

Міністерство освіти і науки України
Міністерство охорони здоров'я України
Сумський державний університет

І. О. Винниченко, Ю. В. Москаленко, О. І. Винниченко

Збірник тестових завдань з онкології (Класифікація TNM, сьоме видання, 2009)

Навчальний посібник

Рекомендовано вченою радою Сумського державного університету



Суми
Сумський державний університет
2017

УДК 616-006.04(075.8)

ББК 55.6я73

В48

Рецензенти:

І. Д. Дужий – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії Сумського державного університету;

І. Й. Галайчук – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського

*Рекомендовано до видання вченою радою
Сумського державного університету
як навчальний посібник
(протокол № 9 від 15 червня 2016 року)*

Винниченко І. О.

В48 Збірник тестових завдань з онкології (Класифікація TNM, сьоме видання, 2009) : навч. посіб. / І. О. Винниченко, Ю. В. Москаленко, О. І. Винниченко. – Суми : Сумський державний університет, 2017. – 176 с.

ISBN 978-966-657-653-1

У навчальному посібнику подані класифікація TNM (сьоме видання, 2009) і тестові питання з онкології. Видання призначене для практикуючих лікарів-онкологів, хіміотерапевтів, радіологів, хірургів, а також для клінічних ординаторів, інтернів і студентів старших курсів вищих медичних навчальних закладів.

УДК 616-006.04(075.8)

ББК 55.6я73

© Винниченко І. О., Москаленко Ю. В.,
Винниченко О. І., 2017

ISBN 978-966-657-653-1

© Сумський державний університет, 2017

Зміст

	С.
Вступ.....	4
Порожнина рота та губа.....	9
Щитоподібна залоза	19
Стравохід.....	29
Шлунок.....	30
Ободова кишка.....	50
Пряма кишка.....	61
Печінка.....	72
Підшлункова залоза.....	82
Легені.....	91
Пухлини середостіння.....	103
Шкіра.....	112
Молочна залоза.....	124
Шийка матки	137
Нирка.....	147
Лімфогранулематоз	156
Паліативна допомога.....	166
Список літератури.....	175

ВСТУП

Історія створення системи TNM

Система TNM для класифікації злоякісних пухлин була розроблена Р. Denoix (Франція) у період із 1943 по 1952 рік. У 1950 р. з метою розроблення критеріїв для клінічного визначення місцевого поширення злоякісних новоутворень створено Комітет із номенклатури і статистики пухлин.

У 1953 році Комітет провів об'єднану нараду з Міжнародною комісією щодо стадіювання раку і представлення результатів лікування під час Міжнародного конгресу з радіології. Результатом цієї роботи стала угода про основні технічні моменти класифікації за анатомічною поширеністю пухлин за системою TNM.

У 1954 р. дослідницька комісія створила спеціальний Комітет із клінічного стадіювання і застосування статистики «з метою досліджень в цій області і застосування загальних правил класифікації для всіх злоякісних пухлин». Уже в 1958 році Комітет опублікував перші рекомендації щодо клінічної класифікації раку молочної залози і гортані, які в 1959 р. були переглянуті, доповнені і рекомендовані для клінічного застосування упродовж 5 років (1960–1964 рр.).

Між 1960 і 1967 роками Комітетом було опубліковано 9 брошур із пропозиціями щодо класифікації злоякісних пухлин 23 локалізацій і рекомендаціями щодо використання цих класифікацій для ретроспективних і проспективних досліджень упродовж 5 років. У 1968 р. брошури були об'єднані в буклет, а через рік був виданий додатковий буклет із рекомендаціями щодо напрямків досліджень та визначення рівнів виживання при раку. З часом буклет був перекладений 11 мовами.

У 1974 і 1978 роках вийшли друге і третє видання, що містять класифікації злоякісних пухлин нових локалізацій, а також виправлення й доповнення попередніх, уже опублікованих класифікацій. Третє видання Класифікації було розширене і доповнене в 1982 році. До нього увійшли класифікації ряду локалізацій злоякісних пухлин дітей, що стало результатом спільної роботи з Міжнародною асоціацією педіатрів-онкологів (SIOP).

Класифікація офтальмологічних пухлин була опублікована окремо в 1985 році. З часом в існуючу класифікацію злоякісних пухлин різних локалізацій вносилися певні зміни і доповнення, у зв'язку з чим національні комітети TNM у 1982 році дійшли згоди про необхідність її перегляду. Результатом багаторічної праці стало четверте видання TNM (1987, перегляд 1992).

У 1993 році було опубліковано додаток до TNM. Метою цього видання було впровадження уніфікованих правил TNM у практичну діяльність. Тут також містилися пропозиції щодо нових класифікацій і окремих критеріїв.

У 1995 році була опублікована книга «Прогностичні фактори при раку», що охоплює більшість локалізацій злоякісних пухлин, із наведенням літературних даних і дискусій із цього приводу. Друге видання з'явилося в 2001 р.

Шосте видання було опубліковане в 2002-му і було чинним до 2009 року.

Діюче, сьоме, видання містить правила класифікації і стадіювання, які повністю відповідають сьомому (2009 року) виданню та Керівництву щодо стадіювання раку і схвалене всіма національними комітетами TNM. Було наголошено про необхідність на певний період часу припинити внесення змін, у зв'язку з чим наведена класифікація залишиться без змін до того часу, поки не відбудуться радикальні зміни в діагностиці та лікуванні злоякісних пухлин, наведених у даній класифікації. Ця класифікація була підтримана всіма національними комітетами TNM. Тільки в цьому випадку онкологи можуть користуватися «спільною мовою» при порівнянні свого клінічного матеріалу й оцінюванні результатів лікування.

Принципи класифікації за системою TNM

Розподіл пухлин на групи за так званими «стадіями» процесу ґрунтується на тому, що при локалізованих пухлинах відсоток виживання вищий, ніж при ураженнях, що поширюються за межі органа. Ці стадії часто відносять до «ранніх» або «пізніх», маючи на увазі під цим послідовний розвиток пухлин у часі. Насправді ж стадія захворювання у момент встановлення діагнозу може відображати не лише темп зростання і поширення пухлини, а й її тип та взаємодію пухлини та організму.

Відомим є факт, що бажано досягти згоди щодо єдиного фіксування інформації про поширеність хвороби в кожному конкретному випадку, оскільки клінічний опис та гістологічна класифікація (якщо можлива) злоякісних пухлин може відігравати істотну роль:

- 1) у плануванні лікування;
- 2) у складанні прогнозу;
- 3) під час оцінювання результатів лікування;
- 4) в обміні інформацією між медичними центрами;
- 5) сприяти подальшому вивченню раку.

Основною метою Міжнародної класифікації злоякісних новоутворень за поширеністю процесу є розроблення методики однакового надання клінічних даних. Класифікації можуть бути найрізноманітнішими: наприклад, за локалізацією пухлини,

клінічним або патологічним поширенням хвороби, тривалістю симптомів або ознак, за статтю й віком хворих, гістологічною структурою, ступенем злоякісності. Усі ці ознаки певною мірою впливають на прогноз захворювання, однак не дають повної оцінки.

Класифікація TNM ґрунтується на клінічному і, коли можливо, гістологічному визначенні анатомічного поширення захворювання. Важливим завданням клініциста є визначення прогнозу захворювання і планування найбільш ефективного курсу лікування, для чого потрібна об'єктивна оцінка анатомічної поширеності хвороби. З цією метою необхідно мати класифікацію, основні принципи якої були б застосовані до всіх локалізацій злоякісних пухлин незалежно від можливого лікування і яку згодом можна було б доповнити відомостями, отриманими при патогістологічному дослідженні і (або) за даними хірургічного втручання. Система TNM відповідає цим вимогам.

Загальні правила системи TNM

Система TNM, прийнята для опису анатомічного поширення хвороби, базується на трьох компонентах:

T – поширення первинної пухлини;

N – відсутність або наявність метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах і ступінь їх ураження;

M – відсутність або наявність віддалених метастазів.

До цих трьох компонентів додаються цифри, що свідчать про поширеність злоякісного процесу:

T0, T1, T2, T3, T4

N0, N1, N2, N3

M0, M1

Загальні правила, що застосовуються для всіх локалізацій пухлин:

1. У всіх випадках повинно бути гістологічне підтвердження діагнозу, якщо його немає, то такі випадки описуються окремо.

2. При кожній локалізації описуються дві класифікації:

(А) клінічна класифікація TNM (або cTNM), застосовується до початку лікування і ґрунтується на даних клінічного, рентгенологічного, ендоскопічного дослідження, біопсії, хірургічних методів дослідження й ряду додаткових методів.

(Б) патологоанатомічна класифікація (постхірургічна, патогістологічна класифікація), що позначається pTNM, ґрунтується на даних, отриманих на початку лікування, але доповнених або змінених на підставі відомостей, отриманих при хірургічному втручанні або дослідженні операційного матеріалу. Патологічне оцінювання первинної пухлини (pT) робить необхідним виконання біопсії (або) резекції первинної пухлини для можливої оцінки вищої градації pT. Для патологічної оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів (pN) необхідне їх адекватне видалення, що дозволяє

визначити відсутність (pNO) або оцінити вищу межу pN категорії. Для патологічної оцінки віддалених метастазів (pM) необхідне їх мікроскопічне дослідження.

3. Після визначення категорій T, N, M і (або) pT, pN і pM може бути виконане групування за стадіями. Встановлений ступінь поширення пухлинного процесу за системою TNM або за стадіями повинен залишатися в медичній документації без змін. Клінічна класифікація особливо важлива для вибору та оцінювання методів лікування, тоді як патологічна дозволяє отримувати найбільш точні дані для прогнозу й оцінювання віддалених результатів лікування.

4. Якщо є сумнів щодо правильності визначення категорій T, N або M, треба вибирати нижчу (тобто менш поширену) категорію. Це також поширюється і на групування за стадіями.

5. У разі множинних синхронних злоякісних пухлин в одному органі класифікація будується на оцінюванні пухлини з найвищою T категорією, а множинність або число пухлин зазначається додатково: T2 (ш) або T2 (5). При виникненні синхронних білатеральних пухлин парних органів кожна пухлина класифікується окремо. При пухлинах щитоподібної залози, печінки і яєчника множинність є критерієм T- категорії.

6. Визначення категорій TNM або групування за стадіями можуть використовуватися для клінічних або дослідницьких цілей, поки не зміняться критерії класифікації.

Клінічна класифікація TNM

У всіх випадках використовуються такі загальні принципи:

T – первинна пухлина;

TX – оцінити розміри і місцеве поширення первинної пухлини неможливо;

TO – первинна пухлина не визначається;

Tis – преінвазивна карцинома (Carcinoma in situ) ;

T1, T2, T3, T4 – відображає наростання розміру і/або місцевого поширення первинної пухлини;

N– регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання регіонарних лімфатичних вузлів;

N0– немає регіонарних метастазів;

N1, N2, N3 – відображають різний ступінь ураження метастазами регіонарних лімфатичних вузлів;

Примітка. Пряме поширення первинної пухлини в лімфатичні вузли класифікується як метастатичне ураження. Метастази в будь-яких нерегіонарних лімфатичних вузлах класифікуються як віддалені метастази

M – віддалені метастази;

MX – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

MO – немає ознак віддалених метастазів;

M1 – є віддалені метастази;

pTNM – патологоанатомічна класифікація;

У всіх випадках використовуються такі загальні принципи:

pT – первинна пухлина;

PTX – первинна пухлина не може бути оцінена гістологічно;

PTO – при гістологічному дослідженні ознак первинної пухлини не виявлено;

pTis – преінвазивна карцинома (Carcinoma in situ) ;

pT1, pT2, pT3, pT4 – гістологічно підтвержене наростання розмірів або ступеня місцевого поширення первинної пухлини;

pN – регіонарні лімфатичні вузли;

pNX – регіонарні лімфатичні вузли не можуть бути оцінені;

pNO – метастази в регіонарних лімфатичних вузлах гістологічно не верифіковані;

pN1, pN2, pN3 – гістологічно підтвержене наростання ступеня ураження регіонарних лімфатичних вузлів.

Примітки: 1. Пряме поширення первинної пухлини в лімфатичні вузли класифікується як метастатичне ураження

2. Пухлинний вузол у сполучній тканині області лимфовідтоку без гістологічного підтвердження залишків лімфоїдної тканини вузла класифікується як регіонарний метастаз у лімфатичному вузлі pN, якщо має форму і контур лімфатичного вузла. Пухлинний вузол із неправильним контуром класифікується як pT-категорія, тобто подальше поширення первинної пухлини.

3. При визначенні розмірів категорії pN вимірюється метастатичний, а не лімфатичний вузол.

4. За наявності лише мікрометастазів (< 0,2 см) додатково позначаються «(mi)» – pN (mi) або pN2 (mi)

pM – віддалені метастази;

pMX – наявність віддалених метастазів не може бути визначено мікроскопічно;

pMO – при мікроскопічному дослідженні віддалені метастази відсутні;

pM1 – при мікроскопічному дослідженні підтвержені віддалені метастази.

Гістопатологічне диференціювання

У більшості випадків додаткова інформація, що стосується первинної пухлини, може бути відзначена так:

G – гістопатологічне диференціювання;

GX – ступінь диференціювання не може бути встановлений;

G1 – високий ступінь диференціювання;

G2 – середній ступінь диференціювання;

G3 – низький ступінь диференціювання;

G4 – недиференційовані пухлини.

Примітка. G3 і G4 у деяких випадках можуть комбінуватися як «G3-4 низькодиференційований або недиференційований».

Кісткові і м'якотканинні саркоми також класифікуються з використанням термінів «високий» і «низький» ступінь диференціювання.

Спеціальна система диференціювання рекомендується для пухлин молочної залози, тіла матки і печінки.

Порожнина рота і губа

Регіонарні лімфатичні вузли

Регіонарними лімфатичними вузлами є шийні лімфатичні вузли.

Клінічна класифікація TNM

T – первинна пухлина;

TX – недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини;

TO – первинна пухлина не визначається;

Tis – преінвазивна карцинома (Carcinoma in situ) ;

T1 – пухлина до 2 см у найбільшому вимірі;

T2 – пухлина до 4 см у найбільшому вимірі;

T3 – пухлина більше 4 см у найбільшому вимірі;

T4a – губа: пухлина поширюється на кортикальний шар кістки, нижній альвеолярний нерв, дно порожнини рота, шкіру (підборіддя або ніс) ;

T4a – порожнина рота *, пухлина поширюється на кортикальний шар кістки, глибокі або зовнішні м'язи обличчя, верхньощелепну пазуху, шкіру обличчя;

T4b – губа і порожнина рота: пухлина поширюється на жувальний простір, крила основної кістки, основу черепа, оболонку внутрішньої сонної артерії.

Примітка. Наявність поверхневої ерозії вздовж кістки зубних осередків ясен недостатньо для класифікації пухлини як T4

N - Регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання регіонарних лімфатичних вузлів;

N0 – немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 – метастази в одному лімфатичному вузлі на боці ураження до 3 см у найбільшому вимірі;

N2 – метастази в одному лімфатичному вузлі на боці ураження до 6 см у найбільшому вимірі або метастази в декількох лімфатичних вузлах на боці ураження до 6 см у найбільшому вимірі, або метастази в лімфатичних вузлах шиї з обох боків або з протилежного боку до 6 см в найбільшому вимірі;

N2a – метастази в одному лімфатичному вузлі на боці ураження до 6 см у найбільшому вимірі;

N2b – метастази в декількох лімфатичних вузлах на боці ураження до 6 см у найбільшому вимірі;

N2c – метастази в лімфатичних вузлах з обох боків або з протилежного боку до 6 см у найбільшому вимірі;

N3 – метастази в лімфатичних вузлах понад 6 см у найбільшому вимірі;

Примітка. Лімфатичні вузли серединної лінії розцінюються як вузли на боці ураження

M – віддалені метастази;

MX – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

MO – немає ознак віддалених метастазів;

M1 – є віддалені метастази.

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія I	T1	N0	M0
Стадія II	T2	N0	M0
Стадія III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Стадія IVA	T4a	N0, N1	M0
	T1, T2, T3, T4a	N2	M0
Стадія IVB	Будь-яка T	N3	M0
	T4b	Будь-яка N	M0
Стадія IVC	Будь-яка T	Будь-яка N	M1

Тести

1. Облігатними передраковими захворюваннями губи є усі, крім:

- а) бородавчастого передраку;
- б) абразивного хейліту Манганотті;
- в) обмеженого передракового гіперкератозу;
- г) шкірного рігу.

Відповідь: г.

2. Факультативними передраковими захворюваннями губи є усі, крім:

- а) шкірного рога;
- б) папіломи зі зроговінням;
- в) лейкоплакії Таппейнера;
- г) абразивного хейліту Манганотті.

Відповідь: г.

3. Яке передракове захворювання іноді називають «роговий моллюск»:

- а) кератоакантому;
- б) шкірний ріг;
- в) лейкоплакію;
- г) папілому зі зроговінням.

Відповідь: а.

4. T2 пухлини губи відповідає новоутворення розміром:

- а) до 4 см;
- б) до 6 см;
- в) пухлина поширюється на сусідні структури;
- г) до 5 см.

Відповідь: а.

5. Метастази в одному лімфатичному вузлі розміром до 3 см, розташованому на боці ураження відповідає:

- а) N1;
- б) N2;
- в) N3;
- г) N4.

Відповідь: а.

6. Променева терапія із подальшим хірургічним лікуванням називається:

- а) комплексним лікуванням;
- б) комбінованим лікуванням;
- в) поєднаним лікуванням;

г) взаємним лікуванням.

Відповідь: б.

7. Яке захворювання дна порожнини рота є облігатним передраком:

а) фіброма;

б) хвороба Боуена;

в) папілома;

г) лімфангіома.

Відповідь: б.

8. Який гістологічний тип пухлин дна порожнини рота зустрічається найчастіше:

а) аденокарцинома;

б) плоскоклітинний рак;

в) саркома;

г) слизова аденокарцинома.

Відповідь: б.

9. Найбільш частою причиною розвитку пухлин дна порожнини рота є:

а) передрак;

б) фонова патологія;

в) травма;

г) розвивається на незмінній слизовій.

Відповідь: г.

10. У 95 % випадків рак губи спостерігається на:

а) верхній губі;

б) нижній губі.

Відповідь: б.

11. Рак губи розвивається з елементів:

а) слизової оболонки губи;

б) покривного епітелію червоної облямівки губ;

в) шкіри губи;

г) все перелічене.

Відповідь: б.

12. Рак верхньої губи виникає:

- а) часто;
- б) однакова частота з нижньою губою;
- в) рідко.

Відповідь: в.

13. Рак губи частіше зустрічається (виділіть дві правильні відповіді):

- а) у сільських жителів;
- б) у міських жителів;
- в) у південних районах;
- г) у північних районах.

Відповідь: а, в.

14. До облігатного передраку губи відносять:

- а) еритроплакії;
- б) осередкові дискератози і папіломи;
- в) лейкоплакії;
- г) старечі кератоми.

Відповідь: б.

15. До факультативного передраку губи відносять:

- а) тріщини;
- б) хейліт;
- в) хронічні виразки;
- г) правильно все.

Відповідь: г.

16. При ранньому раку губи невеликих розмірів ефективними є всі методи, крім:

- а) кріогенного впливу;
- б) контактної хіміотерапії;
- в) близькофокусної рентгенотерапії;
- г) фотодинамічної терапії.

Відповідь: б.

17. За наявності у пацієнта інфільтративного типу раку губи (Т3-4) використовують:

- а) променеву терапію і операцію;
- б) хіміопроменеву терапію і операцію;
- в) променеву або хіміопроменеву терапію і операцію;
- г) операцію.

Відповідь: в.

18. Яка частина язика найбільш часто уражається пухлинами:

- а) корінь;
- б) спинка;
- в) бокова поверхня;
- г) кінчик.

Відповідь: в.

19. Із епітелію язика найчастіше розвивається:

- а) плоскоклітинний рак різного ступеня зроговіння;
- б) незроговіла форми раку;
- в) аденокарцинома;
- г) недиференційована пухлина.

Відповідь: а.

20. У цілому віддалені метастази при раку язика зустрічаються:

- а) у 20 % спостережень;
- б) у 50 % спостережень;
- в) у 1–5 % спостережень;
- г) у 30 % спостережень.

Відповідь: в.

21. Віддалені метастази раку язика найчастіше уражають:

- а) печінку;
- б) легені;
- в) головний мозок;
- г) кістки.

Відповідь: б.

22. У плані диференціальної діагностики раку язика необхідно виключити такі захворювання слизової оболонки:

- а) лейкоплакію;
- б) еритроплакію;
- в) дисплазію епітелію;
- г) правильно все.

Відповідь: г.

23. Повна ремісія після променевої терапії або хірургічного втручання при раку язика в стадії T1 становить:

- а) 80 %;
- б) 60 %;
- в) 35 %;
- г) 15 %.

Відповідь: а.

24. Залозистий рак із малих слинних залоз розвивається:

- а) часто;
- б) рідко.

Відповідь: б.

25. Рак органів порожнини рота найчастіше зустрічається:

- а) у Пакистані;
- б) у Південній Америці;
- в) у Індії;
- г) правильно а, в.

Відповідь: г.

26. Співвідношення чоловіків і жінок, які хворіють на рак органів порожнини рота:

- а) 6 : 1;
- б) 3 : 1;
- в) 1 : 1;
- г) 1 : 3.

Відповідь: б.

27. Початкові стадії раку органів порожнини рота, як правило:

- а) подібні до непухлинних захворювань;
- б) із раптовою появою симптомів;
- в) безсимптомно;
- г) подібні до стоматиту.

Відповідь: в.

28. Рак нижньої губи найчастіше розвивається:

- а) по середній лінії;
- б) збоку від середньої лінії;
- в) в кутку рота;
- г) з внутрішнього боку губи.

Відповідь: б.

29. Гістологічним типом раку нижньої губи найчастіше буває:

- а) базаліома;
- б) плоскоклітинний незроговілий рак;
- в) плоскоклітинний зроговілий рак;
- г) аденокарцинома.

Відповідь: в.

30. Лімфогенні метастази раку нижньої губи трапляються в:

- а) 5–10 % випадків;
- б) 15–20 % випадків;
- в) 25–30 % випадків;
- г) більш ніж у 30 % пацієнтів.

Відповідь: б.

31. Пухлина нижньої губи діаметром 3 см переходить на кут рота, є метастаз у підщелепний лімфовузол, що відповідає:

- а) I стадії;
- б) II стадії;
- в) III стадії;
- г) III стадії.

Відповідь: б.

32. Для отримання матеріалу і встановлення морфологічного діагнозу доцільним є:

- а) взяття мазка-відбитка;
- б) проведення зіскрібка;
- в) проведення біопсії;
- г) усі відповіді правильні.

Відповідь: г.

33. Хірургічне лікування раку нижньої губи показане:

- а) при маленьких пухлинах;
- б) при великих пухлинах після променевої терапії;
- в) після кріодеструкції;
- г) у всіх перелічених випадках.

Відповідь: г.

34. Операція Ванаха показана при:

- а) пухлині T3 N0 M0;
- б) при T3 N1 M0;
- в) при T2 N2 M0;
- г) правильно б) і в).

Відповідь: г.

35. Облігатним передраком нижньої губи є:

- а) лейкоплакія;
- б) хвороба Боуена;
- в) хейліт Манганотті;
- г) правильно б), в).

Відповідь: г.

36. У хворого 68 років пухлина нижньої губи діаметром 2 см, у підщелепній ділянці два малорухомих метастази, метастаз у легені. Йому необхідно визначити стадію:

- а) I;
- б) II;
- в) III;

г) IV.

Відповідь: г.

37. Операцію Ванаса при раку нижньої губи проводять:

- а) до променевої терапії;
- б) під час хірургічного лікування раку нижньої губи;
- в) через 2–3 тижні після опромінення;
- г) час виконання не має значення.

Відповідь: б.

38. За відсутності метастазів у лімфатичних вузлах у хворих на рак нижньої губи 10-річний термін виживання становить:

- а) 50–60 %;
- б) 70–80 %;
- в) 85–90 %;
- г) 90–95 %.

Відповідь: б.

39. Фактори ризику розвитку раку нижньої губи:

- а) паління;
- б) надмірна інсоляція;
- в) вплив радіації;
- г) усе перелічене.

Відповідь: г.

40. Для отримання матеріалу і встановлення морфологічного діагнозу доцільним є проведення таких методів дослідження, крім:

- а) взяття мазка-відбитка;
- б) проведення зіскрібка;
- в) проведення біопсії;
- г) кріодеструкції.

Відповідь: г.

Щитоподібна залоза

Регіонарні лімфатичні вузли

Регіонарними лімфатичними вузлами є лімфатичні вузли шиї і верхнього переднього середостіння.

TNM Клінічна класифікація

T - первинна пухлина;

TX – недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини;

TO – первинна пухлина не визначається;

T1 – пухлина до 2 см у найбільшому вимірі, обмежена тканиною щитоподібної залози;

T1a – пухлина до 1 см у найбільшому вимірі, обмежена тканиною щитоподібної залози;

T1b – пухлина від 1 до 2 см у найбільшому вимірі, обмежена тканиною щитоподібної залози;

T2 – пухлина до 4 см у найбільшому вимірі, обмежена тканиною щитоподібної залози;

T3 – пухлина більше 4 см у найбільшому вимірі, обмежена тканиною щитоподібної залози або будь-яка пухлина із мінімальним поширенням за межі капсули (у m. Sternothyroid або м'які тканини навколо щитоподібної залози) ;

T4a – пухлина проростає капсулу щитоподібної залози і поширюється на будь-яку з таких структур: підшкірні м'які тканини, гортань, трахею, стравохід, поворотний нерв;

T4b – пухлина поширюється на передхребтову фасцію, судини середостіння або оболонку сонної артерії;

T4a * – тільки недиференційована (анапластична карцинома) пухлина (будь-якого розміру), обмежена щитоподібною залозою;

T4b * – тільки недиференційована (анапластична карцинома) пухлина (будь-якого розміру), поширюється за межі капсули щитоподібної залози.

Примітка. Багатофокусні пухлини будь-якої гістологічної будови позначаються (m) (класифікація за найбільшим вузлом), наприклад, T2 (m).

* Усі недиференційовані (анапластичні) карциноми класифікуються T4

N – регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання регіонарних лімфатичних вузлів;

N0 – немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 – є ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;

N1a – метастази в лімфатичних вузлах VI рівня (претрахеальні та паратрахеальні), включаючи навколоргортанні і лімфатичні вузли Delphian'a;

N1b – уражені метастазами інші шийні лімфатичні вузли на одному боці або з обох боків, або на протилежному боці, верхні / передні медіастинальні.

M – віддалені метастази;

МХ – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

М0 – немає ознак віддалених метастазів;

М1 – є віддалені метастази.

Групування за стадіями

Папілярний та фолікулярний рак до 45 років			
Стадія I	Будь-яка T	Будь-яка N	M0
Стадія II	Будь-яка T	Будь-яка N	M1
Папілярний та фолікулярний рак 45 років і старше			
Стадія I	T1a, T1b	N0	M0
Стадія II	T2	N0	M0
Стадія III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1a	M0
Стадія IVA	T1, T2, T3	N1b	M0
	T4a	N0, N1	M0
Стадія IVB	T4b	Будь-яка N	M0
Стадія IVC	Будь-яка T	Будь-яка N	M1
Медулярний			
Стадія I	T1a, T1b	N0	M0
Стадія II	T2, T3	N0	M0
Стадія III	T1, T2, T3	N1a	M0
Стадія IVA	T1, T2, T3	N1b	M0
	T4a	Будь-яка N	M0
Стадія IVB	T4b	Будь-яка N	M0
Стадія IVC	Будь-яка T	Будь-яка N	M1

Тести

1. До новоутворень АПУД-системи належать:

- а) рак великої слинної залози;
- б) медулярний рак щитоподібної залози;
- в) менінгіома;
- г) бронхіогенний рак.

Відповідь: б.

2. Високодиференційований рак щитоподібної залози метастазує переважно:

- а) лімфогенним шляхом;
- б) гематогенним шляхом;
- в) внутрішньоорганно;
- г) усіма зазначеними вище шляхами.

Відповідь: а.

3. Радіоізотопні дослідження у клінічній онкології використовуються для:

- а) визначення поширеності злоякісного процесу;
- б) виявлення первинної пухлини;
- в) оцінювання функціонального стану деяких внутрішніх органів;
- г) правильні відповіді лише а) і б) ;
- д) всі відповіді правильні

Відповідь: д

4. Рак щитоподібної залози характеризується:

- а) підвищеним накопиченням радіонукліда в пухлині;
- б) зниженим накопиченням радіонукліда в пухлині;
- в) порушенням поширення радіоактивної речовини по судинах;
- г) усі відповіді правильні;
- д) правильні відповіді лише а) і б).

Відповідь: а.

5. Радіофосфорний тест застосовують для діагностики:

- а) поверхневих пухлин;
- б) лише для пухлин, що мають тропність до фосфору;
- в) пухлин порожнинних органів, доступних для введення датчика;
- г) всі відповіді правильні;
- д) правильні лише відповіді а) і б).

Відповідь: г.

6. Радіоактивний йод застосовують з метою діагностики пухлин:

- а) шлунка;
- б) підшлункової залози;
- в) щитоподібної залози;
- г) всі відповіді правильні;

д) правильної відповіді немає.

Відповідь: в.

7. Радіоактивний йод може бути застосований для виявлення:

- а) первинної пухлини щитоподібної залози;
- б) метастазів раку щитоподібної залози в кістки;
- в) метастазів раку щитоподібної залози в легені, печінку;
- г) правильні відповіді лише а) і б);
- д) всі відповіді правильні.

Відповідь: д.

8. Для діагностики метастатичного ураження кісток у хворих на рак щитоподібної залози найчастіше використовується:

- а) радіоактивний ^{32}P ;
- б) радіоактивний ^{99}Sr ;
- в) радіоактивний ^{90}Co ;
- г) радіоактивний ^{131}I ;
- д) усі відповіді правильні.

Відповідь: г.

9. Підвищення рівня кальцитоніну, що визначається радіоімунним методом, характерне для:

- а) папілярного раку щитоподібної залози;
- б) недиференційованого раку щитоподібної залози;
- в) фолікулярного раку щитоподібної залози;
- г) медулярного раку щитоподібної залози;
- д) усі відповіді правильні.

Відповідь: г.

10. Захворюваність на рак щитоподібної залози в Україні за останні роки:

- а) знижується;
- б) залишається на тому самому рівні;
- в) зростає.

Відповідь: в.

11. До морфологічних форм раку щитоподібної залози, що найбільш часто зустрічаються, належать:

- а) папілярна аденокарцинома;
- б) медулярний рак;
- в) фолікулярна аденокарцинома;
- г) недиференційований рак.

Відповідь: а.

12. Медулярний рак щитоподібної залози розвивається з:

- а) А-клітин;
- б) В-клітин;
- в) С-клітин;
- д) будь-якої вищезазначеної клітини.

Відповідь: в.

13. Частота високодиференційованих аденокарцином щитоподібної залози становить:

- а) 10 %;
- б) 20 %;
- в) 50 %;
- г) 70 %.

Відповідь: г.

14. Частота медулярного раку щитоподібної залози становить:

- а) 10 %;
- б) 20 %;
- в) 50 %;
- г) 70 %.

Відповідь: а.

15. Під поняттям "прихований" рак щитоподібної залози розуміють:

- а) малі розміри пухлини у тканині щитоподібної залози, відсутність клінічних проявів;
- б) наявність метастазів раку щитоподібної залози в лімфовузлі ший без клінічних ознак первинної пухлини;
- в) наявність метастазів раку щитоподібної залози в лімфовузлі ший;
- г) усі відповіді правильні.

Відповідь: б.

16. Частота регіонарного метастазування раку щитоподібної залози становить:

- а) від 10 до 20 %;
- б) від 25 до 35 %;
- в) від 40 до 50 %;
- г) від 60 до 80 %.

Відповідь: г.

17. Найбільш часто метастазами раку щитоподібної залози уражаються:

- а) лімфовузли уздовж внутрішньої яремної вени;
- б) надключичні лімфовузли;
- в) паратрахеальні лімфовузли;
- г) загрудинні лімфовузли;
- д) претрахеальні лімфовузли.

Відповідь: в.

18. Для медулярного раку щитоподібної залози характерні:

- а) діарея;
- б) наявність щільних "кам'янистих" вузлів у щитоподібній залозі;
- в) синдром Сіпла;
- г) усе перелічене.

Відповідь: г.

19. Етіологічними моментами в розвитку раку щитоподібної залози необхідно:

- а) іонізуюче випромінювання;
- б) наявність неопластичних процесів у тканині щитоподібної залози;
- в) тривала стимуляція організму підвищеним вмістом тиреотропного гормону;
- г) усі відповіді правильні.

Відповідь: г.

20. Мінімальним об'ємом хірургічного втручання у хворих на рак щитоподібної залози необхідно вважати:

- а) енуклеацію вузла;
- б) гемітиреоїдектомію;

- в) резекцію частки;
- г) гемітиреоїдектомію з резекцією перешийка;
- д) субтотальну резекцію щитоподібної залози.

Відповідь: г.

21. Показаннями для хіміотерапії раку щитоподібної залози можуть бути:

- а) швидкозростаюча рецидивна пухлина;
- б) неоперабельна недиференційована форма раку;
- в) метастази у віддалені органи;
- г) усе перелічене;
- д) лише б) і в).

Відповідь: г.

22. Хіміотерапія найбільш ефективна у хворих на:

- а) фолікулярний рак щитоподібної залози;
- б) папілярний рак щитоподібної залози;
- в) низькодиференційований рак щитоподібної залози;
- г) ефективність не залежить від морфологічної структури пухлини.

Відповідь: в.

23. У хворого 58 років медулярний рак щитоподібної залози T3N1M0. Йому найдоцільніше:

- а) виконати тиреоїдектомію із фасціальньо-футлярним висіченням клітковини ший;
- б) провести комбіноване лікування з передопераційною променевою терапією на 1-му етапі з подальшою тиреоїдектомією із фасціальньо-футлярним висіченням клітковини ший;
- в) провести комбіноване лікування із передопераційною променевою терапією з подальшим лікуванням радіоактивним йодом;
- г) провести самостійний курс променевої терапії за радикальною програмою.

Відповідь: б.

24. У хворої 52 років папілярний рак щитоподібної залози T2N0M0 із локалізацією в правій частці. Їй необхідно:

- а) виконати субтотальну резекцію щитоподібної залози;
- б) провести комбіноване лікування із передопераційною променевою терапією;
- в) провести комбіноване лікування із післяопераційною променевою терапією;

г) провести самостійну променеву терапію.

Відповідь: а.

25. Найбільш ефективним препаратом у хворих на рак щитоподібної залози є:

а) циклофосфан;

б) адриаміцин;

в) блеоміцин;

г) метотрексат.

Відповідь: а.

26. Який метод діагностики є найбільш інформативним при підозрі на рак щитоподібної залози:

а) пункційна біопсія;

б) УЗД;

в) сцинтиграфія залози;

г) комп'ютерна томографія.

Відповідь: а.

27. "Раннім" симптомом раку щитоподібної залози є:

а) ущільнення і збільшення залози;

б) біль при ковтанні;

в) осиплість голосу;

г) дисфагія.

Відповідь: а.

28. Рак щитоподібної залози при пальпації, як правило, визначається у вигляді:

а) щільного безболісного вузла;

б) вузла із розм'якшенням в центральній частині;

в) щільного болючого вузла;

г) дифузного ущільнення.

Відповідь: а.

29. Біохімічний тест, що дозволяє виявити рак із С-клітин:

а) визначення рівня тироксину;

б) визначення рівня кальцитоніну;

- в) визначення рівня ТТГ;
- г) визначення рівнів Т3, Т4.

Відповідь: б.

30. Основним методом діагностики раку щитоподібної залози є:

- а) УЗД;
- б) радіоізотопний;
- в) рентгенологічний;
- г) морфологічний.

Відповідь: г.

31. При загрудинному поширенні раку щитоподібної залози можуть з'явитися всі ознаки, крім:

- а) набухання шийних вен;
- б) розладів мозкового кровообігу;
- в) синдрому Горнера;
- г) нападів задухи.

Відповідь: б.

32. Показанням до післяопераційної променевої терапії є:

- а) недостатній радикалізм операції;
- б) недиференційовані форми раку;
- в) порушення абластики при поширеному раку;
- г) усе перелічене.

Відповідь: г.

33. До доброякісних пухлин щитоподібної залози належать усі, крім:

- а) фолікулярної аденоми;
- б) трабекулярної аденоми;
- в) папілярної аденоми;
- г) фолікулярної аденокарциноми.

Відповідь: г.

34. Найбільш частою локалізацією віддалених метастазів у хворих на рак щитоподібної залози є:

- а) печінка;
- б) легені, кістки;
- в) шлунок;
- г) головний мозок.

Відповідь: б.

35. Ранніми симптомами раку щитоподібної залози є:

- а) дисфагія;
- б) осиплість голосу;
- в) синдром Горнера;
- г) ущільнення і збільшення тканини залози.

Відповідь: г.

36. У хворого 62 років папілярний рак щитоподібної залози T1N0M0 із локалізацією у правій частці. Йому необхідно:

- а) виконати субтотальну резекцію щитоподібної залози;
- б) провести комбіноване лікування із передопераційною променевою терапією;
- в) провести комбіноване лікування із післяопераційною променевою терапією;
- г) провести самостійну променеву терапію.

Відповідь: а.

37. У хворого 48 років фолікулярний рак щитоподібної залози T3N1M0. Йому найдоцільніше:

- а) виконати тиреоїдектомію із фасціальньо-футлярним висіченням клітковини шії;
- б) провести комбіноване лікування із передопераційною променевою терапією на 1-му етапі з подальшою тиреоїдектомією із фасціальньо-футлярним висіченням клітковини шії;
- в) провести комбіноване лікування із передопераційною променевою терапією з подальшим лікуванням радіоактивним йодом;
- г) провести самостійний курс променевої терапії за радикальною програмою.

Відповідь: б.

38. Із С-клітин щитоподібної залози розвивається:

- а) папілярний рак;
- б) недиференційований рак;
- в) фолікулярний рак;

- г) медулярний рак;
- д) всі відповіді правильні.

Відповідь: г.

39. Етіологічними моментами в розвитку раку щитоподібної залози необхідно вважати все, крім:

- а) іонізуючого випромінювання;
- б) наявності неопластичних процесів в тканини щитоподібної залози;
- в) тривалої стимуляції організму підвищеним вмістом тиреотропного гормону;
- г) чоловічої статі.

Відповідь: г.

40. Низькодиференційований рак щитоподібної залози метастазує переважно:

- а) лімфогенним шляхом;
- б) гематогенним шляхом;
- в) внутрішньоорганно;
- г) усіма зазначеними вище шляхами.

Відповідь: г.

Стравохід

Регіонарні лімфатичні вузли

Регіонарними лімфатичними вузлами шийного відділу стравоходу є шийні лімфатичні вузли, включаючи надключичні; для внутрішньогрудного відділу — лімфатичні вузли середостіння, перигастральні, виключаючи черевні лімфатичні вузли.

Клінічна класифікація TNM

T – первинна пухлина;

TX – недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини;

TO – первинна пухлина не визначається;

Tis – преінвазивна карцинома (Carcinoma in situ) ;

T1 – пухлина інфільтрує стінку стравоходу до підслизового шару;

T1a – пухлина інфільтрує власну або м'язову пластинку слизової оболонки;

T1b – пухлина інфільтрує підслизовий шар;

T2 – пухлина інфільтрує стінку стравоходу до м'язового шару;

T3 – пухлина інфільтрує стінку стравоходу до адвентиції;

T4 – пухлина поширюється на сусідні структури;

T4a – пухлина поширюється у плевру, перикард або діафрагму;

T4b – пухлина поширюється в сусідні структури, такі як аорта, хребет або трахея.

N – регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання регіонарних лімфатичних вузлів;

N0 – немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 – ураження метастазами 1–2 регіонарних лімфатичних вузлів;

N2 – ураження метастазами 3–6 регіонарних лімфатичних вузлів;

N3 – ураження метастазами більше 7 регіонарних лімфатичних вузлів.

M – віддалені метастази;

MX – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

M0 – немає ознак віддалених метастазів;

M1 – є віддалені метастази.

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія IA	T1	N0	M0
Стадія IB	T2	N0	M0
Стадія IIA	T3	N0	M0
Стадія IIB	T1, T2	N1	M0
Стадія IIIA	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T1, T2	N2	M0
Стадія IIIB	T3	N2	–M0
Стадія IIIC	T4a	N1, N2	M0
	T4b	Будь-яка N	M0
	Будь-яка T	N3	M0
Стадія IV	Будь-яка T	Будь-яка N	M1

Тести

1. Найбільш високий рівень захворюваності на рак стравоходу зареєстрований у віковому інтервалі:

а) 40–50 років;

б) 50–60 років;

в) 60–70 років;

г) 70–80 років.

Відповідь: б.

2. Шийний відділ стравоходу починається від рівня:

- а) нижнього краю перснеподібного хряща;
- б) нижнього краю щитоподібного хряща;
- в) біфуркації трахеї;
- г) яремної ямки.

Відповідь: а.

3. Внутрішньогрудний відділ стравоходу починається від рівня:

- а) першого ребра;
- б) ключиці;
- в) яремної вирізки;
- г) грудини.

Відповідь: а.

4. У разі поширення пухлинної інфільтрації на адвентицію можна стверджувати, що розмір пухлини відповідає:

- а) T1;
- б) T2;
- в) T3;
- г) T4.

Відповідь: в.

5. Найближчий до первинної пухлини лімфатичний лімфовузол називається:

- а) сторожовим;
- б) небезпечним;
- в) раковим;
- г) пухлинним.

Відповідь: а.

6. Які операції виконують хворим на рак стравоходу:

- а) Гартмана;
- б) Льюїса;
- в) Пейті;

г) Маддена.

Відповідь: б.

7. За наявності дисфагії 3-го ступеня спостерігається порушення проходження:

а) твердої їжі;

б) напіврідкої їжі;

в) рідкої їжі;

г) повна непрохідність.

Відповідь: в.

8. Стравохід Барретта необхідно відносити до:

а) облігатного передраку;

б) факультативного передраку.

Відповідь: а.

9. Для раку стравоходу характерні:

а) «веселі метастази» ;

б) «стрибаючі метастази» ;

в) «літаючі метастази» ;

г) «моторні метастази».

Відповідь: б.

10. Найбільш поширений гістологічний тип раку стравоходу:

а) аденокарцинома;

б) плоскоклітинний;

в) саркома;

г) лейоміосаркома.

Відповідь: б.

11. Рак стравоходу виникає:

а) із кубічного епітелію;

б) із плоского епітелію;

в) із плоского або залозистого епітелію слизової оболонки стравоходу;

г) із циліндричного епітелію.

Відповідь: в.

12. Серед усіх онкологічних захворювань рак стравоходу займає:

- а) третє місце;
- б) дев'яте місце;
- в) двадцяте місце;
- г) п'ятнадцяте місце.

Відповідь: б.

13. Рак стравоходу найчастіше виникає:

- а) у чоловіків;
- б) у жінок;
- в) не пов'язаний зі статтю.

Відповідь: а.

14. В останні десятиліття виявлене значне зростання частоти:

- а) плоскоклітинного раку стравоходу;
- б) аденокарциноми стравоходу;
- в) дрібноклітинного раку стравоходу;
- г) лейоміосаркоми.

Відповідь: б.

15. Згідно з даними за 2015 рік летальність упродовж року серед уперше виявлених хворих на рак стравоходу в Україні становила:

- а) 13 %;
- б) 37,3 %;
- в) 63,2 %;
- г) 5,5 %.

Відповідь: в.

16. Ризик виникнення плоскоклітинного раку у курців вищий у:

- а) 2 рази;
- б) 20 разів;
- в) 5–10 разів;
- г) 10–15 разів.

Відповідь: в.

17. У курців, які зловживають алкоголем, ризик розвитку раку стравоходу зростає у:

- а) 2 рази;
- б) 100 разів;
- в) 10 разів;
- г) 5 разів.

Відповідь: б.

18. Рефлюкс вмісту шлунка до стравоходу призводить до (найбільш правильно):

- а) хімічного подразнення слизової оболонки стравоходу;
- б) мутагенної дії соляної кислоти;
- в) збільшення тривалості впливу канцерогенів на стінку стравоходу;
- г) алергізації.

Відповідь: в.

19. Аденокарцинома, як правило, виникає на фоні:

- а) ахалазії кардії;
- б) стравоходу Барретта;
- в) хімічних опіків стравоходу;
- г) термічних опіків.

Відповідь: б.

20. Розміщення пухлини у стравоході впливає на:

- а) принципи класифікації;
- б) підбір схеми хіміотерапії;
- в) вибір методу і обсягу хірургічного втручання;
- г) підбір дози променевої терапії.

Відповідь: в.

21. У класифікації за ступенем диференціювання пухлинних клітин G2 відповідає:

- а) високому ступеню диференціювання тканин;
- б) помірному ступеню диференціювання тканин;
- в) низькому ступеню диференціювання тканин;
- г) недиференційованій тканині.

Відповідь: б.

22. Стадії ІІВ відповідає усе, крім:

- а) T1N1M0;
- б) T2N0M0;
- в) T2N1M0;
- г) усе правильно.

Відповідь: б.

23. Найбільша небезпека поширення пухлини за межі стінки стравоходу виникає при ураженні:

- а) середньогрудного відділу;
- б) нижньогрудного відділу;
- в) верхньогрудного відділу;
- г) усіх відділів.

Відповідь: а.

24. Рак стравоходу необхідно запідозрити у хворого з:

- а) диспепсією;
- б) дисфагією;
- в) болями при ковтанні;
- г) блюванням.

Відповідь: б.

25. У першу чергу рак стравоходу метастазує:

- а) в перибронхіальні лімфатичні вузли;
- б) в надключичні лімфатичні вузли;
- в) в навколостравохідні лімфатичні вузли;
- г) в паратрахеальні лімфатичні вузли.

Відповідь: в.

26. Віддалені гематогенні метастази при ураженні верхніх відділів стравоходу частіше виникають у будь-якому органі, крім:

- а) легень;
- б) печінки;

- в) кісток;
- г) головного мозку.

Відповідь: б.

27. Основним методом диференціальної діагностики раку стравоходу є:

- а) рентгеноконтрастне дослідження;
- б) комп'ютерна томографія;
- в) морфологічне дослідження;
- г) УЗД.

Відповідь: в.

28. Плоскоклітинний рак стравоходу має:

- а) високу радіочутливість;
- б) низьку радіочутливість.

Відповідь: а.

29. Хіміотерапію як самостійний метод використовують:

- а) із паліативною метою;
- б) як основний метод лікування при локалізованих формах раку.

Відповідь: а.

30. Хірургічне лікування виправдане лише при поширеності раку в межах:

- а) Tis-T1;
- б) T1-T2;
- в) T2-T3;
- г) T3-T4.

Відповідь: б.

31. Під час операції Льюїса при ураженні середньої третини грудного відділу стравоходу використовують:

- а) субтотальну резекцію з внутрішньоплевральним анастомозом або екстирпацією грудного відділу стравоходу з формуванням анастомозу на шії;
- б) резекцію верхньої третини шлунка і ураженого сегмента стравоходу з накладенням стравохідно-шлунковий анастомозу;

- в) верхню серединну лапаротомію і правобічну торакотомію у п'ятому міжребер'ї;
- г) верхню серединну лапаротомію.

Відповідь: в.

32. П'ятирічна виживаність хворих після радикальної операції становить:

- а) 15 %;
- б) 70 %;
- в) 25 %;
- г) 50 %.

Відповідь: в.

33. Комплексне лікування хворих на рак стравоходу показане при:

- а) IIб–III стадіях;
- б) IIа–IIб стадіях;
- в) I–IIа стадіях;
- г) I–стадії.

Відповідь: а.

34. Рак стравоходу в більшості випадків прогресує:

- а) повільно;
- б) швидко.

Відповідь: а.

35. Після радикального лікування хворих із I стадією раку стравоходу 5-річна виживаність становить:

- а) 70 %;
- б) 28 %;
- в) 90 %;
- г) 50 %.

Відповідь: в.

36. При поширеності раку стравоходу на регіонарні лімфатичні вузли 5-річна виживаність:

- а) не перевищує 20 %;

- б) перевищує 20 %;
- в) становить 30 %;
- г) становить 50 %.

Відповідь: а.

37. Середня тривалість життя хворих з III стадією захворювання без лікування становить:

- а) 2 міс.;
- б) 5–8 міс.;
- в) 24 міс.;
- г) 2 роки.

Відповідь: б.

38. Середню третину стравоходу найбільш часто уражають:

- а) дрібноклітинні пухлини;
- б) недиференційовані пухлини;
- в) плоскоклітинні пухлини;
- г) аденокарциноми.

Відповідь: в.

39. Верхню третину стравоходу найбільш часто уражають:

- а) дрібноклітинні пухлини;
- б) недиференційовані пухлини;
- в) плоскоклітинні пухлини;
- г) аденокарциноми.

Відповідь: в.

40. Хірургічне лікування не виправдане при поширеності раку в межах:

- а) Tis-T1;
- б) T1-T2;
- в) T2-T3;
- г) T3-T4.

Відповідь: г.

Шлунок

Регіонарні лімфатичні вузли

Регіонарними лімфатичними вузлами є перігастральні лімфатичні вузли, розміщені вздовж малої і великої кривизни, а також уздовж лівої шлункової, загальної печінкової, гепатодуоденальної, селезінкової і черевної артерій. Регіонарними лімфатичними вузлами шлунково-стравохідного з'єднання є навколокардіальні, вздовж лівої шлункової, черевної артерій, діафрагмальні, нижні медіастинальні, навколостравохідні. Ураження інших внутрішньочеревних лімфатичних вузлів, таких як ретропанкреатичних, брижових і парааортальних, класифікується як віддалені метастази.

Клінічна класифікація TNM

T – первинна пухлина;

TX – недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини;

TO – первинна пухлина не визначається;

Tis – преінвазивна карцинома: інтраепітеліальна пухлина без інвазії власної пластинки слизової оболонки, високий ступінь дисплазії;

T1 – пухлина інфільтрує стінку шлунка до підслизового шару;

T1a – пухлина інфільтрує власну або м'язову пластинку слизової оболонки;

T1b – пухлина інфільтрує підслизовий шар;

T2 – пухлина інфільтрує м'язовий шар шлунка;

T3 – пухлина проростає субсерозну оболонку;

T4 – пухлина проростає серозну оболонку і поширюється на сусідні структури^{1 2 3};

T4a – пухлина проростає серозний шар;

T4b – пухлина поширюється на сусідні структури^{1 2 3}.

Примітки: 1. Сусідніми структурами шлунка є селезінка, поперечна ободова кишка, печінка, діафрагма, підшлункова залоза, черевна стінка, наднирники, нирки, тонка кишка, заочеревинний простір.

2. Внутрішньостінкове поширення на дванадцятипалу кишку або стравохід класифікується за найбільшою глибиною інвазії при всіх локалізаціях, включаючи шлунок.

3. Пухлина може проростати м'язовий шар, залучаючи шлунково-товстокишкову і шлунково-печінкову зв'язки або великий чи малий сальник без перфорації вісцеральної очеревини, що покриває ці структури. У цьому випадку пухлина класифікується як T3.

N – регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання регіонарних лімфатичних вузлів;

N0 – немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 – н метастази в 1–2 регіонарних лімфатичних вузлах;

N2 – метастази в 3–6 регіонарних лімфатичних вузлах;

N3 – метастази більш ніж в 7 регіонарних лімфатичних вузлах;

N3a – є метастази в 7–15 регіонарних лімфатичних вузлах;

N3b – є метастази в 16 і більше регіонарних лімфатичних вузлах.

M – віддалені метастази;

MX – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

M0 – немає ознак віддалених метастазів;

M1 – є віддалені метастази.

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія IA	T1	N0	M0
Стадія IB	T2	N0	M0
	T1	N1	M0
Стадія IIA	T3	N0	M0
	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
Стадія IIB	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
Стадія IIIA	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
Стадія IIIB	T4b	N0, N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
Стадія IIIC	T4a	N3	M0
	T4b	N2, N3	M0
Стадія IV	Будь-яка T	Будь-яка N	M1

Тести

1. Найбільш частою локалізацією раку шлунка є:

- а) кардинальний відділ;
- б) антральний відділ;
- в) тотальне ураження шлунка;
- г) тіло шлунка;
- д) велика кривизна шлунка.

Відповідь: б.

2. Паліативною операцією при локалізації раку в пілороантральному відділі є:

- а) пілоропластика;
- б) гастростомія;
- в) гастроентероанастомоз;
- г) гастродуоденоанастомоз;
- д) проксимальна резекція шлунка.

Відповідь: в.

3. Для раку проксимального відділу шлунка характерні всі симптоми, крім:

- а) болю під мечоподібним виростом грудини;
- б) ускладненого проходження твердої їжі;
- в) відрижки їжею;
- г) шуму "плескоту" в епігастрії.

Відповідь: г.

4. У хворого 68 років неоперабельний рак шлунка, метастази по очеревині, в печінку, в кістки, асцит. Стан середньої тяжкості. Протипухлинного лікування не проводилося. Йому показано:

- а) системна хіміотерапія із використанням антрациклінів;
- б) імунотерапія;
- в) променева терапія;
- г) симптоматична терапія.

Відповідь: г.

5. Рак стравоходу найчастіше уражає:

- а) верхню третину;
- б) середню третину;
- в) нижню третину;

г) однаково часто розвивається в будь-якому відділі стравоходу.

Відповідь: в.

6. Найбільш частими симптомами доброякісних пухлин стравоходу є:

а) біль за грудиною або в епігастральній ділянці;

б) дисфагія;

в) респіраторні порушення;

г) правильні відповіді а) і б) ;

д) правильні відповіді б) і в).

Відповідь: г.

7. На рівень захворюваності на рак шлунку впливають:

а) харчовий фактор і режим харчування;

б) ґрунтово-кліматична обумовленість;

в) місцеві зміни слизової оболонки шлунка;

г) фонові захворювання, спадковий фактор;

д) усі перелічені.

Відповідь: д.

8. Після виписування хворого зі стаціонару після резекції шлунка доцільне:

а) призначення ферментативних препаратів і шлункового соку;

б) обмеження фізичних навантажень;

в) проведення вітамінотерапії;

д) дробне харчування;

г) усе перелічене.

Відповідь: г.

9. Для раку шлунка характерна:

а) підвищена кислотність шлункового соку;

б) знижена кислотність шлункового соку;

в) підвищення раніше зниженої кислотності шлункового соку;

г) правильної відповіді немає.

Відповідь: б.

10. Низькодиференційовані пухлини шлунково-кишкового тракту мають переважно:

- а) інфільтративний ріст;
 - б) змішаний ріст;
 - в) екзофітний ріст;
 - г) усі перелічені типи трапляються з однаковою частотою.
- Відповідь: а.

11. Найбільш часто променева терапія раку стравоходу як самостійний метод застосовується при локалізації пухлини у:

- а) верхньогрудному відділі;
- б) шийному відділі;
- в) середньогрудному відділі;
- г) нижньогрудному відділі;
- г) верхньогрудному і шийному відділах.

Відповідь: г.

12. Запідозрити малігнізацію виразки шлунка дозволяють такі ознаки:

- а) розміри виразкової ніші більше 2 см у діаметрі;
- б) тривале існування виразкової ніші або її збільшення при одночасному загасанні характерного для виразкової хвороби болю;
- в) зниження кислотності шлункового соку;
- г) усе перелічене.
- д) правильні відповіді а) і б).

Відповідь: г.

13. Частіше малігнізуються виразки:

- а) вихідного відділу шлунка;
- б) великої кривизни шлунка;
- в) малої кривизни шлунка;
- г) тіла шлунка.

Відповідь: г.

14. Найкращий спосіб діагностики раннього раку шлунка:

- а) дослідження шлункового соку;
- б) лапароскопія;
- в) УЗД;

г) фіброгастроскопія, біопсія.

Відповідь: г.

15. На вибір обсягу операції у хворих на рак шлунка найменший вплив має:

- а) локалізація пухлини;
- б) тип росту пухлини;
- в) гістологічна структура пухлини;
- г) вік хворого;
- д) усі перелічені чинники мають однаковий вплив на вибір обсягу операції.

Відповідь: г.

16. За гістологічною структурою рак шлунка найчастіше є:

- а) залозистим;
- б) плоскоклітинним;
- в) усі перелічені варіанти трапляються з однаковою частотою;
- г) змішаним залозисто-плоскоклітинним раком.

Відповідь: а.

17. Якщо хворий має пухлину тіла шлунка 4 см у діаметрі, яка проростає м'язовий шар, без регіонарних метастазів, то встановлюється стадія:

- а) 2а;
- б) 2б;
- в) 3а;
- г) 3б;
- д) 4.

Відповідь: а.

18. Паліативною операцією, що виконується хворим на рак кардіального відділу шлунка, є:

- а) гастростомія;
- б) пілоропластика;
- в) гастроентероанастомоз;
- г) дистальна резекція шлунка;
- д) гастродуоденоанастомоз.

Відповідь: а.

19. За наявності резектабельного інфільтративного раку шлунка показана:

- а) гастректомія;
- б) резекція шлунка;
- в) резекція ураженої ділянки шлунку;
- г) антрумектомія;
- д) езофагогастростомія.

Відповідь: а.

20. Найбільш часто рак шлунка метастазує в:

- а) легені;
- б) печінку;
- в) яєчники;
- г) кістки;
- д) щитоподібну залозу.

Відповідь: б.

21. Віддаленими органами для метастазування раку шлунка є:

- а) печінка;
- б) пупок;
- в) яєчники;
- г) лівий надключичний лімфовузол;
- д) все правильно.

Відповідь: д.

22. За наявності у хворого 4-ї стадії раку антрального відділу шлунка показане:

- а) накладення гастроентероанастомозу;
- б) гастростомія;
- в) гастректомія;
- г) усе перелічене правильно.

Відповідь: а.

23. Типовим клінічним проявом раку вихідного відділу шлунка є:

- а) проноси;
- б) дисфагія;
- в) «шум плескоту» натще;

г) все правильно.

Відповідь: в.

24. Найбільш часто передраковим захворюванням шлунка залежно від ступеня порушення секреторної функції є:

- а) поверхневий гіперацидний гастрит;
- б) нормацидний гастрит;
- в) гіперацидний гастрит;
- г) гіпо-та антацидний гастрит.

Відповідь: г.

25. Найбільш часто передраковим захворюванням шлунка залежно від морфологічної картини є:

- а) гіперпластичний гастрит;
- б) гіпертрофічний гастрит;
- в) атрофічний гастрит;
- г) ерозивний гастрит.

Відповідь: в.

26. Гастростомія показана при:

- а) пілороспазмі;
- б) кардіоспазмі;
- в) раку кардії 4-ї стадії;
- г) раку проксимального відділу шлунка 2-ї стадії;
- д) раку дистального відділу 4-ї стадії.

Відповідь: в.

27. Найменш вираженою клінічною симптоматикою супроводжується рак:

- а) кардії із переходом на стравохід;
- б) субкардії;
- в) тіла шлунка;
- г) пілоричного каналу;
- д) антрального відділу.

Відповідь: в.

28. Радикальною операцією за наявності у хворого раку антрального відділу шлунка є:

- а) гастректомія;
- б) дистальна резекція;
- в) проксимальна резекція;
- г) гастроентеростомія;
- д) гастростомія.

Відповідь: б.

29. За наявності поліпа шлунка, що малігнізувався, хворому показана:

- а) ендоскопічна поліпектомія;
- б) клиноподібна резекція шлунка;
- в) хірургічне видалення поліпа;
- г) економна резекція шлунка;
- д) резекція шлунка із дотриманням усіх онкологічних принципів.

Відповідь: д.

30. Для виразки шлунка, що малігнізувалася, характерна наявність пухлинних клітин:

- а) у сполучнотканинному дні виразки;
- б) на краях виразки;
- в) правильної відповіді немає;
- г) на дні і по краях виразки.

Відповідь: б.

31. На операції встановлена причина механічної жовтяниці — метастази раку шлунка у ворота печінки. Хірургічна тактика:

- а) гепатикоентеростомія;
- б) пробна лапаротомія;
- в) бужування звуженої ділянки;
- г) зовнішня гепатикостома.

Відповідь: б.

32. Хворому 1 місяць тому виконана радикальна операція з приводу раку шлунка. При огляді скарг немає. Даних про рецидив і генералізацію процесу не виявлено. Зазначте дату контрольного диспансерного огляду:

- а) через 3 місяці;
- б) через 6 місяців;
- в) через 1 рік;
- г) подальшого спостереження не потребує.

Відповідь: а.

33. Основні рекомендації з первинної профілактики раку шлунка включають усе, крім:

- а) зниження споживання солоних і копчених продуктів;
- б) вживання їжі 2 рази на день;
- в) збільшення споживання зелених овочів і фруктів;
- г) зменшення частки рису в раціоні.

Відповідь: б.

34. До макроскопічних форм раку шлунка відносять такі, за винятком:

- а) виразкової;
- б) інфільтративної;
- в) слизової;
- г) поліпоподібної.

Відповідь: в.

35. При пухлинному ураженні пілороантрального відділу шлунка в першу чергу порушується функція:

- а) моторно-евакуаторна;
- б) секреторна;
- в) резервуарна;
- г) бактерицидна (бар'єрна).

Відповідь: а.

36. Невмотивована анемія найчастіше виникає у хворих на рак:

- а) кардіального відділу шлунка;
- б) дна і тіла шлунка;
- в) вихідного відділу шлунка;
- г) малої кривизни шлунка.

Відповідь: б.

37. Відчуття дискомфорту і переповнення в епігастрії найчастіше трапляється у хворих на рак:

- а) кардіального відділу шлунка;
- б) малої кривизни шлунка;
- в) дна і тіла шлунка;
- г) вихідного відділу шлунка.

Відповідь: г.

38. Дисфагія найчастіше трапляється у хворих на рак:

- а) кардіального відділу шлунка;
- б) дна і тіла шлунка;
- в) малої кривизни шлунка;
- г) вихідного відділу шлунка.

Відповідь: а.

39. Нудота, блювання найбільш часто трапляються у хворих на рак:

- а) кардіального відділу шлунка;
- б) малої кривизни шлунка;
- в) дна і тіла шлунка;
- г) вихідного відділу шлунка.

Відповідь: г.

40. Шлункова кровотеча найчастіше трапляється у хворих на рак:

- а) дна і тіла шлунка;
- б) кардіального відділу шлунка;
- в) малої кривизни шлунка;
- г) вихідного відділу шлунка.

Відповідь: в.

Ободова кишка

Регіонарні лімфатичні вузли

Апендикс: лімфатичні вузли біля сліпої кишки.

Сліпа кишка: лімфатичні вузли біля сліпої кишки, правої половини ободової кишки.

Висхідна частина: лімфатичні вузли поблизу сліпої, правої та середньої частин ободової кишки.

Печінковий вигин: лімфатичні вузли біля правої і середньої частин ободової кишки.

Поперечна ободова: лімфатичні вузли біля правої, середньої, лівої частин ободової кишки, нижні брижові.

Селезінковий вигин: лімфатичні вузли біля середньої і лівої частин ободової кишки, нижні брижові.

Низхідна частина: лімфатичні вузли біля лівої частини ободової кишки, нижні брижові.

Сигмоподібна кишка: лімфатичні вузли біля сигмоподібної кишки, лівої частини ободової, верхні ректальні (гемороїдальні), нижні брижові та ректосигмоїдні.

Метастази в інших лімфатичних вузлах класифікуються як M1.

Клінічна класифікація TNM

T – первинна пухлина;

TX – недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини;

TO – первинна пухлина не визначається;

Tis – інтраепітеліальний або з інвазією слизової оболонки¹;

T1 – пухлина інфільтрує стінку кишки до підслизового шару;

T2 – пухлина інфільтрує м'язовий шар стінки кишки;

T3 – пухлина інфільтрує субсерозу або тканину неперитонізованих ділянок ободової і прямої кишчок;

T4 – пухлина проростає вісцеральну очеревину або безпосередньо поширюється на сусідні органи та структури;

T4a – пухлина проростає вісцеральну очеревину;

T4b – пухлина безпосередньо поширюється на сусідні органи і структури^{2 3};

Примітки: 1. Tis включає ракові клітини до базальної мембрани (інтраепітеліальне поширення) або в слизовому шарі без поширення в підслизовий шар.

2 Пряме поширення при T4b включає поширення на інші сегменти ободової і прямої кишчок шляхом проростання серози, наприклад, вростання пухлини сліпої кишки у сигмоподібну.

3 Проростання пухлини в інші органи або структури, яке визначається макроскопічно, класифікується як T4. Однак якщо немає мікроскопічного підтвердження, то T1–3 залежно від глибини інвазії кишкової стінки

N – регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання регіонарних лімфатичних вузлів;

N0 – немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 – метастази в 1–3 регіонарних лімфатичних вузлах;

N1a – метастази в 1 регіонарний лімфатичний вузол;

N1b – метастази в 2–3 регіонарних лімфатичних вузлах;

N1c – сателіти в субсерозному шарі або в не покритих очеревиною навколоободових і навколо прямокишкових м'яких тканинах без регіонарних лімфовузлів;

N2 – метастази в 4 і більше регіонарних лімфатичних вузлах;

N2a – метастази в 4–6 регіонарних лімфатичних вузлах;

N2b – метастази в 7 і більше регіонарних лімфатичних вузлах.

M – віддалені метастази;

MX – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

M0 – немає ознак віддалених метастазів;

M1 – є віддалені метастази;

M1a – метастази в одному органі (печінці, легенях, яєчниках, нерегіонарних лімфатичних вузлах);

M1b – метастази в більш ніж один орган або очеревину.

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія I	T1, T2	N0	M0
Стадія II	T3, T4	N0	M0
Стадія IIА	T3	N0	M0
Стадія IIВ	T4a	N0	M0
Стадія IIС	T4b	N0	M0
Стадія III	Будь-яка T	N1, N2	M0
Стадія IIIА	T1, T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
Стадія IIIВ	T3, T4a	N1	M0
	T2, T3	N2a	M0
	T1, T2	N2b	M0

Стадія ІІІС	T4a	N2a	M0
	T3, T4a	N2b	M0
	T4b	N1, N2	M0
Стадія ІV	Будь-яка T	Будь-яка N	M1a
Стадія ІVВ	Будь-яка T	Будь-яка N	M1b

Тести

1. Ускладненням раку ободової кишки може бути все, крім:

- а) перфорації пухлини;
- б) гострої кишкової непрохідності;
- в) гастриту;
- г) кровотечі;
- д) токсичного панкреатиту.

Відповідь: в.

2. Для якого відділу раку товстої кишки характерна токсикоанемічна форма хвороби:

- а) поперечно-ободового;
- б) низхідного відділу;
- в) висхідного відділу;
- г) прямої кишки.

Відповідь: в.

3. Улюбленою локалізацією гематогенних метастазів раку товстої кишки є:

- а) кістки;
- б) легені;
- в) печінка;
- г) наднирники;
- д) селезінка.

Відповідь: в.

4. Операції Гартмана у хворих на рак верхньоампулярного відділу прямої кишки і рак ректосигмоїдного вигину доцільно віддавати перевагу у випадках:

- а) наявності obturatorної кишкової непрохідності;
- б) наявності запальних змін стінки кишечника;

- в) у осіб похилого віку із тяжкою супутньою патологією у стадії декомпенсації;
- г) у всіх перелічених ситуаціях;
- д) правильні відповіді а) і б).

Відповідь: г.

5. До скринінгових методів щодо раку товстого кишечника на сьогодні можна віднести регулярні:

- а) дослідження калу на приховану кров (1 раз на рік) ;
- б) пальцеве дослідження прямої кишки (1 раз на рік) ;
- в) ректороманоскопію (1 раз на 3–5 років) ;
- г) усе перелічене.

Відповідь: г.

6. Із перелічених операцій до сфінктерозберігаючих не належить:

- а) черевно-анальна резекція прямої кишки;
- б) черезочеревинна резекція прямої кишки;
- в) черевно-промежинна екстирпація прямої кишки;
- г) усі перелічені операції необхідно відносити до сфінктерозберігаючих.

Відповідь: в.

7. Кровопостачання ободової кишки здійснюється:

- а) із системи верхньої брижової артерії;
- б) із системи нижньої брижової артерії;
- в) із обох;
- г) із жодної.

Відповідь: в.

8. Після попередньо виконаної іригоскопії до колоноскопії доцільно вдаватися в разі:

- а) якщо є ознаки кишкової кровотечі, але під час іригоскопії патологічних змін в товстій кишці не виявлено;
- б) для підтвердження патологічного процесу, виявленого під час іригоскопії;
- в) для уточнення сумнівних даних, отриманих за допомогою іригоскопії;
- г) для виявлення синхронних патологічних процесів;
- д) усе перелічене.

Відповідь: д.

9. Передопераційна підготовка хворого на рак товстого кишечника повинна включати:

- а) ретельне механічне очищення товстого кишечника;
- б) лікування супутніх захворювань;
- в) корекцію білкового, вуглеводного і мінерального обміну;
- г) усе перелічене.

Відповідь: г.

10. На вибір виду радикальної операції у хворих на рак прямої кишки впливає:

- а) ступінь поширеності пухлинного процесу;
- б) локалізація пухлини в прямій кишці;
- в) наявність або відсутність метастазів у регіонарних лімфовузлах;
- г) наявність ускладнень захворювань;
- д) усе перелічене.

Відповідь: д.

11. Відтік крові від висхідного відділу ободової кишки здійснюється:

- а) у систему верхньої брижової артерії;
- б) у систему нижньої брижової артерії;
- в) в обидві;
- г) у жодну.

Відповідь: а.

12. Обстеження хворого, який звернувся до лікаря зі скаргами на порушення функцій кишечника, необхідно починати з:

- а) рентгенологічного дослідження товстого кишечника (іригоскопії);
- б) ректороманоскопії;
- в) фіброколоноскопії;
- г) ректального пальцевого дослідження;
- д) ультразвукового дослідження.

Відповідь: г.

13. За морфологічною будовою переважною формою раку товстого кишечника є:

- а) аденокарцинома різного ступеня зрілості і функціональної спрямованості;
- б) недиференційований рак;

- в) плоскоклітинний рак;
 - г) диморфний (змішаний залозистий і плоскоклітинний) рак;
 - д) усі перелічені форми трапляються приблизно з однаковою частотою.
- Відповідь: а.

14. Із перелічених методик рентгенологічного дослідження товстої кишки сьогодні найбільш інформативною вважається:

- а) стандартна іригоскопія;
- б) метод подвійного контрастування товстої кишки;
- в) приймання барієвої суспензії рег ос із подальшим рентгенологічним контролем за пасажем контрасту по товстій кишці;
- г) усі перелічені методики мають приблизно однакову інформативність.

Відповідь: б.

15. Відтік крові від низхідного відділу ободової кишки здійснюється:

- а) у систему нижньої брижової артерії;
- б) у систему верхньої брижової артерії;
- в) в обидві;
- г) у жодну.

Відповідь: б.

16. До облігатного передраку товстого кишечника необхідно відносити:

- а) хворобу Крона;
- б) неспецифічний виразковий коліт;
- в) сімейний дифузний поліпоз;
- г) поодинокі поліпи товстого кишечника;
- д) усе перелічене.

Відповідь: в.

17. Плоскоклітинний і диморфний (змішаний залозистий і плоскоклітинний) рак найчастіше локалізується:

- а) у сліпій кишці;
- б) у низхідному відділі ободової кишки;
- в) у висхідному відділі ободової кишки;
- г) у сигмоподібній кишці;

д) у прямій кишці.

Відповідь: д.

18. Пальцеве ректальне дослідження повинно проводитися в положенні хворого:

а) на спині;

б) навшпиньки;

в) на боці;

г) будь-який із перелічених.

Відповідь: г.

19. Ризик розвитку раку товстого кишечника при неспецифічному виразковому коліті зростає за наявності:

а) тотального ураження товстого кишечника;

б) коліту в молодому віці;

в) тривалого захворювання понад 10 років;

г) хронічного безперервного перебігу захворювання;

д) будь-яких вище перелічених обставин.

Відповідь: д.

20. На вибір методу лікування поліпів товстої кишки впливає:

а) розмір поліпів;

б) кількість поліпів;

в) тип росту (на ніжці або на широкій основі) ;

г) гістологічна будова поліпів;

д) усе перелічене.

Відповідь: д.

21. До особливостей раку товстого кишечника, що розвивається на фоні сімейного дифузного поліпозу, належить те, що він:

а) як правило, розвивається в молодому віці;

б) як правило, розвивається в літньому віці;

в) нерідко розвивається мультицентрично;

г) правильні відповіді а) і в) ;

д) правильні відповіді б) і в).

Відповідь: г.

22. При виконанні операції з приводу кишкової непрохідності, що викликана неоперабельною пухлиною товстого кишечника, доцільно:

- а) обмежитися цекостомою;
- б) накласти колостому якомога ближче до пухлини;
- в) виконати резекцію ураженої ділянки кишки і сформувати міжкишковий анастомоз;
- г) виконати резекцію ураженої ділянки кишки з накладенням колостоми.

Відповідь: а.

23. До найбільш ранніх клінічних симптомів раку анального каналу відносять:

- а) біль;
- б) кровотечу;
- в) зміну форми калових мас;
- г) патологічні домішки в калі;
- д) правильні відповіді а) і б).

Відповідь: д.

24. Локалізація пухлини шлунково-кишкового тракту в межах слизового і підслизового шарів органа та відсутність метастазів відповідає:

- а) 1-й стадії;
- б) 2-й стадії;
- в) 3-й стадії;
- г) 4-й стадії.

Відповідь: а.

25. До груп підвищеного ризику розвитку раку товстої кишки необхідно відносити осіб, які страждають на:

- а) неспецифічний виразковий коліт;
- б) гранулематозний коліт (хвороба Крона) ;
- в) сімейний дифузний поліпоз;
- г) поліпи кишечника;
- д) будь-який із перелічених варіантів.

Відповідь: д.

26. Обтураційна форма перебігу раку ободової кишки частіше трапляються при локалізації пухлини в:

- а) правих відділах ободової кишки;
- б) сліпій кишці;
- в) у поперечно-ободовій кишці;
- г) у сигмоподібній кишці;
- д) у всіх перелічених відділах.

Відповідь: г.

27. На розвиток раку товстого кишечника впливає кількість споживаних у їжу:

- а) жирів;
- б) тваринних білків;
- в) рослинних продуктів;
- г) вітамінів;
- д) усього переліченого.

Відповідь: д.

28. Обтураційна форма клінічного перебігу раку ободової кишки найбільш часто трапляється при локалізації пухлини:

- а) у правих відділах ободової кишки;
- б) у поперечно-ободовій кишці;
- в) у сигмоподібній кишці;
- г) у низхідній частині ободової кишки;
- д) правильні відповіді в) і г).

Відповідь: д.

29. На рівень захворюваності на рак товстої кишки впливають:

- а) особливості харчування;
- б) рівень економічного розвитку;
- в) наявність доброякісних пухлин кишечника;
- г) наявність раку товстої кишки в анамнезі;
- д) усе перелічене.

Відповідь: д.

30. Ентероколітна форма перебігу раку ободової кишки найбільш часто трапляється при локалізації пухлини:

- а) у висхідних відділах ободової кишки;
- б) у поперечно-ободовій кишці;
- в) у сигмоподібній кишці;
- г) у низхідній кишці;
- д) правильні відповіді в) і г).

Відповідь: д.

31. Основним шляхом метастазування раку товстої кишки є:

- а) лімфогенний;
- б) імплантаційний;
- в) гематогенний;
- г) усі перелічені варіанти метастазування трапляються приблизно з однаковою частотою.

Відповідь: а.

32. Токсико-анемічна форма раку ободової кишки найбільш часто трапляється при локалізації пухлини:

- а) у висхідних відділах ободової кишки;
- б) у поперечно-ободовій кишці;
- в) у сигмоподібній кишці;
- г) у низхідних відділах ободової кишки;
- д) у всіх перелічених відділах спостерігається з однаковою частотою.

Відповідь: а.

33. Рак ободової кишки найбільш часто локалізується:

- а) у висхідному відділі;
- б) у сліпій кишці;
- в) у поперечно-ободовій кишці;
- г) у низхідному відділі;
- д) у сигмоподібній кишці.

Відповідь: д.

34. Порівняно більша ймовірність розвитку кишкової непрохідності при пухлинах лівої половини ободової кишки обумовлена:

- а) більш щільним вмістом кишки;
- б) переважанням пухлин з інфільтративним типом росту;
- в) порушенням моторної функції кишки внаслідок проростання її стінки пухлиною;
- г) запальним набряком кишкової стінки;
- д) усіма переліченими факторами.

Відповідь: д.

35. Виникненню перфорацій кишкової стінки у хворих на рак товстої кишки сприяють:

- а) підвищений тиск у просвіті кишки;
- б) розпад пухлини;
- в) трофічні порушення стінки кишки внаслідок її перерозтягнення;
- г) травматизація стінки кишки при проходженні твердих калових мас через звужену ділянку;
- д) усі перелічені чинники.

Відповідь: д.

36. Показники захворюваності на рак ободової кишки в Україні:

- а) знижуються;
- б) підвищуються;
- в) залишаються на одному рівні;
- г) підвищення чергується зі зниженням.

Відповідь: а.

37. У якому віці найчастіше зустрічається рак ободової кишки?

- а) 20–29 років;
- б) 30–39 років;
- в) 40–49 років;
- г) 50–69 років.

Відповідь: г.

38. Основним фактором, що сприяє виникненню раку ободової кишки, є:

- а) паління;
- б) іонізуюча радіація;
- в) склад харчових продуктів
- г) зловживання алкоголем.

Відповідь: в.

39. Ризик розвитку раку ободової кишки знижується при дотриманні дієти з переважанням:

- а) жирів;
- б) грубої рослинної клітковини;
- в) білків;
- г) вуглеводів.

Відповідь: б.

40. Який із зазначених способів є найбільш інформативним для діагностики раку ободової кишки:

- а) лапароскопія;
- б) ректороманоскопія;
- в) селективна ангіографія;
- г) фіброколоноскопія.

Відповідь: г.

Пряма кишка

Регіонарні лімфатичні вузли

Лімфатичні вузли біля верхньої, середньої та нижньої частин прямої кишки (гемороїдальні), нижні брижові, внутрішні клубові, мезоректальні, бічні сакральні, пресакральні вузли Gerot'a

Клінічна класифікація TNM

T – первинна пухлина;

TX – недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини;

TO – первинна пухлина не визначається;

Tis – інтраепітеліальний або з інвазією слизової оболонки¹;

T1 – пухлина інфільтрує стінку кишки до підслизового шару;

T2 – пухлина інфільтрує м'язовий шар стінки кишки;

T3 – пухлина інфільтрує субсерозу або тканину неперитонізованих ділянок ободової і прямої кишчок;

T4 – пухлина проростає вісцеральну очеревину або безпосередньо поширюється на сусідні органи та структури;

T4a – пухлина проростає вісцеральну очеревину;

T4b – пухлина безпосередньо поширюється на сусідні органи та структури^{2 3}.

Примітки: 1. Tis включає ракові клітини до базальної мембрани (інтраепітеліальне поширення) або в слизовому шарі без поширення в підслизовий шар.

2 Пряме поширення при T4b включає поширення на інші сегменти ободової і прямої кишок шляхом проростання серози, наприклад, вростання пухлини сліпої кишки у сигмоподібну.

3 Проростання пухлини в інші органи або структури, яке визначається макроскопічно, класифікується T4. Однак якщо немає мікроскопічного підтвердження, то T1-3 залежно від глибини інвазії кишкової стінки

N – регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання регіонарних лімфатичних вузлів;

N0 – немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 – метастази в 1–3 регіонарних лімфатичних вузлах;

N1a – метастази в 1 регіонарний лімфатичний вузол;

N1b – метастази в 2–3 регіонарних лімфатичних вузлах;

N1c – сателіти в субсерозному шарі або в не покритих очеревиною навколоободових і навколо прямокишкових м'яких тканинах без регіонарних лімфовузлів;

N2 – метастази в 4 і більше регіонарних лімфатичних вузлах;

N2a – метастази в 4–6 регіонарних лімфатичних вузлах;

N2b – метастази в 7 і більше регіонарних лімфатичних вузлах.

M – віддалені метастази;

MX – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

M0 – немає ознак віддалених метастазів;

M1 – є віддалені метастази;

M1a – метастази в одному органі (печінці, легенях, яєчниках, не регіонарних лімфатичних вузлах) ;

M1b – метастази в більш ніж один орган або очеревину.

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія I	T1, T2	N0	M0
Стадія II	T3, T4	N0	M0
Стадія IIIA	T3	N0	M0
Стадія IIIB	T4a	N0	M0

Стадія ІІС	T4b	N0	M0
Стадія ІІІ	Будь-яка T	N1, N2	M0
Стадія ІІІА	T1, T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
Стадія ІІІВ	T3, T4a	N1	M0
	T2, T3	N2a	M0
	T1, T2	N2b	M0
Стадія ІІІС	T4a	N2a	M0
	T3, T4a	N2b	M0
	T4b	N1, N2	M0
Стадія ІІІІ	Будь-яка T	Будь-яка N	M1a
Стадія ІІІІВ	Будь-яка T	Будь-яка N	M1b

Тести

1. Наявність домішок крові у калових масах після акту дефекації в поєднанні з нерегулярним випорожненням (запори і проноси) найімовірніше пов'язана з:

- а) проктитом;
- б) гемороєм;
- в) раком прямої кишки;
- г) тріщиною заднього проходу.

Відповідь: в.

2. Яка тактика найбільш виправдана при появі прожилок крові у калових масах у хворого з тривалим анамнезом геморою:

- а) призначити свічки «Проктоглівенол», дієту, огляд кожні 3–4 тижні;
- б) провести загальний аналіз крові, рентгеноскопію грудної клітки;
- в) провести пальцеве дослідження прямої кишки;
- г) провести пальцеве дослідження прямої кишки і ректороманоскопію.

Відповідь: г.

3. Поява втиснення на поверхні щільного калового стовпчика найбільш характерна для:

- а) спастичного коліту;
- б) геморою;
- в) раку прямої кишки;

г) поліпа.

Відповідь: в.

4. За наявності домішок крові у калі у хворого на хронічний геморої, але відсутності патології під час ректороманоскопії на відстані 12 см найбільш раціонально:

- а) підтвердити діагноз геморою і призначити консервативне лікування;
- б) призначити дієту і повторне з'явлення через 1 місяць;
- в) виконати іригоскопію;
- г) направити хворого до проктолога з підозрою на загострення геморою.

Відповідь: в.

5. Основним методом радикального лікування раку ампули прямої кишки є:

- а) хірургічний;
- б) хіміотерапія;
- в) променева терапія;
- г) поєднання променевого лікування і хіміотерапії.

Відповідь: а.

6. Яка операція у хворого на рак прямої кишки завершується накладенням колостоми:

- а) ампутація прямої кишки з низведенням;
- б) передня резекція прямої кишки;
- в) черевно-промежинна екстирпація прямої кишки;
- г) черевно-анальна резекція.

Відповідь: в.

7. Яка операція вимагає повторного втручання для відновлення природного пасажу:

- а) передня резекція прямої кишки;
- б) черевно-промежинна екстирпація прямої кишки;
- в) ампутація прямої кишки з низведенням;
- г) операція Гартмана.

Відповідь: г.

8. Яка діагностична тактика у хворих на внутрішній геморої після появи крові у калових масах на фоні тривалої ремісії:

- а) лікувати з приводу геморою на підставі попереднього діагнозу;

- б) спостереження в амбулаторних умовах;
- в) провести повний комплекс спеціальних методів обстеження кишечника;
- г) направити на консультацію до інфекціоніста.

Відповідь: в.

9. Який симптом найбільш характерний для раку середньоампулярного відділу прямої кишки:

- а) часті тенезми з відходженням крові і слизу;
- б) мимовільне відходження газів;
- в) зміна запорів і проносів;
- г) біль у правій клубовій ділянці і над лобком.

Відповідь: г.

10. При резектабельній пухлині прямої кишки, розташованій нижче 5–6 см від ануса, показана операція:

- а) черевно-промежинна екстирпація прямої кишки;
- б) передня резекція прямої кишки із внутрішньочеревним анастомозом;
- в) черевно-анальна резекція прямої кишки з низведенням;
- г) операція Гартмана.

Відповідь: а.

11. Найбільш ранніми клінічними симптомами раку верхньоампулярного відділу прямої кишки є:

- а) біль;
- б) патологічні домішки в калі;
- в) кровотеча;
- г) зміни характеру випорожнення;
- д) правильні відповіді в) і г).

Відповідь: д.

12. Відтік крові від прямої кишки здійснюється:

- а) у систему нижньої брижової вени;
- б) у систему клубових вен
- в) в обидві;
- г) у жодну з перелічених.

Відповідь: в.

13. При резектабельній пухлині прямої кишки на відстані 4 см від ануса показана операція:

- а) черевно-промежинна екстирпація прямої кишки;
- б) передня резекція прямої кишки з внутрішньочеревним анастомозом;
- в) черевно-анальна резекція прямої кишки з низведенням;
- г) операція Гартмана.

Відповідь: а.

14. При резектабельній пухлині прямої кишки на відстані від 7 до 12 см від ануса показана операція:

- а) передня резекція прямої кишки;
- б) операція Гартмана;
- в) черевно-анальна резекція прямої кишки з низведенням;
- г) черевно-промежинна екстирпація прямої кишки.

Відповідь: в.

15. При резектабельній пухлині прямої кишки на відстані вище 12 см від ануса показана операція:

- а) операція Гартмана;
- б) передня резекція прямої кишки;
- в) черевно-промежинна екстирпація прямої кишки;
- г) черевно-анальна резекція з низведенням.

Відповідь: б.

16. При резектабельній пухлині прямої кишки на відстані вище 12 см від ануса на фоні гострої кишкової непрохідності показана операція:

- а) передня резекція прямої кишки;
- б) Гартмана;
- в) черевно-анальна резекція з низведенням;
- г) черевно-промежинна екстирпація прямої кишки.

Відповідь: б.

17. При нерезектабельних пухлинах прямої кишки операцією вибору є:

- а) операція Гартмана;
- б) сигмостома;
- в) передня резекція;
- г) екстирпація прямої кишки.

Відповідь: б.

18. Пухлину яких відділів прямої кишки не вдається виявити при пальцевому обстеженні прямої кишки:

- а) анального каналу;
- б) середньоампулярного відділу;
- в) нижньоампулярного відділу;
- г) ректосигмоїдного відділу.

Відповідь: г.

19. Найбільш частою гістологічною формою раку ампулярного відділу прямої кишки є:

- а) плоскоклітинний рак зі зроговінням;
- б) плоскоклітинний рак без зроговіння;
- в) низькодиференційований плоскоклітинний рак;
- г) аденокарцинома.

Відповідь: г.

20. За допомогою якого методу можна визначити протяжність пухлини при стенозуючому типі раку прямої кишки:

- а) ректороманоскопії;
- б) пальцевому дослідженні;
- в) іригографії;
- г) нижній лімфографії.

Відповідь: в.

21. Найбільш частою гістологічною формою раку анального каналу прямої кишки є:

- а) недиференційований;
- б) плоскоклітинний;
- в) скір;
- г) аденокарцинома.

Відповідь: б.

22. Найбільш частою локалізацією раку прямої кишки є:

- а) анальний відділ;
- б) нижньоампулярний відділ;
- в) середньоампулярний відділ;
- г) верхньоампулярний відділ.

Відповідь: б.

23. Зазначте зону найбільш частого метастазування у хворих на рак анального каналу:

- а) легені;
- б) печінка;
- в) кістки;
- г) пахвинні лімфовузли.

Відповідь: г.

24. Яка клінічна ознака виключає можливість радикального оперативного втручання у хворих на рак прямої кишки:

- а) асцит;
- б) гостра кишкова непрохідність;
- в) анемія;
- г) пухлина, що пальпується.

Відповідь: а.

25. Основний шлях метастазування раку прямої кишки:

- а) гематогенний;
- б) лімфогенний;
- в) імплантаційний;
- г) до органів малого таза.

Відповідь: б.

26. Радикальними операціями з приводу раку прямої кишки є все, крім:

- а) передньої нижньої резекції;
- б) сигмостоми;
- в) черевно-промежинної екстирпації;
- г) черевно-анальної резекції з низведенням.

Відповідь: б.

27. На вибір типу радикальної операції у хворих на рак прямої кишки не впливає:

- а) локалізація пухлини в прямій кишці;
- б) відсутність метастазів у регіонарних лімфовузлах;
- в) ступінь поширеності пухлинного процесу;
- г) термін захворювання.

Відповідь: г.

28. До якої клінічної групи належить хворий на рак прямої кишки після радикального лікування:

- а) I;
- б) II;
- в) III;
- г) IV.

Відповідь: в.

29. Найбільш характерним симптомом раку прямої кишки є:

- а) запор;
- б) слиз у калових масах;
- в) кров у калових масах;
- г) слабкість, схуднення, зниження апетиту.

Відповідь: в.

30. За наявності пухлини прямої кишки на відстані 12 см від анального отвору та за відсутності метастазів доцільна:

- а) екстирпація прямої кишки;
- б) операція Гартмана;
- в) передня резекція прямої кишки;
- г) накладення сигмостоми;
- д) накладення цекостоми.

Відповідь: в.

31. Для виявлення типових віддалених метастазів раку прямої кишки використовується:

- а) пальцеве дослідження прямої кишки;

- б) лабораторне дослідження;
- в) лапароскопія;
- г) ректороманоскопія;
- д) іригоскопія.

Відповідь: в.

32. Які поліпи прямої кишки мають більшу здатність до малігнізації:

- а) гіперпластичні;
- б) ворсинчасті;
- в) аденоматозні;
- г) множинні аденоматозні;
- д) індекс малігнізації однаковий у всіх випадках.

Відповідь: г.

33. Які з перелічених вище методів дослідження найбільш чутливі для виявлення метастазів раку прямої кишки у заочеревинні лімфовузли:

- а) ультразвукове дослідження;
- б) КТ;
- в) сканування лімфовузлів;
- г) ангіографія.

Відповідь: б.

34. Для низької товстокишкової непрохідності характерне все, крім:

- а) поступового наростання симптомів;
- б) здуття живота;
- в) затримки випорожнення;
- г) появи чаш Клойбера;
- д) швидкого (упродовж доби) зневоднення.

Відповідь: д.

35. Найбільш раціональним лікуванням раку прямої кишки є:

- а) хіміотерапія;
- б) рентгенорадіотерапія;
- в) симптоматичне лікування;
- г) комбіноване лікування;

д) хірургічне втручання.

Відповідь: д.

36. Ускладненням раку прямої кишки може бути все, крім:

- а) перфорації пухлини;
- б) периколіту;
- в) гострої кишкової непрохідності;
- г) кровотечі;
- д) токсичного панкреатиту.

Відповідь: г.

37. При перфорації пухлини висхідної кишки з метастазами в печінку показана:

- а) правобічна геміколектомія з ілеотрансверзоанастомозом;
- б) правобічна геміколектомія, термінальна ілеостомія;
- в) ушивання перфорації, ілеотрансверзоанастомоз;
- г) правобічна геміколектомія, колостомія, ілеостомія;
- д) цекостома.

Відповідь: д.

38. Товстокишкова непрохідність найчастіше буває обумовлена:

- а) каловими каменями;
- б) пухлиною;
- в) дивертикулітом;
- г) паховою грижею;
- д) туберкульозом.

Відповідь: б.

39. На вибір методу лікування поліпів прямої кишки впливає:

- а) кількість поліпів;
- б) розміри поліпів;
- в) гістологічна будова поліпів;
- г) тип росту (на ніжці або на широкій основі);
- д) усе перелічене.

Відповідь: д.

40. Найбільш ранніми клінічними симптомами пухлини середньоампулярного відділу прямої кишки є:

- а) біль;
- б) патологічні домішки в калі;
- в) кровотеча;
- г) зміни випорожнення;
- д) правильні відповіді в) і г).

Відповідь: д.

Печінка

Регіонарні лімфатичні вузли

Регіонарними лімфатичними вузлами є лімфатичні вузли воріт печінки, печінкові (розміщені уздовж власної печінкової артерії), навколопортальні (уздовж ворітної вени) і уздовж абдомінальної частини нижньої порожнистої вени вище від печінкової вени (за винятком нижніх діафрагмальних вузлів).

Клінічна класифікація TNM

T – первинна пухлина;

TX – недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини;

TO – первинна пухлина не визначається;

T1 – солітарна пухлина без судинної інвазії;

T2 – солітарна пухлина із судинною інвазією або множинні пухлини < 5 см у найбільшому вимірі;

T3 – множинні пухлини > 5 см або пухлина, що залучає велику гілку ворітної вени або печінкової вени;

T3a – множинні пухлини > 5 см;

T3b – пухлини, що залучають велику гілку ворітної вени або печінкової вени;

T4 – пухлина (і) з прямим поширенням на прилеглі органи, але не на жовчний міхур або з перфорацією вісцеральної очеревини.

N – регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання регіонарних лімфатичних вузлів;

N0 – немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 – у регіонарних лімфатичних вузлах є метастази.

M – віддалені метастази;

M0 – немає віддалених метастазів;

M1 – віддалені метастази.

Групування за стадіями

Стадія I	T1	N0	M0
Стадія II	T2	N0	M0
Стадія IIIA	T3a	N0	M0
Стадія IIIB	T3b	N0	M0
Стадія IIIC	T4	N0	M0
Стадія IVA	Будь-яка T	N1	M0
Стадія IVB	Будь-яка T	Будь-яка N	M1

Тести

1. Яка з перелічених пухлин печінки є злоякісною:

- а) аденома;
- б) гемангіома;
- в) ліпома;
- г) холангіокарцинома.

Відповідь: г.

2. Яка з перелічених пухлин печінки є доброякісною:

- а) аденома;
- б) гепатобластома;
- в) гепатоцелюлярна карцинома;
- г) холангіокарцинома.

Відповідь: а.

3. Серед усіх випадків первинного раку печінки 90 % становить:

- а) аденома;
- б) гемангіома;
- в) гепатоцелюлярная карцинома;
- г) холангіокарцинома.

Відповідь: в.

4. Найбільш часто рак печінки розвивається на фоні:

- а) гепатиту В;
- б) гепатиту С;
- в) алкоголізму;

г) наркоманії.

Відповідь: а.

5. Афлатоксин може міститися у будь-яких продуктах, крім:

а) рису;

б) зерна;

в) води;

г) арахісу.

Відповідь: в.

6. Яке захворювання найбільш часто поєднується з раком печінки:

а) гастрит;

б) цироз;

в) жовчокам'яна хвороба;

г) коліт.

Відповідь: б.

7. Солітарна пухлина до 2 см у найбільшому вимірі без інвазії судин відповідає:

а) T1;

б) T2;

в) T3;

г) T4.

Відповідь: а.

8. Основний метод лікування раку печінки:

а) вакцинація;

б) хіміотерапія;

в) променева терапія;

г) хірургічний.

Відповідь: г.

9. Ураження лімфатичних вузлів воріт печінки і гепатодуоденальної зв'язки відповідає:

а) N1;

б) N2;

в) N3;

г) N4.

Відповідь: а.

10. Найбільш часто пухлини печінки за своїм походженням є:

- а) первинними;
- б) метастатичними.

Відповідь: б.

11. До груп ризику розвитку первинного раку печінки необхідно відносити:

- а) носіїв вірусу гепатиту В;
- б) пацієнтів із цирозом печінки;
- в) людей, які вживають у їжу продукти, уражені афлатоксином;
- г) людей, які хворіють на опісторхоз;
- д) усіх перелічених вище.

Відповідь: д.

12. У хворих на опісторхоз частіше за все розвивається:

- а) холангіоцелюлярний рак печінки;
- б) гепатоцелюлярний рак печінки;
- в) обидві форми первинного раку печінки трапляються з однаковою частотою;
- г) опісторхоз НЕ впливає на розвиток первинного раку печінки;
- д) правильної відповіді немає.

Відповідь: а.

13. Позитивна реакція на альфа-фетопротеїн найчастіше буває у хворих на:

- а) первинний рак печінки;
- б) метастатичний рак печінки;
- в) доброякісні новоутворення печінки;
- г) правильні відповіді а і б;
- д) не характерна для пухлинних уражень печінки.

Відповідь: а.

14. Первинний рак печінки метастазує:

- а) гематогенно;
- б) лімфогенно;

- в) внутрішньоорганно;
 - г) спостерігаються усі перелічені види метастазування.
- Відповідь: г.

15. При первинному раку печінки віддалені метастази частіше трапляються в:

- а) кістках;
- б) заочеревинних лімфатичних вузлах;
- в) легенях;
- г) головному мозку.

Відповідь: б.

16. Із перелічених симптомів оберіть ті, які найбільш часто трапляються у хворих на первинний рак печінки:

- а) блідість шкірних покривів;
- б) жовтяниця шкірних покривів;
- в) симптоми портальної гіпертензії;
- г) гепатомегалія;
- д) симптом Курвуазьє.

Відповідь: г.

17. Найбільш достовірним методом, що дозволяє діагностувати пухлини печінки, є:

- а) ультразвукове дослідження;
- б) комп'ютерна томографія;
- в) ангіографія;
- г) лапароскопія;
- д) усі перелічені методи мають однакову інформативність.

Відповідь: б.

18. Для первинного раку печінки найбільш характерним є підвищення активності:

- а) лужної фосфатази;
- б) аланінової та аспарагінової трансаміназ;
- в) лактатдегідрогенази;
- г) γ -глутамінтранспептидази;
- д) усіх перелічених ферментів.

Відповідь: д.

19. Пухлини печінки невеликих розмірів найчастіше діагностують під час:

- а) ультразвукового дослідження;
- б) рентгенівської комп'ютерної томографії;
- в) ангіографічного дослідження;
- г) радіоізотопного дослідження;
- д) розміри пухлини не впливають на точність цих методів.

Відповідь: б.

20. Найбільш ефективним методом лікування первинного раку печінки є:

- а) хірургічний;
- б) системна хіміотерапія;
- в) регіонарна хіміотерапія;
- г) променеве лікування;
- д) правильно б і в.

Відповідь: а.

21. Паліативні (симптоматичні) операції у хворих на первинний рак печінки доцільно виконувати у випадках:

- а) обтурації пухлиною порожнистих органів (жовчні протоки, кишечник, сечовід і т. д.);
- б) розпаду пухлини з виникненням внутрішньочеревних кровотеч або розвитком перитоніту;
- в) планування проведення хіміотерапевтичного лікування у післяопераційному періоді;
- г) у всіх перелічених випадках.

Відповідь: а.

22. Метастатичне ураження печінки часто спостерігається у випадку розташування первинної пухлини в:

- а) органах шлунково-кишкового тракту;
- б) легенях;
- в) молочній залозі;
- г) жіночих статевих органах;
- д) при всіх перелічених локалізаціях первинної пухлини.

Відповідь: а.

23. Найбільш ранньою скаргою хворих на метастатичне ураження печінки є:

- а) біль у правому підребер'ї та епігастральній ділянці;
- б) свербіж шкіри;
- в) наявність жовтяниці;
- г) наявність асцити;
- д) спленомегалія.

Відповідь: а.

24. Серед злоякісних новоутворень печінки переважають:

- а) первинний рак;
- б) метастази;
- в) саркоми;
- г) усі перелічені трапляються приблизно з однаковою частотою.

Відповідь: б.

25. Основним фактором, що сприяє виникненню гепатоцелюлярного раку печінки, є:

- а) носійство вірусу гепатиту А;
- б) носійство вірусу гепатиту В;
- в) хронічний опісторхоз;
- г) забруднення їжі афлатоксинами.

Відповідь: б.

26. Основним фактором, що сприяє виникненню холангіоцелюлярного раку печінки, є:

- а) носійство вірусу гепатиту А;
- б) носійство вірусу гепатиту В;
- в) хронічний опісторхоз;
- г) забруднення їжі афлатоксинами.

Відповідь: в.

27. Фактором ризику розвитку раку печінки в розвинених країнах є:

- а) іонізуюча радіація;
- б) паління;
- в) зловживання алкоголем;
- г) зловживання жирною їжею.

Відповідь: в.

28. На фоні якої патології часто розвивається гепатоцелюлярний рак печінки?

- а) цироз печінки;
- б) опісторхоз;
- в) обох захворювань;
- г) жодного з перелічених.

Відповідь: а.

29. Який морфологічний варіант первинного раку печінки, як правило, розвивається у хворих на опісторхоз:

- а) холангіоцелюлярний рак печінки;
- б) гепатоцелюлярний рак печінки;
- в) обидві форми первинного раку печінки трапляються з однаковою частотою;
- г) опісторхоз не впливає на розвиток первинного раку печінки.

Відповідь: а.

30. Заходами профілактики гепатоцелюлярного раку печінки є (зазначте 2 правильних відповіді):

- а) вакцинація проти вірусу гепатиту В;
- б) лікування опісторхозу;
- в) боротьба з алкоголізмом;
- г) ліквідація бактеріальної інфекції у жовчних протоках.

Відповіді: а, в.

31. Заходами профілактики холангіоцелюлярного раку печінки є (зазначте 2 правильних відповіді):

- а) вакцинація проти вірусу гепатиту В;
- б) лікування опісторхозу;
- в) боротьба з алкоголізмом;
- г) ліквідація бактеріальної інфекції у внутрішньопечінкових жовчних протоках.

Відповіді: б, г.

32. Найбільш часто хворі на первинний рак печінки скаржаться на:

- а) схуднення;

- б) загальну слабкість;
- в) біль у правому підребер'ї;
- г) жовтяницю;
- д) підвищення температури.

Відповідь: в.

33. Найбільш об'єктивною ознакою раку печінки є:

- а) лихоманка;
- б) жовтяниця шкіри;
- в) симптоми портальної гіпертензії;
- г) гепатомегалія;
- д) симптом Курвуазьє.

Відповідь: г.

34. Який із перелічених симптомів не спостерігається у хворих на рак печінки:

- а) лихоманка;
- б) жовтяниця шкірних покривів;
- в) симптоми портальної гіпертензії;
- г) гепатомегалія;
- д) симптом Курвуазьє.

Відповідь: д.

35. Який тип болю не характерний для первинного раку печінки:

- а) тупий, постійний, не різкий;
- б) постійний та сильний;
- в) гострий та нападopodobний;
- г) із поступово наростаючою інтенсивністю.

Відповідь: в.

36. Хворий 45 років має позитивну реакцію на альфа-фетопротеїн. Для якого захворювання це характерно:

- а) первинного раку печінки;
- б) метастазів у печінку;
- в) доброякісних новоутворень печінки;
- г) усе перелічене.

Відповідь: а.

37. Інформативними методами, що дозволяють діагностувати пухлинні ураження печінки, є:

- а) ультразвукове дослідження;
- б) комп'ютерна томографія;
- в) ангіографія;
- г) лапароскопія;
- д) усі перелічені методи інформативні.

Відповідь: д.

38. Який із перелічених методів є радикальним для лікування первинного раку печінки:

- а) хірургічний;
- б) системна хіміотерапія;
- в) регіонарна хіміотерапія;
- г) променеве лікування.

Відповідь: а.

39. Променева терапія у хворих на первинний рак печінки:

- а) є одним із провідних методів радикального лікування;
- б) застосовується із паліативної метою;
- в) застосовується із симптоматичною метою;
- г) застосовується у виняткових випадках.

Відповідь: г.

40. При місцево поширеному нерезектабельному гепатоцелюлярному раку печінки проводять:

- а) хіміоемболізацію печінкової артерії;
- б) променеву терапію;
- в) системну хіміотерапію;
- г) усе перелічене.

Відповідь: а.

Підшлункова залоза

Регіонарні лімфатичні вузли

Регіонарними лімфатичними вузлами є вузли, розташовані близько до підшлункової залози, що поділяються на:

верхні: догори від головки і тіла;

нижні: донизу від головки і тіла;

передні: передні панкреатодуоденальні, пілоричні (лише для пухлин головки) і проксимальні брижові;

задні: задні панкреатодуоденальні, навколо загальної жовчної протоки і проксимальні брижові;

селезінкові: у воротах селезінки і біля хвоста підшлункової залози (лише для пухлин тіла і хвоста);

черевні: (лише для пухлин головки).

Клінічна класифікація TNM

T – первинна пухлина;

TX – недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини;

TO – первинна пухлина не визначається;

Tis – преінвазивна карцинома (Carcinoma in situ);

T1 – пухлина обмежена підшлунковою залозою до 2 см у найбільшому вимірі;

T2 – пухлина обмежена підшлунковою залозою більше 2 см у найбільшому вимірі;

T3 – пухлина поширюється за межі підшлункової залози, але не залучає черевну або верхню брижову артерію;

T4 – пухлина поширюється на черевну або верхню брижову артерію.

N – регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання регіонарних лімфатичних вузлів;

N0 – немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 – регіонарні лімфатичні вузли уражені метастазами.

M – віддалені метастази;

M0 – немає віддалених метастазів;

M1 – віддалені метастази.

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія IA	T1	N0	M0
Стадія IB	T2	N0	M0

Стадія ІІА	T3	N0	M0
Стадія ІІВ	T1, T2, T3	N1	M0
Стадія ІІІ	T4	Будь-яка N	M0
Стадія ІІV	Будь-яка T	Будь-яка N	M1

Тести

1. Який ступінь злоякісності у раку підшлункової залози:

- а) низький;
- б) середній;
- в) високий;
- г) дуже високий.

Відповідь: в.

2. Чи існує зв'язок між палінням і раком підшлункової залози?

- а) так;
- б) ні.

Відповідь: а.

3. Які з перелічених пухлин є доброякісними (2 відповіді):

- а) серозна цистаденома;
- б) зріла кістозна тератома;
- в) внутрішньопроотокова аденокарцинома;
- г) гігантоклітинна пухлина.

Відповіді: а, б.

4. Які з перелічених пухлин є злоякісними (2 відповіді):

- а) серозна цистаденома;
- б) зріла кістозна тератома;
- в) внутрішньопроотокова аденокарцинома;
- г) гігантоклітинна пухлина.

Відповіді: в, г.

5. Яка з пухлин підшлункової залози трапляється найбільш часто:

- а) внутрішньопроотокова аденокарцинома;
- б) гігантоклітинна пухлина;

- в) недиференційований рак;
- г) панкреатобластома.

Відповідь: а.

6. В якій частині підшлункової залози найбільш часто розвивається рак:

- а) головка;
- б) тіло;
- в) хвіст;
- г) в усіх частинах з однаковою ймовірністю.

Відповідь: а.

7. Пухлина, що обмежена підшлунковою залозою до 2 см у найбільшому вимірі відповідає:

- а) T1;
- б) T2;
- в) T3;
- г) T4.

Відповідь: а.

8. Пухлина, що обмежена підшлунковою залозою і більше 2 см у найбільшому вимірі, відповідає:

- а) T1;
- б) T2;
- в) T3;
- г) T4.

Відповідь: б.

9. Пухлина, що поширюється за межі підшлункової залози, але не досягає черевного стовбура або верхньої брижової артерії, відповідає:

- а) T1;
- б) T2;
- в) T3;
- г) T4.

Відповідь: в.

10. Рівні яких онкомаркерів підвищуються при раку підшлункової залози (2 відповіді):

- а) РЕА;
- б) СА19,9;
- в) СА15,3;
- г) СА125.

Відповіді: а, б.

11. Рак підшлункової залози частіше трапляється у:

- а) чоловіків;
- б) жінок;
- в) з однаковою частотою у осіб обох статей.

Відповідь: а.

12. Виникненню раку підшлункової залози сприяє:

- а) зловживання алкоголем;
- б) паління;
- в) підвищене споживання жирів;
- г) все перелічене.

Відповідь: г.

13. Заходи профілактики раку підшлункової залози:

- а) відмова від зловживання алкоголем;
- б) відмова від паління;
- в) обмеження кількості жирів у дієті;
- г) внесення у харчовий раціон великої кількості овочів та фруктів;
- д) все перелічене.

Відповідь: д.

14. Рак якого відділу підшлункової залози найчастіше викликає механічну жовтяницю:

- а) головки;
- б) тіла;
- в) хвоста;
- г) будь-якого відділу.

Відповідь: а.

15. Типові форми раку підшлункової залози:

- а) аденокарцинома;
- б) плоскоклітинний рак;
- в) анапластичний рак.

Відповідь: а.

16. Для раку головки підшлункової залози найбільш характерним симптомом є:

- а) жовтяниця;
- б) біль в епігастральній ділянці;
- в) підвищення температури тіла;
- г) тромбози периферичних судин.

Відповідь: а.

17. Для раку тіла підшлункової залози найбільш характерним симптомом є:

- а) жовтяниця;
- б) біль в епігастральній ділянці;
- в) підвищення температури тіла;
- г) нудота і блювання.

Відповідь: б.

18. Найбільш інтенсивний біль спостерігають при локалізації пухлини в:

- а) головці підшлункової залози;
- б) тілі підшлункової залози;
- в) хвості підшлункової залози;
- г) інтенсивний біль для раку підшлункової залози не характерний.

Відповідь: б.

19. Якого кольору калові маси пацієнта внаслідок розвитку жовтяниці на фоні раку підшлункової залози:

- а) звичайного;
- б) темно-коричневого;
- в) знебарвлені;
- г) закономірності не існує.

Відповідь: в.

20. Якого кольору сеча у пацієнтів внаслідок розвитку жовтяниці на фоні раку підшлункової залози:

- а) світло-жовтий;
- б) темно-коричневий;
- в) сеча знебарвлена;
- г) закономірності не існує.

Відповідь: б.

21. Паранеопластичний синдром, що характерний для раку тіла підшлункової залози, проявляється у вигляді:

- а) нейродерміту;
- б) гіперпігментації шкіри;
- в) тромбозів периферичних судин;
- г) гемолітичної анемії.

Відповідь: в.

22. Наростаюча жовтяниця характерна для пухлини:

- а) жовчного міхура;
- б) головки підшлункової залози;
- в) тіла підшлункової залози;
- г) хвоста підшлункової залози;
- д) усіх відділів підшлункової залози.

Відповідь: б.

23. Симптом Курвуазьє характерний для:

- а) хронічного гепатиту;
- б) калькульозного холециститу;
- в) раку головки підшлункової залози;
- г) хронічного гепатиту;
- д) раку жовчного міхура.

Відповідь: в.

24. Клінічний мінімум обстеження на рак підшлункової залози за наявності жовтяниці включає (зазначте 3 правильні відповіді):

- а) рентгеноскопію шлунка;

- б) іригографію;
- в) УЗД черевної порожнини;
- г) комп'ютерну томографію черевної порожнини;
- д) дослідження сечі і калу на жовчні пігменти.

Відповіді: а, в, г.

25. Механічна жовтяниця на фоні пухлини підшлункової залози найчастіше супроводжується:

- а) появою різкого болю в епігастрії, асцитом, блюванням;
- б) збільшенням печінки, шкірним свербіжем, асцитом;
- в) збільшенням жовчного міхура, шкірним свербіжем, збільшенням печінки;
- г) нудотою, блюванням, збільшенням жовчного міхура.

Відповідь: в.

26. За допомогою біохімічних проб на білірубін, трансамінази, ЛДГ при підозрі на рак біліопанкреатодуоденальної ділянки можливо:

- а) провести топічну діагностику пухлини;
- б) провести диференціальну діагностику жовтяниці;
- в) охарактеризувати загальний стан хворого;
- г) провести топічну діагностику пухлини та охарактеризувати загальний стан хворого.

Відповідь: б.

27. У хворого біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання. Протягом 6 міс. схуд на 15 кг. Під час рентгенологічного дослідження встановлено, що шлунок зміщений уперед. Про яке захворювання можна думати:

- а) пілоричний стеноз;
- б) пухлина підшлункової залози;
- в) виразкова хвороба шлунка;
- г) рак шлунка;
- д) пухлина товстої кишки.

Відповідь: б.

28. Радикальним методом лікування раку підшлункової залози є:

- а) хірургічне втручання;
- б) променева терапія;

- в) хіміотерапія;
- г) гормонотерапія;
- д) радикального лікування цієї пухлини не існує.

Відповідь: а.

29. Під час панкреатодуоденальної резекції видаляють:

- а) усю підшлункову залозу;
- б) головку підшлункової залози і дванадцятипалої кишки;
- в) головку підшлункової залози і дванадцятипалої кишки, пілоричний відділ шлунка;
- г) головку підшлункової залози і дванадцятипалої кишки, пілоричний відділ шлунка, жовчний міхур.

Відповідь: в.

30. Якого лікування потребує хворий на жовтяницю на фоні занедбаного раку головки підшлункової залози:

- а) симптоматичного;
- б) променевої терапії;
- в) хіміотерапії;
- г) паліативної панкреатодуоденальної резекції.

Відповідь: г.

31. Пухлини підшлункової залози якого типу трапляються найчастіше:

- а) солідні пухлини;
- б) низькодиференційовані пухлини;
- в) плоскоклітинні форми раку;
- г) аденокарциноми.

Відповідь: г.

32. Доведений фактор підвищеного ризику розвитку раку підшлункової залози:

- а) підвищене споживання алкоголю;
- б) паління;
- в) підвищене споживання чаю;
- г) підвищене споживання кави.

Відповідь: б.

33. Пацієнт має підвищений ризик розвитку раку підшлункової залози, якщо страждає на (відзначте 2 правильних відповіді):

- а) виразкову хворобу шлунка;
- б) хронічний панкреатит;
- в) виразкову хворобу дванадцятипалої кишки;
- г) жовчнокам'яну хворобу.

Відповіді: б, г.

34. Пухлини підшлункової залози бувають (відзначте 2 правильних відповіді):

- а) екзокринні;
- б) епітеліоподібні;
- в) ендокринні.

Відповіді: а, в.

35. До уражень хвоста підшлункової залози відносять пухлини, що виникають в ділянці:

- а) обмеженій лівим краєм аорти і воротами селезінки;
- б) праворуч від лівого краю верхньої мезентеріальної вени;
- в) обмеженій лівим краєм верхньої мезентеріальної вени і лівим краєм аорти.

Відповідь: а.

36. Регіонарними лімфатичними вузлами для позапечінкових жовчних проток є:

- а) лімфовузли селезінки, воріт селезінки і хвоста підшлункової залози;
- б) внутрішньочеревні;
- в) лімфовузли, розміщені близько до міхура і загальної жовчної протоки, воріт печінки, головки підшлункової залози, дванадцятипалої кишки, ворітної, черевної і верхньої мезентеріальної артерії.

Відповідь: в.

37. Які великі судини прилягають до підшлункової залози?

- а) ворітна вена, черевна артерія, верхня брижова і загальна печінкова артерії та вени;
- б) судини селезінки;
- в) нижня брижова і ліва печінкова артерії.

Відповідь: а.

38. Основний клінічний симптом злоякісних пухлин у ділянці підшлункової залози:

- а) біль;
- б) лихоманка;
- в) зниження маси тіла;
- г) механічна жовтяниця.

Відповідь: г.

39. Що включає в себе розширений обсяг досліджень при підозрі на пухлину підшлункової залози (азначте 3 правильні відповіді):

- а) МРТ;
- б) комп'ютерна томографія;
- в) ангіографія;
- г) ретроградна панкреатохолангіографія;
- д) черезшкірна черезпечінкова хол ангіографія.

Відповіді: б, г, д.

40. Чи існує зв'язок між опісторхозом і раком підшлункової залози:

- а) так;
- б) ні.

Відповідь: б.

Легені

Регіонарні лімфатичні вузли

Регіонарними лімфатичними вузлами є внутрішньогрудні, прескаленні і надключичні лімфатичні вузли.

Клінічна класифікація TNM

T – первинна пухлина

TX – недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини або пухлина доведена лише наявністю пухлинних клітин у харкотинні, або промивних водах бронхів, але не виявляється методами візуалізації, або під час бронхоскопії;

T0 – первинна пухлина не визначається;

Tis – преінвазивна карцинома (Carcinoma in situ) ;

T1 – пухлина не більше 3 см у найбільшому вимірі, оточена легеневою тканиною або вісцеральної плеврою, без видимої інвазії проксимальніше часткового бронха при бронхоскопії (без ураження головного бронха) ¹;

T1a – пухлина 2 см або менше у найбільшому вимірі;

T1b – пухлина більше 2 см, але не більше 3 см у найбільшому вимірі¹;

T2 – пухлина більше 3 см у найбільшому вимірі, але не більше 7 см; пухлина має якусь із наступних ознак²:

– проростає вісцеральну плевру;

– супроводжується ателектазом або обструктивною пневмонією, що поширюється на корінь легені, але не захоплює всю легеню;

– проксимальний край пухлини розміщується не менше, ніж 2 см від каріни;

T2a – пухлина більше 3 см, але не більше 5 см у найбільшому вимірі;

T2b – пухлина більше 5 см, але не більше 7 см у найбільшому вимірі;

T3 – пухлина будь-якого розміру, що безпосередньо переходить на: грудну стінку (включаючи пухлини верхньої борозни), діафрагму, медіастинальну плевру, перикард, або пухлину, не доходить до каріни менш ніж на 2 см, але без залучення каріни¹, або пухлина із супутнім ателектазом або обструктивною пневмонією всієї легені, або окремі пухлинні вузли в тій самій частці, що і первинний осередок;

T4 – пухлина будь-якого розміру, що безпосередньо переходить на середостіння, серце, великі судини, трахею, поворотний гортанний нерв, стравохід, тіла хребців, каріну; окремі пухлинні вузли у протилежній частці.

N – регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання регіонарних лімфатичних вузлів;

N0 – немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 – є ураження перібронхіальних і/або лімфатичних вузлів кореня легені на боці ураження, внутрішньолегенових лімфатичних вузлів, включаючи безпосереднє поширення пухлини на лімфатичні вузли;

N2 – є ураження лімфатичних вузлів середостіння на боці ураження або біфуркаційних;

N3 – є ураження лімфатичних вузлів середостіння або кореня легені на протилежному боці, прескаленних або надключичних лімфатичних вузлів на боці ураження або на протилежному боці.

M – віддалені метастази;

MX – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

M0 – немає ознак віддалених метастазів;

M1 – є віддалені метастази;

M1a – окремі пухлинні вузли в іншій частці як на боці захворювання, так і в протилежній легені, плевральний або перикардіальний випіт³

M1b – віддалені метастази.

Примітки: 1. Незвичайні пухлини будь-якого розміру, що поверхнево поширюються, якщо їх інфільтративний ріст обмежений стінкою бронха, при поширенні на головний бронх класифікуються як T1a.

2. T2-пухлина з переліченими ознаками класифікується як T2a, якщо її розмір 5 см і менше, або якщо розмір не визначений. T2b вважається пухлина більше 5, але менше 7 см.

3. Більшість плевральних випотів, асоційованих із раком легенів, викликані пухлиною. Однак є випадки, коли багаторазові цитологічні дослідження плевральної рідини не верифікують пухлинну природу випоту. Ці дані поряд із клінічними дозволяють судити про непухлинну природу випоту, і в цьому випадку наявність випоту не впливає на класифікацію T, і він повинен класифікуватися як M0.

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія IA	T1a, b	N0	M0
Стадія IB	T2a	N0	M0
Стадія IIA	T2b	N0	M0
	T1a, b	N1	M0
	T2a	N1	M0
Стадія IIB	T2b	N1	M0
	T3	N0	M0
Стадія IIIA	T1a, b, T2a, b	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
	T4	N0, N1	M0
Стадія IIIB	T4	N2	M0
	Будь-яка T	N3	M0
Стадія IV	Будь-яка T	Будь-яка N	M1

Тести

1. Вибір методу лікування раку легенів залежить від таких чинників:

- а) ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів;
- б) розмірів і локалізації первинної пухлини в легені ;
- в) проростання судинних утворів, органів та структур;
- г) відсутності або наявності віддалених метастазів;
- д) усі відповіді правильні.

Відповідь: д.

2. Зв'язок між курінням, впливом професійних шкідливих факторів та виникненням раку легенів вдається простежити:

- а) для плоскоклітинного раку;
- б) для дрібноклітинного раку;
- в) для залозистого раку;
- г) всі відповіді правильні;
- д) правильні відповіді а) і в).

Відповідь: д.

3. Досить рано на оглядових рентгенограмах пухлинний вузол при центральній формі раку легенів виявляється в разі:

- а) ендобронхіального типу росту пухлини;
- б) екзобронхіального вузлового типу росту пухлини;
- в) термін виявлення не залежить від типу росту пухлини;
- г) перибронхіального розгалуженого типу росту пухлини.

Відповідь: б.

4. При злоякісних новоутвореннях середостіння частіше, ніж при доброякісних, трапляються:

- а) синдром стиснення верхньої порожнистої вени;
- б) загальні симптоми нездужання, схуднення, відсутність апетиту, пітливість;
- в) тахікардія;
- г) усі перелічені симптоми;
- д) правильно а) і в).

Відповідь: д.

5. Первинні симптоми раку легенів обумовлені проявом:

- а) первинної пухлини бронха;
- б) регіонарних метастазів;
- в) загального впливу пухлини на організм;
- г) віддалених метастазів.

Відповідь: а.

6. Стан гіповентиляції, обумовлений наявністю ендобронхіальної пухлини в головному бронху, краще виявляється:

- а) у фазі глибокого вдиху;
- б) у фазі глибокого видиху;
- в) і в тому, і в іншому випадках.

Відповідь: а.

7. Протипоказаннями до операції з приводу раку легенів є метастази:

- а) у шийні лімфовузли;
- б) у віддалені органи;
- в) у надключичні лімфовузли;
- г) у плевру;
- д) всі відповіді правильні.

Відповідь: д.

8. До основних заходів щодо профілактики порушень дихання і розвитку післяопераційної пневмонії належать:

- а) санація бронхіального дерева;
- б) адекватне знеболювання;
- в) застосування муколітичних і бронхолітичних засобів;
- г) стимуляція кашлю (при пригніченому кашльовому рефлексі);
- д) всі відповіді правильні.

Відповідь: д.

9. Клінічними ознаками плеврального випоту є:

- а) біль;
- б) сухий непродуктивний кашель;
- в) задишка;

- г) усе перелічене;
 - д) лише а) і б).
- Відповідь: г.

10. До центрального раку належать пухлини, первинною локалізацією яких є бронхи:
- а) головні;
 - б) сегментарні;
 - в) часткові і сегментарні;
 - г) правильні відповіді а) і б);
 - д) правильні відповіді б) і в).
- Відповідь: г.

11. При пухлинах головного бронха повинна бути виконана:
- а) пульмонектомія;
 - б) лобектомія;
 - в) променева терапія без операції;
 - г) сегментектомія;
 - д) все правильно.
- Відповідь: а.

12. Рак легенів необхідно диференціювати:
- а) із туберкульозом легень;
 - б) із затяжною пневмонією;
 - в) із доброякісною пухлиною;
 - г) із метастазами інших пухлин у легені;
 - д) із усіма переліченими хворобами.
- Відповідь: д.

13. За наявності у пацієнта аденокарциноми легенів 1–2-ї стадій показане лікування:
- а) променеве;
 - б) комбіноване;
 - в) хіміотерапевтичне;
 - г) хірургічне;
 - д) комплексне.
- Відповідь: г.

14. При появі круглої тіні на рентгенограмі легень не показана:

- а) томографія;
- б) динамічне спостереження;
- в) фібробронхоскопія з біопсією;
- г) проби Пірке і Манту;
- д) пневмодіастинографія.

Відповідь: б.

15. До периферичного раку легенів не належить рак:

- а) сегментарного бронха;
- б) Пенкоста;
- в) бронхіолоальвеолярний;
- г) пневмонієподібний;
- д) порожнинний (порожнинна форма).

Відповідь: а.

16. Основними методами діагностики центрального раку легені є:

- а) рентгенологічний і бронхоскопія з біопсією;
- б) бронхоскопія з біопсією і бронхографія;
- в) бронхографія і бронхоскопія;
- г) радіоізотопний і рентгенологічний;
- д) пневмомедіастиноскопія .

Відповідь: а.

17. Рентгенологічною ознакою периферичного раку легені з розпадом є:

- а) сегментарний ателектаз;
- б) горбистий вузол з доріжкою до кореня легені;
- в) узурація ребер;
- г) ексудативний плеврит;
- д) порожнисте просвітлення в легенях.

Відповідь: д.

18. Основними методами лікування дрібноклітинного раку легенів 3-ї стадії є:

- а) хірургічний;

- б) променевий;
- в) хіміотерапевтичний і променевий;
- г) гормональний;
- д) хіміотерапевтичний.

Відповідь: в.

19. Найбільш характерним симптомом раку Пенкоста є:

- а) кровохаркання;
- б) болі за грудиною;
- в) синдром Горнера;
- г) набряк у ділянці шиї та обличчя;
- д) осиплість голосу.

Відповідь: в.

20. При раку легені T3N0M0 у хворого 45 років показане:

- а) комбіноване цитостатичне і радіологічне лікування;
- б) лікування цитостатиками;
- в) променева терапія;
- г) хірургічне лікування;
- д) симптоматична терапія.

Відповідь: г.

21. Для медіастинальної форми раку легенів характерними ознаками є:

- а) акроціаноз;
- б) осиплість голосу;
- в) набряк обличчя;
- г) розширення поверхневих вен передньої грудної стінки;
- д) все правильно.

Відповідь: д.

22. Виникнення вогнищ плоскоклітинної метаплазії епітелію бронхів, як правило, передусе розвитку:

- а) дрібноклітинного раку;
- б) залозистого раку;
- в) плоскоклітинного раку;

г) великоклітинного раку легенів.

Відповідь: в.

23. Рентгенологічні ознаки порушення бронхіальної прохідності і ускладнення, що пов'язані з нею, найбільш швидко виникають при:

а) ендобронхіальному типі росту пухлини;

б) розгалуженому перибронхіальному типі росту пухлини;

в) екзобронхіальному типі росту пухлини;

г) терміни виникнення рентгенологічних ознак порушення бронхіальної прохідності не залежать від анатомічного типу росту пухлини.

Відповідь: а.

24. Найбільш ефективним методом лікування раку легенів є:

а) хірургічний;

б) променевий;

в) імунотерапія;

г) хіміотерапія.

Відповідь: а.

25. Бронхографія дозволяє уточнити:

а) локалізацію, рухливість пухлини;

б) гістогенез пухлини, її доброякісний чи злоякісний тип;

в) і те, й інше.

Відповідь: а.

26. Рак легенів метастазує:

а) у кістки;

б) у печінку;

в) у головний мозок;

г) усі відповіді вірні;

д) правильної відповіді правильні.

Відповідь: г.

27. За наявності у пацієнта раку легенів рентгенівська комп'ютерна томографія дозволяє:

а) визначити розміри пухлини;

- б) установити точну локалізацію пухлини;
- в) отримати інформацію про розміри лімфатичних вузлів середостіння і коренів легень;
- г) визначити відношення до грудної стінки, хребта і середостіння;
- д) всі відповіді правильні.

Відповідь: д.

28. Найбільш часто гостра серцево-судинна недостатність розвивається у хворих після операції:

- а) сегментектомії;
- б) типової пневмонектомії;
- в) лобектомії;
- г) комбінованої або розширеної пневмонектомії.

Відповідь: г.

29. Основна роль у збільшенні захворюваності населення на рак легенів належить:

- а) професійній шкідливості;
- б) генетичному фактору;
- в) палінню;
- г) забрудненню атмосфери.

Відповідь: в.

30. Диференціальний діагноз периферичного раку легенів необхідно проводити:

- а) із доброякісними пухлинами легенів;
- б) із метастазами;
- в) із ехінококовою кістою;
- г) із туберкульозом;
- д) усі відповіді правильні.

Відповідь: д.

31. Основними біологічними факторами, що визначають прогноз після радикальної операції з приводу раку легенів, є:

- а) розмір первинної пухлини;
- б) гістологічна структура пухлини;
- в) стан внутрішньогрудних лімфатичних вузлів;
- г) ступінь диференціювання пухлинних клітин;

д) всі відповіді правильні.

Відповідь: д.

32. До первинних симптомів раку легенів можуть бути віднесені всі нижче перелічені, крім:

- а) кашлю;
- б) кровохаркання;
- в) болю у грудях;
- г) підвищення температури тіла.

Відповідь: г.

33. Периферичний рак легенів на відміну від центрального має такі особливості:

- а) тривалий час має безсимптомний перебіг;
- б) супроводжується вираженою клінічною симптоматикою вже на початковій стадії;
- в) симптоми кашлю і кровохаркання є ранніми;
- г) кашель і кровохаркання з'являються пізно;
- д) правильно а і г.

Відповідь: д.

34. Об'ємне зменшення легеневої тканини при порушенні бронхіальної прохідності найбільш часто розвивається внаслідок:

- а) гіповентиляції;
- б) ателектазу;
- в) клапанної емфіземи;
- г) обтураційної пневмонії.

Відповідь: б.

35. Ізольоване ураження лімфатичних вузлів середостіння може мати місце:

- а) при медіастинальній формі раку легенів;
- б) при саркоїдозі Бека;
- в) при туберкульозному лімфаденіті;
- г) при лімфогранулематозі;
- д) всі відповіді правильні.

Відповідь: д.

36. На рак легенів найчастіше хворіють:

- а) чоловіки;
- б) однаково часто і чоловіки, і жінки;
- в) жінки.

Відповідь: а.

37. Наявність ендобронхіальної пухлини, що повністю обтурує частковий або головний бронх, викликає зміщення середостіння:

- а) у здоровий бік;
- б) у хворий бік;
- в) зміщення середостіння не спостерігається.

Відповідь: б.

38. Диференціальний діагноз центрального раку легенів необхідно проводити:

- а) із хронічною пневмонією і осередковим пневмосклерозом;
- б) із бронхоектатичною хворобою;
- в) із туберкульозом;
- г) із доброякісними пухлинами легенів;
- д) усі відповіді правильні.

Відповідь: д.

39. До осіб, що становлять групу підвищеного ризику захворювання на рак легенів, належать:

- а) хворі на хронічний бронхіт;
- б) курці;
- в) люди, які мають контакт з азбестом, хромом, нікелем;
- г) усі відповіді правильні;
- д) правильні відповіді а) і б).

Відповідь: г.

40. Рентгенівський томографічний метод дослідження бронхів при підозрі на центральний рак легенів повинен застосовуватися:

- а) за наявності ознак гіповентиляції;
- б) за наявності ознак клапанної емфіземи;
- в) за наявності ателектазу;

г) незалежно від наявності або відсутності ознак порушення бронхіальної прохідності.

Відповідь: г.

Пухлини середостіння

Тести

1. Первинними пухлинами і кістами середостіння є всі, крім:

- а) пухлини вилочкової залози;
- б) хвороби Ходжкіна;
- в) гідатидозного ехінокока;
- г) метастатичних пухлин.

Відповідь: г.

2. Найчастішим ускладненням первинних кіст середостіння є:

- а) злоякісне переродження;
- б) стиснення інших органів;
- в) кровотеча;
- г) перфорація.

Відповідь: б.

3. Абсолютними протипоказаннями до хірургічного лікування злоякісних пухлин середостіння є (2 відповіді):

- а) віддалені метастази;
- б) синдром верхньої порожнистої вени;
- в) парез голосових зв'язок;
- г) дисфагія.

Відповіді: а, б.

4. Яке твердження правильне щодо тактики лікування доброякісних пухлин і кіст середостіння:

- а) спостереження в динаміці;
- б) хірургічне лікування;
- в) променеве лікування;
- г) хіміотерапія.

Відповідь: б.

5. Найбільш ефективним методом лікування злоякісних пухлин середостіння нелімфоїдного походження є:

- а) хірургічний метод;
- б) променеве лікування;
- в) хіміотерапевтичний метод;
- г) променевий та хіміотерапевтичний методи.

Відповідь: а.

6. Основним методом лікування первинних злоякісних лімфом середостіння є:

- а) хірургічний;
- б) променевий;
- в) хіміотерапевтичний;
- г) комбінований: хірургічний і хіміотерапевтичний.

Відповідь: г.

7. Емфізема середостіння при травмах може бути викликана будь-якою причиною, крім:

- а) розриву стравоходу;
- б) розриву трахеї;
- в) розриву бронхів;
- г) розриву шлунка.

Відповідь: г.

8. Усі перелічені форми гострого неспецифічного медіастиніту є первинними, крім:

- а) медіастиніт при пораненнях середостіння без пошкодження органів;
- б) медіастиніт при пораненнях середостіння із пошкодженням органів;
- в) медіастиніт при пораненнях середостіння із пошкодженням плеври та легенів;
- г) метастатичний медіастиніт (при септицемії).

Відповідь: г.

9. Які з перелічених параклінічних методів діагностики найбільш інформативні при гострому гнійному медіастиніті:

- а) ультрасонографія;
- б) лабораторні методи;

- в) рентгенологічні методи;
- г) бронхоскопія.

Відповідь: в.

10. Методом вибору при лікуванні гострого гнійного медіастиніту є:

- а) дезінтоксикаційний метод;
- б) антибактеріальна терапія;
- в) дезінтоксикаційна і антибактеріальна терапія;
- г) хірургічне лікування.

Відповідь: г.

11. Серед новоутворень середостіння співвідношення доброякісних та злоякісних форм становить:

- а) 3 : 1;
- б) 10 : 1;
- в) 1 : 1;
- г) 1 : 3.

Відповідь: а.

12. Неврогенні пухлини в абсолютній більшості спостережень локалізуються:

- а) у реберно-хребтовому куті;
- б) у центральному середостінні;
- в) у верхніх відділах переднього середостіння;
- г) у передньому середостінні на рівні основи серця.

Відповідь: г.

13. Неврогенні пухлини в процесі свого розвитку можуть:

- а) малігнізуватися;
- б) «визрівати» – перетворюватися з незрілої (злоякісної) на доброякісну;
- в) поширюватися із середостіння на шию;
- г) проникати у спинномозковий канал і викликати здавлення спинного мозку.

Відповідь: а.

14. Пухлиною мезенхімального походження, що найбільш часто зустрічається в середостінні, є:

- а) фіброма;
- б) ліпома;
- в) гемангіома;
- г) лімфангіома.

Відповідь: б.

15. Найбільш часто ізольоване ураження лімфатичних вузлів середостіння спостерігається у хворих на:

- а) лімфогранулематоз;
- б) лімфосаркому;
- в) ретикулосаркому;
- г) плазмацитому.

Відповідь: а.

16. Найбільш часто неврологічні ускладнення виникають після операцій з приводу:

- а) тератом середостіння;
- б) невриноом середостіння;
- в) тимом середостіння;
- г) кіст перикарда.

Відповідь: б.

17. Для ентогенних кіст (ентерокістом) середостіння характерна локалізація:

- а) у передньому середостінні;
- б) у центральному середостінні;
- в) у задньому середостінні;
- г) у кардіодіафрагмальному куті.

Відповідь: в.

18. Бронхіальні кісти локалізуються переважно:

- а) у реберно-хребетному куті;
- б) у реберно-діафрагмальному куті;
- в) у кардіодіафрагмальному куті;
- г) у нижніх відділах заднього середостіння.

Відповідь: а.

19. Позагонадна семінома середостіння характеризується:

- а) швидким прогресуванням;
- б) повільним прогресуванням;
- в) закономірностей прогресуванням не виявляється;
- г) стрибкоподібним темпом прогресування.

Відповідь: а.

20. Міастенія може мати місце у хворих на:

- а) тимому;
- б) фіброму;
- в) гангліоневрому;
- г) феохромоцитому.

Відповідь: а.

21. Найбільш яскравою клінічною картиною супроводжується розвиток таких груп бронхіальних кіст середостіння:

- а) паратрахеобронхіальних;
- б) параперикардіальних;
- в) парастравохідних;
- г) при локалізації у задньо-нижніх відділах середостіння.

Відповідь: а.

22. Властивості змінювати свою конфігурацію у фазі максимального вдиху і максимального видиху, що виявляються при рентгеноскопії, мають такі новоутворення середостіння:

- а) тератоми;
- б) тимоми;
- в) великі однокамерні перикардіальні кісти;
- г) ліпоми.

Відповідь: в.

23. Виявлення кісткових включень у вигляді зубів або фаланг пальців у пухлині середостіння при рентгенологічному дослідженні є патогномонічним симптомом:

- а) для тимом;
- б) для зрілої тератоми;

- в) для злоякісної лімфоми;
 - г) для ентерокістоми.
- Відповідь: б.

24. Рентгенологічною ознакою поширення неврогенної пухлини середостіння в спинномозковий канал є:

- а) інтимне зрощення тіла пухлини і тіл хребців;
- б) стоншення ребра в ділянці його шийки і кута;
- в) узурація заднього відділу ребра;
- г) збільшення діаметра міжхребцевого отвору.

Відповідь: г.

25. Виражене зміщення і стиснення трахеї, стравоходу та магістральних судин у ділянці верхньої апертури грудної клітки, що виявляється при рентгенологічному дослідженні, найбільш характерне:

- а) для тимом;
- б) для злоякісних лімфом середостіння;
- в) для загродинного зоба;
- г) для тератоми середостіння.

Відповідь: в.

26. Діагностичний пневмоперитонеум може застосовуватися при локалізаціях пухлини:

- а) у передніх відділах верхнього середостіння;
- б) у задніх відділах верхньої середостіння;
- в) у середніх відділах середостіння;
- г) у нижніх відділах середостіння.

Відповідь: г.

27. Відкрита біопсія лімфатичних вузлів при новоутвореннях середостіння повинна проводитися:

- а) при підозрі на ізольоване ураження лімфатичних вузлів середостіння злоякісною лімфою;
- б) при підозрі на злоякісну пухлину середостіння;
- в) за наявності збільшених лімфовузлів, що пальпуються;

г) за наявності збільшених прескалених лімфатичних вузлів при негативних результатах пункційної аспіраційної або трепан біопсії.

Відповідь: г.

28. Реакція на α -фетопротеїн (реакція Абелева-Татарінова) може бути позитивною у хворих на:

а) тимому;

б) хеMODEKтoму;

в) зрілу тератому;

г) незрілу тератому (тератобластому) з елементами ембріонального раку.

Відповідь: г.

29. Після виявлення новоутворення середостіння при рентгенологічному обстеженні оптимальним є:

а) динамічне спостереження;

б) проведення протизапального і загальнозміцнювального лікування;

в) госпіталізація в спеціалізовану клініку з метою дообстеження та вибору методу лікування;

г) призначення протипухлинної хіміотерапії або променевого лікування.

Відповідь: в.

30. Для лікування доброякісних тератом, тимом, фібром, ліпом і нейрогенних пухлин середостіння застосовується:

а) хірургічний метод;

б) променеве лікування;

в) протипухлинна терапія;

г) комбіноване лікування.

Відповідь: а.

31. Найкращі віддалені результати лікування злоякісних тимом отримані після:

а) хірургічного лікування;

б) променевого лікування;

в) хіміотерапії;

г) комбінованого лікування (операція + променева терапія).

Відповідь: г.

32. Найбільш часто неврологічні ускладнення виникають після операцій з приводу:

- а) тератом середостіння;
- б) невриноом середостіння;
- в) ліпом середостіння;
- г) тимом середостіння.

Відповідь: б.

33. У пацієнтки 45 років діагностована тератома середостіння. Який з методів лікування потрібно застосувати:

- а) хірургічний метод;
- б) променеве лікування;
- в) протипухлинну терапію;
- г) комбіноване лікування.

Відповідь: а.

34. У пацієнта 40 років при рентгенологічному дослідженні пухлини середостіння виявлено кісткові включення у вигляді зубів або фаланг пальців. Це є патогномонічним симптомом:

- а) тимоми;
- б) зрілої тератоми;
- в) злоякісної лімфоми;
- г) ентерокістоми.

Відповідь: б.

35. У пацієнта діагностовано гострий гнійний медіастиніт. Який метод лікування найбільш доцільний:

- а) дезінтоксикаційний метод;
- б) антибактеріальна терапія;
- в) дезінтоксикаційна і антибактеріальна терапія;
- г) хірургічне лікування.

Відповідь: г.

36. Емфізема середостіння при травмах може бути викликана будь-якою причиною, крім:

- а) розриву стравоходу;

- б) розриву трахеї;
- в) розриву бронхів;
- г) розриву перикарда.

Відповідь: г.

37. Яка з перелічених форм гострого неспецифічного медіастиніту є вторинною:

- а) медіастиніт при пораненнях середостіння без пошкодження органів;
- б) медіастиніт при пораненнях середостіння із пошкодженням органів;
- в) медіастиніт при пораненнях середостіння із пошкодженням плеври та легенів;
- г) метастатичний медиастиніт (при септицемії).

Відповідь: г.

38. Серед новоутворень середостіння переважають:

- а) доброякісні;
- б) злоякісні.

Відповідь: а.

39. У хворих на тимому одним зі специфічних клінічних симптомів є:

- а) біль у пальцях рук;
- б) міастенія;
- в) головний біль;
- г) висипання на шкірі.

Відповідь: б.

40. У чоловіка 50 років підозрюється наявність гострого гнійного медіастиніту. Який із перелічених методів діагностики є найбільш інформативним?

- а) ультрасонографія;
- б) лабораторні методи;
- в) рентгенологічні методи;
- г) бронхоскопія.

Відповідь: в.

Шкіра

Регіонарні лімфатичні вузли

Регіонарними лімфатичними вузлами є вузли, що відповідають локалізації первинної пухлини.

Для односторонніх пухлин це:

- голова, шия: преаурикулярні на боці ураження, підщелепні, шийні і надключичні лімфатичні вузли;
- грудна клітка: пахвові лімфатичні вузли на боці ураження;
- рука: лімфатичні вузли у ліктьовій ямці і пахвові на боці ураження;
- черевна стінка, поперек, сідниці: пахвові лімфатичні вузли на боці ураження;
- нога: підколінні і пахвинні лімфатичні вузли на боці ураження;
- анальний край і періанальна шкіра: пахвинні лімфатичні вузли на боці ураження.

Клінічна класифікація TNM

T – первинна пухлина;

TX – недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини;

T0 – первинна пухлина не визначається;

Tis – преінвазивна карцинома (Carcinoma in situ) ;

T1 – пухлина до 2 см у найбільшому вимірі;

T2 – пухлина більше 2 см у найбільшому вимірі;

T3 – пухлина, що проростає у глибокі структури (хрящ, м'язи, кістки, щелепу, орбіту);

T4 – пухлина, що безпосередньо або периневрально інфільтрує основу черепа або хребет.

Примітка. У разі синхронного розвитку множинних пухлин класифікація проводиться за найбільшою, а число пухлин зазначається в дужках – T2 (5)

N – регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N0 – немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 – регіонарні метастази в єдиний лімфатичний вузол до 3 см в найбільшому вимірі;

N2 – регіонарні метастази в єдиний лімфатичний вузол більше 3 см, але не більше 6 см у найбільшому вимірі або множинні лімфатичні вузли не більше 6 см в найбільшому вимірі;

N3 – метастази у лімфатичні вузли більше 6 см в найбільшому вимірі.

M – віддалені метастази;

MX – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

M0 – немає ознак віддалених метастазів;

M1 – є віддалені метастази.

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія I	T1	N0	M0
Стадія II	T2	N0	M0
Стадія III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Стадія IV	T1, T2, T3	N2, N3	M0
	T4	Будь-яка N	M0
	Будь-яка T	Будь-яка N	M1

Клінічна класифікація меланоми шкіри TNM

T – первинна пухлина;

pTX – недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини *;

pT0 – первинна пухлина не визначається;

pTis – меланома in situ (рівень інвазії I за Clark) (атипова меланоцитарна гіперплазія, виражена меланоцитарна дисплазія, неінвазивна злоякісна пухлина) ;

pT1 – пухлина < 1 мм у товщину;

pT1a – рівень інвазії за Clark II або III без виразкування;

pT1b – рівень інвазії за Clark IV або V або із виразкуванням;

pT2 – пухлина > 1 мм, але < 2 мм у товщину;

pT2a – без виразкування;

pT2b – із виразкуванням;

pT3 – пухлина > 2 мм, але < 4 мм у товщину;

pT3a – без виразкування;

pT3b – із виразкуванням;

pT4 – пухлина > 4 мм у товщину;

pT4a – без виразкування;

pT4b – із виразкуванням.

Примітка. * TX включає біопсію зі шкрібокком меланоми

N – регіонарні лімфатичні вузли;

N0 – під час аналізу матеріалу регіонарної лімфаденектомії повинно досліджуватися не менше 6 лімфатичних вузлів. Якщо лімфатичні вузли негативні, але число досліджених вузлів менше 6, вони класифікуються як pN0. Класифікація, що ґрунтується винятково на біопсії сторожового лімфатичного вузла без лімфодисекції аксілярних вузлів, кодується (sn) для сторожового лімфатичного вузла pN1 (sn) ;

NX – недостатньо даних для оцінювання стану регіонарних лімфатичних вузлів;
 N0 – немає ознак ураження метастазами регіонарних лімфатичних вузлів;
 N1 – метастази в одному регіонарному лімфатичному вузлі;
 N1a – визначаються лише мікроскопічно;
 N1b – визначаються макроскопічно (клінічно);
 N2 – метастази в двох–трьох регіонарних лімфатичних вузлах або в лімфатичних судинах;
 N2a – визначаються лише мікроскопічно у лімфатичних вузлах;
 N2b – визначаються макроскопічно у лімфатичних вузлах;
 N2c – сателіти або транзитні метастази без метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах;
 N3 – метастази у чотирьох і більше лімфатичних вузлах або конгломерат лімфатичних вузлів, сателіти чи транзитні метастази із метастазами у регіонарних лімфатичних вузлах.
 Примітка. Сателіти (пухлинні гнізда або вузли) макро-, мікроскопічні розташовуються менше ніж на 2 см від первинної пухлини. Транзитні метастази втягують шкіру або підшкірну клітковину на відстані більше 2 см від краю пухлини, вони належать до регіонарних лімфатичних вузлів

M – віддалені метастази;

MX – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;
 M0 – немає ознак віддалених метастазів;
 M1 – є віддалені метастази;
 M1a – метастази у шкірі або підшкірній клітковині, або у лімфатичних вузлах (і), за межами регіонарної зони;
 M1b – легені;
 M1c – інші локалізації або будь-який орган із підвищенням рівня лактатдегідрогенази сироватки (ЛДГ).

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія I	T1	N0	M0
Стадія IA	T1a	N0	M0
Стадія IB	T1b	N0	M0
	T2a	N0	M0
Стадія IIA	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0
Стадія IIB	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0

Стадія ІІС	T4b	N0	M0
Стадія ІІІ	Будь-яка T	N1, N2, N3	M0
Стадія ІІІА	T1a–4a	N1a, 2a	M0
Стадія ІІІВ	T1a–4a	N1b, 2b, 2c	M0
	T1b–4b	N1a, 2a, 2c	M0
Стадія ІІІС	T1b–4b	N1b, 2b	M0
	Будь-яка T	N3	M0
Стадія ІV	Будь-яка T	Будь-яка N	M1

Тести

1. Серед факторів, що впливають на прогноз у хворих на меланому, найбільш важливим є:

- а) стать;
- б) конституційні особливості організму;
- в) вік;
- г) глибина інвазії за Кларком.

Відповідь: г.

2. Який з названих методів дослідження не використовується для морфологічної верифікації при підозрі на меланому:

- а) мазок–відбиток пухлини;
- б) пункційна біопсія;
- в) широке висічення невусу під наркозом із гістологічним дослідженням;
- г) визначення меланурії (реакція Якша).

Відповідь: б.

3. Якщо на поліклінічному прийомі хвора 35 років скаржиться на появу кровоточивості з невусу, необхідно з'ясувати:

- а) чи є цей пігментний утвір уродженим або набутим;
- б) наявність суб'єктивних відчуттів у ділянці родимки;
- в) наявність травми родимки;
- г) усе перелічене.

Відповідь: г.

4. За наявності у пацієнта меланому шкіри I–II-а стадій, при інвазії за Кларком 1–2-го ступенів застосовується такий метод лікування:

- а) радикальний хірургічний;
- б) променева терапія;
- в) комбіноване лікування;
- г) хіміопроменева терапія.

Відповідь: а.

5. За наявності у пацієнта меланому шкіри II-б, III стадій з інвазією за Кларком 4–5-го ступенів методом вибору є:

- а) променева терапія;
- б) хірургічне лікування;
- в) комплексне лікування;
- г) імунотерапія.

Відповідь: в.

6. При метастазах меланому шкіри нижньої кінцівки в пахові лімфатичні вузли показана операція на регіонарних лімфовузлах:

- а) Ванаха;
- б) Микулича;
- в) Крайля;
- г) Дюкена.

Відповідь: г.

7. У хворого 50 років свербіж у ділянці пігментної плями. Пляма інтенсивно чорного кольору, розміром 0,4 x 0,5 см, підноситься над шкірою. Поверхня її волога. Ваша тактика:

- а) динамічне спостереження;
- б) пункційна біопсія;
- в) взяття мазків–відбитків;
- г) мазеве лікування.

Відповідь: в.

8. Для малігнізації пігментного невуса характерно:

- а) швидкий ріст невусу;

- б) поява почервоніння у вигляді асиметричного віночка;
- в) зміна пігментації;
- г) правильно все.

Відповідь: г.

9. IV стадію у хворих на меланому встановлюють за наявності:

- а) дочірніх пігментних включень (сателітів) навколо невусу;
- б) меланурії;
- в) I рівня інвазії за Кларком;
- г) виразкування пухлини.

Відповідь: а.

10. До передракових захворювань шкіри належать такі, за винятком:

- а) пізніх променевих виразок;
- б) пігментної ксеродерми;
- в) пігментного невусу;
- г) хвороби Боуена.

Відповідь: в.

11. До місцевих ознак раку шкіри належать такі, за винятком:

- а) глибокої виразки з нерівними краями;
- б) ерозії, що довго не загоюється, періодично покривається скоринкою;
- в) екзофітного утворення за типом цвітної капусти;
- г) підвищення температури.

Відповідь: г.

12. При тривалому перебігу базальноклітинного раку шкіри розвиваються такі ускладнення, за винятком:

- а) інфікування пухлинного утвору;
- б) руйнування прилеглих хрящів, кісток;
- в) кровотечі з пухлини;
- г) лімфогематогенного метастазування.

Відповідь: г.

13. Найбільш ефективним методом лікування передракових захворювань шкіри є:

- а) фізіотерапія;
- б) протизапальна терапія;
- в) кріодеструкція або хірургічне видалення;
- г) мазеві пов'язки.

Відповідь: в.

14. Диференціальний діагноз раку шкіри необхідно проводити з такими захворюваннями:

- а) системний червоний вовчак;
- б) туберкульоз шкіри;
- в) грибкове ураження шкіри;
- г) з усіма переліченими.

Відповідь: г.

15. Яке лікування є оптимальним для пацієнта 60 років за наявності на обличчі базальноклітинного раку шкіри 1-ї стадії:

- а) хірургічне;
- б) близькофокусну рентгенотерапію;
- в) хіміотерапію;
- г) комплексне лікування.

Відповідь: б.

16. Який метод лікування є оптимальним для хворих на плоскоклітинний рак шкіри з метастазами у регіонарні лімфовузли:

- а) променевий;
- б) хірургічний;
- в) кріодеструкція;
- г) комбінований метод.

Відповідь: г.

17. У пацієнта 57 років на шкірі є виразка, що не загоюється більше 2 місяців, незважаючи на проведені місцеве мазеве лікування. Ваша тактика:

- а) продовжувати мазеве лікування;
- б) провести фізіотерапію;
- в) зробити кріодеструкцію;
- г) ексцизійна біопсія з гістологічним дослідженням.

Відповідь: г.

18. До виникнення раку шкіри призводять такі чинники, за винятком:

- а) рентгенівського випромінювання;
- б) ультрафіолетових променів;
- в) частих водних процедур;
- г) рубців після опіків.

Відповідь: в.

19. До факультативних передраків шкіри належать такі захворювання, за винятком:

- а) шкірного рогу;
- б) старечої атрофії шкіри;
- в) хронічного дерматиту;
- г) старечого кератозу.

Відповідь: б.

20. Яка гістологічна форма раку шкіри практично не метастазує:

- а) плоскоклітинний зроговілий рак;
- б) плоскоклітинний незроговілий рак;
- в) базальноклітинний рак;
- г) рак із придатків шкіри.

Відповідь: в.

21. До якої стадії належить рак шкіри, якщо розмір пухлини більше 2 см у діаметрі, вона проростає усю товщу шкіри, має один метастаз у регіонарному лімфовузлі:

- а) I;
- б) II-а;
- в) II-б;
- г) III-б.

Відповідь: г.

22. Яку тактику оберете, якщо у хворого 62 років на шкірі тулуба виявлено базальноклітинний рак шкіри 1-ї стадії:

- а) динамічне спостереження;
- б) фізіотерапію;

- в) хірургічне видалення;
 - г) поліхіміотерапію.
- Відповідь: в.

23. Після хірургічного лікування плоскоклітинного раку шкіри правої гомілки через півроку з'явився рухомий метастаз лімфовузлах правої пахвинної ділянки. Яку тактику оберете:

- а) поліхіміотерапію;
- б) променеву терапію;
- в) операцію Крайля;
- г) операцію Дюкена.

Відповідь: г.

24. Базаліома шкіри найчастіше локалізується на шкірі:

- а) голови;
- б) спини;
- в) тулуба;
- г) кінцівок.

Відповідь: а.

25. Розвитку раку шкіри часто передують контакт із:

- а) продуктами перероблення кам'яного вугілля;
- б) продуктами перероблення нафти;
- в) барвниками;
- г) сонячною інсоляцією.

Відповідь: г.

26. До групи підвищеного ризику щодо раку шкіри не відносять осіб:

- а) із темною шкірою і карими очима;
- б) із білою шкірою та блакитними очима;
- в) із хворобою Педжета;
- г) хворих на пігментну ксеродерму.

Відповідь: а.

27. За наявності клінічного діагнозу меланоми без морфологічної верифікації може бути розпочате таке лікування:

- а) хірургічне;
- б) хіміотерапевтичне;
- в) імунологічне;
- г) променеве.

Відповідь: а.

28. Найчастіше рак шкіри метастазує в:

- а) легені;
- б) печінку;
- в) кісткову систему;
- г) регіональні лімфатичні вузли.

Відповідь: г.

29. Найбільш інформативний метод діагностики раку шкіри:

- а) морфологічне дослідження;
- б) УЗД;
- в) відповідь на пробне лікування;
- г) імунологічний.

Відповідь: а.

30. За наявності рухливих регіонарних метастазів раку шкіри обличчя виконуються такі операції, за винятком:

- а) футлярно-фасціальної лімфаденектомії;
- б) видалення уражених лімфовузлів з привушної ділянки з паротидектомією;
- в) операції Крайля;
- г) операції Дюкена.

Відповідь: г.

31. При проведенні променевої терапії хворим на базаліому найбільш доцільно використовувати:

- а) близькофокусну рентгенотерапію;
- б) гамма-випромінювання;
- в) швидкі електрони;

г) поєднану променеву терапію.

Відповідь: а.

32. Рак шкіри волосистої частини голови без деструкції кісток черепа діаметром 3 см належить до стадії:

а) I;

б) II;

в) III А;

г) III Б.

Відповідь: б.

33. Облігатними передраками шкіри є такі захворювання, за винятком:

а) хронічного дерматиту;

б) хвороби Боуена;

в) пігментної ксеродерми;

г) еритроплазії Кейра.

Відповідь: а.

34. До п'ятого рівня інвазії меланоми за Кларком відносять пухлину, яка:

а) неінвазивна пухлина, обмежена епідермісом;

б) клітини пухлини розміщені між сосочковим і сітчастим шаром;

в) пухлинні клітини проростають підшкірно-жирову клітковину;

г) пухлинні клітини розміщуються в сосочковому шарі дерми;

д) пухлинні клітини розміщуються в сітчастому шарі дерми.

Відповідь: в.

35. У разі висічення меланоми шкіри обличчя показано відступати від її країв не менше:

а) 1 см;

б) 5 см;

в) 3 см;

г) 4 см.

Відповідь: а.

36. До першого рівня інвазії меланоми за Кларком належить:

а) неінвазивна пухлина, обмежена епідермісом;

- б) клітини пухлини знаходяться між сосочковим і сітчастим шаром;
- в) пухлинні клітини проростають підшкірно-жирову клітковину;
- г) пухлинні клітини розміщені в сітчастому шарі дерми;
- д) пухлинні клітини розміщуються в сосочковому шарі дерми.

Відповідь: а.

37. Клінічний перебіг базаліоми:

- а) тривалий;
- б) швидкий;
- в) із віддаленими метастазами;
- г) із регіонарними метастазами.

Відповідь: а.

38. Для базаліоми характерно:

- а) гематогенне метастазування;
- б) лімфогенне метастазування;
- в) місцево-деструктивний ріст;
- г) переважна локалізація на шкірі кінцівок.

Відповідь: в.

39. Для горизонтальної фази росту меланоми характерно:

- а) наявність лімфогенних метастазів;
- б) ріст пухлини у глибину шкіри;
- в) поширення в межах епітеліального шару;
- г) наявність гематогенних метастазів.

Відповідь: в.

40. Результати лікування хворих на рак шкіри не залежить від:

- а) стадії процесу;
- б) тривалості захворювання;
- в) глибини інвазії пухлини;
- г) гістологічної структури.

Відповідь: б.

Молочна залоза

Регіонарні лімфатичні вузли

1. Пахвові (на боці ураження): інтерпекторальні (лімфатичні вузли Роттера) і лімфатичні вузли, розміщені вздовж аксиллярної вени та її гілок, поділяються на такі рівні:

- 1) рівень I (нижні пахвові): лімфатичні вузли, розміщені латерально щодо бічної межі малого грудного м'яза;
- 2) рівень II (середні пахвові): лімфатичні вузли, розміщені між медіальним і латеральним краєм малого грудного м'яза та інтерпекторальні (лімфатичні вузли Роттера) ;
- 3) рівень III (апикальні пахвові): лімфатичні вузли, розміщені медіально щодо медіального краю малого грудного м'яза, виключаючи підключичні.

Примітка: 1. Інтрамамарні лімфатичні вузли кодуються як аксиллярні (пахвові).

2. Підключичні на боці ураження.

3. Внутрішні лімфатичні вузли молочної залози (на боці ураження) розміщуються в ендоторакальній фасції і міжреберних просторах уздовж краю грудини.

4. Надключичні на боці ураження

Будь-які інші лімфатичні вузли, уражені метастазами, включаючи шийні або контрлатеральні внутрішні лімфатичні вузли молочної залози, позначаються як віддалені метастази M1.

Клінічна класифікація TNM

T - первинна пухлина;

TX – недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини;

T0 – первинна пухлина не визначається;

Tis – преінвазивна карцинома (Carcinoma in situ);

Tis (DCIS) – інтрадуктальна карцинома in situ;

Tis (LCIS) – лобулярна карцинома in situ;

Tis (Paget) – хвороба Педжета соска без наявності пухлинного вузла.

Примітка. Хвороба Педжета, при якій пальпується пухлинний вузол, класифікується за його розмірами

T1 – пухлина до 2 см у найбільшому вимірі;

T1mic (мікроінвазія) – до 0,1 см у найбільшому вимірі.

Примітка. Мікроінвазія – поширення пухлинних клітин через базальну мембрану в прилеглі тканини фокусом не більше 0,1 см в найбільшому вимірі. За наявності множинних фокусів класифікація проводиться за найбільшим виміром. Не можна

використовувати суму фокусів. Наявність множинних фокусів повинна бути зазначена, так само, як це робиться при множинних інвазивних карциномах

T1a – до 0,5 см у найбільшому вимірі;

T1b – до 1 см у найбільшому вимірі;

T1c – до 2 см у найбільшому вимірі;

T2 – пухлина до 5 см у найбільшому вимірі;

T3 – пухлина більше 5 см у найбільшому вимірі;

T4 – пухлина будь-якого розміру із прямим поширенням на грудну стінку і/або шкіру (виразка або вузли).

Примітка. Грудна стінка включає ребра, міжреберні м'язи, передній зубчастий м'яз, але не включає грудні м'язи

T4a – поширення на грудну стінку;

T4b – набряк (включаючи «лимонну кірочку») або виразкування шкіри молочної залози, або сателіти на шкірі залози;

T4c – ознаки, перелічені в 4a і 4b;

T4d – запальна форма раку.

Примітка. Запальна форма раку молочної залози характеризується дифузним потовщенням шкіри із щільними краями, зазвичай без пухлинної маси, що пальпується. Якщо біопсія шкіри негативна і немає локалізованої пухлинної маси, під час патологічної класифікації застосовується категорія pTX, а при клінічній – T4d. При оцінюванні категорії pT визначається інвазивний компонент. Втягнення шкіри, ретракція соска або інші шкірні зміни, за винятком тих, що належать до T4b і T4d, можуть розцінюватися як T1, T2 і T3, не впливаючи на класифікацію

N – регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N0 – немає ознак ураження метастазами регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 – метастази в рухомих пахвових лімфатичних вузлах на боці ураження;

N2 – метастази в пахвових лімфатичних вузлах, фіксованих один з одним або клінічно * визначаються метастази у внутрішніх лімфатичних вузлах молочної залози на боці ураження за відсутності метастазів, що визначаються клінічно у пахвових лімфатичних вузлах;

N2a – метастази в пахвових лімфатичних вузлах, фіксованих один з одним або з іншими структурами;

N2b – метастази, що визначаються лише клінічно*, у внутрішніх лімфатичних вузлах молочної залози за відсутності метастазів у пахвових лімфатичних вузлах;

N3 – метастази у підключичних лімфатичних вузлах з/або без метастазів у пахвових лімфатичних вузлах або клінічно визначаються метастази у внутрішніх лімфатичних вузлах молочної залози на боці ураження за наявності метастазів у пахвових лімфатичних

вузлах; або метастази у надключичних лімфатичних вузлах на боці ураження з/або без метастазів у пахвових або внутрішніх лімфатичних вузлах молочної залози;

N3a – метастази у підключичних лімфатичних вузлах;

N3b – метастази у внутрішніх лімфатичних вузлах молочної залози і пахвових лімфатичних вузлах на боці ураження;

N3c – метастази у надключичних лімфатичних вузлах.

Примітка. Термін «клінічно визначаються» означає виявлення метастазів в лімфатичних вузлах при фізикальному огляді або методах візуалізації (виключаючи лімфосцинтиграфію)

M - Віддалені метастази;

MX Недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

M0 Немає ознак віддалених метастазів;

M1 Є віддалені метастази.

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія IA	T1*	N0	M0
Стадія IB	T0, T1*	N1mi	M0
Стадія IIA	T0, T1*	N1	M0
	T2	N0	M0
Стадія IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Стадія IIIA	T0, T1*, T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Стадія IIIB	T4	N0, N1, N2	M0
Стадія IIIC	Будь-яка T	N3	M0
Стадія IV	Будь-яка T	Будь-яка N	M1
Примітка. *T1 включає T1mi			

Тести

1. Диференціальний діагноз раку молочної залози проводять із:

а) фіброаденомою;

б) кістою;

- в) ліпоною;
- г) мастопатією;
- д) з усіма переліченими.

Відповідь: д.

2. Для лікування дифузної мастопатії не застосовуються:

- а) естрогенні препарати;
- б) фізіотерапія;
- в) променева терапія;
- г) секторальна резекція молочної залози;
- д) усе перелічене.

Відповідь: д.

3. Хвора 49 років, молочна залоза інфільтрована, набрякла, різко ущільнена і збільшена в об'ємі, шкіра залози покрита червоними плямами з нерівними «язикоподібними» межами, сосок втягнутий і деформований. Яку хворобу можна запідозрити:

- а) гострий мастит;
- б) рак Педжета;
- в) бешихоподібний рак;
- г) панцирний рак;
- д) солідний рак.

Відповідь: в.

4. Рідкісними симптомами раку молочної залози 2-ї стадії вважається:

- а) симптом умбілікації;
- б) симптом зморшкуватості;
- в) біль;
- г) набряк;
- д) пальпація пухлиноподібного утвору.

Відповідь: в.

5. Основним шляхом відтоку лімфи від молочної залози є:

- а) підключичний;
- б) перехресний;
- в) пахвовий;

- г) парастернальний;
 - д) міжреберний.
- Відповідь: в.

6. Хвора 66 років, яка страждає на рак молочної залози Т3Н1М0, має позитивні рецептори естрогенів. Їй необхідно призначити:

- а) естрогени;
- б) антиестрогени;
- в) прогестини;
- г) кортикостероїди;
- д) антибіотики.

Відповідь: б.

7. Хвора 36 років скаржиться на кров'янисті виділення із соска. При обстеженні: вузлових утворів у молочних залозах не визначається. При натисканні на сосок – кров'янисті виділення. Регіонарні лімфовузли не збільшені. Цитологічне дослідження виділень із соска клітин раку не виявило. Який діагноз найбільш ймовірний?

- а) ліпома;
- б) дифузна фіброзно-кістозна мастопатія;
- в) внутрішньопроотокова папілома;
- г) фіброаденома;
- д) мастит.

Відповідь: в.

8. Найбільш інформативним методом ранньої діагностики раку молочної залози є:

- а) пальпація;
- б) мамографія;
- в) термографія;
- г) великокадрова флюорографія;
- д) МРТ.

Відповідь: б.

9. У хворой 37 років виявлено вузловий утвір 2,5 см у діаметрі у лівій молочній залозі. Виражений симптом втягнення. З якими захворюваннями треба проводити диференціальний діагноз:

- а) рак молочної залози;
- б) кіста з елементом запалення;
- в) фіброаденома;
- г) правильні відповіді а) і б) ;
- д) правильні відповіді б) і в).

Відповідь: г.

10. Особливостями росту фіброаденоми молочної залози є:

- а) експансивний ріст;
- б) інфільтруючий із метастазами;
- в) усі відповіді правильні;
- г) інфільтруючий без метастазів;
- д) правильної відповіді немає.

Відповідь: а.

11. До дифузної форми раку молочної залози належить:

- а) маститоподібний рак молочної залози;
- б) рак додаткової молочної залози;
- в) хвороба Педжета молочної залози;
- г) фіброаденома;
- д) внутрішньопотокова папілома.

Відповідь: а.

12. Рак молочної залози розвивається із:

- а) лімфатичних вузлів;
- б) кровоносних судин;
- в) гладкої або поперечно-смугастої м'язової тканини;
- г) залозистого епітелію проток;
- д) незрілої сполучної тканини.

Відповідь: г.

13. Для виявлення метастазів раку молочної залози в печінку застосовується:

- а) ультразвукове дослідження;
- б) біохімічне дослідження;
- в) сканування печінки;

- г) ангиографія;
 - д) усе перелічене.
- Відповідь: д.

14. Симптом «майданчика» характерний для:

- а) гострого маститу;
- б) фіброзно-кістозної мастопатії;
- в) раку молочної залози;
- г) внутрішньопротокової папіломи;
- д) фіброаденоми молочної залози.

Відповідь: в.

15. У лівій молочній залозі пацієнтки пальпується безболісний пухлиноподібний утвір 3 x 3 см, позитивний симптом «майданчика», сосок деформований, ареола набрякла, виділень із соска немає. Регіонарні лімфовузли не пальпуються. Найбільш ймовірний діагноз:

- а) фіброаденома;
- б) вузлова мастопатія;
- в) ліпома;
- г) рак молочної залози;
- д) хвороба Мінца.

Відповідь: г.

16. У чоловіка 44 років виявлений вузловий утвір у правій молочній залозі. Найбільш доцільним в цьому випадку є:

- а) пункція вузла молочної залози з подальшим цитологічним дослідженням;
- б) консультація уролога;
- в) мамографія;
- г) усі відповіді правильні;
- д) спостереження.

Відповідь: г.

17. Внутрішньопротокова папілома молочної залози може бути виявлена:

- а) під час безконтрастної мамографії;
- б) під час дуктографії;

- в) рентгеноскопічно;
- г) під час флюорографії;
- д) під час МРТ.

Відповідь: б.

18. У хворої 57 років через 2 роки після лікування раку молочної залози виявлений плеврит. Уточнити етіологію плевриту можна, якщо виконати:

- а) рентгенографію легень;
- б) аналіз крові;
- в) пункцію плевральної порожнини;
- г) цитологічне дослідження евакуйованої плевральної рідини;
- д) ЕКГ.

Відповідь: г.

19. Показанням для секторальної резекції молочної залози є все, крім:

- а) мастодинії і тиреотоксичної мастопатії;
- б) папілярної цистоаденоми;
- в) вузлуватої фіброзної мастопатії;
- г) фіброаденоми молочної залози;
- д) раку молочної залози.

Відповідь: а.

20. До дифузних форм раку молочної залози належить усе, крім:

- а) набряково-інфільтративної;
- б) мастоподібної;
- в) бешихоподібної;
- г) панцерного раку;
- д) раку Педжета.

Відповідь: д.

21. У молодій жінки через 2 тижні після пологів у молочній залозі пальпується болюче ущільнення з гіперемією шкіри. Позитивний симптом флюктуації, температура 38° С.

Найбільш імовірний діагноз:

- а) рак Педжета;
- б) галактоцеле;

- в) гострий гнійний мастит;
- г) фіброаденома;
- д) фіброзна мастопатія.

Відповідь: в.

22. Показанням до паліативної мастектомії при раку молочної залози є:

- а) рак молочної залози;
- б) наявність серйозних супутніх захворювань;
- в) похилий вік;
- г) усі відповіді правильні;
- д) правильної відповіді немає.

Відповідь: г.

23. Хвора 42 років скаржиться на кров'янисті виділення із соска правої молочної залози. При пальпації пухлина в молочній залозі не визначається, але при натисканні на сосок з'являються краплинки крові. Для уточнення діагнозу у цієї хворої перевагу необхідно надавати:

- а) термографії;
- б) ультразвуковому дослідженню;
- в) мамографії;
- г) цитологічному дослідженню виділень з соска;
- д) КТ.

Відповідь: г.

24. До доброякісних пухлин молочної залози належать:

- а) дифузна фіброзно-кістозна мастопатія;
- б) вузлова фіброзно-кістозна мастопатія;
- в) фіброаденома;
- г) жодна із перелічених;
- д) усі перелічені.

Відповідь: в.

25. Для діагностики раку молочної залози найбільш достовірним методом дослідження є:

- а) мамографія;
- б) пункція із подальшим цитологічним дослідженням пунктату;

- в) термографія;
- г) ультразвукове дослідження;
- д) МРТ.

Відповідь: б.

26. Під час операції з приводу радикальної мастектомії за Пейті:

- а) обидва грудні м'язи видаляються;
- б) великий грудний м'яз зберігається;
- в) видаляються парастернальні лімфовузли;
- г) малий грудний м'яз зберігається, великий грудний м'яз видаляється;
- д) правильної відповіді немає.

Відповідь: б.

27. У хворої 22 років у верхньо-зовнішньому квадранті молочної залози пальпується пухлина розміром 2 x 3 см, рухлива, щільна, із чіткими контурами, безболісна. Шкірні симптоми негативні. Виділень із соска немає. Пахвові лімфовузли не збільшені. Пухлину хвора помітила місяць тому. Найбільш імовірний діагноз:

- а) дифузна мастопатія;
- б) рак молочної залози;
- в) хвороба Мінца;
- г) фіброаденома;
- д) вузлова мастопатія.

Відповідь: г.

28. Для раку молочної залози регіонарними є всі перелічені лімфатичні вузли, крім:

- а) підключичних;
- б) пахвових;
- в) парастернальних;
- г) надключичних;
- д) підщелепних.

Відповідь: д.

29. Під час радикальної резекції молочної залози єдиним блоком видаляється:

- а) верхньо-зовнішній квадрант молочної залози;
- б) малий грудний м'яз;

- в) клітковина із підключичної ділянки;
- г) клітковина із пахвової ділянки;
- д) усе перелічене.

Відповідь: д.

30. Точно діагностувати рак молочної залози можна на підставі:

- а) клінічної картини;
- б) мамографії;
- в) термографії;
- г) морфологічного дослідження;
- д) ультразвукового дослідження.

Відповідь: г.

31. У хворої 28 років під час вагітності з'явилися ущільнення і гіперемія правої молочної залози, кров'яністі виділення із соска, збільшений лімфовузол у правій пахвовій ділянці.

Найбільш доцільним у цьому випадку є:

- а) призначення фізіотерапевтичних процедур;
- б) пункція ущільнення правої молочної залози і збільшеного лімфовузла з подальшим цитологічним дослідженням;
- в) призначення антибіотиків;
- г) мамографія;
- д) спостереження.

Відповідь: б.

32. Під час радикальної мастектомії за Холстедом великий грудний м'яз:

- а) зберігається;
- б) видаляється повністю;
- в) усі відповіді правильні;
- г) видаляється частково;
- д) правильної відповіді немає.

Відповідь: б.

33. Для раку молочної залози не характерні метастази:

- а) у легені;
- б) у мозок;

- в) у печінку;
- г) у пупок;
- д) у кістки.

Відповідь: г.

34. Передопераційне лікування раку молочної залози необхідне хворим:

- а) із I стадією;
- б) із II а стадією;
- в) із III стадією;
- г) правильної відповіді немає;
- д) із будь-якою стадією.

Відповідь: в.

35. Хвора 24 років скаржиться на біль у молочних залозах, набухання залоз, що посилюється перед menses. При пальпації – дифузна зернистість, переважно виражена в зовнішніх квадрантах, вогнищевих ущільнень у молочних залозах не визначається. Найбільш ймовірний діагноз:

- а) дифузна мастопатія;
- б) рак молочної залози;
- в) хвороба Мінца;
- г) фіброаденома;
- д) вузлова мастопатія.

Відповідь: а.

36. Паліативною операцією за наявності раку молочної залози є:

- а) радикальна мастектомія за Холстедом;
- б) радикальна мастектомія за Мадденом;
- в) радикальна резекція молочної залози;
- г) широка резекція молочної залози;
- д) правильні відповіді в) і г).

Відповідь: г.

37. Рак молочної залози може мати такі клінічні форми:

- а) вузлова;
- б) екземоподібні зміни ареоли і соска;

- в) дифузна;
- г) усі відповіді правильні;
- в) правильної відповіді немає.

Відповідь: г.

38. Термінове гістологічне дослідження під час операції з приводу новоутворення молочної залози можна не виконувати, якщо діагноз підтверджений:

- а) мамографією;
- б) клінічними даними;
- в) томографією;
- г) морфологічним цитологічним дослідженням;
- д) фізикальним обстеженням.

Відповідь: г.

39. Радикальна резекція молочної залози найбільш доцільна при локалізації пухлини у:

- а) верхньовнутрішньому квадранті;
- б) верхньозовнішньому квадранті;
- в) нижньозовнішньому квадранті;
- г) нижньовнутрішньому квадранті.

Відповідь: б.

40. При локалізації пухлини в ділянці перехідної складки першим етапом метастазування можуть бути:

- а) парастернальні лімфовузли;
- б) пахвові лімфовузли;
- в) лімфовузли воріт печінки;
- г) надключичні лімфовузли;
- д) кістки.

Відповідь: в.

Шийка матки

Регіонарні лімфатичні вузли

Регіонарними лімфатичними вузлами є вузли, розміщені біля шийки і тіла матки, підчеревні (внутрішні клубові, obturatorні), загальні і зовнішні клубові, передкрижові і бічні крижові. Парааортальні лімфатичні вузли не є регіонарними.

Клінічна класифікація TNM

T — первинна пухлина

TNM Categories	Figo Stages	
TX		Недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини
TO		Первинна пухлина не визначається
Tis	¹	Преінвазивна карцинома (Carcinoma in situ)
T1	1	Рак шийки матки, обмежений маткою (поширення на тіло не враховується)
T1a ²	IA	Інвазивна карцинома, діагностується лише мікроскопічно. Максимальна глибина інвазії 5,0 мм від основи епітелію і до 7,0 мм по горизонталі ³
T1a ¹	IA ¹	Інвазія строми не більше 3,0 мм у глибину і 7,0 мм по горизонталі
T1a ²	IA ²	Інвазія строми у глибину до 5,0 мм, горизонтальне поширення до 7,0 мм
T1b	IB	Пухлина, що виявляється клінічно та обмежена шийкою, або мікроскопічна пухлина більше T1a ² /1a ²
T1b ¹	IB ¹	Пухлина, що виявляється клінічно до 4,0 см у найбільшому вимірі
T1b ²	IB ²	Пухлина, що виявляється клінічно більше 4,0 см у найбільшому вимірі
T2	II	Пухлина шийки із поширенням на матку, але без проростання стінки таза або нижньої третини піхви
T2a	IIA	Без інвазії параметрію
T2a ¹	IIA ¹	Пухлина, що виявляється клінічно до 4,0 см у найбільшому вимірі
T2a ²	IIA ²	Пухлина, що виявляється клінічно більше 4,0 см у найбільшому вимірі

T2b	IIb	З інвазією параметрію
T3	III	Рак шийки із поширенням на стінку таза та/або на нижню третину піхви, та/або пухлина, що призводить до розвитку гідронефрозу або не функціонуючої нирки
T3a	IIIa	Пухлина, що поширюється на нижню третину піхви
T3b	IIIb	Пухлина поширюється на стінку таза та призводить до гідронефрозу або нефункціонуючої нирки
T4	IVa	Пухлина поширюється на слизову оболонку сечового міхура або прямої та/або поширюється за межі малого таза

Примітки: 1. FIGO більш не має стадії 0 (Tis).

2. Усі макроскопічно видимі вогнища, навіть із поверхневою інвазією, вважаються T1b / IB.

3. Залучення навколишніх судин не впливає на класифікацію

N – регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання регіонарних лімфатичних вузлів;

N0 – немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 – регіонарні лімфатичні вузли уражені метастазами.

M – віддалені метастази;

M0 – немає віддалених метастазів;

M1 – віддалені метастази (не враховуються метастази в піхву, тазову очеревину, придатки).

Тести

1. До фонових процесів покривного епітелію шийки матки належить:

- а) псевдоерозія;
- б) істинна ерозія;
- в) лейкоплакія без атипії;
- г) усе перелічене правильно.

Відповідь: г.

2. До передраку шийки матки належить:

- а) лейкоплакія без атипії;
- б) дисплазія;
- в) папілома;
- г) правильно все перелічене.

Відповідь: б.

3. Дисплазії шийки матки характеризуються:

- а) порушенням диференціювання клітин;
- б) порушенням шаруватості пласта епітелію;
- в) порушенням полярності клітин;
- г) поліморфізмом ряду клітин.

Відповідь: б.

4. Розрізняють такі ступені дисплазії шийки матки:

- а) слабку;
- б) помірну;
- в) тяжку;
- г) правильно все перелічене.

Відповідь: г.

5. Внутрішньоепітеліальний рак шийки матки може:

- а) переходити в інвазивний рак;
- б) стабілізуватися;
- в) регресувати;
- г) правильно все перелічене.

Відповідь: г.

6. Фактори ризику виникнення раку шийки матки:

- а) більше 3 пологів в анамнезі;
- б) вірусна інфекція;
- в) ожиріння;
- г) правильно все перелічене.

Відповідь: г.

7. Діагностика раку шийки матки здійснюється за допомогою:

- а) цитологічного дослідження зіскрібків із шийки матки і цервікального каналу;
- б) кольпоскопії;
- в) гістологічного дослідження шийки матки;
- г) правильно все перелічене.

Відповідь: г.

8. До групи ризику захворюваності на рак шийки матки відносять жінок, які:

- а) почали раннє статеве життя (до 18 років);
- б) перенесли вірусні захворювання статевих органів;
- в) страждають на деформацію шийки матки після її розриву під час пологів;
- г) правильно все перелічене.

Відповідь: г.

9. Цитологічний метод дослідження з метою раннього виявлення патології шийки матки застосовується:

- а) при профілактичних оглядах;
- б) у вагітних при першому зверненні;
- в) у хворих з патогномонічними скаргами;
- д) правильно все перелічене.

Відповідь: г.

10. Цитологічними ознаками малігнізації епітелію шийки матки є:

- а) поліморфізм клітин;
- б) зміна співвідношення ядра і цитоплазми у клітині;
- в) наявність патологічних мітозів;
- г) правильно все перелічене.

Відповідь: г.

11. У хворих на рак шийки матки найбільш часто трапляється такий морфологічний тип:

- а) плоскоклітинний;
- б) аденокарцинома;
- в) світлоклітинний;
- г) недиференційований.

Відповідь: а.

12. Регіонарними лимфоузлами I етапу метастазування при раку шийки матки є все, крім:

- а) внутрішніх клубових;
- б) зовнішніх клубових;
- в) загальних клубових;

г) парааортальних.

Відповідь: г.

13. До віддалених лімфогенних метастазів у хворих на рак шийки матки належать метастази у лімфатичні вузли:

а) загальні клубові;

б) внутрішні клубові;

в) зовнішні клубові;

г) пара аортальні.

Відповідь: г.

14. До мікроінвазивної карциноми шийки матки належить пухлина з інвазією:

а) до 3 мм;

б) до 4 мм;

в) до 5 мм;

г) до 6 мм.

Відповідь: а.

15. Для лікування ранніх форм раку шийки матки найчастіше використовується:

а) хірургічний метод;

б) комбінований метод із передопераційним опроміненням;

в) комбінований метод із післяопераційним опроміненням;

г) поєднаний променевий метод.

Відповідь: а.

16. У хворої 52 років виявлено рак тіла матки із метастазами в яєчники, пухлина рецепторопозитивна. Тактика лікування передбачає:

а) екстирпацію матки з придатками + резекцію великого сальника;

б) екстирпацію матки з придатками + резекцію великого сальника + опромінення;

в) екстирпацію матки з придатками + резекцію великого сальника + опромінення + хіміотерапію;

г) екстирпацію матки з придатками + резекцію великого сальника + опромінення + хіміотерапію + гормонотерапію.

Відповідь: г.

17. У хворой 50 років виявлені інтраепітеліальний рак шийки матки і кіста яєчника. Який метод лікування доцільно застосувати:

- а) конізацію шийки матки;
- б) кріодеструкцію;
- в) екстирпацію матки з придатками;
- г) розширену екстирпацію матки з придатками.

Відповідь: в.

18. Під час виконання розширеної екстирпації матки з придатками видаляються всі перелічені лімфовузли, крім:

- а) параметральних;
- б) внутрішньої клубової артерії;
- в) зовнішньої клубової артерії;
- г) загальної клубової артерії.

Відповідь: г.

19. У хворой 48 років виявлена аденокарцинома цервікального каналу 1В стадії. Соматично пацієнтка не обтяжена. Тактика лікування зводиться:

- а) до розширеної екстирпації матки з придатками;
- б) до поєднаного променевого лікування;
- в) до комбінованого лікування з передопераційним опроміненням;
- г) до комбінованого лікування з післяопераційним опроміненням.

Відповідь: в.

20. У хворой 42 років виявлено рак шийки матки IIIa стадії. В анамнезі хронічний запальний процес із частими загостреннями. Тактика лікування включає:

- а) операцію Вертгейма;
- б) операцію Вертгейма з післяопераційною променевою терапією;
- в) видалення придатків матки із подальшою поєднаною променевою терапією;
- г) поєднану променеву терапію.

Відповідь: в.

21. Для визначення ступеня поширеності процесу (виявлення метастазів у лімфовузлах) у хворих на рак шийки матки 1В, II, III стадій найбільшу діагностичну цінність має:

- а) огляд у дзеркалах;
- б) екскреторна урографія;
- в) пряма лімфографія;
- г) ангіографія.

Відповідь: в.

22. Справжнім передраком ендометрію необхідно вважати:

- а) залозисту гіперплазію;
- б) фіброзний поліп;
- в) залозистий поліп;
- г) атипичну гіперплазію (аденоматоз).

Відповідь: г.

23. У хворій 35 років після видалення внутрішньоматкової спіралі під час гістологічного дослідження зіскрібка виявлена гіперплазія ендометрію. Їй необхідне:

- а) лікування гестагенами;
- б) лікування андрогенами;
- в) операція;
- г) спостереження.

Відповідь: г.

24. Хворій 52 років з приводу кров'янистих виділень у міжменструальний період виконано діагностичне вишкрібання матки. Гістологічно – залозисто-кістозна гіперплазія. Із супутніх захворювань має міому матки (розмір на 12 тижнів вагітності). Тактика лікування передбачає:

- а) спостереження;
- б) лікування гестагенами;
- в) лікування естрогенами;
- г) операцію – екстирпацію матки з придатками.

Відповідь: г.

25. Хворій 38 років з приводу вираженого аденоматозу проводилася гормонотерапія 17-ОПК. Під час контрольного обстеження через 6 місяців позитивної динаміки не спостерігається. Подальше лікування передбачає:

- а) продовжувати лікування гестагенами;

- б) лікування андрогенами;
- в) операцію;
- г) променеву терапію.

Відповідь: в.

26. Найбільш поширеним гістологічним типом пухлин тіла матки є:

- а) аденокарцинома;
- б) плоскоклітинний рак;
- в) світлоклітинний рак;
- г) залозисто-плоскоклітинний рак.

Відповідь: а.

27. Вирішальним для діагностики раку ендометрію є:

- а) огляд у дзеркалах;
- б) пальпація;
- в) ультразвукове дослідження органів малого таза;
- г) діагностичне вишкрібання.

Відповідь: г.

28. За наявності у хворої на рак тіла матки метастазів у яєчники доцільно виконати їй такий обсяг операції:

- а) екстирпацію матки з придатками;
- б) екстирпацію матки з придатками, лімфаденектомію + резекцію великого сальника;
- в) надпівову ампутацію матки з придатками + резекцію великого сальника;
- г) розширену екстирпацію матки з придатками.

Відповідь: б.

29. Вирішальним фактором для призначення гормонотерапії в післяопераційному періоді хворим на рак ендометрію є:

- а) вік хворих;
- б) глибина інвазії;
- в) наявність рецепторів естрогенів і прогестерону в пухлині;
- г) супутні захворювання.

Відповідь: в.

30. У хворої 56 років виявлено рак тіла матки II стадії, низькодиференційований. Супутніх захворювань жінка не має. Оптимальним обсягом оперативного втручання у неї необхідно вважати:

- а) надпіхвову ампутацію матки з придатками;
- б) екстирпацію матки з придатками;
- в) екстирпацію матки з придатками + резекцію великого сальника;
- г) розширену екстирпацію матки з придатками.

Відповідь: г.

31. У жінки 51 року виявлено рак тіла матки 1В стадії. Пухлина локалізується в ділянці дна тіла матки розміром до 2 см у діаметрі, глибина інвазії 0,3 см. Пухлина високодиференційована, рецепторпозитивна. Найбільш доцільним необхідно вважати виконання:

- а) лише операції (екстирпація матки з придатками) ;
- б) операції + опромінення;
- в) операції + гормонотерапія;
- г) операції + хіміотерапія.

Відповідь: а.

32. У жінки 50 років виявлено рак ендометрію 1с стадії. Пухлина локалізується в ділянці дна матки, діаметр пухлини 6 см, інвазія більше 1/2 міометрія, пухлина рецептор-негативна. Їй доцільно виконати:

- а) операцію + опромінення;
- б) операцію + гормонотерапію;
- в) операцію + хіміотерапію;
- г) операцію + опромінення + гормонотерапію.

Відповідь: а.

33. У хворої 52 років виявлено рак тіла матки з метастазами у лівий яєчник, пухлина рецепторпозитивна. Тактика лікування передбачає:

- а) екстирпацію матки з придатками + резекцію великого сальника;
- б) екстирпацію матки з придатками + резекцію великого сальника + опромінення;
- в) екстирпацію матки з придатками + резекцію великого сальника + опромінення + хіміотерапію;

г) екстирпацію матки з придатками + резекцію великого сальника + опромінення + хіміотерапію + гормонотерапію.

Відповідь: г.

34. Вирішальним фактором для призначення хіміотерапії в післяопераційному періоді хворим на рак ендометрію є:

- а) вік хворих;
- б) стадія захворювання;
- в) наявність рецепторів естрогенів і прогестерону в пухлині;
- г) супутні захворювання.

Відповідь: б.

35. У хворої 30 років після видалення внутрішньоматкової спіралі під час гістологічного дослідження зіскрібка виявлено аденоміоз. Їй необхідне:

- а) лікування гестагенами;
- б) лікування андрогенами;
- в) операція;
- г) променева терапія.

Відповідь: а.

36. У хворої 50 років виявлено рак тіла матки II стадії, помірно диференційований. Супутніх захворювань жінка не має. Оптимальним обсягом оперативного втручання у неї необхідно вважати:

- а) надпівову ампутацію матки з придатками;
- б) екстирпацію матки з придатками;
- в) екстирпацію матки з придатками + резекцію великого сальника;
- г) розширену екстирпацію матки з придатками.

Відповідь: г.

37. Для лікування хворої на рак шийки матки T1N0M0 найчастіше використовується:

- а) хірургічний метод;
- б) комбінований метод із передопераційним опроміненням;
- в) комбінований метод із післяопераційним опроміненням;
- г) поєднаний метод променевої терапії.

Відповідь: а.

38. Як називається цитологічний метод дослідження для виявлення раку шийки матки:

- а) пап-тест;
- б) верифікаційний тест;
- в) діагностичний тест;
- г) шийковий тест.

Відповідь: а.

39. До групи ризику із захворювання на рак шийки матки відносять усіх жінок, крім тих, які:

- а) почали раннє статеве життя (до 18 років);
- б) перенесли вірусні захворювання статевих органів;
- в) страждають на деформацію шийки матки після її розриву під час пологів;
- г) пізно почали статеве життя.

Відповідь: г.

40. Факторами ризику виникнення раку шийки матки є все, крім:

- а) більше 3 пологів в анамнезі;
- б) вірусної інфекції;
- в) ожиріння;
- г) вагітності в анамнезі.

Відповідь: г.

Нирка

Регіонарні лімфатичні вузли

Регіонарними лімфатичними вузлами є лімфатичні вузли воріт нирки, парааортальні і паракавальні. Категорія N не залежить від локалізації регіонарних метастазів.

Клінічна класифікація TNM

T – первинна пухлина;

TX – недостатньо даних для оцінювання первинної пухлини;

T0 – первинна пухлина не визначається;

T1 – пухлина до 7,0 см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою;

T1a – пухлина 4 см або менше;

T1b – пухлина > 4 см, але < 7,0 см;

T2 – пухлина більше 7,0 см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою;

T2a – пухлина розміром від 7 до 10 см у найбільшому вимірі;

T2b – пухлина розміром більше 10 см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою;

T3 – пухлина поширюється на великі вени або навколониркові тканини, але не на наднирники і знаходиться в межах фасції Герота;

T3A – пухлина поширюється на ниркові вени і їх гілки або пухлина, що інфільтрує паранефральну клітковину, але в межах фасції Герота;

T3b – масивне поширення пухлини на порожнисту вену нижче від діафрагми;

T3C – масивне поширення пухлини на порожнисту вену вище від діафрагми або пухлина вростає в стінку порожнистої вени;

T4 – пухлина поширюється за межі фасції Герота (включаючи наднирник на боці ураження).

N – регіонарні лімфатичні вузли;

NX – недостатньо даних для оцінювання стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N0 – немає ознак ураження метастазами регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 – є метастази в одиночному регіонарному лімфатичному вузлі;

N2 – метастази в більш ніж одному регіонарному лімфатичному вузлі.

M – віддалені метастази;

M0 – немає віддалених метастазів;

M1 – віддалені метастази.

Групування за стадіями

Стадія I	T1	N0	M0
Стадія II	T2	N0	M0
Стадія III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Стадія IV	T4	Будь-яка N	M0
	Будь-яка T	N2	M0
	Будь-яка T	Будь-яка N	M1

Тести

1. До злоякісних пухлин нирки належить:

а) аденома;

б) лейоміома;

в) нефробластома;

г) гемангіома.

Відповідь: в.

2. Категорія T4 у хворого з пухлиною нирки означає, що:

- а) пухлина більше 2,5 см, обмежена ниркою;
- б) пухлина поширюється на наднирник у межах фасції Герота;
- в) пухлина поширюється за межі фасції Герота;
- г) пухлина поширюється на порожнисту вену.

Відповідь: г.

3. Категорія N2 у хворого з пухлиною нирки означає, що:

- а) метастази у лімфовузлах розмірами більше 5 см;
- б) метастази у лімфовузлах розмірами до 5 см;
- в) метастази у лімфовузлах розмірами до 2 см;
- г) множинні метастази у лімфовузлах незалежно від їх розмірів.

Відповідь: г.

4. Термін "онкоцитома" вживається для позначення:

- а) еозинофільної зернистоклітинної пухлини паренхіми нирки;
- б) змішаної аденоми;
- в) перехідноклітинної папіломи;
- г) усіх мезенхімальних пухлин.

Відповідь: а.

5. До класичної тріади клінічних симптомів раку нирки належать:

- а) гематурія, біль, слабкість;
- б) гематурія, біль, прискорена ШОЕ;
- в) гематурія, втрата ваги, слабкість;
- г) гематурія, біль та пухлина, що пальпується.

Відповідь: г.

6. Позаренальним симптомом раку нирки є:

- а) варикоцеле;
- б) еритроцитоз;
- в) артеріальна гіпертензія;
- г) усе перелічене.

Відповідь: г

7. Для діагностики раку нирки найбільш інформативними є такі методи обстеження:

- а) сканування нирок;
- б) ангіографія;
- в) термографія;
- г) ретроградна пієлографія.

Відповідь: а.

8. Після радикальної нефректомії T2N0M0 стадії необхідна:

- а) профілактична хіміотерапія;
- б) профілактична променева терапія;
- в) профілактична гормонотерапія;
- г) профілактична імунотерапія.

Відповідь: г.

9. Найбільш оптимальним оперативним доступом для лікування раку нирки є:

- а) лапаротомний доступ;
- б) доступ за Федоровим;
- в) доступ за Bergmann;
- г) доступ за Nagamatsu.

Відповідь: б.

10. У хворого 65 років рак нирки. За даними ультразвукового дослідження та ангіографії пухлина не виходить за межі нирки і не проростає капсулу. Регіонарні метастази не виявлені. Пацієнту необхідно:

- а) провести передопераційну променеву терапію;
- б) провести передопераційну променеву терапію пролонгованим курсом;
- в) провести післяопераційну променеву терапію;
- г) обмежитися хірургічним лікуванням.

Відповідь: г.

11. Нирковоклітинний рак походить із:

- а) паренхіми нирки;
- б) балії нирки.

Відповідь: а.

12. Ризик появи раку нирки у курців зростає:

- а) на 10 %;
- б) на 20 %;
- в) на 30–60 %;
- г) на 5–10 %.

Відповідь: в.

13. Світлоклітинний рак (гіпернефрому) нирки виявляють:

- а) у 20 % випадків;
- б) у 60 % випадків;
- в) у 70–80 % випадків;
- г) у 80–100 % випадків.

Відповідь: в.

14. Двобічне ураження нирок виявляють:

- а) у 1 % хворих;
- б) у 3 % хворих;
- в) у 15 % хворих;
- Г) у 20 % хворих.

Відповідь: б.

15. До II стадії раку нирки відносять:

- а) T1N1M0;
- б) T2N0M0;
- в) T1N0M0;
- г) T3N0M0.

Відповідь: б.

16. Емболізацію ниркових артерій рекомендують проводити:

- а) у передопераційному періоді за наявності пухлини невеликого розміру;
- б) у післяопераційному періоді за наявності пухлини великого розміру;
- в) у передопераційному періоді за наявності пухлини великого розміру;
- г) у післяопераційному періоді за наявності пухлини невеликого розміру.

Відповідь: в.

17. Після радикальної операції 5-річне виживання хворих при I стадії становить:

- а) 50 %;
- б) 70 %;
- в) 85 %;
- г) 95 %.

Відповідь: г.

18. Після радикального лікування у хворих на локалізований рак нирки рецидив виникає:

- а) у 15 % випадків;
- б) у 25 % випадків;
- в) у 45 % випадків;
- г) у 50 % випадків.

Відповідь: б.

19. Пухлини сечового міхура становлять близько:

- а) 4 % усієї онкологічної патології;
- б) 30 % усієї онкологічної патології;
- в) 12 % усієї онкологічної патології;
- г) 20 % усієї онкологічної патології.

Відповідь: а.

20. Захворюваність на рак сечового міхура щорічно:

- а) зменшується;
- б) зростає;
- в) залишається без змін.

Відповідь: б.

21. Співвідношення чоловіків і жінок, хворих на рак сечового міхура, становить:

- а) 1 : 1;
- б) 3 : 1;
- в) 4 : 1;
- г) 1 : 4.

Відповідь: в.

22. Основний шлях метастазування раку передміхурової залози:

- а) лімфогенний;
- б) гематогенний.

Відповідь: а.

23. Рецидиви після резекції сечового міхура виникають:

- а) у 10 % хворих;
- б) у 30 % хворих;
- в) у 60 % хворих;
- г) у 80 % хворих.

Відповідь: в.

24. Внутрішньоміхурову хіміотерапію вважають (виберіть 2 правильних відповіді):

- а) методом вибору під час лікування раку сечового міхура;
- б) основним методом лікування поверхневого раку сечового міхура;
- в) основним методом профілактики рецидивів;
- г) радикальним методом лікування.

Відповіді: б, в.

25. На нирковоклітинний рак найбільш часто страждають люди віком:

- а) від 55 до 60 років;
- б) від 60 до 65 років;
- в) від 65 до 70 років;
- г) від 70 до 75 років.

Відповідь: а.

26. Яка ймовірність появи метастазів у протилежній нирці:

- а) 10 %;
- б) 25 %;
- в) 50 %;
- г) 75 %.

Відповідь: б.

27. Несприятливі прогностичні фактори для хворого на рак нирки:

- а) тяжкий загальний стан хворого;

- б) наявність клінічних симптомів захворювання на момент встановлення діагнозу;
- в) зниження маси тіла більш ніж на 10 %;
- г) усе перелічене.

Відповідь: г.

28. Чи впливає вік, стать і національність на прогноз захворювання:

- а) так;
- б) ні.

Відповідь: б.

29. У хворих на дисемінований (метастатичний) нирково-клітинний рак прогностичне значення мають:

- а) анемія;
- б) гіперкаліємія;
- в) гіпоальбумінемія;
- г) усе перелічене.

Відповідь: г.

30. Класична тріада симптомів, що характерна для раку нирки (біль, макрогематурія і пухлина, яка палькується) трапляються лише у:

- а) 15 % хворих;
- б) 25 % хворих;
- в) 50 % хворих;
- г) 75 % хворих.

Відповідь: а.

31. Артеріальна гіпертензія у хворих на рак нирки – непостійний симптом, який може бути викликаний:

- а) здавленням сегментарних артерій або підвищеною секрецією пухлиною реніна;
- б) оклюзією сечовода;
- в) метастазами в головний мозок, формуванням артеріовенозних шунтів;
- г) усе перелічене.

Відповідь: г.

32. Симптоми стиснення нижньої порожнистої вени у хворих на рак нирки:

- а) набряки ніг, варикоцеле;
- б) розширення підшкірних вен живота;
- в) тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок, протеїнурія;
- г) усе перелічене.

Відповідь: г.

33. Як називається синдром, при якому відбувається підвищення продукції еритропоєтину, реніну, простагландинів, простагліну, тромбоксану, утворення активної форми вітаміну D:

- а) пухлинний;
- б) канцероматозний;
- в) паранеопластичний;
- г) дисемінований.

Відповідь: в.

34. Радіоізотопне сканування скелета показане за:

- а) наявності болю в кістках і підвищенні лужної фосфатази;
- б) наявності гематурії;
- в) наявності кісткових метастазів;
- г) наявності гіпокальціємії.

Відповідь: а.

35. Характерними ознаками об'ємного утвору нирки вважається:

- а) збільшення розмірів, деформація контурів;
- б) наявність кальцифікатів, деформація чашково-мискової системи нирки;
- в) ампутація однієї або декількох чашечок, відхилення сечоводу;
- г) усе перелічене.

Відповідь: г.

36. Показаннями до ангіографії є всі, крім:

- а) пухлини обох нирок;
- б) планованої резекції нирки;
- в) пухлини нирки великих розмірів;
- г) пухлинного тромбозу НПВ.

Відповідь: а.

37. Чи правда, що рак нирки у чоловіків трапляється у 1,5–2 рази частіше, ніж у жінок:

а) так;

б) ні.

Відповідь: а.

38. Повне видалення ураженої нирки разом із паранефральною клітковиною, лімфовузлами й іноді наднирником називається:

а) радикальною нефректомією;

б) радикальною резекцією нирки.

Відповідь: а.

39. Якщо пухлина проростає ниркову капсулу, то це може бути ознакою захворювання:

а) 1-ї стадії;

б) 2-ї стадії;

в) 3-ї стадії;

г) 4-ї стадії.

Відповідь: г.

40. Видалення частини нирки, в ділянці якої виявлена ракова пухлина, називається:

а) радикальною нефректомією;

б) радикальною резекцією.

Відповідь: б.

Лімфогранулематоз

Клінічне стадіювання (сS)

Стадія I

Ураження однієї лімфатичної зони (I) або локалізоване ураження одного екстралімфатичного органа або тканини (IE).

Стадія II

Ураження двох або більше лімфатичних зон по один бік діафрагми (II) або локалізоване ураження одного екстралімфатичного органа або тканини та їх регіонарних лімфатичних вузлів (а) із або без ураження інших лімфатичних зон по той самий бік діафрагми (ПЕ).

Стадія III

Ураження лімфатичних вузлів по обидва боки діафрагми (III), яке може поєднуватися з локалізованим ураженням одного екстралімфатичного органа або тканини (ШЕ), або з ураженням селезінки (ШІІ), або з ураженням і того, й іншого (ШЕ + S).

Стадія IV

Дисеміноване (багатофокусне) ураження одного або декількох екстралімфатичних органів з або без ураження лімфатичних вузлів; або ізольоване ураження екстралімфатичного органа з ураженням віддалених (нерегіонарних) лімфатичних вузлів.

Класифікації (симптомів) А та В

Кожна стадія повинна бути розділена на А і В залежно від відсутності (А) або наявності (В) загальних симптомів. Серед них:

1. Незрозуміла втрата маси тіла більш ніж на 10 % за 6 останніх місяців до моменту звернення до лікаря.
2. Незрозумілі підвищення температури вище 38 ° С.
3. Нічна пітливість.

Примітка. Наявність одного лише свербіння недостатньо для встановлення групи В так само, як і короткочасні гарячкові стани, пов'язані з невідомою інфекцією

Тести

1. При ураженні лімфатичних вузлів середостіння злоякісними лімфомами, як правило, уражаються лімфатичні вузли:

- а) переднього верхнього середостіння;
- б) заднього середостіння;
- в) центрального середостіння;
- г) уражаються всі групи лімфатичних вузлів з однаковою частотою.

Відповідь: а.

2. Кістковий мозок при лімфогранулематозі зазнає:

- а) розвитку лейкемізації;
- б) осередкового ураження;
- в) і того, й іншого;
- г) правильної відповіді немає.

Відповідь: в.

3. Макроскопічні зміни лімфатичних вузлів при периферичних формах лімфогранулематозу характеризуються такими особливостями, за винятком:

- а) не спаяних із оточуючими тканинами;
- б) безболісності;
- в) щільної консистенції;
- г) схильності до утворення свищів.

Відповідь: г.

4. До симптомів інтоксикації при лімфогранулематозі належать такі, за винятком:

- а) втрати ваги;
- б) свербезу шкіри;
- в) лихоманки;
- г) сухого кашлю.

Відповідь: г.

5. Найбільш частою локалізацією периферичної форми лімфогранулематозу є:

- а) привушна;
- б) пахвова;
- в) піднижньощелепна;
- г) шийна.

Відповідь: г.

6. Найбільш часто при лімфогранулематозі уражаються такі органи, за винятком:

- а) печінки;
- б) селезінки;
- в) нирок;
- г) легень.

Відповідь: в.

7. Відмінною ознакою інфекційного мононуклеозу від периферичного лімфогранулематозу є:

- а) болі в горлі;
- б) гострий початок;
- в) збільшенню лімфовузлів передуює підвищення температури;
- г) наявність у крові периферичних мононуклеарів.

Відповідь: г.

8. Відмінною ознакою периферичного лімфогранулематозу від туберкульозного лімфаденіту є:

- а) наявність первинного туберкульозного комплексу в легенях;
- б) почервоніння шкіри над збільшеним вузлом;
- в) біль у збільшених лімфовузлах;
- г) клітини Березовського-Штернберга в пунктаті вузла.

Відповідь: г.

9. Диференціальною ознакою периферичного лімфогранулематозу від звичайного лімфаденіту є:

- а) наявність інфікованої рани;
- б) болючість збільшених лімфовузлів;
- в) підвищення температури тіла;
- г) стійкість лихоманки до протизапального лікування.

Відповідь: г.

10. Тактика дільничного лікаря при зверненні хворого зі скаргами на наявність збільшеного безболісного лімфовузла в ділянці шиї:

- а) провести протизапальне лікування;
- б) зробити пункцію збільшеного вузла з цитологічним дослідженням пунктату;
- в) направити на консультацію до ЛОР-лікаря;
- г) провести фізіотерапію.

Відповідь: б.

11. Для уточнення поширеності лімфогранулематозу застосовують такі методи обстеження, за винятком:

- а) рентгенографії грудної клітки у двох проекціях;
- б) двобічної нижньої лімфографії;
- в) УЗД органів черевної порожнини;
- г) спірографії.

Відповідь: г.

12. Який із названих методів дослідження вважається найбільш інформативним при підозрі на лімфогранулематоз середостіння:

- а) загальний аналіз крові;
- б) фібробронхоскопія;
- в) лімфографія;
- г) медіастиноскопія з біопсією.

Відповідь: г.

13. Який із названих методів дослідження вважаєте найбільш інформативним при підозрі на лімфогранулематоз мезентеріальних лімфовузлів:

- а) фіброгастроскопію;
- б) лапароскопію з прицільною біопсією;
- в) рентгеноскопію шлунка;
- г) фіброколоноскопію.

Відповідь: б.

14. При лімфогранулематозі I–IIA стадій найбільш ефективним лікуванням є:

- а) хірургічне;
- б) 2 цикли поліхіміотерапії + променева терапія за радикальною програмою + 2 курси поліхіміотерапії;
- в) поліхіміотерапія;
- г) гормонотерапія.

Відповідь: б.

15. При лімфогранулематозі III–IV стадій найбільш ефективним методом лікування є:

- а) паліативна променева терапія;
- б) циклова хіміотерапія з подальшою променевою терапією хіміорезистентних вузлів;
- в) хірургічне + променеве;
- г) хірургічне лікування.

Відповідь: б.

16. "Сигналами тривоги", за наявності яких на амбулаторному прийомі необхідно запідозрити периферичний лімфогранулематоз, є такі, за винятком:

- а) поступового збільшення і появи нових лімфовузлів;
- б) появи одного або декількох збільшених лімфовузлів;

- в) незрозумілої лихоманки;
- г) гіперемії шкіри і флюктуації в ділянці вузла.

Відповідь: г.

17. До гістологічних варіантів лімфогранулематозу належать такі, за винятком:

- а) нодулярного склерозу;
- б) лимфоїдного переважання;
- в) лимфоїдного виснаження;
- г) еозинофільної гранульоми.

Відповідь: г.

18. До злоякісних лімфом належать такі захворювання, за винятком:

- а) лімфогранулематозу;
- б) еозинофільної гранульоми;
- в) лімфосаркоми;
- г) ретикулосаркоми.

Відповідь: б.

19. Діагноз лімфогранулематозу підтверджується при виявленні в мікропрепараті:

- а) клітин Пирогова-Лангханса;
- б) лімфобластів;
- в) клітин Березовського-Штернберга;
- г) ретикулогістіоцитів.

Відповідь: в.

20. При лімфогранулематозі найбільш часто спостерігається:

- а) лімфогенне метастазування;
- б) гематогенне метастазування;
- в) імплантаційне метастазування;
- г) правильно а) і б).

Відповідь: г.

21. Одним із перших проявів лімфогранулематозу найбільш часто є збільшення:

- а) шийно-надключичних лімфовузлів;
- б) медіастинальних лімфовузлів;

- в) пахових лімфовузлів;
- г) заочеревинних лімфовузлів.

Відповідь: а.

22. Первинний прояв лімфогранулематозу у вигляді ураження пахових лімфовузлів трапляється із частотою:

- а) до 10 %;
- б) від 20 до 50 %;
- в) від 50 до 70 %;
- г) більше 70 %.

Відповідь: а.

23. Ураження лімфовузлів вище діафрагми і селезінки при лімфогранулематозі свідчить про наявність:

- а) I стадії;
- б) II стадії;
- в) III стадії;
- г) IV стадії.

Відповідь: в.

24. Ураження аксиллярних лімфовузлів з двох боків при лімфогранулематозі трактується як:

- а) I стадія;
- б) II стадія;
- в) III стадія;
- г) IV стадія.

Відповідь: б.

25. Ураження шийних лімфовузлів справа, медіастинальних лімфовузлів і аксиллярних зліва у пацієнта із лімфогранулематозом означає:

- а) I стадію;
- б) II стадію;
- в) III стадію;
- г) IV стадію.

Відповідь: б.

26. Ураження шийних лімфовузлів зліва, медіастинальних, пахових лімфовузлів і селезінки у пацієнта із лімфогранулематозом означає:

- а) I стадію;
- б) II стадію;
- в) III стадію;
- г) IV стадію.

Відповідь: в.

27. Ураження периферичних лімфовузлів вище і нижче діафрагми при лімфогранулематозі означає:

- а) I стадію;
- б) II стадію;
- в) III стадію;
- г) IV стадію.

Відповідь: в.

28. При лімфогранулематозі ураження селезінки і пахово-клубових лімфовузлів трактується як:

- а) I стадія;
- б) II стадія;
- в) III стадія;
- г) IV стадія.

Відповідь: б.

29. Ураження при лімфогранулематозі пахових лімфовузлів трактується як:

- а) I стадія;
- б) II стадія;
- в) III стадія;
- г) IV стадія.

Відповідь: б.

30. Ізольоване ураження при лімфогранулематозі селезінки означає:

- а) I стадію;
- б) II стадію;

- в) III стадію;
 - г) IV стадію.
- Відповідь: б.

31. Ураження легеневої тканини і заочеревинних лімфовузлів при лімфогранулематозі трактується як:

- а) I стадія;
- б) II стадія;
- в) III стадія;
- г) IV стадія.

Відповідь: г.

32. Найбільш прогностично сприятливим морфологічним варіантом лімфогранулематозу є:

- а) лімфоїдне виснаження;
- б) лимфоїдне переважання;
- в) змішаноклітинний варіант;
- г) нодулярний склероз.

Відповідь: б.

33. Найбільш несприятливим прогностичним варіантом лімфогранулематозу є:

- а) лимфоїдне переважання;
- б) лімфоїдне виснаження;
- в) нодулярний склероз;
- г) змішаноклітинний варіант.

Відповідь: б.

34. У хворого на лімфогранулематоз 55 років збільшені шийні лімфовузли з обох боків і значна пігливість. Це означає наявність:

- а) I A стадії;
- б) II A стадії;
- в) II B стадії;
- г) III B стадії.

Відповідь: в.

35. При лімфогранулематозі ураження печінки і медіастинальних лімфовузлів у пацієнта 48 років із симптомами інтоксикації означає наявність:

- а) II Б стадії;
- б) III А стадії;
- в) III Б стадії;
- г) IV Б стадії.

Відповідь: г.

36. Безперечним підтвердженням діагнозу лімфогранулематозу є:

- а) зниження вмісту лімфоцитів у лімфатичному вузлі;
- б) наявність збільшених безболісних лімфатичних вузлів;
- в) посилена проліферація клітинних елементів у лімфатичних вузлах;
- г) виявлення клітин Березовського-Штернберга.

Відповідь: г.

37. Симптоми інтоксикації при лімфогранулематозі:

- а) нічна пітливість;
- б) свербіж шкіри;
- в) незрозумілі підвищення температури тіла вище 38 °С;
- г) правильно все.

Відповідь: г.

38. Найбільш достовірним способом діагностики лімфогранулематозу є:

- а) рентгенографія і томографія грудної клітки;
- б) загальний і біохімічні аналізи крові;
- в) імуногістохімічне дослідження;
- г) гістологічне дослідження.

Відповідь: в.

39. Під терміном «лімфаденопатія» розуміють:

- а) лімфоцитоз у периферичній крові;
- б) лейкоцитозну інфільтрацію лімфатичних вузлів;
- в) лімфобластоз у стернальному пунктаті;
- г) збільшення лімфовузлів.

Відповідь: г.

40. Початку лімфогранулематозу відповідає гістологічний варіант:

- а) лімфоїдне виснаження;
- б) лимфоїдне переважання;
- в) змішаноклітинний;
- г) нодулярний склероз.

Відповідь: б.

Паліативна допомога

Тести

1. Препарат, що застосовується в онкології за наявності сильного болю:

- а) дезоморфін;
- б) героїн;
- в) морфін;
- г) пан ангін.

Відповідь: в.

2. Паліативне лікування є розділом:

- а) стоматології;
- б) хірургії;
- в) онкології;
- г) травматології.

Відповідь: в.

3. Волонтерами стають у віці:

- а) 16–64 років;
- б) 17–64 років;
- в) 18–64 років;
- г) 20–64 років.

Відповідь: в.

4. Коли збудження і неспокійна поведінка хворого супроводжуються стогонами і гримасами, це часто тлумачать як свідчення:

- а) фізичного болю;
- б) поступового згасання свідомості;

- в) душевного болю;
- г) ознак депресії.

Відповідь: а.

5. У міру наближення смерті людина перестає проявляти інтерес:

- а) до зовнішнього світу і окремих деталей у повсякденному житті;
- б) до рідних і близьких;
- в) до самого себе;
- г) до досягнень онкології.

Відповідь: а.

6. Етична мета медичних працівників у сфері паліативної медицини:

- а) полегшення страждань;
- б) ставитися до хворого зі співчуттям і повагою;
- в) розуміти потреби хворого;
- г) намагатися задовольнити його психічні, соціальні й духовні потреби.

Відповідь: г.

7. Головною метою паліативної медичної допомоги є:

- а) досягнення якості життя вмираючого пацієнта, що максимально наближене до якості життя здорової людини;
- б) психологічна підтримка хворого і родичів;
- в) задоволення духовних потреб хворого і його близьких;
- г) рішення соціальних і юридичних, етичних питань, які виникають у зв'язку із тяжкою хворобою.

Відповідь: а.

8. Крім лікаря-куратора до надання допомоги хворим, які перебувають в палатах паліативної допомоги, в разі необхідності можуть залучатися всі, крім:

- а) лікаря-анестезіолога;
- б) лікаря-реабілітолога;
- в) служителів релігійних конфесій;
- г) волонтерів, зокрема сестри милосердя.

Відповідь: а.

9. Основним елементом усієї системи підтримки пацієнта і його сім'ї є:

- а) медичний аспект;
- б) духовний аспект;
- в) соціальний аспект;
- г) реабілітаційний аспект.

Відповідь: б.

10. Хоспісна допомога – це:

- а) варіант евтаназії;
- б) філософське вчення;
- в) метод дослідження в дієтології;
- г) варіант паліативної допомоги.

Відповідь: г.

11. Спеціалізовані служби паліативної допомоги в онкології – це:

- а) спеціальна медична група лікарів-онкологів;
- б) бригади, що об'єднують працівників різного профілю, які працюють на базі лікарні або безпосередньо серед населення;
- в) лікар-онколог;
- г) лікар і фахівець із соціальної роботи.

Відповідь: б.

12. Полегшення страждань за наявності онкологічного захворювання – це:

- а) дія, спрямована на зменшення болю за наявності онкологічного захворювання;
- б) етичний обов'язок медичних працівників;
- в) допомога під час проведення гігієнічних процедур;
- г) допомога під час годування пацієнта.

Відповідь: а.

13. На якій стадії пацієнти з онкологічними хворобами найбільш часто відчувають сильний біль:

- а) на 1-й стадії;
- б) на 2-й стадії;
- в) на 3-й стадії;
- г) на 4-й стадії.

Відповідь: г.

14. Історія волонтерського руху спочатку була пов'язана з:

- а) релігійно-духовною діяльністю;
- б) благодійною діяльністю;
- в) діяльністю хоспісного руху;
- г) поліпшенням онкологічної допомоги.

Відповідь: а.

15. Разові організовані акції у стаціонарі хоспісу в рамках корпоративного волонтерства:

- а) суботники (миття вікон, прибирання снігу, висаджування квітів в саду) ;
- б) дизайнери, коректори, аналітики, перекладачі (виконання конкретних завдань у вільний або спеціально виділений для цього час) ;
- в) представники компанії приходять до хоспісу (наприклад, по дві особи щотижня) у робочий час і допомагають, як і постійні волонтери (на загальних підставах);
- г) збирання й аналіз інформації під конкретне завдання.

Відповідь: а.

16. Хоспісна група волонтерів займається:

- а) наданням паліативної допомоги у непрофільному стаціонарі до можливого переведення у відділення паліативної допомоги (хоспіс) ;
- б) стабілізацією стану в стадії декомпенсації;
- в) стабілізацією стану пацієнта вдома;
- г) психологічною й емоційною підтримкою хворих та їхніх родичів під час хвороби, а також родичів після смерті пацієнтів.

Відповідь: г.

17. Метою паліативної допомоги є полегшення страждань хворого:

- а) інкурабельного;
- б) онкологічного;
- в) ВІЛ-інфікованого;
- г) страждає на злоякісні новоутворення.

Відповідь: а.

18. «Золотим стандартом» для оцінювання стану здоров'я є:

- а) опис самим пацієнтом відчуттів і переживань;
- б) вибір тактики для полегшення страждань;
- в) проведення складної діагностики;
- г) необхідність проведення оцінювання його емоційного статусу.

Відповідь: а.

19. Дезорієнтація – це:

- а) сплутаність свідомості;
- б) занепокоєння;
- в) збудження;
- г) безсоння.

Відповідь: а.

20. Всесвітня медична асоціація у своїй заяві про політику в області лікування смертельно хворих пацієнтів, які відчувають хронічний біль (1990 р.), рекомендувала проводити лікування смертельно хворих так:

- а) щоб вони могли жити наскільки можливо активно до самої смерті;
- б) щоб максимально полегшити їхні страждання і сприяти гідному відходу з життя;
- в) щоб ні прискорити, ні віддалити настання смерті;
- г) щоб полегшити біль та інші симптоми.

Відповідь: б.

21. Проблеми, що виникають у інкурабельних пацієнтів:

- а) нестача коштів у придбанні лікарських засобів;
- б) недостатня доступність опіоїдів;
- в) ніяких проблем немає;
- г) відсутність хіміопрепаратів.

Відповідь: б.

22. Експерти ВООЗ вважають, що основними положеннями програми розвитку паліативної допомоги повинні бути всі, крім:

- а) паліативної допомоги, що є невідкладною гуманітарною потребою у всьому світі для людей із захворюваннями у термінальній фазі;
- б) паліативної допомоги, що повинна бути інтегрована в існуючу систему медичної допомоги;

в) паліативної допомоги, що повинна надаватися тільки в онкологічному лікувальному закладі;

г) паліативної допомоги, що повинна бути гарантована для всіх верств населення, незалежно від конфесій, віросповідань.

Відповідь: в.

23. Що таке routine home care?

а) безперервна допомога вдома: передбачає в основному медсестринську допомогу, виявляється лише в період кризового стану хворого;

б) допомогу в хоспісі: проводиться для контролю больового синдрому та інших гострих і хронічних симптомів;

в) звичайна допомога вдома: пацієнти отримують хоспісну допомогу там, де вони проживають;

г) допомога для того, щоб дати «перепочинок» родичам пацієнта.

Відповідь: в.

24. Хоспіс – це:

а) платна установа, що забезпечує догляд за тяжко хворою людиною;

б) безкоштовна державна установа, що забезпечує догляд за тяжко хворою людиною;

в) безкоштовна державна установа, що забезпечує догляд за тяжко хворою людиною, полегшення її фізичного і психічного стану, а також підтримку соціальних і духовних потреб;

г) безкоштовна державна медична установа, що надає весь спектр протипухлинної терапії.

Відповідь: в.

25. Що є основою успіху паліативної допомоги:

а) професійне постійне спостереження за хворим;

б) професіоналізм персоналу;

в) сила волі пацієнта;

г) забезпеченість необхідними медикаментами.

Відповідь: а.

26. Яка ідея в основі концепції хоспісу:

а) зібрати всіх хворих в одному місці;

- б) надання паліативної допомоги;
- в) ізоляція хворих від суспільства;
- г) ідея допомогти родичам хворого.

Відповідь: б.

27. Паліативне лікування спрямоване на вирішення декількох завдань, крім:

- а) зменшення болю і пом'якшення інших симптомів, які турбують хворого;
- б) психологічної і духовної підтримки хворого;
- в) розроблення системи, що підтримує у хворого здатність якомога довше вести активне життя;
- г) не пропонує системи надання допомоги сім'ї хворого під час його хвороби.

Відповідь: г.

28. Найбільшими організаціями є всі, крім:

- а) армії порятунку;
- б) ЮНЕСКО;
- в) волонтерської програми Об'єднаних Націй;
- г) приватних благодійних організацій.

Відповідь: г.

29. Синонімом поняття «волонтерська діяльність» є термін:

- а) благодійна діяльність;
- б) безоплатна допомога;
- в) добровольча діяльність;
- г) соціальна допомога.

Відповідь: а.

30. Невід'ємна частина хоспісного руху:

- а) волонтерство;
- б) благодійність;
- в) релігійні організації;
- г) соціальні служби.

Відповідь: а.

31. Мотиви, що спонукають людину ставати волонтером, все, крім:

- а) потреби в міжособистісних відносинах;
- б) потреби у здобутті впевненості у своїх силах;
- в) бажання спостерігати за тяжкохворими;
- г) потребу у безкоштовній допомозі.

Відповідь: в.

32. Участь волонтерів дозволяє зробити все, крім:

- а) істотно розширити охоплення пацієнтів;
- б) поліпшення якості догляду;
- в) залучення додаткових людських та матеріальних ресурсів;
- г) об'єктивно оцінити тяжкість стану хворих.

Відповідь: г.

33. Синонімом слова «інкурабельний» хворий є:

- а) невиліковний хворий;
- б) хворий, який страждає;
- в) хворий, який помирає;
- г) онкологічний хворий.

Відповідь: а.

34. Основною метою паліативної допомоги є:

- а) поліпшення якості життя хворого та членів його сім'ї;
- б) полегшення страждань;
- в) продовження життя;
- г) усунення фізичних та психосоціальних проблем.

Відповідь: а.

35. Самостійним напрямом паліативної допомоги, основним компонентом якого є формування особливої філософії, організація психологічної підтримки хворого і його родини є:

- а) хоспісна допомога;
- б) паліативне лікування;
- в) медична допомога;
- г) волонтерський рух.

Відповідь: а.

36. В останні дні і години життя в організмі відбувається ряд фізіологічних змін:

- а) припинення приймання їжі і рідини;
- б) потреба говорити;
- в) виникає цілий спектр емоцій та страхів;
- г) відсутність болю.

Відповідь: а.

37. Зміни, пов'язані з процесом помирання, зумовлені низкою незворотних процесів:

- а) неврологічних;
- б) психологічних;
- в) фізичних;
- г) соціальних.

Відповідь: а.

38. Ознака наявності болю:

- а) напружений лоб, зокрема поява на ньому глибоких зморшок;
- б) сонливість;
- в) припинення приймання їжі;
- г) занепокоєння.

Відповідь: а.

39. Дуже важливий компонент паліативної допомоги:

- а) купірування больового синдрому;
- б) активна всебічна допомога пацієнтам;
- в) впровадження заходів, що забезпечують адекватне знеболювання;
- г) психосоціальна та духовна підтримка пацієнта.

Відповідь: а.

40. Паліативна допомога хворим повинна надаватися:

- а) якщо хворим потрібна спеціалізована паліативна допомога;
- б) якщо встановлено діагноз невиліковного захворювання;
- в) якщо пацієнти відчувають фізичні або іншого виду страждання;
- г) якщо захворювання прогресує і переходить у термінальну стадію.

Відповідь: б.

Список літератури

1. TNM classification of malignant tumours / edited by L. H. Sobin, M. K. Gospodarowicz, and Ch. Wittekind. — Blackwell Publishing Ltd, 2010. — 310 p.
2. Онкология (справочник практического врача) / под. ред. И. В. Поддубной. — Москва: Медпресс-информ, 2009.— 767с.
3. Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. Eighth ed., Network. CMP United Business Media. — 2004. — P. 974.

Навчальне видання

Винниченко Ігор Олександрович,

Москаленко Юлія Василівна,

Винниченко Олександр Ігорович

**Збірник тестових завдань
з онкології
(Класифікація TNM,
сьоме видання, 2009)**

Навчальний посібник

Художнє оформлення обкладинки Ю. В. Москаленко

Редактор Н. В. Лисогуб

Комп'ютерне верстання Ю. В. Москаленко

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 20,46. Обл.-вид. арк. 16,97. Тираж 300 пр. Зам. №

Видавець і виготовлювач

Сумський державний університет,

вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.