

Принципы обезболивания в хирургии.

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 (алгогенам) 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 P;
- 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 адьювантной 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 назначение 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 тонуса 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 транмиттеров 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 стволовой 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 стволочной 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.