну порожнину радіоактивне колоїдне золото
  3. ввести внутрішньовенно радіоактивне колоїдне золото
  4. провести поєднану променеву терапію (дистанційне опромінювання + введення в черевну порожнину  $^{198}\text{Au}$ )
040. Для зменшення променивих реакцій при опромінюванні шлунка доцільно проводити опромінювання
1. у поєднанні з локальною гіпертермією
  2. у поєднанні з електрон акцепторними 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 променеву терапію (дистанційне опромінювання + введення в черевну порожнину  $^{198}\text{Au}$ )

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 променеву терапію
2. застосувати введення в черевну порожнину радіоактивного колоїдного золота
3. застосувати поєднану променеву терапію (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. Монохімотерапія 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 хімотерапія 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 сучасні вимоги, слід віднести

1. короткочасні ремісії
2. низьку тривалість життя
3. украй 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