



БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

1 Аралық бақылауға арналған бағдарлама сұрақтары

БББ атауы: 7R01128 «Оториноларингология (ересектер, балалар)»

Пән коды: R-AR

Пәннің атауы: «Анестезиология және реаниматология»

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі: 6 кредит, 180 сағат

Курс және оқу семестрі: 3 курс

Әзірлеуші кафедра ассистенті:

Аблатаева Р.Б.

Кафедра менгерушісі к.м.н доцент

Сейдахметова А.А.

Хаттама № 11 26 06 2025ж.



«Анестезиология және реаниматология»

АБ-1

1 - нұсқа

№1.

58 жастағы ер адам соңғы 5 айда жұтынудың қиындауына, қатты тағам өтпеуіне, дауыс қарлығыуына, ауыздан жағымсыз иіс шығуына және 12 кг салмақ жоғалтуға шағымданады. Анамнезінде 35 жыл темекі шегу, алкоголь қолдану. Соңғы аптада тыныштықта еңгіту, түнде тұншығу сезімі пайда болған. Қарау кезінде жағдайы орташа ауыр, сөйлеуі бұзылған, сілекей ағуы бар. Ауыз ашылуы 2 см-ден аспайды, жұмсақ таңдай инфильтрацияланған, оң жақ орофарингеальды аймақта қансырауға бейім, беті ойық жараланған көлемді түзіліс анықталады. Мойын лимфа түйіндері тығыз, ұлғайған. Инспираторлық стридор бар. Жүрек соғу жиілігі 102 рет минутына, артериялық қысым 140/85 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 22 рет минутына, оттегімен қанығу 94% ауада. Қан анализінде гемоглобин 110 г/л, лейкоциттер 12×10^9 /л, ұю көрсеткіштері қалыпты. Компьютерлік томографияда ісіктің жұтқыншақ саңылауын 60% тарылтқаны, тіл түбіріне таралғаны анықталған. Жоспар – жалпы анестезиямен биопсия және ісіктің дебалкинг-резекциясы.

Сұрақтар: 1) Бұл науқаста қиын тыныс жолдарын болжаудың негізгі критерийлері қандай 2) Оянған күйде интубация жүргізудің артықшылықтары мен қауіптері қандай 3) Индукция кезінде толық тыныс жолы обструкциясы дамыса әрекет алгоритмі қандай 4) Интраоперациялық массивті қан кету кезінде тыныс жолын қорғау тактикасы қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде экстубация критерийлері қандай.

№2.

7 жастағы ұл бала тонзилэктомиядан кейінгі 7-тәулікте жедел жәрдеммен жеткізілді. Соңғы 2 сағатта бірнеше рет қан құсу, әлсіздік, бас айналу болған. Ата-анасының айтуынша операциядан кейін қалпына келуі қанағаттанарлық болған, бірақ бүгін кенеттен ауыздан қан кету басталған. Қарау кезінде жағдайы ауыр, бала мазасыз, терісі бозғылт, суық тер бар. Жүрек соғу жиілігі 168 рет минутына, артериялық қысым 65/35 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 30 рет минутына, оттегімен қанығу 95%. Капиллярлық толу 5 секунд. Ауыз қуысында қан ұйындылары, жұтқыншақ артқы қабырғасында белсенді қан кету. Асқазанда қан бар екеніне күдік. Гемоглобин 76 г/л, гематокрит төмен, лактат 8,2 ммоль/л, рН 7,22, тромбоциттер қалыпты, ұю жүйесі шекаралық. Шұғыл операциялық ревизия көрсетілген.

Сұрақтар: 1) Гиповолемиялық шоктың ауырлық дәрежесін қалай бағалайсыз 2) Индукцияға дейінгі инфузиялық-трансфузиялық дайындық алгоритмі қандай 3) Қанға толы асқазан және аспирация қауіпі жағдайында индукция тактикасы қандай 4) Интраоперациялық гемодинамиканы тұрақтандыру стратегиясы қандай 5) Операциядан кейінгі реанимациялық бақылау мен асқинулардың алдын алу шаралары қандай.

№3.

46 жастағы ер адам соңғы 24 сағатта тамақтағы ауырсынуға, жұтынудың қиындауына, дауыстың қарлығыуына, тыныстың тарылуына шағымданып жеткізілді. Анамнезінде бірнеше күн бұрын жоғарғы тыныс жолдарының инфекциясы болған, дене қызуы $38,5^{\circ}\text{C}$ дейін көтерілген. Соңғы 3 сағатта тыныс алуы күрт нашарлап, сөйлей алмай қалған. Қарау кезінде жағдайы өте ауыр, мазасыз, мәжбүрлі отырғыш қалыпта, сілекейін жұта алмайды. Айқын инспираторлық стридор, қабырғааралық тартылу бар. Жүрек соғу жиілігі 132 рет минутына, артериялық қысым 150/90 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 34 рет минутына, оттегімен қанығу 88% ауада, 94% оттегімен. Көмей



аймағында пальпация ауырсынулы. Ларингоскопия кезінде көмей кіреберісі ісінген, саңылау айқын тарылған. Қан анализінде лейкоцитоз, қабыну маркерлері жоғарылаған. Шұғыл хирургиялық тыныс жолын қамтамасыз ету (трахеостомия) көрсетілген.

Сұрақтар: 1) Бұл жағдайда тыныс жолдарын қамтамасыз етудің ең қауіпсіз тактикасы қандай 2) Индукция кезінде толық обструкция дамыса әрекет алгоритмі қандай 3) Седация мен анальгезияны қалай теңгересіз 4) Гипоксия мен гиперкапнияның алдын алу стратегиясы қандай 5) Процедурадан кейінгі реанимациялық бақылау қандай көлемде жүргізілуі тиіс.

№4.

62 жастағы әйел адамда көмейдің жалпақ жасушалы обыры, мойын лимфа түйіндеріне метастаздар бар. Соңғы 6 айда дауыс қарлығы, жұтыну қиындауы, 10 кг салмақ жоғалту байқалған. Қарау кезінде ісік көмей қуысының жартысын тарылтқан, мойында көлемді конгломерат пальпацияланады. Жүрек соғу жиілігі 98 рет минутына, артериялық қысым 135/80 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 20 рет минутына, оттегімен қанығу 96%. Гемоглобин 104 г/л, альбумин төмен. Компьютерлік томографияда ісік жұмсақ тіндерге таралған, ірі тамырларға жақын орналасқан. Жоспар – тотальды ларингэктомия және кеңейтілген мойын диссекциясы, операция ұзақтығы 6–7 сағат. Күтілетін қан жоғалту айтарлықтай.

Сұрақтар: 1) Ұзақ ЛОР-операцияларда анестезиологиялық жоспарлаудың негізгі аспектілері қандай 2) Интраоперациялық қан жоғалтуды азайту стратегиялары қандай 3) Нерв құрылымдарын сақтау мақсатында анестезияны қалай бейімдейсіз 4) Сұйықтық балансын ұзақ операция барысында қалай басқарасыз 5) Операциядан кейінгі кезеңде тыныс жолдары мен ауырсынуды басқару тактикасы қандай.

№5.

42 жастағы ер адам 12 сағат бұрын тамақтағы қатты ауырсынуға, жұтынудың күрт қиындауына, дауыстың өзгеруіне және қызбаға шағымданып жедел жәрдеммен жеткізілді. Анамнезінде қант диабетінің 2 типі, темекі шегу бар. Соңғы 3 сағатта тыныс алуы нашарлаған, сөйлей алмайды, сілекейін жұта алмайды, тұншығу сезімі күшейген. Қарау кезінде жағдайы өте ауыр, мәжбүрлі отырғыш қалыпта, басын алға еңкейтіп отыр, аузы ашық, сілекей ағады. Айқын инспираторлық стридор, қабырғааралық және бұғанауесті тартылу бар. Жүрек соғу жиілігі 138 рет минутына, артериялық қысым 160/95 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 36 рет минутына, оттегімен қанығу 86% ауада, 92% оттегі маскасымен. Дене қызуы 39,2°C. Қан анализінде лейкоциттер $20 \times 10^9/\text{л}$, С-реактивті ақуыз жоғары, глюкоза 14 ммоль/л. Ларингоскопия кезінде көмей қақпақшасының айқын ісінуі, саңылаудың тарылуы байқалады. Науқаста тыныс жолының толық жабылу қаупі жоғары, шұғыл трахеостомия немесе коникотомия мәселесі қарастырылуда.

Сұрақтар: 1) Бұл жағдайда тыныс жолдарын қамтамасыз етудің ең қауіпсіз алгоритмі қандай 2) Жалпы анестезияны бастау алдында қандай дайындық шаралары жүргізілуі тиіс 3) Толық обструкция дамыса жедел әрекет тактикасы қандай 4) Интраоперациялық гипоксияны түзету принциптері қандай 5) Процедурадан кейінгі реанимациялық бақылау және асқинулардың алдын алу стратегиясы қандай.

«Анестезиология және реаниматология»

АБ– 1

2 - нұсқа

№1.

55 жастағы әйел адамда гипофиз аденомасына байланысты трансназальды эндоскопиялық операция жоспарланған. Соңғы айларда бас ауруы, көрудің тарылуы, гормондық бұзылыстар байқалған. Анамнезінде артериялық гипертензия, гипотиреоз. Қарау кезінде жағдайы қанағаттанарлық, жүрек соғу жиілігі 88 рет минутына, артериялық қысым 145/85 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына, оттегімен қанығу 98%. Гемоглобин 112 г/л, үю көрсеткіштері



кальпты. Магниттік-резонанстық томографияда ісік түрік ершігі аймағында, кавернозды синусқа жақын орналасқан. Операция барысында бас төмен кальпта болады, веноздық қан кету қаупі бар, сонымен қатар ауа эмболиясының сирек, бірақ мүмкін асқинуы қарастырылады. Ұзақ операция күтіледі.

Сұрақтар: 1) Бұл операцияда анестезияның негізгі қауіптері қандай 2) Интраоперациялық қан кетуді азайту үшін қандай стратегия қолданасыз 3) Ауа эмболиясын ерте анықтау және емдеу алгоритмі қандай 4) Бас төмен кальптың гемодинамикаға және өкпе вентиляциясына әсері қандай 5) Операциядан кейінгі неврологиялық және тыныс мониторингі қалай ұйымдастырылады.

№2.

52 жастағы ер адам қатты қорылға, түнгі тыныс үзілістеріне, күндізгі ұйқышылдыққа, артериялық қысымның тұрақсыздығына шағымданады. Анамнезінде морбидті семіздік (дене салмағы 132 кг, бойы 172 см), 2 типті қант диабеті, артериялық гипертензия, созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің I-II сатысы. Түнгі полисомнографияда ауыр обструктивті ұйқы апноэ синдромы (апноэ-гипопноэ индексі >40) анықталған. Қарау кезінде мойны қысқа, мойын шеңбері үлкен, ауыз ашылуы шектелген, Маллампаати бойынша III-IV класс. Жүрек соғу жиілігі 96 рет минутына, артериялық қысым 155/95 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 22 рет минутына, оттегімен қанығу 94% ауада. Қан анализінде глюкоза жоғарылаған, гемоглобин 165 г/л (екіншілік полицитемия). Жоспар – жалпы анестезиямен увулопалатофарингопластика.

Сұрақтар: 1) Бұл науқаста қиын интубация және вентиляция қауіпін қалай бағалайсыз 2) Индукция кезінде тыныс жолдарының толық обструкциясын болдырмау стратегиясы қандай 3) Опиоидтарды қолдану ерекшеліктері қандай 4) Экстубация критерийлері және ерте постоперациялық кезеңде тыныс мониторингі қалай жүргізіледі 5) Операциядан кейінгі гиповентиляция мен апноэның алдын алу тактикасы қандай.

№3.

63 жастағы ер адам көмейдің жалпақ жасушалы обырының III-IV сатысымен, мойын лимфа түйіндерінің метастаздарымен госпитализацияланған. Соңғы 6 айда дауыс жоғалған, жұтыну айқын бұзылған, 15 кг салмақ жоғалтқан. Анамнезінде созылмалы обструктивті өкпе ауруы, темекі шегу 40 жыл. Қарау кезінде инспираторлық стридор, тыныштықта еңтігу, сілекей ағуы бар. Жүрек соғу жиілігі 104 рет минутына, артериялық қысым 140/85 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 24 рет минутына, оттегімен қанығу 93% ауада. Гемоглобин 98 г/л, альбумин төмен, ұю көрсеткіштері шекаралық. Компьютерлік томографияда ісіктің кең таралуы, ірі тамырларға жақын орналасуы анықталған. Жоспар – тотальды ларингэктомия, кеңейтілген мойын диссекциясы, тұрақты трахеостома қалыптастыру. Операция ұзақтығы 7-8 сағат, күтілетін қан жоғалту жоғары.

Сұрақтар: 1) Индукция алдында тыныс жолдарын қамтамасыз ету тактикасы қандай 2) Ұзақ операция барысында сұйықтық және гемодинамикалық басқару принциптері қандай 3) Массивті қан жоғалту жағдайында трансфузиялық стратегия қандай 4) Тұрақты трахеостома қалыптастырылғаннан кейін вентиляция тактикасы қалай өзгереді 5) Операциядан кейінгі кезеңде тыныс және гемодинамикалық асқинулардың алдын алу стратегиясы қандай.

№4.

29 жастағы ер адам жол-көлік апатынан кейін жедел жәрдеммен жеткізілді. Апат кезінде рульге соғылған. Қабылдау кезінде есі шатасқан, Глазго кома шкаласы бойынша 9-10 балл. Бет аймағында айқын деформация, жоғарғы және төменгі жақ сүйектерінің сынығы күдікті, жұмсақ тіндердің жыртылуы және белсенді қан кету бар. Ауыз қуысында және жұтқыншақта қан мен ұйындылар жиналған, науқас қан жұтып жатыр. Жүрек соғу жиілігі 138 рет минутына, артериялық қысым 80/45 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 32 рет минутына, оттегімен қанығу 87% ауада. Терісі бозғылт, суық, капиллярлық толу уақыты ұзақ. Қан анализінде гемоглобин 84 г/л, лактат 9,2 ммоль/л, рН 7,18, негіздік тапшылық -15 ммоль/л. Кеуде және іш қуысы ультрадыбыстық зерттеуде айқын ішкі қан кету жоқ. Шұғыл хирургиялық өңдеу және қан кетуді тоқтату қажет. Қиын интубация болжанады, аспирация қауіпі өте жоғары.



Сұрақтар: 1) Бұл науқаста тыныс жолдарын қамтамасыз етудің ең қауіпсіз және шұғыл тактикасы қандай 2) Гиповолемиялық шок жағдайында индукция мен дәрілік препараттарды таңдау принциптері қандай 3) Қанға толы тыныс жолында аспирацияның алдын алу және визуализацияны қамтамасыз ету алгоритмі қандай 4) Массивті трансфузияны ұйымдастыру және коагулопатияның алдын алу стратегиясы қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде тыныс, гемодинамикалық және неврологиялық мониторингтің негізгі бағыттары қандай.

№5.

47 жастағы ер адам тамақтану кезінде еттің ірі бөлшегіне қақалып, кенеттен қатты жөтел және тұншығу эпизоды болғаннан кейін жедел жәрдеммен жеткізілді. Куәгерлердің айтуынша, бірнеше секунд бойы тынысы күрт қиындап, беті көгерген, кейін жөтел азайғанымен, еңтігу сақталған. Соңғы 4 сағатта тыныс алуы нашарлап, кеуде тұсында қысым сезімі, құрғақ жөтел, әлсіздік пайда болған. Анамнезінде созылмалы обструктивті өкпе ауруы, 25 жыл темекі шегу, артериялық гипертензия бар. Қарау кезінде жағдайы ауыр, мазасыз, сөйлеуі үзік-үзік. Инспираторлық және экспираторлық сырылдар, оң жақта тыныс айқын әлсіреген, қабырғааралық тартылу байқалады. Жүрек соғу жиілігі 122 рет минутына, артериялық қысым 150/90 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 30 рет минутына, оттегімен қанығу 88% ауада, 94% оттегімен. Қан газы: рН 7,27, көмірқышқыл газы 60 мм сын.бағ., оттегі қысымы төмендеген, респираторлық ацидоз белгілері бар. Кеуде қуысының рентгенографиясында оң өкпенің гиперинфляциясы және медиастинаумының солға ығысу белгілері байқалады. Аспирациялық пневмонит даму қаупі бар. Пульмонолог және ЛОР-хирург консилиумы шешімімен шұғыл ригидті бронхоскопия арқылы бөгде затты алу жоспарланған.

Сұрақтар: 1) Бұл жағдайда анестезия жүргізудің негізгі патофизиологиялық қауіптері қандай 2) Спонтанды тынысты сақтау немесе толық бұлшықет релаксациясын қолдану тактикасын қалай негіздейсіз 3) Ригидті бронхоскопия кезінде вентиляция мен оксигенацияны ұйымдастыру принциптері қандай 4) Бөгде зат алынғаннан кейінгі жедел асқынуларды ерте анықтау және түзету алгоритмі қандай 5) Процедурадан кейінгі қарқынды терапия және тыныс мониторингі қандай көлемде жүргізілуі тиіс.



БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

2 Аралық бақылауға арналған бағдарлама сұрақтары

БББ атауы: 7R01128 «Оториноларингология (ересектер, балалар)»

Пән коды: R-AR

Пәннің атауы: «Анестезиология және реаниматология»

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі: 6 кредит, 180 сағат

Курс және оқу семестрі: 3 курс

Әзірлеуші кафедра ассистенті:

Аблатаева Р.Б.

Кафедра меңгерушісі к.м.н доцент

Сейдахметова А.А.

Хаттама № 11 26 06 2025ж.



«Анестезиология және реаниматология»

АБ-2

1 - нұсқа

№1.

59 жастағы әйел адамға созылмалы синуситке байланысты кеңейтілген эндоскопиялық синус хирургиясы жоспарланған. Анамнезінде дәрілік аллергия нақты көрсетілмеген, бірақ бұрын антибиотик қабылдағанда бөртпе болғанын айтады. Индукциядан кейін және профилактикалық антибиотик енгізілген соң бірнеше минут ішінде артериялық қысым 60/30 мм сын.бағ. дейін төмендеді, жүрек соғу жиілігі 120 рет минутына, теріде генерализацияланған эритема және ісіну пайда болды, бронхоспазм белгілері байқалды, вентиляция қысымы артты, оттегімен қанығу 85% дейін төмендеді. Капнография өзгерген. Лактат тез жоғарылауда. Операция уақытша тоқтатылды. Сұрақтар: 1) Интраоперациялық анафилаксияның диагностикалық критерийлері қандай 2) Жедел емдік әрекет алгоритмі қандай 3) Вазопрессорлар мен сұйықтық терапиясын қалай жоспарлайсыз 4) Бронхоспазмды түзету тактикасы қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде әрі қарайғы зерттеу және қауіптің алдын алу стратегиясы қандай.

№2.

68 жастағы ер адам қабылдау бөліміне 8 сағат бойы тоқтамайтын мұрыннан қан кетуге, әлсіздікке, бас айналуға, қарауыту сезіміне шағымданып жеткізілді. Анамнезінде артериялық гипертензия, жүрекшелер фибрилляциясы, ишемиялық жүрек ауруы бар, тұрақты түрде пероральды антикоагулянт қабылдайды. Соңғы тәулікте бірнеше рет қан жұтып, қара түсті құсу болған. Қарау кезінде жағдайы ауыр, терісі бозғылт, суық тер бар, санасы анық, бірақ әлсіз. Жүрек соғу жиілігі 128 рет минутына, артериялық қысым 85/50 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 24 рет минутына, оттегімен қанығу 94%. Ауыз қуысында және жұтқыншақта қан ұйындылары, белсенді артқы қан кету белгілері бар. Капиллярлық толу уақыты 4 секунд. Қан анализінде гемоглобин 72 г/л, гематокрит төмен, халықаралық қалыптасқан қатынас 4,0, белсендірілген жартылай тромбопластин уақыты ұзартылған, тромбоциттер 180×10^9 /л, лактат 6,8 ммоль/л, рН 7,24, негіздік тапшылық -12 ммоль/л. Креатинин 150 мкмоль/л. Асқазанда қан жиналуына күдік бар. Алдыңғы және артқы тампонада уақытша нәтиже бергенімен, қан кету қайта басталған. Шұғыл эндоскопиялық хирургиялық гемостаз жалпы анестезиямен жоспарланған. Аспирация қауіпі өте жоғары, коагулопатия айқын, гиповолемиялық шок белгілері бар.

Сұрақтар: 1) Коагулопатияны шұғыл түзету алгоритмі қандай 2) Гиповолемиялық шок жағдайында анестезия индукциясының ерекшеліктері қандай 3) Қанға толы тыныс жолында қауіпсіз интубация жүргізу тактикасы қандай 4) Массивті трансфузиялық терапия принциптері және ұю жүйесін динамикалық бақылау алгоритмі қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде қан кету мен тромбоэмболиялық асқынулар арасындағы теңгерімді қалай сақтайсыз.

№3.

48 жастағы ер адам 7 күн бұрын басталған тіс ауыруынан кейін бет пен мойын аймағында ісіну, жұтынудың қиындауы, дауыстың қарлығы, дене қызуының 39°C дейін көтерілуі және айқын әлсіздікке шағымданып жеткізілді. Анамнезінде қант диабетінің 2 типі (гликемия жеткіліксіз бақыланады), темекі шегу бар. Соңғы 24 сағатта тыныс алуы күрт нашарлаған, жатқызылған күйде тұншығу сезімі күшейген. Қарау кезінде жағдайы өте ауыр, санасы сақталған, бірақ мазасыз.



Мойын аймағында диффузды ісіну, гиперемия, пальпацияда қатты ауырсыну, ауыз ашылуы шектелген (2 см шамасында), тіл түбірі ісінген. Инспираторлық стридор, қабырғааралық тартылу бар. Жүрек соғу жиілігі 130 рет минутына, артериялық қысым 95/60 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 30 рет минутына, оттегімен қанығу 91% ауада. Қан анализінде лейкоциттер 24×10^9 /л, прокальцитонин жоғары, лактат 5,5 ммоль/л, рН 7,29, глюкоза 16 ммоль/л. Компьютерлік томографияда парафарингеальды және ретрофарингеальды кеңістікте іріңді инфильтрация, медиастинумға таралу белгілері анықталған. Шұғыл хирургиялық санация және дренаждау қажет. Толық тыныс жолы обструкциясы және септикалық шок қаупі жоғары.

Сұрақтар: 1) Бұл жағдайда тыныс жолдарын қамтамасыз етудің кезеңдік алгоритмі қандай 2) Сепсис фондында анестезия индукциясының гемодинамикалық ерекшеліктері қандай 3) Интраоперациялық инфузиялық және вазопрессорлық қолдау стратегиясы қандай 4) Қант диабеті бар септикалық науқаста метаболикалық бақылау принциптері қандай 5) Операциядан кейінгі қарқынды терапияның басым бағыттары қандай.

№4.

45 жастағы әйел адам созылмалы тонзиллитке байланысты жоспарлы тонзиллэктомияға қабылданды. Анамнезінде бронхиалды астманың жеңіл интермиттирлеуші түрі, маусымдық аллергиялық ринит бар. Соңғы 2 аптада жоғарғы тыныс жолдарының жеңіл катаральды белгілері болған, бірақ дене қызуы болмаған. Қарау кезінде жағдайы қанағаттанарлық, жүрек соғу жиілігі 84 рет минутына, артериялық қысым 125/80 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына, оттегімен қанығу 98%. Өкпеде аускультацияда сирек құрғақ сырылдар. Қан анализі қалыпты, коагулограмма өзгеріссіз. Жалпы анестезиямен операция жүргізілді, интубация қиындықсыз орындалды. Операция соңында экстубация алдында науқаста кенеттен күшті инспираторлық шу, кеуде экскурсиясының болмауы, парадоксальды тыныс қозғалыстары байқалды, капнография толқыны жоғалды, оттегімен қанығу 75% дейін төмендеді, брадикардия белгілері пайда болды. Жак-бет бұлшықеттері тырысқан, вентиляция мүмкін емес.

Сұрақтар: 1) Ларингоспазмның патофизиологиялық механизмдері қандай 2) Интраоперациялық жедел әрекет алгоритмі қандай 3) Гипоксияның жүрекке және миға әсерін қалай бағалайсыз 4) Бұл жағдайда бұлшықет релаксанттарын қолдану көрсеткіштері қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде асқынулардың алдын алу және мониторинг тактикасы қандай.

№5.

52 жастағы ер адамда алдыңғы бассүйек негізінің көлемді ісігі анықталған, ісік мұрын қуысы және этмоидальды синустар арқылы интракраниальды таралған. Соңғы 6 айда бас ауруы, көрудің төмендеуі, мұрыннан қан кету эпизодтары байқалған. Анамнезінде артериялық гипертензия, семіздік. Қарау кезінде неврологиялық жеңіл дефицит (көру өрісінің тарылуы) бар, жүрек соғу жиілігі 90 рет минутына, артериялық қысым 150/90 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына, оттегімен қанығу 97%. Магниттік-резонанстық томографияда ісік кавернозды синусқа жақын орналасқан. Операция ұзақ (8–10 сағат), бас жоғары көтерілген қалыпта жүргізіледі, веноздық синустармен жұмыс істеу жоспарланған. Индукция және интубация асқынусыз өтті. Операция барысында кенеттен капнография көрсеткіші төмендеп, артериялық қысым 60/40 мм сын.бағ. дейін төмендеді, жүрек соғу жиілігі 125 рет минутына жетті, оттегімен қанығу төмендеді. Трансэзофагеальды эхокардиографияда оң жүрек қуыстарында ауа көпіршіктері байқалды.

Сұрақтар: 1) Веноздық ауа эмболиясының патофизиологиясы қандай 2) Интраоперациялық ауа эмболиясын ерте анықтау әдістері қандай 3) Жедел емдік әрекет алгоритмі қандай 4) Гемодинамикалық тұрақсыздықты түзету стратегиясы қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде өкпе және неврологиялық асқынулардың алдын алу тактикасы қандай.

«Анестезиология және реаниматология»

АБ-2

2 - нұсқа



№1.

64 жастағы ер адам 2 жыл бұрын көмей обыры бойынша сәулелік терапия алған. Соңғы 6 айда жұтынудың үдеуші қиындауы, дауыс қарлығы, мойын қозғалысының шектелуі байқалған. Қайта биопсия нәтижесінде ісіктің рецидиві расталған. Жоспар – кеңейтілген фаринголарингэктомия. Анамнезінде артериялық гипертензия, ишемиялық жүрек ауруы, созылмалы обструктивті өкпе ауруы бар. Қарау кезінде мойын тіндері тығыз, фиброзды, қозғалысы шектелген, ауыз ашылуы 2 см-ден аз, төменгі жақ қозғалысы шектелген, Маллампаати IV класс. Инспираторлық жеңіл стридор бар. Жүрек соғу жиілігі 92 рет минутына, артериялық қысым 145/85 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 20 рет минутына, оттегімен қанығу 94% ауада. Гемоглобин 102 г/л, альбумин төмен, ұю көрсеткіштері қалыпты. Компьютерлік томографияда көмей саңылауының тарылуы және айналасындағы жұмсақ тіндердің фиброзы анықталған. Ұзақ операция және ықтимал массивті қан жоғалту күтіледі.

Сұрақтар: 1) Бұл науқаста тыныс жолдарын бағалау және жоспарлау алгоритмі қандай 2) Оянған күйде интубация жүргізудің көрсеткіштері мен техникалық ерекшеліктері қандай 3) Индукциядан кейін интубация мүмкін болмаса әрекет алгоритмі қандай 4) Ұзақ операция барысында сұйықтық пен гемодинамиканы басқару принциптері қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде тыныс жолдарын қорғау және экстубация стратегиясы қандай.

№2.

55 жастағы әйел адам созылмалы полипозды риносинуситке байланысты эндоскопиялық синус хирургиясына жоспарланған. Анамнезінде артериялық гипертензия, семіздік, бірақ кардиологиялық тексеру толық жүргізілмеген. Соңғы айларда физикалық жүктемеде енгізу және кеуде тұсында қысым сезімі болған, бірақ медициналық көмекке жүгінбеген. Қарау кезінде жүрек соғу жиілігі 88 рет минутына, артериялық қысым 160/95 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына, оттегімен қанығу 97%. Электрокардиограммада сол жақ қарынша гипертрофиясы белгілері бар. Гемоглобин 120 г/л, ұю жүйесі қалыпты. Операция барысында хирургиялық өрісті жақсарту үшін бақыланатын гипотензия жоспарланған.

Сұрақтар: 1) Бақыланатын гипотензияға көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштер қандай 2) Жасырын ишемиялық жүрек ауруы бар науқаста гипотензия жүргізудің қауіптері қандай 3) Интраоперациялық миокард ишемиясын ерте анықтау алгоритмі қандай 4) Қан қысымын мақсатты деңгейде ұстап тұру стратегиясы қандай 5) Операциядан кейінгі кардиологиялық мониторинг пен асқынулардың алдын алу тактикасы қандай.

№3.

36 жастағы ер адам 5 күн бойы тамақтағы қатты ауырсынуға, жұтынудың айқын қиындауына, ауыз аша алмауына, дене қызуының 39°C дейін көтерілуіне шағымданады. Анамнезінде бірнеше рет ангинамен ауырған, соңғы аптада антибиотиктерді өз бетінше қабылдаған, бірақ жағдайы нашарлаған. Қарау кезінде жағдайы ауыр, науқас басын бір жаққа қисайтып ұстайды, сілекейін жұта алмайды, сөйлеуі түсініксіз, ауыздан жағымсыз иіс шығады. Айқын тризм, ауыз ашылуы 1,5 см-ден аспайды. Сол жақ бадамша маңында инфильтрация және флюктуация байқалады, жұмсақ таңдай асимметриялы. Мойын лимфа түйіндері ауырсынулы, ісінген. Жүрек соғу жиілігі 118 рет минутына, артериялық қысым 105/65 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 24 рет минутына, оттегімен қанығу 94% ауада. Қан анализінде лейкоциттер 19×10^9 /л, С-реактивті ақуыз жоғары, лактат 3,8 ммоль/л. Қан газы жеңіл метаболикалық ацидозды көрсетеді. Абсцесті ашу және дренаждау жалпы анестезиямен жоспарланған. Аспирация және толық тыныс жолы обструкциясы қауіп жоғары.

Сұрақтар: 1) Бұл науқаста қиын интубация мен вентиляция қауіпін қалай бағалайсыз 2) Тыныс жолдарын қамтамасыз етудің ең қауіпсіз стратегиясы қандай 3) Индукция кезінде аспирацияның алдын алу алгоритмі қандай 4) Сепсис белгілері бар науқаста гемодинамикалық басқару принциптері қандай 5) Процедурадан кейінгі реанимациялық бақылау көлемі қандай болуы тиіс.

№4.



68 жастағы ер адам жедел жәрдеммен жеткізілді, 6 сағат бойы тоқтамайтын мұрыннан қан кетуге шағымданады. Анамнезінде артериялық гипертензия, жүрекшелер фибрилляциясы, тұрақты түрде антикоагулянт қабылдайды. Соңғы тәулікте бірнеше рет қан жұтып, әлсіздік, бас айналу болған. Қарау кезінде тері бозғылт, суық, ауыз қуысында және жұтқыншақта қан іздері бар. Жүрек соғу жиілігі 125 рет минутына, артериялық қысым 85/55 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 22 рет минутына, оттегімен қанығу 95%. Капиллярлық толу уақыты ұзарған. Гемоглобин 78 г/л, халықаралық қалыптасқан қатынас 3,5, тромбоциттер қалыпты, лактат 5,6 ммоль/л, рН 7,26. Артқы тампонада тиімсіз. Шұғыл хирургиялық гемостаз жалпы анестезиямен жоспарланған. Аспирация қаупі жоғары, коагулопатия айқын.

Сұрақтар: 1) Коагулопатияны шұғыл түзету алгоритмі қандай 2) Гиповолемиялық шок жағдайында индукция ерекшеліктері қандай 3) Қанға толы тыныс жолында интубация тактикасы қандай 4) Интраоперациялық трансфузиялық стратегия қандай қағидаларға негізделеді 5) Операциядан кейінгі кезеңде қан кету мен тромбоз қаупін қалай теңгересіз.

№5.

36 жастағы ер адам қабылдау бөліміне тамақтағы қатты, біржақты, құлаққа таралатын ауырсынуға, жұтынудың мүмкін болмауына, сілекейін жұта алмауына, ауыз аша алмауына, дене қызуының 39,3°C дейін көтерілуіне, қалтырауға және жалпы әлсіздікке шағымданып жеткізілді. Анамнезінде соңғы 10 жылда қайталамалы тонзиллит, соңғы 1 аптада тамақ ауруына байланысты өз бетінше антибиотик қабылдаған, бірақ жағдайы нашарлаған. Соңғы 24 сағатта тыныс алуы қиындап, сөйлеуі түсініксіз («картоп ауыз») симптомды), сілекей ағуы күшейген. Қарау кезінде жағдайы ауыр, науқас басын оң жаққа қисайтып, алға еңкейіп отыр, аузын толық аша алмайды (ауыз ашылуы шамамен 1–1,5 см), айқын тризм. Сол жақ бадамша маңында ісіну, гиперемия, жұмсақ таңдайдың медиальды ығысуы, флюктуация байқалады. Жұтқыншақ артқы қабырғасында ірінді бөлініс іздері бар. Мойын лимфа түйіндері ұлғайған, пальпацияда ауырсынулы, жұмсақ тіндерде ісіну бар. Инспираторлық жеңіл стридор және жұтыну кезінде тұншығу сезімі байқалады. Жүрек соғу жиілігі 122 рет минутына, артериялық қысым 100/60 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 26 рет минутына, оттегімен қанығу 93% ауада. Капиллярлық толу уақыты 3–4 секунд. Қан анализінде лейкоциттер 21×10^9 /л, нейтрофилез, С-реактивті ақуыз айқын жоғары, прокальцитонин жоғарылаған, лактат 4,2 ммоль/л, рН 7,31, жеңіл метаболикалық ацидоз. Креатинин шекаралық жоғарылаған. Жұтқыншақтың компьютерлік томографиясында сол жақ паратонзиллярлы кеңістікте 3,5 см абсцесс, айналасында айқын жұмсақ тіндік инфильтрация анықталған, парафарингеальды кеңістікке таралу белгілері бар. Шұғыл абсцесті ашу және дренаждау жалпы анестезиямен жоспарланған. Толық тыныс жолы обструкциясы және аспирация қаупі жоғары. Сұрақтар: 1) Бұл науқаста қиын интубация мен қиын вентиляция қаупін бағалау алгоритмі қандай 2) Тыныс жолдарын қамтамасыз етудің ең қауіпсіз және кезеңдік стратегиясы қандай 3) Индукция кезінде аспирация мен толық обструкцияның алдын алу тактикасы қандай 4) Сепсис белгілері бар науқаста гемодинамикалық және инфузиялық басқару принциптері қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде тыныс жолдарын қорғау және қарқынды мониторинг көлемі қандай болуы тиіс.

БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

практикалық дағдылар тізімі

Хеймлих техникасы

Қан тобын анықтау, Rh факторы

Балалар мен ересектердегі жүрек-өкпе реанимациясы

Сыртқы тыныс алу бұзылыстары (асфиксия) кезінде шұғыл медициналық көмек көрсету дағдылары

«Оториноларингология (ересектер, балалар)» мамандығы бойынша 3 курс резиденттеріне арналған «Анестезиология және реаниматология» циклі бойынша емтихан сұрақтары (6 кредит- 110 сұрақ)

1.Операция алдында науқасты тексеру кезінде анестезиолог Пьер-Робен синдромы бар екенін анықтады. Операция кезінде тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қамтамасыз ету үшін кеңірдектің интубациясы және ӨЖВ қажеттілігіне байланысты дұрыс тактиканы таңдаңыз:

- A) жергілікті анестезиямен фиброоптикалық оптиканы қолдану арқылы санадағы кеңірдекті оротрахеальді интубациялау
- B) науқастың седациясы және бұлшықет релаксациясынан кейін «классикалық» кеңірдектің оротрахеальді интубациясы
- C) науқастың седациясы және бұлшықет релаксациясынан кейін Мэгилл қысқышын қолдану арқылы кеңірдектің назотрахеальды интубациясы
- D) алдын ала трахеостома орнату
- E) кеңірдек интубациясы көрсетілмеген, ларингеальді маска қолдану қажет

2.Жоспарлаған көлемді қуысты операция алдында анестезиолог науқаста күрделі кеңірдек интубациясы қаупін бағалау кезінде ауыз қуысын тексерді, Маллампаати шкаласы бойынша 4-дәреже. Анамнезінде- Бехтерев ауруы. Анестезияға енгізу кезінде тыныс алу жолдарының өткізгіштігін сақтау үшін дұрыс емес тактиканы таңдаңыз:

- A) алдын ала науқастың седациясы және бұлшықет релаксациясынан кейін «классикалық» әдіспен тікелей ларингоскопия арқылы оротрахеальды интубация
- B) жергілікті анестезиямен тікелей ларингоскопия арқылы есі бар науқасты оротрахеальды интубациялау
- C) науқастың санасын сақтай отырып, жергілікті анестезиямен бронхоскопты қолдану арқылы кеңірдекті интубациялау
- D) Combitube көмегімен оротрахеальды интубация
- E) жергілікті анестезиямен тікелей ларингоскопия арқылы есі бар науқасты назотрахеальды интубациялау

3.Жоспарланған хирургиялық операция соңында бұлшықет тонусының қалпына келуі және адекватты өздігінен тыныс алу аясында анестезиолог кеңірдектің экстубациясын жүргізді. Бір минуттан кейін науқаста перифериялық цианоз, «әтеш» дауысы тәрізді тыныс- стридор, кеуде қуысының серпімді аймақтарының тартылуы, қанның сатурациясы 83% дейін төмендеуі пайда болды. Бұл симптоматиканың дамуы байланысты:

- A) ларингоспазм
- B) бронхиоласпазм
- C) бронхоспазм
- D) төменгі тыныс жолдарының обструкциясы
- E) спонтанды пневмоторакс

4.Лидокаин спрейінің 10% ерітіндісі арқылы жергілікті анестезиямен кеңірдекті оротрахеальді интубациялау кезінде науқаста есінің есенгіреуге дейін бұзылуы, кенеттен және күрт артериялық гипотензия, толуы және кернеулігі әлсіз пульс және брадипноэ тіркелді. Дамыған клиникалық көріністердің ықтимал себебін көрсетіңіз:

- A) Анафилактикалық шок
- B) Жедел ми қанайналымының бұзылысы
- C) Миокард инфарктісі



- D) Лидокаиннің токсикалық әсері
- E) Бронхоспазм

5. Кеңірдекті оротрахеальді интубациялау кезінде анестезиолог дыбыс саңылауының артқы бөлігі ғана көрінетінін анықтады. Көмейді жеңіл басқан кезде көру аймағында ожаутәрізді шеміршек және бүкіл дыбыс саңылауы көрінеді. Бұл жағдайда Кормак-Лехан шкаласы бойынша көмей құрылымдарының визуализация дәрежесін көрсетіңіз:

- A) 2
- B) 1
- C) 3
- D) 4
- E) 5

6. Релаксанттар қолданбай нейрелептанальгезиямен жүргізілген операциядан соң, науқаста дене бұлшықеттерінің құрысулы ригидтілігімен қосарланған, әсіресе кеуде қуысының, тыныстың депрессиясы дамыған. Осы белгілерді жоғалту мақсатында қолданылады:

- A) налорфин
- B) бемеград
- C) прозерин
- D) атропин
- E) промедол

7. Деполяризациялаушы релаксанттарды енгізу бұлшықеттік фибрилляциямен, соңынан бұлшықеттің ауруымен көрінеді. Миалгияны алдын алу үшін ... қолдану ұсынылады (деполяризациялаушы релаксанттарды енгізуден алдын).

- A) аз дозада тубарин
- B) прозерин
- C) атропин
- D) аз дозада бемеград
- E) промедол

8. 68 жастағы науқаста операциядан кейінгі кезеңде ауыр дәрежелі ауырсыну синдромы сақталады. Сонымен қатар, науқаста 2-ші дәрежелі тыныс алу жеткіліксіздігінің клиникасы дамыды, науқас әлсіз, есі біршама тежелген. Осы науқаста ауырсынды басу үшін қолдануға болады:

- A) дипидолор 7,5 мг
- B) морфин 10 мг
- C) промедол 20 мг
- D) норфин 0,3 мг
- E) фентанил 0,1 мг

9. Лидокаиннің 2% ерітіндісімен жалпы 3,5 мг/кг дозада жергілікті инфильтрациялық анестезиямен жүргізілген операция соңында (басталғаннан 30 минуттан кейін) науқастың құлағында шу, көрудің бұзылуы, аузында металл дәмі, ауыздың айналасында шаншу пайда болды. Бұл көріністердің ықтимал себебі болып табылады:

- A) жоғары дозаның салдарынан лидокаиннің токсикалық әсері
- B) вагосимпатикалық импульсацияның күшеюі және тамырлы тонустың дезорганизациясы түріндегі шәует бауы жағынан рефлекторлық реакция
- C) бет аймағында парестезия мен ми қан айналымының бұзылуын туындатқан лидокаинмен жеткіліксіз аналгезия
- D) лидокаин метаболизмі кезінде пайда болатын О-толуидин әсерінен гемоглобиннің тотығуы салдарынан метгемоглобиннің түзілуі
- E) лидокаинге анафилактоидты реакция

10. ӨЖВ қолдану арқылы анестезияны қолмен жүргізу кезінде анестезиолог науқаста тыныс алуда да тыныс шығаруда да (одан да көп дәрежеде) газ-наркотикалық қоспаның өтуін үдемелі қиындауын анықтады. Бұл жағдайда қашықтықтан бронхиалды шу естілді. Көп ұзамай гипоксия мен гиперкапния дамыды, жою үшін енгізу қажет:

- A) эуфиллин



- B) седуксен
- C) прозерин
- D) морфин
- E) тубарин

11. «Асқазаны толы» науқасқа шұғыл анестезия жүргізу кезінде асқазан құрамымен регургитацияның алдын алу үшін дәрігер Селлик әдісін қолданды. Бұл кезде ол:

- A) сақина тәрізді шеміршекті басты
- B) науқасқа Тренделенбург қалпын берді
- C) науқас сол жақ бүйіріне жатқан қалпында кіріспе наркозды бастады
- D) науқас оң жақбүйіріне жатқан қалпында кіріспе наркозды бастады
- E) асқазан зондын алдын ала енгізу арқылы кіріспе наркозды бастады

12. Науқаста кеңірдек интубациясынан кейін дәрігер кеуде қуысы экскурсиясының жоқтығын анықтады, капнография нәтижелері бойынша CO₂ экстракциясы төмен, ерін және тырнақтардың цианозы. Өкпе аускультациясында – екі жақтан дыбыссыз тыныс шулары естіледі, эпигастрий аймағының кебуі анықталды. Бұл жағдайдың себебі болып табылады:

- A) өңештің интубациясы
- B) оң жақ негізгі бронхтың интубациясы
- C) кеңірдектің перфорациясы
- D) сол жақ негізгі бронхтың интубациясы
- E) гиповентиляция

13. Анестезиолог дәрігер науқасқа 0,05% 3,0 мл прозерин енгізу арқылы декураризация жүргізді, осыдан кейін науқаста брадикардия пайда болды (пульс минутына 43 рет), кою және қоймалжың қақырық бар. Науқастағы осы асқынуды басу үшін енгізу қажет:

- A) атропин
- B) эфедрин
- C) листенон
- D) мидазолам
- E) гексенал

14. 20 жастағы науқас мойынның алдыңғы бетіндегі жарақатымен қабылдау бөліміне жеткізілді. Тежелген. Цианозды. Қан жоғалтудың айқын белгілері. Жарадағы трахеялық ақау. Дұрыс емес іс-әрекетті таңдаңыз:

- A) кеңірдектің оротрахеальді жолмен интубациясы
- B) кеңірдек ақауы арқылы кеңірдектің интубациясы
- C) хирургтың қатысуымен науқасты интубациялау (қан кету күшеюі мүмкін)
- D) шокқа қарсы іс-шараларды жүргізу
- E) кеңірдек пен бронх ағашын санациялауды жүргізу

15. 40 жастағы науқастың салмағы 70 кг, ұзақ эпидуральді анестезиямен хирургиялық операция жасау қажет. 0,5% бупивакаин ерітіндісінің енгізілетін тест – дозасының көлемі ... мл құрайды.

- A) 5
- B) 10
- C) 8
- D) 12
- E) 2

16. Көктамыр ішілік анестезия жүргізу кезінде науқаста қозғалыстың қозу, АҚ жоғарлауы, бұлшықеттің қатаюы анықталды. Наркоздан кейін науқаста мазасыздық, делирий және галлюцинация байқалды. Анестезияның тереңдігі жеткілікті болды, бұл белгілер ... әсеріне тән.

- A) кетаминнің
- B) диприванның
- C) пропафолдың
- D) натрий оксибутиратының
- E) натрий тиопенталының



17. Анестезиология және реанимация бөлімдерінің жұмысын жалпы ұйымдастырушылық қағидаларын реттейтін құжат болып табылады:

- A) ҚР ДСМ 28.04.2023 ж. № 78 бұйрығы
- B) ҚР ДСМ 16.10.2017 ж. № 763 бұйрығы
- C) ҚР ДСМ 09.06.2011 ж. № 372 бұйрығы
- D) ҚР ДСМ 29.09.2015 ж. № 761 хаты
- E) ҚР БДМ агенттігінің 11.06.1996 ж. № 841 бұйрығы

18. Науқасқа ингаляциялық анестезия жүргізілуде. Сіз ингаляциялық анестезияның хирургиялық кезеңі басталуын мына көрініс арқылы анықтайсыз:

- A) көз алмаларының орталықтандырылуы және фиксациясы
- B) қарашықтардың тарылуы
- C) кірпіктік рефлексдердің болмауы
- D) ырғақты тыныстың басталуы
- E) корнеальді рефлексдердің болмауы

19. Ересек ер адамда күрек тіс пен кеңірдек бифуркациясының арақашықтығы құрайды:

- A) 24-26 см
- B) 18-23 см
- C) 27-30 см
- D) 31-35 см
- E) 15-18 см

20. Егер интубациялық түтікшені 28 см терентікте енгізгенде оның дистальді ұшы орналасуы мүмкін:

- A) оң жақ негізгі бронхта
- B) кеңірдекте
- C) бифуркацияда
- D) сол жақ негізгі бронхта
- E) оң жақ бронхиолада

21. Наркоз кезінде науқаста анықталды: терісінің түсі ашық- қызыл түсті, қаңқа бұлшықеттерінің тонусы жоғарлаған, көз алмасы қозғалғыш, қарашықтардың жарыққа жауабы сақталуымен орташа кеңеюі, қабықтары қатты қысылған, конъюнктивальді рефлексдер толық өшпеген. Бұл симптоматика Гведел бойынша ... сатыға тән.

- A) 2
- B) 1
- C) 3
- D) 4
- E) 5

22. Науқастың өмірлік маңызды мүшелеріне қатысты ең аз уытты қасиеттері бар:

- A) азот тотығы
- B) севоран
- C) галотан
- D) изофлуран
- E) десфлуран

23. Әртүрлі наркотикалық заттарды қолданумен қосарланған наркоз жүргізу кезінде электроэнцефалограммада биопотенциалдардың күрт төмендеуі және терең наркозды көрсететін баяу толқындардың пайда болуы байқалды, ал басқа клиникалық белгілер бойынша наркоз беткей болып табылады. Бұл электроэнцефалографиялық көрініс енгізумен байланысты:

- A) натрий оксибутираты
- B) фентанил
- C) фторотан
- D) профол
- E) севоран



24. Тыныстық көлемі төмен науқаста негізгі ауруының салдарынан тыныс жеткіліксіздігі дамиды, альвеолярлы вентиляцияны жоғарлатудың ең тиімді әдісі болып табылады:

- A) науқасқа Фовлер қалпын беру
- B) бронхолитиктерді қолдану
- C) кирасс респираторларын қолдану
- D) пневмоперитонеум
- E) трахеостома қою

25. Анестетиктердің бірін компонент ретінде қолданатын наркозда физикалық дамыған адамдарда систолалық және диастолалық қан қысымының күрт жоғарылауы жиі кездеседі, бұл анестетиктің ОЖЖ- не әсер етуінің ерекшеліктерімен, лимбикалық құрылымдарды белсендірумен байланысты болуы мүмкін. Бұл клиника ... енгізу кезінде байқалады .

- A) натрий оксибутиратын
- B) профолды
- C) диазепамды
- D) натрий тиопенталын
- E) морфинді

26. Барбитураттардың тынысқа әсер етуі барбитуральды жөтелдің жиі пайда болуымен, ларингоспазмның, кейде бронхиолоспазмның дамуымен сипатталады, бұл олардың вегетативті жүйке жүйесіне әсер етуінің салдары болып табылады. Бұл әсер ... түрінде көрінеді .

- A) симпатикалық және парасимпатикалық жүйелер арасындағы тепе-теңдіктің бұзылуына және соңғысының белсенділігінің басымдылығына алып келетін екі бөлімнің де біркелкі емес тежелуі
- B) парасимпатикалыққа қатысты интактты болғанда симпатикалық бөлімді ынталандыру
- C) симпатикалыққа қатысты интактты болғанда парасимпатикалық бөлімді ынталандыру
- D) симпатикалық және парасимпатикалық бөлімдерді ынталандыру
- E) пневмотаксикалық орталықты ынталандыру

27. Деполяризациялаушы релаксанттарды көктамыр ішіне енгізгеннен кейін брадикардия жиі байқалады, кейде асистолия пайда болуы мүмкін. Жүректің мұндай реакциясының себебі ... болуы мүмкін .

- A) холинергиялық рецепторларды ынталандыру және калий ионын босату
- B) миокардтың жүйке-бұлшықет пластиналарына тікелей деполяризациялаушы әсері
- C) релаксанттың ыдырау өнімдерінің миокардтың жүйке-бұлшықет пластиналарына тікелей әсері
- D) метаболизмдік алкалоздың дамуы
- E) метаболизмдік ацидоздың дамуы

28. Науқаста наркозадан кейін апноэмен тотальді миорелаксация сақталады. қарашықтардың жарыққа реакциясы тірі, көздері суланған. Ауырсынуды басуда тек қана деполяризациялаушы релаксанттар қолданылды, дегенмен бұлшық еттердің тонусы және наркоздан кейінгі кезеңде өздігінен тыныс алу антихолинестеразды прозерин препаратын енгізгеннен кейін бірден қалпына келді. Экстубациядан кейін науқас операциядан кейін белгілі бір уақыт ішінде операциялық бөлмедегі әңгімені естігенін және түсінгенін айтты, бірақ дәрігерлерге бұл туралы ешқандай белгі бере алмады. Өздігінен тыныс алу әрекеттері сәтсіз болды және бұлшықеттерде күш прозерин енгізілгеннен кейін ғана пайда болды. Науқаста ... болды .

- A) екі еселік блок
- B) қалдық кураризация
- C) наркотикалық депрессия
- D) ОЖЖ гипоксиялық тежелуі
- E) гипокалиемия

29. Тиреотоксикалық зоб бойынша операцияға дайындалған науқасқа көлденең жолақты бұлшықеттердің фибрилляциясының алдын алу, термогенезді азайту және деполяризациялаушы релаксанттарды қолдану алдында метаболизмнің белсену дәрежесін төмендету үшін көктамыр ішіне 5 мг тубарин енгізілді. Деполяризациялаушы миорелаксант енгізуге жауап ретінде



бұлшықеттің айқын фибрилляциясы байқалмады, препаратты бірнеше есе артық дозаларда қайталап енгізуге қарамастан, жүйке-бұлшықет блогы да дамымады. Ағзаның депполяризациялаушы релаксантқа сипатталған реакциясының ең ықтимал себебі ... болуы мүмкін .

- A) тиреотоксикоз нәтижесінде псевдохолинэстераза деңгейінің жоғарлауы
- B) депполяризациялаушы релаксант әсерін депполяризацияламайтын релаксантпен жою (физиологиялық антогонизм типі бойынша)
- C) депполяризациялаушы релаксантты депполяризацияланбайтын релаксантпен инактивациясы (химиялық антогонизм типі бойынша)
- D) тироксиннің жүйке-бұлшықет пластинкасына оның депполяризациясына кедергі келтіретін тікелей белсендіретін әсері
- E) лауданозин түзілу үшін организмде Хоффман элиминациясына ұшырады

30. Жас анестезиолог- дәрігер эндотрахеальді наркоз алдындағы тексеруде науқас бетінің диспропорциясына назар аударды: жоғарғы жақ алға қарай шығыңқы, иек сызығы қисайған (күс беті). Дегенмен науқастың аузы еркін ашылады, бұл қиын интубация болу мүмкіндігін жоққа шығарды. Бірақ кіріспе наркоз кезінде орындауға көп тырысуға қарамай науқасқа интубация жасау мүмкін болмады. Ағзадағы газ алмасуын маска арқылы аппаратпен өкпе вентиляциясын қолдауға тура келді. Көмекке келген тәжірибелі анестезиолог- дәрігер қосымша патологияның сипатын анықтады, интубациялық наркоздан бас тартуды және кеңірдектің интубациясы жасалмайтын анестезияның басқа әдісін тандауды ұсынды. Сипатталған қосымша патология (диспропорция) бұл ...

- A) микрогения
- B) Аддисон ауруы
- C) акромегалия
- D) Гиршпрунг ауруы
- E) мойындық кифоз

31. Тексеру кезінде анестезиолог науқаста қол бармақтарының толық дамымағанына назар аударды. Кеңірдектің интубациясының мүмкін асқынуларын қарастырғанда дәрігер мына даму ақауына күдіктенуі қажет:

- A) микрогения
- B) самай- астыңғы жақ жігінің анкилозы
- C) көмекей қақпашығының деформациясы
- D) мойындық кифоз
- E) макрогения

32. Даун ауруы бар науқастарда қиын интубацияның себебі болып табылады:

- A) үлкен тіл
- B) шеміршек қаңқасының деформациясымен көмейдің алдыңға және артқа ығысуы
- C) атлант-окципитальді жіктің анкилозы (басты шалқайтудың мүмкін болмауы)
- D) дауыс байламдарын қарауды және интубациялық түтікті өткізуді қиындататын жоғары кесу тістерінің үлкен болуы
- E) ауыз қуысы ашылуының мүмкін болмауы

33. 45 жастағы науқас Г., интубация кезінде көмей және кеңірдектегі рефлексогенді аймақтардың тітіркенуі әсерінен жүректің рефлекторлы тоқтауы болды. Реанимация жүргізуде бірінші кезекте енгізілуі қажет препарат :

- A) атропин
- B) эуфиллин
- C) промедол
- D) пипольфен
- E) мезатон

34. Премедикацияда дроперидолды енгізгеннен кейін науқастарда кейде ыңғайсыздық сезімі, ішкі қорқыныш, шаршағыштықпен сипатталатын психоневрологиялық симптоматика дамиды. Науқастар операцияға теріс көзқараста болады, кейде бас тартады. Бұл жағдай аталады:

- A) нейродислепсия



- B) нейродистония
 C) нейropения
 D) Кандинский - Клерамбо синдромы
 E) нейроплегия
35. Ингаляциялық наркотикалық заттардың наркотикалық әсерінің басталу жылдамдығы олардың қанда ерігіштік коэффициентіне байланысты екендігі анықталған. Бұл тәуелділік көрінеді:
 A) ерігіштік коэффициенті қанша жоғары болған сайын, наркотикалық әсері баяу көрінеді
 B) ерігіштік коэффициенті қанша жоғары болған сайын, наркотикалық әсері тез көрінеді
 C) ингаляциялық наркотикалық заттардың ерігіштігі наркоздың тереңдігіне әсер етеді, бірақ оның басталу жылдамдығына емес
 D) «қанда ерігіштік» түсінігі ингаляциялық наркотикалық заттарда қолданылмайды
 E) ингаляциялық наркотикалық заттардың қанда ерігіштігі молекулалық салмағына тәуелді
36. Лидокаинмен эпидуральді анестезия жүргізу кезінде науқастың өміріне қауіп төндіретін айқын артериальді гипотензия дамыды. Анестезияны орныдауда техникалық қателіктер болған жоқ. Бұл асқыну дамуының мүмкін механизмі болып табылады:
 A) химиялық симпатэктомия (адренергиялық вазоконстрикторлы импульстарды өшіру)
 B) тамырлардың тегіс бұлшықетіне тікелей босаңсытатын әсер
 C) тамырлардың тегіс бұлшықетіне тікелей босаңсытатын әсермен химиялық симпатэктомия
 D) миокард жиырылғыштығының төмендеуі
 E) анестетиктің жұлын- милық кеңістікке түсуі
37. Анестезия асқынуларын болжау жоспарында адам ағзасында анестезиолог үшін айқын қызығушылық тудыратын аурулардың бірі прогнатия болып табылады. Бұл ауру сипатталады:
 A) жақ сүйектерінің дамымауымен
 B) гормоналды метаболизмнің бұзылуымен
 C) сүйектер сынғыштығының жоғарылауымен
 D) қан ауруымен
 E) саусақтардың дамымауымен
38. Миастениямен ауыратын науқастарға наркоз жүргізу кезінде кіріспе наркоз үшін мына препаратты қолдану ұсынылмайды:
 A) седуксен
 B) гексенал
 C) тиопентал-натрий
 D) азот тотығы
 E) дроперидол
39. Тиреоментальді қашықтық 11 см, Маллампаати бойынша II класс, Кормак-Лихан бойынша дауыс саңылауын бағалау дәрежесі - I. Кеңірдек интубациясының қиындық ықтималы:
 A) орташа ауыр
 B) жеңіл
 C) қиын
 D) өте қиын
 E) мүмкін емес
40. Кеңірдекті интубациялау алдында анестезия индукциясы кезінде анестезиолог дәрігер науқасқа әсері орташа ұзақтығындағы депполяризацияланбайтын миорелаксант – рокуроний бромидің 50 мг дозада енгізді. Төменгі жақ қозғалысының шектелуі, ауыздың жеткіліксіз ашылуы, үлкен тіл болуына байланысты өкпені желдетудің әсері жоқ. Тыныс алу жеткіліксіздігінің белгілері біртіндеп өршуде. Анатомиялық ерекшеліктерге байланысты кеңірдектің бірнеше реттік оротрахеальды интубациясы сәтсіз болды. Анестезиолог дәрігердің іс-қимыл алгоритмі:
 A) ларингеальді масканы орнатуға тырысу, сәтсіз болса- фибробронхоскоп бойынша немесе кеңірдектің ретроградтық интубациясы. Тиімсіз болса- шұғыл трахеостомия
 B) кеңірдектің назотрахеальді интубациясына өту, тиімсіз болса- коникотомия
 C) кеңірдекке орнатылған ине арқылы 100% оттегі қысымымен инсуффляция. Бет маскасы арқылы өкпені мәжбүрлі желдету әрекеттерін жалғастыру



- D) орофарингеальді ауа өткізгішті орнату, өкпені мәжбүрлі желдетуді жүргізу
- E) аға әріптесін шақыру, ол келгенге дейін- бет маскасы арқылы өкпені мәжбүрлі желдету кезеңдері арасында кеңірдекті интубациялау әрекеттерін жалғастыру
41. Жақ- бет хирургиясында ауыз қуысына жүргізілетін операцияда хирургтың жұмысын жеңілдету үшін назотрахеальді интубация қолданылады. Оны орындау кезінде барлық жағдайлар қарастырылған, мынадан басқа:
- A) ауыз қуысындағы операцияларда атропин қолданылмайды
- B) жұмсақ материалдан жасалған кіші өлшемдегі эндотрахеальды түтікті пайдалану
- C) назотрахеальді интубация кезінде иілген Мэгилл қысқыштарын қолдану
- D) хирургтың жұмысына кедергі келтірмеу үшін жұтқыншақ тампонадасынан жасамау
- E) вазоконстриктормен бірге мұрын жолын жергілікті анестетикпен өңдеу
42. Кеңірдектің экстубациясынан кейін науқаста стридорозды тыныс, кеуде қуысының ішіне тартылуы, цианоз, SpO₂-нің 88% дейін төмендеуі, PaO₂ 55 мм с.б.б. дейін төмендеуі пайда болды. Ауыз қуысы және көмей- жұтқыншақты тазалау әрекеті гипоксемияның күшеюіне алып келді. Өкпенің аускультациясында – тыныстың екі жақты әлсіреуі, сырылдар жоқ. Дамыған асқынудың түрі және емдеу шараларының тәртібі:
- A) ларингоспазм, жоғары ағынмен үздіксіз қосымша оксигенотерапия, ауыз қуысын ұқыпты және қысқа мерзімді санациялау
- B) бронхиолоспазм, ингаляциялық және көктамыр ішіне адреналин енгізу, өкпенің жабық массажы
- C) нейро- бұлшықеттік блок, тез арада миорелаксанттар енгізу және ӨЖВ
- D) емдеу шараларына қажеттілік жоқ, бұл көріністер өздігінен регрессияға ұшырайды
- E) бронхоспазм, метилксантиндер, β₂ симпатомиметиктер енгізу
43. Жақ-бет хирургиясында жергілікті анестетиктерді қолданған кезде орталық жүйке жүйесіне токсикалық әсері көрінеді:
- A) құрысулар
- B) козу
- C) периоральді жансыздану
- D) құлақтағы шу (тиннитус)
- E) бас айналуы
44. Анестезиядан кейінгі кезеңде науқастардың жағдайын бақылауды анестезиолог- реаниматолог дәрігер ... жүргізеді.
- A) өмірлік маңызды органдардың қызметі тұрақтанғанша
- B) 2- 4 сағат ішінде
- C) 4- 8 сағат ішінде
- D) анестезия түріне байланысты
- E) бақылау жүргізілмейді
45. Жүйке діні немесе жүйке өрімдері деңгейінде импульстің берілуін дәрілік блоктау бұл
- A) өткізгіштік анестезия
- B) жұлын анестезиясы
- C) инфилтративті анестезия
- D) терминальді анестезия
- E) эпидуральды анестезия
46. Субдуральды кеңістікке анестетик енгізу арқылы жұлын нервінің түбірлері деңгейінде импульс беруді тежеу:
- A) жұлын анестезиясы
- B) эпидуральды анестезия
- C) өткізгіштік анестезия
- D) жергілікті анестезия
- E) инфилтративті анестезия
47. Иек пен қалқанша шеміршек арасындағы қашықтықты өлшеу- бұл ... сынағы болып табылады.
- A) Patil



- B) Savva
- C) MOANS
- D) LEMON
- E) ASA

48. Ересек адамда жүргізілген Patil сынағының нәтижесі 6,5 см құрайды. Бұл жағдайда болжауға болады:

- A) күрделі интубациялау
- B) күрделі маскамен вентиляция
- C) ауа өткізгіш құрылғыларды орнату қиын
- D) күрделі крикотиroidотомия
- E) ешқандай қиындықтар күтілмейді

49. Тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қамтамасыз ету үшін кеңірдек интубациясының үш сәтсіз әрекетінен соң қажет:

- A) ларингеальді маска орнату
- B) бронхоскоптың көмегімен интубация жасау
- C) коникотомия жасау
- D) релаксанттар енгізу, интубация әрекетін қайталау
- E) көмей үстілік ауа өткізгіш орнату

50. Анестезия индукциясы және кеңірдек интубациясынан кейін өмірлік маңызды функциялар монитормында $PetCO_2$ мәні = 40 мм с.б.б. құрады. Бұл көрсеткіш ... білдіреді.

- A) эндотрахеальды түтік кеңірдекте тұрғанын
- B) эндотрахеальды түтік өңеште тұрғанын
- C) эндотрахеальды түтік кеңірдекте, бірақ науқаста ауыр жүрек депрессиясы бар екенін
- D) науқаста зат алмасу деңгейі жоғарылағанын
- E) оттегімен қамтамасыз ету жүйесінің бұзылғанын

51. Анестезияның 20 минутында (ӨЖВ- мен қосарланған эндотрахеальді анестезия) науқаста SpO_2 70%-ға дейін біртіндеп төмендеуі тіркелді. Сіздің әрекетіңіз:

- A) 100% оттегімен қолмен желдетуге ауысу, түтіктің орналасуын, тыныс алу жолдарының өткізгіштігін, гемодинамикалық профильді бағалау
- B) ӨЖВ жалғастыру, оттегінің үлесін 100%-ға дейін арттыру, 2 минуттан кейін SpO_2 бағалау, бронходилататорларды, симпатомиметиктерді тағайындау
- C) бронхоскопия жасау, 100% оттегімен қамтамасыз ету, тотальді көктамыршілік анестезияға ауысу
- D) науқасты экстубациялау, бет маскасы арқылы желдетуді қамтамасыз ету және оттегінің қалыпты деңгейіне қол жеткізгеннен кейін кеңірдек интубациясы әрекетін қайталау
- E) ӨЖВ жалғастыру, бронхолитиктерді, симпатомиметиктерді тағайындау

52. Севофлуранмен аз ағынды анестезия кезінде $PiCO_2$ біртіндеп жоғарылауы байқалады. Сіздің әрекетіңіз:

- A) жаңа газ қоспасы берілуін максимальді вентиляция деңгейіне дейін арттыру, абсорбентті ауыстыру
- B) контурдағы абсорбенттің орнын өзгерту
- C) анестезияны тереңдету, симпатомиметиктерді тағайындау, максимальді вентиляция деңгейін арттыру
- D) науқасты экстубациялау, бет маскасы арқылы ӨЖВ жасау, интубация әрекетін қайталау
- E) ӨЖВ жалғастыру, оттегі үлесін 100%-ға дейін арттыру, 2 минуттан кейін SpO_2 мәнін бағалау

53. Кіріспе анестезиясынан кейін кеңірдек интубациясын жүргізуге сәтсіз әрекет жасалды (көру қиын). Сіздің әрекетіңіз:

- A) бет маскасы арқылы тиімді желдету және оттегінің қалыпты деңгейінде- науқасқа жақсартылған қалып беріп, интубация әрекетін қайталау
- B) егер бет арқылы желдету тиімсіз болса, науқасқа жақсартылған қалып беріп, интубация әрекетін қайталау



- C) бет маскасы арқылы желдетуді жалғастыру және науқас оянғанша күту
- D) егер бет маскасы арқылы желдету тиімді болса, желдетуді жалғастыру және тәжірибелі анестезиологты шақыру
- E) ӨЖВ жалғастыру, оттегі үлесін 100%-ға дейін арттыру, 2 минуттан кейін SpO2 мәнін бағалау

54. Кеңірдекті интубациялау алдында маскамен желдету... қарсы көрсетілген.

- A) шұғыл анестезияда
- B) қиын тыныс алу жолдарына күдік болғанда
- C) қалқанша безі мөлшерінің айтарлықтай ұлғаюында
- D) балалардағы анестезияда
- E) қарсы көрсетілімдер жоқ

55. Жылдам кадамдық индукция және кеңірдек интубациясы техникасын қолдануға қарсы көрсеткіш болып табылады:

- A) болжанған қиын интубация
- B) регургитацияның жоғары қаупі
- C) бассүйек ішілік қысымның жоғарлауы
- D) жедел ішек өтімсіздігі
- E) жүрек жеткіліксіздігі

56. Жоғарғы тыныс жолдарының анатомиясы қалыпты науқас шұғыл көрсеткіштер бойынша операцияға алынды. Науқас қабылдаудан 40 минут бұрын тамақтанғаны белгілі. Сіз жылдам индукцияны (rapid sequence induction- RSI) және интубация орындауыңыз керек. Әрекеттеріңіздің дұрыс ретін көрсетіңіз:

- A) Преоксигенация; Селлик әдісі; пропофолмен индукция; рокуроний енгізу; эндотрахеальды интубация
- B) Преоксигенация; есін білгендегі эндоскопиялық ларингоскопия; эндотрахеальды интубация
- C) Преоксигенация; Селлик әдісі; пропофолмен индукция; маскамен вентиляция; сукцинилхолин; эндотрахеальды интубация
- D) Преоксигенация; пропофолмен индукция; сукцинилхолин; эндотрахеальды интубация
- E) Преоксигенация; севофлуранмен ингаляциялық индукция; сукцинилхолин; эндотрахеальды интубация

57.45 жастағы ер адам ашық бас-ми жаракатымен түсті (жаракат кемінде 3 сағат бұрын болған).

Науқаста бас терісінің тұтастығы бұзылуымен және ми құрылымдарының ашылуымен бас сүйегінің сынуы бар, жарадан қан кету жалғасуда. Анеснезі белгісіз. Қандағы алкоголь 0,5 промиле құрайды. ЖЖЖ 128 рет/мин, АҚ 85/35 мм с.б.б., индукциядан кейінгі орталық температура 32°C. Зақымдалған құрылымдарға операциялық араласу және жою кезінде қан кету күшейді, қан құюды қажет етеді. Бақылау талдауы: гематокрит деңгейі қалыпты, протромбиндік уақыт және белсендірілген жартылай тромбопластин уақыты (АЧТВ) ұзарған, фибриноген және тромбоциттер деңгейі төмендеген. Науқаста дамыған:

- A) Диссеминирленген тамырішілік қан ұю синдромы
- B) Паренхима ішілік қан кету
- C) Бауыр жеткіліксіздігі
- D) Виллебранд ауруы
- E) VIII фактор тапшылығы

58.32 жастағы әйел, қалқанша безін алып тастау операциясы кезінде қайталамалы көмей нерві зақымданды. Оперциядан кейінгі кезеңде сіз анықтауыңыз мүмкін:

- A) Афония
- B) Тыныш жағдайда сол жақ дауыс байламының жабылуы
- C) Көмейдің тыныстық қызметінің жеткіліксіздігі
- D) Жөтел қызметінің бұзылысы
- E) Сол жақ жүзіктәрізді- қалқанша тәрізді бұлшықеттің зақымдануы



59. Мойын аймағының екі жақты гигант лимфомасы бар науқаста толық парентеральді қоректенуді қамтамасыз ету үшін орталық венаны катетеризациялау қажет болғанда сіз мына тамырды таңдайсыз:

- A) сан венасы
- B) сол жақ бұғанаасты венасы
- C) оң жақ бұғанаасты венасы
- D) оң жақ ішкі мойындырық венасы
- E) сол жақ ішкі мойындырық венасы

60. Интенсивті терапия бөлімшесінде ауыр бас- ми жарақатымен науқас жатыр. Операциядан кейінгі кезең, 2- тәулік. Бас ми ісінуінің клиникалық және аспаптық көріністерінің сақталуына байланысты (Глазго шкаласы бойынша 7 балл, анизокория, ми ісінуінің КТ- белгілері), ісінуге қарсы ем мақсатында аз көлемді гипертоникалық волнокоррекция жүргізуге шешім қабылданды. Терапиядағы бұл шешім негізделеді:

- A) коллоидты ерітіндінің және 3% натрий хлорид ерітіндісі инфузиясы
- B) тек натрий хлорид гипертониялық ерітіндісінің инфузиясы
- C) коллоидты ерітінді және 10% глюкоза ерітіндісінің инфузиясы
- D) 8% натрий гидрокарбонат және коллоидты ерітіндінің инфузиясы
- E) 3% натрий хлорид және 40% глюкоза ерітіндісінің инфузиясы

61. Науқас 37 жаста, мұрын қуысы мен мұрын маңы қуыстарындағы ісік бойынша операция жасалды. Операциядан кейін 2-ші күні оянбады. Бұл асқину интенсивті терапияны қажет ететін мәселеге алып келуі мүмкін:

- A) қатты ми қабатының жарақаты
- B) жұлынның жарақаты
- C) дауыс байламдарының жарақаты
- D) үшкіл нервтің жарақаты
- E) иық өрімінің плекситі

62. Егер науқасқа енгізілген анестетикке- анафилактикалық шоктың дамуына күдік болса, жүргізілетін терапия қандай препараттарды қамтуы керек:

- A) антигистаминді аналептик және гормональды
- B) аналептиктер
- C) антигистаминді және аналептиктер
- D) антигистаминді және гормональды
- E) наркотикалық препараттар

63. Тісті жұлу операциясында қолданылатын ауырсынуды басудың негізгі түрі:

- A) жергілікті
- B) жалпы (наркоз)
- C) комбинирленген
- D) нейролептаналгезия
- E) ингаляциялық анестезия

64. Төменгі жақтың дислокациясын түзету кезінде анестезияны жүргізуге арналған көрсеткіштер:

- A) шайнау бұлшықеттерінің рефлекторлық контрактурасында
- B) әдеттегі дислокация кезінде
- C) айқын гипертония кезінде
- D) егер бұрыштық тамыр тромбофлебитіне күдік болса
- E) төменгі жақ буынының іріңді-қабыну процестерінде

65. Төменгі жақтағы инфильтрациялық анестезия қандай нервтерді өшіреді:

- A) жақ
- B) жақ+төменгі альвеолярлы
- C) тіл+төменгі альвеолярлы
- D) жақ + тіл+ төменгі альвеолярлы
- E) артқы жақ өрімі

66. Төменгі жақтағы ауырсынуды басудың өткізгіш әдісіне қандай анестезия жатады:



- A) мандибулярлы
 B) туберальды
 C) инфраорбитальды
 D) кескіш тістер
 E) инфильтрационды
67. Анестезияның периодонтальды әдістеріне жататын жергілікті анестезия әдісін таңдаңыз
- A) интралигаментарлы анестезия
 B) инфильтрационды анестезия
 C) торусальды анестезия
 D) туберальды анестезия
 E) ментальды анестезия
68. Периодонтальды анестезия әдістеріне жататын жергілікті анестезия әдісін таңдаңыз
- A) интрасептальды анестезия
 B) инфильтрационды анестезия
 C) торусальды анестезия
 D) туберальды анестезия
 E) ментальды анестезия
69. Анестезияның химиялық әдістеріне жататын жергілікті анестезия әдісін таңдаңыз
- A) аппликационды анестезия
 B) инфильтрационды анестезия
 C) торусальды анестезия
 D) туберальды анестезия
 E) менталбды анестезия
70. Ұстамалардың пайда болуымен көрінетін жергілікті анестетиктердің ұйты әсеріне оң әсер етеді:
- A) қысқа әсер ететін барбитураттарды енгізу, ӨЖВ, инфузиялық терапия жүргізу, адреномиметикалық препараттар енгізу
 B) қысқа әсер ететін барбитураттарды енгізу
 C) ӨЖВ, инфузиялық терапия жүргізу
 D) адреномиметикалық препараттарды енгізу
 E) қысқа әсер ететін барбитураттарды енгізу, ӨЖВ жүргізу
71. Жақ-бет хирургиясында жалпы анестезияны жүргізу ерекшеліктеріне мыналар жатады:
- A) кеңірдек интубациясында қиындықтардың болуы, тыныс алу жолдарын аспирациядан қорғау қажеттілігі, көбінесе трахеостомияны профилактикалық қолдану қажеттілігі
 B) тыныс алу жолдарын аспирациядан қорғау қажеттілігі
 C) кеңірдек интубациясында қиындықтардың болуы
 D) көбінесе трахеостомияның алдын-алу қажеттілігі
 E) кеңірдеке интубациясында
72. Өте жіңішке түтіктермен интубация кезінде келесі асқынулардың даму қаупі бар:
- A) дем шығарудағы қарсылықты арттыру, гиповентиляция, гиперкапния, түтіктің иілуінен болатын обструкция
 B) дем шығару кезінде қарсылықты арттыру
 C) гиповентиляция
 D) гиперкапниялар
 E) түтіктің иілу кедергісі
73. ЛОР науқасқа "Миастения" диагнозы қойылған. Анальгезия кезінде тубарин және прозерин қолданылған. Анестезиядан шыққан кезде науқаста бронхорея, бронхоспазм, өкпе ісінуі, құрысулар, дисфагия, қорқыныш, мазасыздық, шатасқан сана пайда болды. Сіздің көзқарасыңыз бойынша, бұл жағдайдың дамуы:
- A) прозериннің әсері
 B) негізгі аурудың жедел дамуы
 C) тубокурариннің гистаминогендік әсері



- D) катехоламин деңгейінің күрт жоғарылауы
E) катехоламин деңгейін төмендету
74. Ішкі органдардың зақымдалуына күдік бар бас сүйегі мен жамбас сүйектерінің көптеген жарақаттары үшін шұғыл операциялар кезінде таңдау анестезиясы болып табылады:
- A) көп компонентті эндотрахеальды анестезия және ӨЖЖ
B) эпидуральді
C) маскалық анестезиясы
D) жұлын анестезиясы
E) жергілікті анестезия
75. Эндотрахеальды анестезиямен операция кезінде ингаляцияға төзімділіктің жоғарылауы, дем шығарудың соңында оң қысым, екі жағынан тыныс алудың күрт аускультативті әлсіреуі, кеуде көлемінің ұлғаюы байқалады. Критикалық жағдайдың себебі ... болуы мүмкін .
- A) дем шығару клапанының ақауы
B) бронхиолоспазм
C) пневмоторакс
D) ателектаз
E) манжеттің тұтастығының бұзылуы
76. Эндотрахеальды анестезиямен операция кезінде ингаляцияға төзімділіктің төмендеуі, екі жағынан тыныс алудың күрт аускультативті әлсіреуі, экскурсияның төмендеуі байқалды. Жағдайдың ықтимал себебі .
- A) тыныс алу контуруның герметизациясының бұзылуы
B) пневмоторакс
C) ателектаз
D) бронхиолоспазм
E) интубациялық түтіктің оң жақ бронхқа орналасуы
77. Маскалық анестезиясымен жасалатын операция кезінде науқаста қарашықтың кеңеюі, жарыққа реакциясы мен жас ағудың жоғарылады, ең ықтимал себебі:
- A) беткей анестезия
B) жүректің рефлекторлық тоқтауы
C) анестетиктің артық дозалануы
D) миокард фибрилляциясы
E) анафилактикалық шок
78. Анестезиядан кейін амбулаториялық науқасты жіберуге болады
- A) анестезиялық және дәрілік депрессиядан толық шыққаннан кейін
B) оянғаннан кейін бірден
C) 15 минуттан кейін. оянғаннан кейін
D) оянғаннан кейін 1 сағаттан кейін
E) 30 минуттан кейін. оянғаннан кейін
79. 60 жастағы науқасқа сол жақ көздің катарактасына атаралгезия (реланиум+фентанил) жасалды. Операция кезінде көмекші желдетумен теңестірілген қысқа мерзімді тыныс алу депрессиясы болды. Операция соңында дәрігер анестезиолог пациентке 1 мг/кг дозада пентазоцин(лексир) енгізді.
- A) фентанилдің жағымсыз әсерлерін жою және лексирдің өзіндік әсері арқылы анестезияны ұзарту
B) операциядан кейін фентанилдің анальгетикалық әсерін күшейту
C) реланийдің жанама әсерлерін жою
D) реланийдің седативті әсерін күшейту
E) фентанил тудыратын тыныс алу депрессиясының алдын алу
80. Перитонзиллярлық абсцесті ... ашқан жөн.
- A) фентанилмен біріктірілген жергілікті дикаин немесе тримекаин жанасу анестезиясымен
B) көктамыршілік пропофолды анестезиямен
C) кетамин анестезиясымен



- D) барбитуралық анестезиямен
E) фторотан анестезиясымен
81. Көздің травматикалық зақымдануы бар науқас шұғыл түрде эндотрахеальды анестезияға ұшырайды, премедикацияға енгізілмеуі керек:
- A) морфин
B) промедол
C) седуксен
D) атропин
E) атропин, промедол
82. Ортаңғы құлақ немесе есту жолының сүйектік бөлігі операцияларында қолданылады:
- A) жергілікті анестезия
B) жергілікті анестезиямен алдын ала премедикация
C) эндотрахеальді наркоз
D) жергілікті анестезиямен нейрорептоанальгезия
E) бетперделік ингаляциялық наркоз
83. Каротидті гломус хемоденті, төменгі және жоғарғы жақ ісіктері, мұрын жұтқыншақ ангиофибромасына байланысты жасалатын оталардың таңдамалы анестезиясы болып табылады:
- A) эндотрахеальді наркоз
B) ингаляциялық бетперделік наркоз
C) жергілікті анестезия
D) НЛА жергілікті анестезия
E) атаралгезиямен жергілікті анестезия
84. 68 жастағы науқасқа катаракта жөнінен ота жасауда таңдамалы анестезия болып ... табылады.
- A) жергілікті анестезия атаралгезиямен немесе НЛА
B) бірлескен эндотрахеальды наркоз
C) электроанальгезия
D) фторотанды азот тотығымен және оттегі мұрынжұтқыншақ арқылы беру
E) көктамырлық анестезия
85. Бес жасар балада жоспарлы аденотонзиллэктомиядан соң қан кету байқалды, қайта ота жасағанда ...
- A) ингаляциялық анестезия қолданылады
B) жүрек қантамыр жүйесіне әсер етпеу үшін седация жасауға болмайды
C) наркозға дейін қан тобы анықталуы тиіс
D) шоктың ауыр сатысына алып келмейді
E) тез арада эндотрахеальды интубация жасап, анестезияға кірісу қажет
86. Көмейге микрохирургиялық ота жасау үшін ... қажет.
- A) кеңірдекке кіші мөлшерлі манжеткасымен трубка қою
B) нейрорептоанальгезия жүргізу
C) апноэ кезінде инсуффляция жүргізу
D) көктамырлық анестезия жүргізу
E) ингаляциялық анестезия жүргізу
87. Даун синдромы бар 16 жастағы науқастың бірнеше тістерін экстракциялау жоспарланды. Операциядан алдыңғы дайындық кезінде қажет:
- A) мойын аймағының қозғалу көлемін бағалау
B) атропин енгізуден бас тарту
C) опиоидтар енгізуден бас тарту
D) седацияны күшейту
E) құрысуға қарсы препараттар енгізуден бас тарту
88. Пьер-Робин синдромында анестезиядағы қиындық келесі мәселеге көбірек байланысты:
- A) интубация
B) жүрек – қантамыр жүйесі
C) өкпе



D) бүйрек

E) өкпенің жасанды вентиляциясы

89.75 жастағы науқаста катарактаны алып тастау седациямен жергілікті анестезия және анестезиологтың бақылауымен жүргізілуде. Хирургпен ретробульбарлы блок жасаудан бұрын 20 мг метогекситал к/і енгізілді. Осы кезде ЭКГ-мониторда жүректің ырғағы минутына 40- дейін баяулады. Осы жағдайда бірінші кезекті маңызды:

A) хирургтан манипуляцияны тоқтатуды сұрау

B) кеңірдектің интубациясын жасау

C) к/і 0,4 мг атропин енгізу

D) ырғақ жүргізушісі орнатылғанға дейін операцияны кейінге қалдыру

E) жүрекке массаж жасау

90.Жақ- бет патологиясы бар науқастарда трахеостомияға көрсеткіш болып табылады:

A) ауыр қабыну үдерісінде адекватты вентиляциямен қамтамасыз ету мүмкін еместігі (мысалы, ауыз қуысы түбінің флегмонасы)

B) мойынның алдыңғы бетінің тыртықтық өзгерістері

C) ауызды толық ашу мүмкін болмауы

D) төменгі жақтың шала дамуы, Пьер-Робин синдромы

E) тыныс жеткіліксіздігі

91.Окулокардиальді, окулогастральді, окулореспираторлық рефлексдер пайда болады:

A) көз бұлшықеттерінің тракциясында

B) көз ішілік қысым жоғарлағанда

C) көз ішілік сұйықтықтың фильтрациясы бұзылғанда

D) гипоксияда

E) депполяризациялайтын миорелаксанттар қолданғанда

92. Жақ- бет сүйегінің жарақаты бар науқастағы қанның ҚСЖ көрсеткіштері: рН 7,31, РаО₂-280 мм с.б.б., РаСО₂-221 мм с.б.б., НСО-310 моль/л, ВЕ:-9,5. Науқаста байқалады:

A) тыныс алу компенсациясы бар декомпенсацияланған метаболизмдік ацидоз

B) тыныс алу компенсациясымен декомпенсацияланған аралас ацидоз

C) тыныс алу компенсациясымен компенсацияланған аралас алкалоз

D) компенсацияланған тыныс алу ацидозы

E) декомпенсацияланған тыныс алу ацидозы

93.Мойынның сол жақ бөлігінің жаншылып- кесілген жарақаты бар науқасқа алғашқы хирургиялық өңдеу жүргізілуде. Ларингоскопия кезінде пациенттің есі- анық, сіз сол жақ дауыс байламының орташа күйде екенін көрдіңіз, ал оң жақ дауыс байламы дем алу кезінде ығысады.

Сипатталған осы жағдайға ... жарақаты алып келуі мүмкін.

A) жоғарғы көмей жүйкесінің

B) С 7-8 омыртқа түбіршегінің

C) жұлдызды ганглионның

D) тіл - жұтқыншақ жүйкесінің

E) кезбе нервтің

94.Науқасты торакотомияға және бір өкпелік вентиляцияға дайындау кезінде техникалық қиындықтарсыз сол жақ бронхқа екі каналды түтік орнатылды. Осыдан кейін операцияда және науқасты жатқызу кезінде эндобронхиальды манжеттер проксимальды ығысқан. Бұл жағдай алып келуі мүмкін асқыну:

A) өкпені коллабирлеу мүмкін болмауы

B) эндобронхиальды манжеттің операциялық алаңға протрузиясы

C) теріасты эмфизема

D) пассивті қан кету

E) ауаны жоғалту

95.Эпидуральды енгізу кезінде тізімде көрсетілгендердің ішінен ең ұзақ әсер ететін препаратты анықтаңыз:

A) Ропивакаин



B) Лидокаин

C) Артикаин

D) Бупивакаин

E) Новокаин

96.Қабылдау бөліміне пышақпен жарақат алған, геморагиялық шокпен науқас түсті. Анестезия тактикасына қатысты ең дұрыс тұжырымды таңдаңыз:

A) анестезия компоненттеріне кетаминді қосу

B) аймақтық анестезия

C) пропофолмен гипноздық компонентті сақтау

D) барбитураттармен гипноздық компонентті сақтау

E) ингаляциялық анестезия

97.Бұл анестетикті 4 мг/кг/сағ асатын дозада инетнсивті терапия бөлімшелерінде тыныштандыру үшін ұзақ уақыт қолданғаннан кейін рабдомиолиз - қаңқа бұлшықеттерінің жедел некрозынан сақ болу керек:

A) пропофол

B) кетамин

C) тиопентал

D) ГАМК

E) диазепам

98.Бір мезгілде амнезияны, седативті және ұйықтататын компоненттерді, сондай-ақ айқын аналгезияны тудыратын анестетикалық препарат:

A) кетамин

B) тиопентал

C) диазепам

D) пропофол

E) мидазолам

99.Оң жақ негізгі бронхтың эндобронхиалды интубациясы және екі өкпенің вентиляциясы кезінде өкпенің диагностикалық аускультациясынан кейін оң жақ өкпе ұшында тыныс шуларының жоқтығы анықталды. Оң жақ өкпені адекватты желдету үшін анестезиологтың ең дұрыс тактикасын таңдаңыз:

A) тыныс шулары пайда болғанша түтікті кері тарту

B) операцияны бастау

C) дем алу кезінде оттегінің фракциялық концентрациясын арттыру

D) тыныс көлемін 2 есе ұлғайту

E) РЕЕР орнату

100.Анестезия кезінде анестезиолог гипноздық компонент ретінде диазепам енгізді. Ал аналгетикалық мақсатпен – фентанил. Дәрігердің бұл әрекеттері анестезияның мына әдісіне тән:

A) атаралгезия түрімен жалпы анестезия

B) нейрорептанальгезия түрімен жалпы анестезия

C) жалпы ингаляциялық анестезия

D) аймақтық анестезия

E) орталық аналгезия

101.Операция алдындағы премедикация жүргізу кезінде 32 жастағы науқаста кенеттен тыныс алудың қиындауы және мұрын- ерін үшбұрышының цианозымен терінің қызаруы пайда болды. Науқас есін жоғалтты. Бақылау кезінде: АҚ 70/40 мм с.б.б., ЖЖЖ минутына 45 рет, SpO2 78%.

Дамыған жағдайды бағалаңыз:

A) Анафилактикалық шок

B) Гиповолемиялық шок

C) Атропинді шамадан тыс қолдану

D) Аллергиялық есекжем

E) Коллапс



102. Операция алдындағы премедикация жүргізу кезінде 32 жастағы науқаста кенеттен тыныс алудың қиындауы және мұрын-ерін үшбұрышының цианозымен терінің қызаруы пайда болды. Науқас есін жоғалтты. Бақылау кезінде: АҚ 70/40 мм с.б.б., ЖЖЖ минутына 45 рет, SpO₂ 78%.

Көмек көрсетуде бірінші кезекте орындау қажет:

- A) адреналинді енгізу
- B) 1,5-2 л көлемінде натрий хлоридін енгізу
- C) 500 мл көлемінде гелофузинді енгізу
- D) 3% 300 мл натрий гидрокарбонатын енгізу
- E) бронхолитиктерді енгізу

103. Амбулаторлық хирургияда операциядан кейін науқасты тез оятуға және белсендіруге арналған препараттардың ең оңтайлы комбинациясы:

- A) Севоран, фентанил, рокуроний бромиді
- B) Диазепам, фентанил, рокуроний бромиді
- C) Мидазолам, морфин, пипекуроний бромиді
- D) Пропофол, фентанил, пипекуроний бромиді
- E) Диазепам, морфин, пипекуроний бромиді

104. Операция кезіндегі асқинуларды болжау үшін қолданылатын классификацияны атаңыз:

- A) ASA бойынша классификация
- B) qSOFA бойынша классификация
- C) SOFA бойынша классификация
- D) Geneva бойынша классификация
- E) Зильбер бойынша классификация

105. Сол жақ қарыншаның лақтыру фракциясы төмен науқастар үшін аймақтық анестезияның қауіптілігі түсіндіріледі:

- A) жүктемеден кейінгі күш төмендегенде жүрек лақтырысының компенсаторлық ұлғаюын қамтамасыз ету мүмкін болмауы
- B) жергілікті анестетиктің әсерінен сол жақ қарынша жұмысының төмендеуі
- C) Старлинг заңы бойынша жүрек қызметінің төмендеуі
- D) қажетті инфузиялық жүктеменің қаупі
- E) вазопрессорларды енгізу кезінде жүрек жеткіліксіздігінің декомпенсация қаупі

106. Науқасты жоспарлы операция алдындағы тексеруде қиын интубация ықтималдығын бағалау үшін анестезиолог Маллампаши шкаласы бойынша 1 дәрежені және 7,5 см тироментальді қашықтықты анықтады. Кеңірдек интубациясының қиын болу қаупін бағалаңыз:

- A) төмен
- B) орташа
- C) орташа ауыр
- D) жоғары
- E) өте жоғары

107. Қосымша миастениямен ауыратын науқасқа жоспарлы хирургиялық операция жүргізілуі керек. Осы науқаста миоплегия және кеңірдектің интубациясын жасау үшін бұлшықет релаксантын және оның дозасын көрсетіңіз:

- A) суксаметоний хлориді, 1-1,5 мг/кг артық емес
- B) пипекуроний бромиді, 0,07 мг/кг
- C) суксаметоний хлориді, кемінде 3 мг/кг
- D) панкуроний бромиді 0,05 мг/кг
- E) рокуроний бромиді 1 мг/кг артық емес

108. Деполяризациялаушы миорелаксанттарды енгізгеннен кейін бұлшықет фасцикуляциясы кезінде қаңқа бұлшықеттеріндегі импульс қозу (сигнал) көзінен тек қана орталықтан шетке қарай бағытта таралады және қайта оралмайды, қайталамалы деполяризацияны тудырады. Бұл механизмді түсіндіріңіз:

- A) миоциттердің рефрактерлік уақытының болуы
- B) миоцит цитоплазмасында калий қоры бітеді



- C) интерстициалды кеңістіктегі натрий қоры бітеді
- D) миоцит цитоплазмасында кальций қоры бітеді
- E) қаңқа бұлшықеттерінде миелин талшықтарының болмауы

109. Танертең жоспарлы операциялық бөлмеде сіз натронды әкпен адсорбер және десфлуран буландырғышы орнатылған анестезия аппаратының соңғы 48 сағат ішінде пайдаланылмағанын анықтадыңыз. Бірақ таза газдың ағыны осы уақыт бойы ашық болды және 2 л/мин құрады.

Қалыпты жұмысты бастау және осы құрылғыны пайдалану алдында келесі әрекетті орындау керек:

- A) Осы құрылғыдағы адсорберді ауыстыру
- B) Басқа құрылғыны пайдалану
- C) Таза газ ағынын бір сағатта 10 л/мин дейін арттыру, содан кейін әдеттегідей пайдалану
- D) Жұмысты бастау, бірақ алғашқы сағаттарда тек жоғары ағындарда жұмыс істеу
- E) Изофлуранмен буландырғышқа ауыстыру

110. Адекватты толық көктамыршілік анестезия және одан тез шығу үшін анестетиктердің ең оңтайлы комбинациясы:

- A) Пропрофол + Фентанил
- B) Пропрофол + Промедол
- C) Мидазолам + Фентанил
- D) Кетамин + Фентанил
- E) Диазепам + Фентанил