

## Лечение боли. Анестезиологическое пособие

1. Классификация по происхождению предусматривает выделение следующих видов боли:
  - 1) висцеральная;
  - 2) хроническая;
  - 3) нейропатическая;
  - 4) центральная;
  - 5) острая;
  - 6) соматическая;
  - 7) психогенная.
  
2. Выделяют следующие виды висцеральной боли:
  - 1) боль в регенирирующем нерве;
  - 2) дистензионная;
  - 3) ишемическая;
  - 4) поверхностная;
  - 5) глубокая;
  - 6) спастическая.
  
3. Боль имеет следующие свойства:
  - 1) предупреждает о нарушениях в организме;
  - 2) причиняет физические страдания;
  - 3) никогда не сопровождается психическими страданиями;
  - 4) способствует прогрессированию соматических болезней;
  - 5) угнетает механизмы иммунитета;
  - 6) стимулирует механизмы иммунитета.
  
4. Болевые рецепторы расположены:
  - 1) в адвентиции мелких сосудов;
  - 2) в эндоневрии;
  - 3) в соединительной ткани;
  - 4) в коже;
  - 5) в мышцах;
  - 6) в паренхиме печени.
  
5. Боль возникает при:
  - 1) травме;
  - 2) воспалении;
  - 3) ишемии;
  - 4) растяжении тканей;
  - 5) спазме;
  - 6) кровотечении.
  
6. Боль может сопровождаться:
  - 1) повышением АД;
  - 2) тахикардией;
  - 3) тошнотой;
  - 4) сонливостью;
  - 5) потливостью.
  
7. Для хронической боли характерно:

- 1) длительность менее 3 месяцев;
  - 2) длительность более 3 месяцев;
  - 3) монотонность;
  - 4) локальный характер;
  - 5) сочетание с психической депрессией
8. Выделяют следующие группы методов обезболивания:
- 1) фармакологические;
  - 2) регионарная анестезия;
  - 3) психологические;
  - 4) физические;
  - 5) общая анестезия (наркоз).
9. К этиотропным средствам купирования боли относятся:
- 1) противовоспалительные препараты;
  - 2) местные анестетики;
  - 3) вазодилататоры;
  - 4) опиатные анальгетики;
  - 5) спазмолитики;
  - 6) антибактериальные препараты.
10. К наиболее распространенным осложнениям и побочным эффектам применения наркотических анальгетиков относятся:
- 1) угнетение дыхания;
  - 2) формирование привыкания и зависимости;
  - 3) головная боль, галлюцинации и головокружения;
  - 4) эрозивно-язвенные желудочно-кишечные кровотечения;
  - 5) гипокоагуляционные нарушения, тромбоцитопения;
  - 6) тошнота и рвота;
  - 7) почечная недостаточность;
  - 8) угнетение моторики желудочно-кишечного тракта.
11. К наиболее распространенным осложнениям и побочным эффектам применения ненаркотических анальгетиков относятся:
- 1) угнетение дыхания;
  - 2) развитие острых эрозий и язв в верхних отделах желудочно-кишечного тракта;
  - 3) почечная недостаточность;
  - 4) тошнота и рвота;
  - 5) формирование привыкания и зависимости;
  - 6) нарушение тромбоцитарного звена гемостаза.
12. К группе веществ, инициирующих появление боли (аллогенам) относятся:
- 1) эндорфины;
  - 2) энкефалины;
  - 3) гамма-аминомасляная кислота;
  - 4) субстанция P;
  - 5) медиаторы воспаления;
  - 6) норадреналин, серотонин;
  - 7) простагландины, лейкотриены;
  - 8) провоспалительные цитокины.
13. К медиаторам антиноцицептивной системы относятся:

- 1) эндорфины;
- 2) энкефалины;
- 3) гамма-аминомасляная кислота;
- 4) субстанция Р;
- 5) динорфины;
- 6) норадреналин, серотонин;
- 7) простагландины, лейкотриены;
- 8) провоспалительные цитокины.

14. Для острой боли наиболее характерно:

- 1) продолжительность определяется временем действия повреждающего фактора;
- 2) локализованный характер боли;
- 3) продолжается сверх нормативного периода заживления;
- 4) преимущественная зависимость от комплекса психологических факторов;
- 5) зависимость от характера и интенсивности периферического воздействия;
- 6) длительность и монотонность.

15. Для хронической боли наиболее характерно:

- 1) продолжительность определяется временем действия повреждающего фактора;
- 2) продолжается сверх нормативного периода заживления;
- 3) диффузный характер;
- 4) преимущественная зависимость от комплекса психологических факторов;
- 5) зависимость от характера и интенсивности периферического воздействия;
- 6) длительность и монотонность.

16. Для анальгетиков центрального действия (опиатов) характерно:

- 1) высокая эффективность при сильных болях, связанных с травмами и обширными оперативными вмешательствами;
- 2) возможность развития острых токсических явлений, угнетение дыхания, моторики ЖКТ, развитие тошноты и рвоты;
- 3) ограниченная анальгетическая активность при определенных видах болей;
- 4) отчетливое жаропонижающее и противовоспалительное действие;
- 5) возможность развития физической и психической зависимости, абстинентного синдрома;
- 6) высокий риск развития диспепсии, осложнений язвенной болезни (перфорация, кровотечение);
- 7) развитие эйфории, галлюцинаций и головокружения, потливость, чувство жара, головная боль.

17. Для анальгетиков периферического действия (НПВП) характерно:

- 1) ограниченная анальгетическая активность при определенных видах болей;
- 2) развитие эйфории, галлюцинаций и головокружения, потливость, чувство жара, головная боль;
- 3) отчетливое жаропонижающее и противовоспалительное действие;
- 4) высокий риск развития физической и психической зависимости, абстинентного синдрома;
- 5) высокий риск развития нефрита и нарушений функции почек;
- 6) высокий риск развития острых токсических явлений, угнетение дыхания, моторики ЖКТ, развитие тошноты и рвоты;
- 7) высокий риск развития диспепсии, осложнений язвенной болезни (перфорация, кровотечение);
- 8) при длительном применении развитие нейтро- и тромбоцитопении.

18. К препаратам адъювантной терапии болевых синдромов относят:

- 1) опиаты;
- 2) противосудорожные препараты;
- 3) антигистаминные препараты;
- 4) нестероидные противовоспалительные препараты;

- 5) антидепрессанты;
- 6) кортикостероидные гормоны;
- 7) местные анестетики;
- 8) нейролептики, транквилизаторы.

19. Ключевыми принципами терапии болевого синдрома служат:

- 1) устранение причин, вызывающих боль;
- 2) назначаемое средство должно соответствовать интенсивности болевого синдрома;
- 3) назначаемое средство должно быть безопасным для пациента;
- 4) приоритет следует отдавать монотерапии наркотическими анальгетиками;
- 5) индивидуальный подбор дозы и продолжительности лечения
- 6) избегать назначения анальгетиков периферического действия (НПВП).

20. Для устранения болевого синдрома целесообразно:

- 1) выполнить вскрытие и дренирование очага инфекции;
- 2) восстановить кровообращения в зоне ишемии;
- 3) эвакуировать избыточное содержимое полых органов;
- 4) не использовать системные анальгетические препараты;
- 5) отказаться от транспортной иммобилизации.

21. Характерными особенностями ненаркотических анальгетиков служат:

- 1) умеренная анальгезирующая активность;
- 2) сильная анальгезирующая активность;
- 3) не угнетают дыхательный и кашлевой центры;
- 4) угнетают дыхательный и кашлевой центры;
- 5) не вызывают эйфории и физической зависимости;
- 6) вызывают психическую зависимость.

22. Нестероидные противовоспалительные средства:

- 1) оказывают умеренное анальгезирующее действие;
- 2) вызывают диспепсию;
- 3) вызывают желудочно-кишечные кровотечения;
- 4) обладают нефротоксичностью;
- 5) вызывают психическую и физическую зависимость.

23. Для наркотических анальгетиков характерны следующие особенности:

- 1) сильная анальгезирующая активность;
- 2) вызывают развитие привыкания и потребность к увеличению дозы препарата для достижения обезболивания;
- 3) не угнетают дыхание и кашлевой рефлекс;
- 4) вызывают тошноту и рвоту;
- 5) не вызывают эйфорию и физическую зависимость.

24. Перечислите виды общей анестезии:

- 1) внутривенная;
- 2) эндотрахеальная ингаляционная;
- 3) перидуральная;
- 4) масочная ингаляционная;
- 5) плексусная;
- 6) субарахноидальная.

25. Целью премедикации является:

- 1) предупреждение вагусного эффекта;
  - 2) повышение тонуca симпатической нервной системы;
  - 3) усиление саливации;
  - 4) снятие эмоционального напряжения;
  - 5) предупреждение рвоты и регургитации.
26. С какой целью при проведении комбинированного наркоза используются миорелаксанты:
- 1) для усиления (потенцирования) действия наркотических средств;
  - 2) для купирования рефлекторной мышечной сократимости;
  - 3) для купирования нейровегетативных реакций;
  - 4) для стабилизации гемодинамики;
  - 5) для проведения интубации трахеи.
27. Какая профилактика западения языка (механической асфиксии) целесообразна у больного в раннем постнаркозном периоде:
- 1) по окончании операции введение прозерина (антагонист миорелаксантов);
  - 2) установка воздуховода;
  - 3) обеспечить постоянный контроль медицинского персонала и мониторинг в течение 2 ч после наркоза;
  - 4) ввести больному дыхательные analeптики;
  - 5) ввести зонд в желудок;
  - 6) обеспечить правильное положение тела.
28. Недостатками масочного наркоза являются:
- 1) опасность западения языка;
  - 2) увеличение анатомического “мертвого” пространства;
  - 3) уменьшение анатомического “мертвого” пространства;
  - 4) опасность регургитации и аспирации желудочного содержимого;
  - 5) опасность передозировки ингаляционного анестетика;
  - 6) сложность интубации.
29. Преимуществами эндотрахеального наркоза перед масочным являются:
- 1) надежная профилактика аспирации желудочного содержимого;
  - 2) уменьшение анатомического “мертвого” пространства;
  - 3) увеличение анатомического “мертвого” пространства;
  - 4) обеспечение возможности оперировать на лице, шее, голове;
  - 5) обеспечение профилактики послеоперационного пареза кишечника.
30. Отличительной характеристикой методов местной анестезии является:
- 1) устранение болевых ощущений в ограниченной области;
  - 2) обратимость эффекта анестезии;
  - 3) эффект анестезии достигается путем прерывания нервной проводимости;
  - 4) сохранность сознания;
  - 5) применение анальгетиков периферического действия;
  - 6) возможность осуществления комбинированных операций на органах грудной клетки и брюшной полости;
  - 7) воздействие на антиноцицептивную систему регуляции боли.
31. К преимуществам применения методов местной проводниковой анестезии перед наркозом в хирургической практике относятся:
- 1) экономическая предпочтительность;
  - 2) снижение емкости интраоперационного мониторинга;

- 3) прекращение эффекта обезболивания сразу после завершения операции;
  - 4) возможность широкого применения в амбулаторной хирургической практике;
  - 5) отсутствие необходимости в сложном аппаратном обеспечении.
32. Местного обезболивания можно добиться путем:
- 1) ингаляционного введения местных анестетиков;
  - 2) нанесения анестезирующих веществ на поверхность кожи и слизистых оболочек;
  - 3) создания глубокой локальной гипотермии;
  - 4) инфильтрационного введения анальгетиков периферического действия в ткани;
  - 5) пропитывания области операции анестезирующим раствором;
  - 6) инфильтрации анестетиками зоны прохождения нервных стволов.
33. В основе эффекта фармакохимической местной анестезии лежит:
- 1) блокада натриевых каналов макромолекул белка липидной фазы мембраны нервных клеток;
  - 2) блокада кальциевых каналов в нервных окончаниях первичных афферентов;
  - 3) ингибирование обратного нейронального захвата моноаминов;
  - 4) торможение выделения нейромедиаторов и трансммиттеров в афферентных окончаниях и проводящих путях ноцицептивной системы;
  - 5) антагонизм анестетиков по отношению к возбуждающим аминокислотам NMDA-рецепторов ноцицептивных афферентов.
34. В какой последовательности развивается регионарная потеря чувствительности при местной анестезии:
- 1) тактильная, температурная, болевая;
  - 2) болевая, температурная, тактильная;
  - 3) температурная, болевая, тактильная;
  - 4) тактильная, болевая, температурная;
  - 5) потеря всех видов чувствительности происходит практически одновременно.
35. К эфирным анестетикам относятся:
- 1) лидокаин;
  - 2) дикаин;
  - 3) кокаин;
  - 4) бупивакаин;
  - 5) меркаин;
  - 6) новокаин.
36. К амидным анестетикам относятся:
- 1) лидокаин;
  - 2) дикаин;
  - 3) новокаин;
  - 4) прокаин;
  - 5) бупивакаин.
37. Для местных анестетиков амидной группы характерно:
- 1) продолжительность эффективной регионарной анестезии при однократном введении в ткани;
  - 2) быстрое гидролитическое разрушение в тканях;
  - 3) практически не вызывают аллергических реакций в максимально допустимых дозах;
  - 4) допустимость повторного введения значительных доз препарата для продления анестезии;
  - 5) выводятся из организма в неизменном виде, или подвергаются частичному разрушению в печени.
38. Для местных анестетиков эфирной группы характерно:

- 1) быстрое гидролитическое разрушение в тканях;
- 2) продолжительность эффективной регионарной анестезии при однократном введении в ткани;
- 3) выводятся из организма в неизменном виде, или подвергаются частичному разрушению в печени;
- 4) высокие риски развития аллергических реакций;
- 5) допустимость повторного введения значительных доз препарата для продления анестезии.

39. Различают следующие виды местной анестезии:

- 1) центральную;
- 2) терминальную;
- 3) ингаляционную;
- 4) инфильтрационную;
- 5) аппликационную;
- 6) проводниковую;
- 7) периферическую.

40. К инфильтрационной анестезии относится:

- 1) плексусная анестезия;
- 2) ганглионарная анестезия;
- 3) анестезия по Вишневскому;
- 4) анестезия по Оберсту-Лукашевичу;
- 5) анестезия по Брауну;
- 6) перидуральная анестезия.

41. При проведении инфильтрационной анестезии, какой раствор новокаина используется для обезболивания кожи?

- 1) 0,25%;
- 2) 0,5%;
- 3) 1%;
- 4) 2%;
- 5) 5%.

42. При проведении инфильтрационной анестезии, какой раствор новокаина используется для обезболивания подкожно-жировой клетчатки?

- 1) 0,25%;
- 2) 0,5%;
- 3) 1%;
- 4) 2%;
- 5) 5%.

43. Какой раствор новокаина применяют для проведения стволковой анестезии?

- 1) 0,25%;
- 2) 0,5%;
- 3) 1%;
- 4) 2%;
- 5) 5%.

44. Различают следующие виды проводниковой анестезии:

- 1) анестезию нервных стволов;
- 2) анестезию нервных сплетений;
- 3) аппликационную;
- 4) спинномозговую;
- 5) терминальную.

45. Какие из перечисленных видов местного обезболивания относятся к проводниковой анестезии:

- 1) футлярная анестезия по Вишневскому;
- 2) блокада межпальцевых нервов по Оберсту-Лукашевичу;
- 3) блокады нервных сплетений и стволов;
- 4) перидуральная анестезия;
- 5) терминальная анестезия;
- 6) футлярная анестезия по Вишневскому.

46. Какие из перечисленных видов местного обезболивания относятся к стволковой анестезии:

- 1) футлярная анестезия по Вишневскому;
- 2) блокада межпальцевых нервов по Оберсту-Лукашевичу;
- 3) блокада межреберных нервов;
- 4) спинальная анестезия;
- 5) блокада седалищного нерва по Войно-Ясенецкому.

47. При проведении паравертебральной (ганглионарной) анестезии происходит блокада:

- 1) чувствительных нервов;
- 2) двигательных нервов;
- 3) симпатических нервов;
- 4) парасимпатических нервов;
- 5) передних рогов спинного мозга.

48. К возможным осложнениям паравертебральной анестезии относятся:

- 1) пневмоторакс;
- 2) гемоперикард;
- 3) травматическое повреждение органов брюшной полости;
- 4) двигательные параличи;
- 5) введение анестетика в субдуральное пространство в токсической дозе;
- 6) головные боли.

49. При проведении перидуральной анестезии происходит блокада:

- 1) передних корешков спинальных нервов;
- 2) задних корешков спинальных нервов;
- 3) межпозвоночных узлов;
- 4) ветвей спинномозговых нервов;
- 5) узлов симпатического ствола.

50. Противопоказанием к проведению перидуральной анестезии являются:

- 1) большая продолжительность оперативного вмешательства;
- 2) гиперкоагуляция;
- 3) деформация позвоночника;
- 4) стойкий парез кишечника;
- 5) воспалительные заболевания кожи спины в зоне пункции перидурального пространства;
- 6) гипотония, шок.

51. При проведении перидуральной анестезии возможно развитие следующих осложнений:

- 1) коллапс;
- 2) арахноидит;
- 3) паралич дыхания;
- 4) паралич глазодвигательных нервов;
- 5) головные боли.



52. При проведении спинномозговой анестезии происходит блокада:

- 1) передних корешков спинальных нервов;
- 2) задних корешков спинальных нервов;
- 3) межпозвоночных узлов;
- 4) ветвей спинномозговых нервов;
- 5) узлов симпатического ствола.

53. Какое положение тела является правильным при проведении операции под спинномозговой анестезией раствором анестетика, плотность которого выше плотности спинномозговой жидкости?

- 1) с опущенной верхней половиной тела (положение Тренделенбурга);
- 2) с приподнятой верхней половиной тела (положение Фовлера);
- 3) строго горизонтальное;
- 4) на боку горизонтальное;
- 5) в положении сидя, согнувшись вперед.

54. Противопоказанием к проведению спинномозговой анестезии являются:

- 1) искривление позвоночника;
- 2) туберкулез костей позвоночника;
- 3) возраст моложе 14 лет;
- 4) психические заболевания;
- 5) выраженное ожирение.

55. К ранним осложнениям спинномозговой анестезии относятся:

- 1) остановка дыхания;
- 2) жировая эмболия;
- 3) менингит;
- 4) падение артериального давления;
- 5) повреждение спинного мозга;
- 6) воздушная эмболия.

56. К поздним осложнениям спинномозговой анестезии относятся:

- 1) менингит;
- 2) двигательные парезы и параличи;
- 3) остановка сердца;
- 4) головные боли;
- 5) остановка дыхания;
- 6) арахноидит.

57. Какой вид местной анестезии является наиболее предпочтительным при проведении операции по поводу подкожного панариция дистальной фаланги пальца кисти?

- 1) плексусная анестезия;
- 2) спинномозговая анестезия по Куленкампфу;
- 3) стволовая анестезия по Оберсту- Лукашевичу;
- 4) перидуральная анестезия;
- 5) инфильтрационная анестезия.

58. Какие осложнения могут встретиться при проведении местной анестезии с помощью новокаина:

- 1) аллергическая реакция;
- 2) острая печеночная недостаточность;
- 3) холодный пот, тошнота, рвота;

- 4) остановка дыхания;
- 5) коллапс;
- 6) инфаркт легкого.