

Рак ободової кишки.

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

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 внаслідок 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 впливає
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 впливає 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, що страждають
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 попередньо-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 гемокульттест 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
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
182. При операції з приводу кишкової непрохідності, викликаній пухлиною товстого кишечника, допустимо все перераховане, окрім
1. обмежитися цекостомією
 2. накладати 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'язуватися 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
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 пасажом контрасту по товстій кишці
 4. всі перераховані методики володіють приблизно однаковою інформативністю