

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 1 беті

БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

1 Аралық бақылауға арналған бағдарлама сұрақтары

БББ атауы: 7R01117 «Анестезиология және реаниматология (ересектер, балалар)

Пән коды: R-NNAKT

Пәннің атауы: Нейрохирургия мен және неврологиядағы анестезия және қарқынды терапия

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі: 11 кредит, 330 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.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлішеу құралдары		57/11 () 38 беттің 2 беті

Нейрохирургия мен және неврологиядағы анестезия және қарқынды терапия

АБ-1

1 - нұсқа

№1.

58 жастағы ер адам үйінде құлап, басымен қатты соққы алған. Оқиғадан кейін қысқа уақытқа есінен айырылған, кейін қайта есін жиған, бірақ 2 сағат ішінде жағдайы нашарлап, бас ауруы күшейген, құсу пайда болған, ұйқышылдық артқан. Жедел жәрдеммен жеткізілген кезде санасы тежелген, Глазго кома шкаласы бойынша 9 балл. Қарашықтары асимметриялы, оң жақ қарашық кеңейген және жарыққа реакциясы баяу. Сол жақта гемипарез байқалады. Жүрек соғу жиілігі 52 рет минутына, артериялық қысым 180/100 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 10 рет минутына, тынысы ырғақсыз. Кушинг триадасының элементтері байқалады. Оттегімен қанығу 90% ауада. Қан анализінде гемоглобин 130 г/л, тромбоциттер қалыпты, коагулограмма өзгеріссіз. Қан газында жеңіл респираторлық ацидоз. Бас компьютерлік томографиясында оң жақ жедел субдуралды гематома, ортаңғы құрылымдардың 8 мм ығысуы, ми қарыншаларының қысылуы анықталған. Шұғыл декомпрессивті краниотомия көрсетілген.

Сұрақтар: 1) Жедел интракраниалдық гипертензияның патофизиологиясы қандай 2) Индукция және интубация кезінде ми перфузиялық қысымды сақтау принциптері қандай 3)

Интраоперациялық вентиляция стратегиясы қандай 4) Осмостық терапияның көрсеткіштері мен ерекшеліктері қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде нейроинтенсивті терапияның негізгі бағыттары қандай.

№2.

46 жастағы әйел адам кенеттен «өміріндегі ең қатты бас ауруы» басталып, бірнеше рет құсқан, қысқа уақыт есінен айырылған. Қабылдау кезінде санасы сақталған, бірақ қатты бас ауруы және фотобоязнь бар. Жүрек соғу жиілігі 98 рет минутына, артериялық қысым 170/95 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 20 рет минутына. Неврологиялық тексеруде айқын ошақты дефицит жоқ, бірақ мойын ригидтілігі анықталған. Бас компьютерлік томографиясында субарахноидальды қан құйылу белгілері бар. Ангиографияда алдыңғы байланыстырушы артерия аневризмасы анықталған. Гемоглобин 125 г/л, тромбоциттер қалыпты, натрий 132 ммоль/л. Вазоспазмның даму қаупі жоғары. Жоспар – жалпы анестезиямен микрохирургиялық клиптеу.

Сұрақтар: 1) Субарахноидальды қан құйылудың патофизиологиялық ерекшеліктері қандай 2) Аневризма клиптеу кезінде гемодинамикалық басқару принциптері қандай 3) Интраоперациялық ми перфузиясын бақылау әдістері қандай 4) Вазоспазмның алдын алу және емдеу стратегиясы қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде нейроинтенсивті терапияның негізгі компоненттері қандай.

№3.

52 жастағы әйел адам соңғы 3 ай бойы үдемелі бас ауруына, таңертеңгі құсуға, көрудің нашарлауына, оң қолындағы әлсіздікке шағымданған. Соңғы аптада эпилепсиялық ұстама болған. Анамнезінде артериялық гипертензия. Қарау кезінде санасы анық, бірақ баяу, Глазго кома шкаласы бойынша 14 балл. Оң жақта жеңіл гемипарез, көру өрісінің тарылуы байқалады. Жүрек соғу жиілігі 88 рет минутына, артериялық қысым 160/95 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына, оттегімен қанығу 97%. Көз түбін тексеруде іркілісті дискілер анықталған. Қан анализінде гемоглобин 128 г/л, натрий 130 ммоль/л, глюкоза қалыпты. Магниттік-резонанстық томографияда сол жақ маңдай бөлігінде көлемді ісік, айқын перифокальды ісіну, ортаңғы құрылымдардың 6 мм ығысуы анықталған. Интракраниалдық қысым жоғарылауы күдік тудырады. Жоспар – жалпы анестезиямен ісікті резекциялау.

Сұрақтар: 1) Интракраниалдық гипертензияның патофизиологиясы және компенсациялық механизмдері қандай 2) Индукция және интубация кезінде интракраниалдық қысымды арттырмау

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 3 беті

стратегиясы қандай 3) Интраоперациялық вентиляция және көмірқышқыл газын басқару принциптері қандай 4) Осмостық және гормондық терапияның рөлі қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде мидың ісінуін және құрысу асқынуларын алдын алу тактикасы қандай.

№4.

35 жастағы ер адам жол-көлік апатынан кейін жеткізілді. Оқиға орнында мойын аймағына соққы алған, аяқ-қол қозғалысы күрт төмендеген. Қабылдау кезінде санасы анық, бірақ мазасыз. Жоғарғы аяқ-қолдарда әлсіздік, төменгі аяқ-қолдарда қозғалыс жоқ, сезімталдық төмендеген. Жүрек соғу жиілігі 48 рет минутына, артериялық қысым 80/50 мм сын.бағ., терісі жылы, құрғақ. Тыныс жиілігі 16 рет минутына, оттегімен қанығу 96%. Жұлын деңгейінде сезімталдықтың шекарасы анықталған. Қан анализі салыстырмалы қалыпты, лактат 4,5 ммоль/л. Омыртқа компьютерлік томографиясында мойын омыртқасының сынуы және жұлын компрессиясы анықталған. Шұғыл декомпрессиялық операция жоспарланған.

Сұрақтар: 1) Нейрогендік шоктың патофизиологиясы қандай 2) Гемодинамикалық қолдаудың негізгі принциптері қандай 3) Тыныс жолдарын қамтамасыз ету кезінде мойын имобилизациясының ерекшеліктері қандай 4) Интраоперациялық анестезиялық басқарудың негізгі қауіптері қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде жұлын перфузиясын сақтау стратегиясы қандай.

№5.

67 жастағы ер адам кенеттен сөйлеуінің бұзылуына, оң жақ қол-аяғының әлсіздігіне шағымданып жеткізілді. Симптомдар басталғанына 1,5 сағат болған. Анамнезінде артериялық гипертензия, 2 типті қант диабеті, жүрекшелер фибрилляциясы (антикоагулянт тұрақты қабылдамайды). Қарау кезінде санасы анық, бірақ дизартрия және оң жақ гемиплегия бар. Глазго кома шкаласы 14 балл. Жүрек соғу жиілігі 110 рет минутына, ырғақсыз, артериялық қысым 185/105 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 20 рет минутына, оттегімен қанығу 96%. Қан глюкозасы 11 ммоль/л. Қан анализінде гемоглобин 135 г/л, тромбоциттер қалыпты, халықаралық қалыптасқан қатынас 1,3. Бас компьютерлік томографиясында жедел қан құйылу жоқ, ортаңғы ми артериясы бассейнінде ишемияға күдік. КТ-ангиографияда сол жақ ортаңғы ми артериясының окклюзиясы анықталған. Механикалық тромбэкстракция жоспарланған.

Сұрақтар: 1) Жедел ишемиялық инсульт патофизиологиясы және «ишемиялық пенумбра» ұғымы қандай 2) Тромбэкстракция кезінде анестезияның жалпы немесе седациялық әдісін таңдау критерийлері қандай 3) Интраоперациялық қан қысымын басқару принциптері қандай 4) Гипергликемияның ми зақымына әсері қандай және оны түзету тактикасы қандай 5) Процедурадан кейінгі нейроинтенсивті терапияның негізгі бағыттары қандай.

Нейрохирургия мен және неврологиядағы анестезия және қарқынды терапия

АБ-1

2 - нұсқа

№1.

44 жастағы әйел адам соңғы 8 ай бойы үдемелі бас ауруына, сөйлеу кезінде сөздерді табудың қиындауына, қысқа мерзімді есте сақтау бұзылысына және соңғы 2 айда екі рет болған фокальды эпилепсиялық ұстамаға шағымданады. Анамнезінде соматикалық ауыр аурулар жоқ, бірақ тұрақты мазасыздық пен операция алдындағы үрей байқалады. Неврологиялық тексеруде жеңіл моторлық афазия, оң жақ қол саусақтарында әлсіздік (4 балл), жеңіл дискоординация анықталған. Глазго кома шкаласы бойынша 15 балл. Жүрек соғу жиілігі 78 рет минутына, артериялық қысым 125/80 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 16 рет минутына, оттегімен қанығу 98%. Қан анализінде гемоглобин 124 г/л, тромбоциттер қалыпты, электролиттер шекаралық норманың төменгі жағында (натрий 132 ммоль/л). Магниттік-резонанстық томографияда сол жақ мандай-самай аймағында 4×3 см көлемді глиома, Брока аймағына және моторлық қыртысқа жақын орналасқан,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 4 беті

перифокальды ісіну бар, ортаңғы құрылымдардың 3 мм ығысуы анықталған. Функционалдық МРТ сөйлеу орталығы ісікке жақын екенін көрсетеді. Хирургиялық команда максималды резекцияны, сөйлеу функциясын сақтай отырып, ояу краниотомия әдісімен орындауды жоспарлаған. Науқас операция барысына белсенді қатысуы тиіс (сөйлеу, санау, қозғалыс тесттері). Анестезиологиялық тұрғыдан ұзақ операция (6–7 сағат), бас фиксациясы, ауырсыну стимулдары және интраоперациялық құрысу қаупі бар. Психологиялық тұрғыдан науқас операция кезінде мазасыздануы мүмкін.

Сұрақтар: 1) Ояу краниотомияға көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштер қандай және бұл науқаста оларды қалай бағалайсыз 2) Седация мен анальгезияны кезең-кезеңмен басқару стратегиясы қандай 3) Интраоперациялық тыныс жолдарын қорғау және вентиляцияны қамтамасыз ету ерекшеліктері қандай 4) Интраоперациялық құрысу немесе жедел неврологиялық нашарлау дамыса әрекет алгоритмі қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде неврологиялық статус, ауырсыну және ми ісінуін бақылау принциптері қандай.

№2.

29 жастағы ер адам жедел жәрдеммен жеткізілді, 40 минуттан астам уақытқа созылған генерализацияланған тоникалық-клоникалық ұстама фонында. Куәгерлердің айтуынша, науқаста бұрын эпилепсия диагнозы қойылған, бірақ соңғы айда антиконвульсанттарды тұрақты қабылдамаған. Ұстама бірнеше рет қайталанған, аралықта есін толық жимаған. Қабылдау кезінде ес-түссіз, Глазго кома шкаласы бойынша 6 балл. Жалғасқан тоникалық фазалар байқалады. Жүрек соғу жиілігі 140 рет минутына, артериялық қысым 170/95 мм сын.бағ., тыныс жиілігі ретсіз, үстірт, оттегімен қанығу 88% ауада. Тері жабындары гиперемияланған, тершендік айқын. Қан газында рН 7,08, көмірқышқыл газы жоғарылаған, лактат 12 ммоль/л, айқын аралас ацидоз. Глюкоза 14 ммоль/л. Калий 6,1 ммоль/л. Креатинкиназа жоғарылаған (рабдомиолиз қаупі). Бас компьютерлік томографиясында жедел қан құйылу жоқ. Электроэнцефалографияда тұрақты эпилептиформды белсенділік. Бірнеше бензодиазепин енгізілгеніне қарамастан ұстама сақталған. Рефрактерлі эпилептикалық статус диагнозы қойылған.

Сұрақтар: 1) Рефрактерлі эпилептикалық статус патофизиологиясы және нейрондық зақым механизмі қандай 2) Жедел фармакологиялық басқарудың кезеңдік алгоритмі қандай 3) Жасанды өкпе вентиляциясына көшу көрсеткіштері қандай 4) Метаболикалық және электролиттік бұзылыстарды түзету принциптері қандай 5) Ұзақ седация жағдайында нейроинтенсивті мониторингтің негізгі компоненттері қандай.

№3.

63 жастағы әйел адам кенеттен қатты бас ауруына, құсуға және оң жақ кол-аяғының әлсіздігіне шағымданғаннан кейін жедел жәрдеммен жеткізілді. Анамнезінде ұзақ жылдық артериялық гипертензия, антигипертензивті терапияны тұрақты қабылдамайды. Оқиға басталғаннан кейін 30 минут ішінде санасы нашарлап, ұйқышылдық артқан. Қабылдау кезінде санасы сопор деңгейінде, Глазго кома шкаласы бойынша 8 балл. Сол жақ қарашық кеңейген, жарыққа реакциясы баяу. Оң жақта айқын гемиплегия. Жүрек соғу жиілігі 54 рет минутына, артериялық қысым 210/110 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 12 рет минутына, тынысы ырғақсыз. Кушинг феноменінің белгілері байқалады. Оттегімен қанығу 92% ауада. Қан анализінде гемоглобин 138 г/л, тромбоциттер 210×10^9 /л, коагулограмма шекаралық қалыпты, глюкоза 9,5 ммоль/л, натрий 134 ммоль/л. Қан газында жеңіл респираторлық ацидоз. Бас компьютерлік томографиясында сол жақ базальды ядролар аймағында көлемді миішілік гематома (45 мл шамасында), қарыншаларға қан таралуы, жедел окклюзиялық гидроцефалия, ортаңғы құрылымдардың 9 мм ығысуы анықталған. Интракраниалдық қысым айқын жоғарылаған. Шұғыл сыртқы қарыншалық дренаж қою және гематоманы эвакуациялау қарастырылуда.

Сұрақтар: 1) Миішілік қан құйылу және жедел гидроцефалияның патофизиологиясы қандай 2) Индукция және интубация кезінде ми перфузиялық қысымды сақтау алгоритмі қандай 3) Интраоперациялық артериялық қысымды мақсатты деңгейде басқару принциптері қандай 4) Осмостық терапия және гипервентиляцияны қолдану көрсеткіштері қандай 5) Операциядан кейінгі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 5 беті

кезенде интракраниалдық қысымды бақылау және нейроинтенсивті терапияның негізгі бағыттары қандай.

№4.

34 жастағы ер адам жол-көлік апатынан кейін жедел жәрдеммен жеткізілді. Куәгерлердің айтуынша, жоғары жылдамдықпен қозғалған көлік апатқа ұшыраған, науқас қауіпсіздік белдігін таппаған. Оқиға орнында ес-түссіз болған. Қабылдау кезінде санасы кома деңгейінде, Глазго кома шкаласы бойынша 5 балл (E1V1M3). Қарашықтары тең емес, оң жақ қарашық кеңейген, жарыққа реакциясы әлсіз. Декортикациялық поза элементтері байқалады. Жүрек соғу жиілігі 58 рет минутына, артериялық қысым 170/95 мм сын.бағ., тыныс жиілігі ретсіз, оттегімен қанығу 89% ауада. Интубация жасалғаннан кейін сатурация 98% жетті. Кеуде аускультациясында сол жақта тыныс әлсіреген, рентгенографияда өкпенің контузиясына күдік. Қан анализінде гемоглобин 110 г/л, тромбоциттер қалыпты, лактат 6,5 ммоль/л, рН 7,25. Бас компьютерлік томографиясында көп ошақты контузиялар, субарахноидальды қан құйылу, жедел субдуралды гематома (10 мм), ортаңғы құрылымдардың 7 мм ығысуы анықталған. Жұлын жаракатына күдік жоқ. Интракраниалдық қысымды мониторинг қою және декомпрессивті краниотомия қарастырылуда. Сұрақтар: 1) Ауыр травматикалық ми жаракатының бастапқы және екіншілік зақым механизмдері қандай 2) Ми перфузиялық қысымды есептеу және мақсатты деңгейде ұстап тұру принциптері қандай 3) Интраоперациялық және реанимациялық кезеңде вентиляциялық стратегия қандай 4) Интракраниалдық қысымды төмендету әдістері және олардың көрсеткіштері қандай 5) Полиоргандық дисфункция дамыған жағдайда интенсивті терапияның кешенді тактикасы қандай.

№5.

28 жастағы ер адам ауыр жол-көлік апатынан кейін 3 тәулік бұрын реанимация бөліміне түскен. Бастапқыда ауыр травматикалық ми жаракаты, жедел субдуралды гематома, диффузды аксональды зақым диагноздары қойылған, декомпрессивті краниотомия жасалған. Операциядан кейін интракраниалдық қысым тұрақсыз жоғары болған, максималды консервативті терапия (осмостық терапия, гипервентиляция, седация, нейроблокада) жүргізілген. Қазіргі уақытта науқас терең комада, Глазго кома шкаласы бойынша 3 балл. Қарашықтары екі жақты кеңейген, жарыққа реакция жоқ. Көз қозғалысы, корнеальды, фарингеальды рефлексдер жоқ. Спонтанды тыныс жоқ, өкпені жасанды желдетуде. Гемодинамика тұрақсыз: жүрек соғу жиілігі 120 рет минутына, артериялық қысым вазопрессор қолдауымен 95/60 мм сын.бағ. Дене температурасы 35°C. Диурез төмендеген. Қан анализінде натрий 155 ммоль/л, глюкоза 14 ммоль/л, лактат 4,8 ммоль/л. Гормондық бұзылыстарға күдік бар (қансыз диабет белгілері). Электроэнцефалографияда биоэлектрлік белсенділік жоқ. Бас компьютерлік томографиясында мидың диффузды ісінуі, қарыншалардың компрессиясы, базальды цистерналардың жойылуы анықталған. Орган донорлығы мәселесі қарастырылуда. Сұрақтар: 1) Ми өлімін клиникалық және аспаптық диагностикалау критерийлері қандай 2) Апноэ-тесті жүргізудің алгоритмі және қауіптері қандай 3) Орган донорлығына дайындық кезінде гемодинамикалық және метаболикалық тұрақтандыру принциптері қандай 4) Гормондық дисфункцияларды (қансыз диабет, гипотиреоз) түзету тактикасы қандай 5) Ми өлімі жағдайында медициналық және этикалық шешім қабылдау принциптері қандай.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 6 беті

БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

2 Аралық бақылауға арналған бағдарлама сұрақтары

БББ атауы: 7R01117 «Анестезиология және реаниматология (ересектер, балалар)

Пән коды: R-NNAKT

Пәннің атауы: Нейрохирургия мен және неврологиядағы анестезия және қарқынды терапия

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі: 11 кредит, 330 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.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 7 беті

Нейрохирургия мен және неврологиядағы анестезия және қарқынды терапия

АБ-2

1 – нұсқа

№1.

49 жастағы әйел адам соңғы 4 ай бойы үдемелі бас ауруына, жүрек айнуына, таңертеңгі құсуға, тепе-теңдіктің бұзылуына және көрудің қосарлануына шағымданады. Соңғы 2 аптада бас айналу күшейіп, жүру кезінде құлау эпизодтары болған. Қарау кезінде санасы анық, бірақ тежелген, Глазго кома шкаласы 14 балл. Неврологиялық тексеруде нистагм, атаксия, дисметрия, жеңіл дизартрия анықталған. Жүрек соғу жиілігі 60 рет минутына, артериялық қысым 165/95 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 16 рет минутына. Көз түбінде іркілісті дискілер бар. Магниттік-резонанстық томографияда мишық аймағында көлемді ісік, төртінші қарыншаның компрессиясы, жедел окклюзиялық гидроцефалия белгілері анықталған. Соңғы сағаттарда санасының нашарлау тенденциясы байқалады. Қан анализі салыстырмалы қалыпты, натрий 131 ммоль/л. Шұғыл ісікті алып тастау және қарыншалық дренаж қою жоспарланған.

Сұрақтар: 1) Артқы шұңқыр ісігінде өмірге қауіпті асқынулардың патофизиологиясы қандай 2) Индукция кезінде ми бағанының компрессиясын күшейтпеу стратегиясы қандай 3) Интраоперациялық гемодинамиканы басқару принциптері қандай 4) Окклюзиялық гидроцефалияны жедел басқару алгоритмі қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде тыныс және неврологиялық асқынулардың алдын алу тактикасы қандай.

№2.

38 жастағы ер адам бірнеше рет болған фокальды эпилепсиялық ұстамаларға байланысты тексерілген. Магниттік-резонанстық томография және ангиография нәтижесінде сол жақ төбе аймағында артериовеноздық мальформация анықталған. Соңғы айда бас ауруы күшейген. Қарау кезінде неврологиялық айқын дефицит жоқ. Жүрек соғу жиілігі 84 рет минутына, артериялық қысым 140/85 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына. Қан анализінде гемоглобин 132 г/л, коагулограмма қалыпты. Ангиографиялық деректер бойынша мальформация көлемді, бірнеше коректендіруші артериялар бар. Жоспар – жалпы анестезиямен микрохирургиялық резекция. Интраоперациялық кезеңде кенеттен артериялық қысым 80/40 мм сын.бағ. дейін төмендеп, хирургиялық өрісте массивті қан кету басталды.

Сұрақтар: 1) Артериовеноздық мальформацияның гемодинамикалық ерекшеліктері қандай 2) Интраоперациялық массивті қан кетуді басқару алгоритмі қандай 3) Массивті трансфузия кезінде коагулопатияның алдын алу принциптері қандай 4) Ми перфузиясын қан кету фонында сақтау стратегиясы қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде реперфузиялық асқынулардың алдын алу тактикасы қандай.

№3.

59 жастағы ер адам 2 тәулік бұрын сол жақ ортаңғы ми артериясы бассейнінде кең ауқымды ишемиялық инсультпен госпитализацияланған. Бастапқыда санасы анық болған, оң жақ гемиплегия және афазия анықталған. Соңғы 6 сағатта жағдайы күрт нашарлаған: ұйқышылдық күшейген, құсу пайда болған. Қабылдау кезінде санасы сопор деңгейінде, Глазго кома шкаласы бойынша 8 балл. Сол жақ қарашық кеңейген, жарыққа реакциясы баяу. Жүрек соғу жиілігі 56 рет минутына, артериялық қысым 190/105 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 10 рет минутына, ретсіз. Оттегімен қанығу 91% ауада. Қан газында респираторлық ацидоз белгілері бар. Қан анализінде натрий 128 ммоль/л, глюкоза 10 ммоль/л, лактат 4,9 ммоль/л. Бас компьютерлік томографиясында

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 8 беті

сол жақ жарты шардың тоталды инфаркті, айқын ісіну, ортаңғы құрылымдардың 11 мм ығысуы, ми бағанының компрессия белгілері анықталған. Шұғыл декомпрессивті краниэктомия көрсетілген.

Сұрақтар: 1) Қатерлі ишемиялық инсульт кезінде ми ісінуінің патофизиологиясы қандай 2) Индукция кезінде ми перфузиялық қысымды сақтау алгоритмі қандай 3) Гипонатриемияны түзету принциптері қандай 4) Интраоперациялық вентиляция мен көмірқышқыл газын басқару тактикасы қандай 5) Операциядан кейінгі нейроинтенсивті терапияның басым бағыттары қандай.

№4.

46 жастағы әйел адамда гипофиздің гормон белсенді макроаденомасы анықталған. Соңғы жылдары бас ауруы, көру өрісінің тарылуы, етеккір циклінің бұзылуы байқалған. Эндокринологиялық тексеруде гиперкортицизм белгілері анықталған. Магниттік-резонанстық томографияда 2,5 см макроаденома, хиазмаға қысым көрсетеді. Жоспар – жалпы анестезиямен трансфеноидальды резекция. Қарау кезінде артериялық қысым 150/90 мм сын.бағ., жүрек соғу жиілігі 92 рет минутына. Қан анализінде глюкоза 13 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л. Операциядан кейін 6 сағат ішінде диурез 500 мл/сағ дейін артқан, шөлдеу, тахикардия пайда болған. Натрий 155 ммоль/л дейін көтерілген. Қантсыз диабетке күдік бар.

Сұрақтар: 1) Трансфеноидальды операция кезіндегі анестезиялық қауіптер қандай 2) Интраоперациялық ми перфузиясын және гемодинамиканы басқару принциптері қандай 3) Операциядан кейінгі қантсыз диабеттің патофизиологиясы қандай 4) Гипернатриемияны түзету алгоритмі қандай 5) Нейроэндокриндік асқынуларды ерте анықтау және мониторинг тактикасы қандай.

№5.

57 жастағы ер адам 2 апта бойы бел аймағындағы ауырсынуға, соңғы 48 сағатта аяқтарындағы әлсіздікке, зәр ұстамауға шағымданады. Анамнезінде артериялық гипертензия, темекі шегу 30 жыл. Соңғы тәулікте аяқтарындағы әлсіздік үдеген, жүру мүмкін емес. Қарау кезінде санасы анық, бірақ мазасыз. Төменгі аяқ-қолдарда бұлшықет күші 2–3 балл, сезімталдық төмендеген, перианальды аймақта гипестезия бар. Жүрек соғу жиілігі 96 рет минутына, артериялық қысым 150/90 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына, оттегімен қанығу 97%. Қан анализінде гемоглобин 130 г/л, электролиттер қалыпты, лактат 3,1 ммоль/л. Магниттік-резонанстық томографияда L1–L2 деңгейінде ірі медиандық диск жарығы, жұлын компрессиясы және ишемиялық өзгерістерге күдік анықталған. Шұғыл декомпрессиялық операция жоспарланған, интраоперациялық соматосенсорлық және моторлық потенциалдар мониторингі қолданылмақ. Сұрақтар: 1) Жұлын ишемиясының патофизиологиялық механизмдері қандай 2) Индукция кезінде жұлын перфузиялық қысымды сақтау принциптері қандай 3) Интраоперациялық нейромониторинг нәтижелері нашарлаған жағдайда әрекет алгоритмі қандай 4) Гемодинамиканы басқаруда мақсатты көрсеткіштер қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде неврологиялық функцияны қалпына келтіруді бақылау принциптері қандай.

Нейрохирургия мен және неврологиядағы анестезия және қарқынды терапия

АБ-2

2 - нұсқа

№1.

24 жастағы ер адам биіктіктен құлағаннан кейін жеткізілді. Оқиға орнында ес-түссіз болған. Қабылдау кезінде Глазго кома шкаласы бойынша 4 балл. Қарашықтары тең, бірақ жарыққа реакциясы әлсіз. Интубация жасалған, өкпені жасанды желдегуде. Жүрек соғу жиілігі 110 рет минутына, артериялық қысым 160/95 мм сын.бағ. Қан газында рН 7,32, көмірқышқыл газы 38 мм сын.бағ., оттегі қысымы жеткілікті. Бас компьютерлік томографиясында айқын диффузды ісіну, қарыншалардың тарылуы, базальды цистерналардың жойылуы, ұсақ қан құйылулар анықталған.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 9 беті

Интракраниалдық қысым мониторингінде көрсеткіштер 30–35 мм сын.бағ. деңгейінде тұрақты. Осмостық терапия және седация жүргізілгеніне қарамастан қысым төмендемейді. Натрий 150 ммоль/л, осмолярлық жоғарылаған. Лактат 4,5 ммоль/л. Рефрактерлі интракраниалдық гипертензияға күдік бар. Декомпрессивті краниэктомия қарастырылуда.

Сұрақтар: 1) Диффузды аксональды зақым мен екіншілік ми ісінуінің патофизиологиясы қандай 2) Рефрактерлі интракраниалдық гипертензияны кезеңдік басқару алгоритмі қандай 3) Гиперосмолярлы терапияның қауіптері мен мониторинг принциптері қандай 4) Гипотермияны қолдану көрсеткіштері және қауіптері қандай 5) Ұзақ нейроинтенсивті терапия кезінде полиоргандық асқынулардың алдын алу тактикасы қандай.

№2.

62 жастағы ер адам кенеттен бас айналу, құсу, тепе-теңдіктің жоғалуы, сөйлеудің бұзылуы және жұтынудың қиындауына шағымданып жеткізілді. Анамнезінде артериялық гипертензия, дислипидемия, темекі шегу. Симптомдар басталғаннан кейін 2 сағат ішінде санасы нашарлаған. Қабылдау кезінде санасы сопор деңгейінде, Глазго кома шкаласы 9 балл. Жүрек соғу жиілігі 58 рет минутына, артериялық қысым 200/110 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 8 рет минутына, тынысы беткей, ырғақсыз. Оттегімен қанығу 88% ауада. Қарашықтары тең, бірақ жарыққа реакция баяу. Булбарлық бұзылыстар айқын, аспирация қаупі жоғары. Қан газында гиперкапния және респираторлық ацидоз белгілері. Қан анализінде глюкоза 12 ммоль/л, натрий 136 ммоль/л, лактат 5,2 ммоль/л. Магниттік-резонанстық томографияда ми бағаны және мишық аймағында ишемиялық өзгерістер анықталған. Жедел тыныс жеткіліксіздігіне байланысты интубация қарастырылуда. Сұрақтар: 1) Артқы бассейн инсультінің патофизиологиялық ерекшеліктері қандай 2) Тыныс жолдарын қамтамасыз ету және аспирацияның алдын алу алгоритмі қандай 3) Гемодинамикалық басқарудың мақсатты көрсеткіштері қандай 4) Гипергликемияның ишемиялық зақымға әсері қандай 5) Нейроинтенсивті терапияда ми бағаны зақымында мониторинг принциптері қандай.

№3.

51 жастағы әйел адамда артқы шұңқыр ісігіне байланысты краниотомия жоспарланған. Операция отырғызылған қалыпта жүргізілуде. Индукция және интубация асқынусыз өтті. Операция басталғаннан кейін 2 сағат өткен соң кенеттен артериялық қысым 110/70 мм сын.бағ.-тан 60/35 мм сын.бағ.-қа дейін төмендеді, жүрек соғу жиілігі 120 рет минутына дейін жиіледі, оттегімен қанығу 95%-дан 82%-ға төмендеді, соңғы тыныс көмірқышқыл газының деңгейі күрт азайды. Аускультацияда «диірмен шуылы» тәрізді дыбыс күдік тудырады. Операциялық өріс ашық веноздық синустар аймағында. Артериялық қан газында гипоксемия. Ауа эмболиясына күдік бар. Сұрақтар: 1) Веноздық ауа эмболиясының патофизиологиясы қандай 2) Интраоперациялық ерте диагностикалау әдістері қандай 3) Ауа эмболиясы дамығанда жедел әрекет алгоритмі қандай 4) Гемодинамикалық тұрақтандыру стратегиясы қандай 5) Операцияны жалғастыру немесе тоқтату туралы шешім қабылдау принциптері қандай.

№4.

55 жастағы әйел адам 7 тәулік бұрын алдыңғы байланыстырушы артерия аневризмасының жыртылуына байланысты шұғыл клиптеу операциясын өткерген. Операциядан кейін алғашқы 3 тәулік тұрақты болған, нейроинтенсивті терапия бөлімінде бақыланған, нимодипин терапиясы жүргізілген. Соңғы 24 сағатта науқастың жағдайы нашарлаған: сөйлеу баяулаған, оң жақ қолында әлсіздік пайда болған, бас ауруы қайта күшейген. Қарау кезінде санасы тежелген, Глазго кома шкаласы 12 балл. Оң жақта жеңіл гемипарез (4 балл), афазия элементтері бар. Жүрек соғу жиілігі 102 рет минутына, артериялық қысым 135/80 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына, оттегімен қанығу 97%. Дене температурасы 37,8°C. Қан анализінде натрий 128 ммоль/л, гематокрит төмендеу үрдісінде, лейкоцитоз жоқ. Қан газында айқын бұзылыс жоқ. Транскраниалдық доплерографияда сол жақ ортаңғы ми артериясында қан ағымының жылдамдығы айқын жоғарылаған. Компьютерлік томографияда жаңа массивті қан құйылу жоқ, бірақ ишемиялық өзгерістерге күдік бар. Вазоспазмға байланысты кеш ишемия дамуы ықтимал.

ONȚUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 10 беті

Сұрақтар: 1) Субарахноидальды қан құйылудан кейінгі вазоспазмның патофизиологиялық механизмдері қандай 2) Кеш церебральды ишемияны ерте диагностикалау принциптері қандай 3) Гемодинамикалық терапияның (мақсатты гипертензия) алгоритмі қандай 4) Гипонатриемияның себептері мен түзету тактикасы қандай 5) Нейроинтенсивті бөлімде ұзақ мониторингтің негізгі бағыттары қандай.

№5.

48 жастағы ер адам 5 күн бұрын ауыр травматикалық ми жарақатымен госпитализацияланған. Алғашқы күндері жағдайы салыстырмалы тұрақты болған. Соңғы 12 сағатта бас ауруы күшейген, жүрек айну, құсу пайда болған, кейін генерализацияланған құрысу ұстамасы дамыған. Қарау кезінде санасы тежелген, Глазго кома шкаласы 10 балл. Жүрек соғу жиілігі 90 рет минутына, артериялық қысым 140/85 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 20 рет минутына. Диурез төмендеген. Қан анализінде натрий 118 ммоль/л, осмолярлық төмен, зәр осмолярлығы жоғары, зәрдегі натрий жоғарылаған. Гематокрит төмендеу үрдісінде. Қан газында жеңіл метаболикалық ацидоз. Бас компьютерлік томографиясында жаңа қан құйылу жоқ, бірақ диффузды ісіну сақталған.

Клиникалық көрініс синдром неадекватной секреции антидиуретикалық гормонға сәйкес келеді.

Сұрақтар: 1) Синдром неадекватной секреции антидиуретикалық гормон патофизиологиясы қандай 2) Жедел симптомдық гипонатриемияны түзету алгоритмі қандай 3) Натрийді түзету жылдамдығының қауіптері қандай 4) Құрысу дамығанда шұғыл басқару тактикасы қандай 5) Нейрохирургиялық науқастарда су-электролит теңгерімін ұзақ мерзімді бақылау принциптері қандай.

БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

практикалық дағдылар тізімі

1. Неврологиялық науқастарда базалық жүрек-өкпе реанимациясын жүргізу техникасы
2. Неврологиялық науқастарда кеңейтілген жүрек-өкпе реанимациясын жүргізу техникасы
3. Жұлынның пункциясы (диагностикалық)
4. Неврологиялық науқастарда ингаляциялық анестетиктермен жалпы анестезия
5. Неврологиялық науқастарда ингаляциялық емес анестетиктермен жалпы анестезия
6. Неврологиялық науқастарда біріктірілген (біріктірілген) анестезия
7. Неврологиялық науқастарда трахея интубациясы
9. Неврологиялық науқастардағы тыныс алу терапиясы
10. Эпидуральды кеңістікті катетеризациялау

ONŪSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 11 беті

**«Нейрохирургия мен және неврологиядағы анестезия және қарқынды терапия» пәні
бойынша емтихан сұрақтары
3 курс резидентура (11 кредит - 165 сұрақ)**

1. Науқас Н., 34 жаста, жедел жәрдеммен көпсалалы қалалық аурухананың қабылдау бөліміне жеткізілді. Түскен кезде бас ауруына, жүрек айнуына, бас айналуына, оң қолындағы әлсіздікке шағымданды. Жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Терісі таза, түсі бозғылт. Дене температурасы 37°C. Тынысы везикулярлы, сырылдар жоқ, ТАЖ минутына 18 рет. АҚ 140/90 мм с.б.б. Пульс - минутына 98 рет. Неврологиялық статусы: есі – орташа есеңгіреу. Қарашықтары D = S, фотореакциялары бірдей, әлсіреген. Бас сүйек нервтері – патология жоқ. Оң қол мен білек бұлшықеттерінің күші үш баллға дейін төмендеген. Сіңірлік және аяқ-қолдағы периостальды рефлекстер оң жақта күшейген. Құрсак рефлекстері сақталған. Патологиялық рефлекстер жоқ. Бастың КТ- да субарахноидальды қан кету (САК) анықталды, нейрохирургиялық операция жоспарлануда. Анестезиолог гипервентиляция режиміндегі ӨЖВ-мен мультимодальды анестезия жүргізуді жоспарлады. Нейрохирургиялық науқастарда ұзаққа созылған өкпе гипервентиляциясының кері әсері болып табылады:

- A) гипокания, ми тамырларының спазмы, ми ишемиясының нашарлауы
- B) гипероксемия, трахеобронхиальды ағаштың кірпікшелі эпителийіне O₂ токсикалық әсері, токсикалық өкпе ісінуі
- C) қанның «оңнан - солға» шунтталуы, циркуляторлы гипоксияның дамуы
- D) кеуде ішілік қысымның тұрақты жоғарлауы, жүрек лақтырысының төмендеуі
- E) аутоРЕЕР, жедел өкпе эмфиземасы, баро- және волютравма болуы

2. Ишемиялық инсультпен ауыратын науқаста плазмадағы калий тапшылығын келесі мөндерде анықтаңыз: бастапқы плазмадағы калий 2,5 ммоль/л, науқастың дене салмағы 80 кг:

- A) 40 ммоль
- B) 20 ммоль
- C) 30 ммоль
- D) 50 ммоль
- E) 60 ммоль

3. Мидың ісінуі ми бағанының ортаңғы бөліктеріне таралса, бағаналық көзқарастың парезі («куыршақтың көзі») байқалады, окулоцефальді және окуловестибулярлық рефлекстер жоғалады, мысалы...

- A) қарашықтың кеңеюі, шулы тыныс, окулоцефальді рефлекстің пайда болуы горизонтальды нистагм, окулоцефальді рефлекстің болмауы
- B) окуловестибулярлық рефлекстің және көз алмасының қалқымалы қозғалысының сақталуы
- C) вертикальді нистагм, шулы тыныс
- D) окулоцефальді рефлекстің болмауы, қарашықтардың тарылуы

4. Мидың кейбір ошақты зақымданулары үшін Робин Гуд феноменіне қол жеткізе отырып, гипервентиляциямен ӨЖВ қолданылады. Бұл феноменнің мәні мынада:

- A) мидың сау аймақтарындағы қан айналымын азайту арқылы патологиялық аймақтарды қанмен қамтамасыз етуді жақсартуда
- B) перифокальді ісіну аймағында мидың сусыздануы
- C) «қайтару эффектісі»
- D) мидың сау аймақтарындағы қан айналымның жоғарлауы
- E) ісіну аймағында мидың гипергидратациясы

5. Сіңір дулығасы бүтіндігінің бұзылуымен және қаттыми қабықшасының зақымдануымен сипатталатын бас-ми жаракаты аталады:

- A) ашық енетін
- B) ашық енбейтін

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 12 беті

- C) жабық енетін
- D) ашық біріктірілген
- E) жабық енбейтін

6. Артериальді қысымның жедел айқын жоғарлауына байланысты және жалпы милық неврологиялық симптомдармен (сирек ошақты) көрінетін, гипертензияға қатысты екіншілік жағдай бұл:

- A) гипертониялық церебральді криз
- B) ишемиялық инсульт
- C) геморрагиялық инсульт
- D) транзиторлы ишемиялық шабуыл
- E) синкопе

7. Бас мидың инфарктына алып келетін жедел фокальды церебральді ишемиямен сипатталатын жағдай:

- A) ишемиялық инсульт
- B) гипертониялық церебральді криз
- C) геморрагиялық инсульт
- D) транзиторлы ишемиялық шабуыл
- E) құрысулар

8. Интрацеребральді тамырдың жарылуы және мидың паренхимасына қанның енуі немесе субарахноидальді қан құйылумен артериальді аневризманың жарылуымен сипатталатын жағдай бұл:

- A) геморрагиялық инсульт
- B) гипертониялық церебральді криз
- C) ишемиялық инсульт
- D) транзиторлы ишемиялық шабуыл
- E) синкопе

9. Мидың қысқа уақытты локальді ишемиясының әсерінен дамитын және ошақты симптоматикамен кенеттен неврологиялық бұзылыстармен сипатталатын жағдай бұл:

- A) транзиторлы ишемиялық шабуыл
- B) геморрагиялық инсульт
- C) ишемиялық инсульт
- D) гипертониялық церебральді криз
- E) ми инфаркты

10. Сыртқы ауырсынулық тітіркендіргіштерге жауап жоқ, соның ішінде өте қатты ауырсынуға. Спонтанды қимылдар толық жоғалған. Бұлшықеттік тонустың өзгеруі децеребрационды ригидтіліктен бұлшықеттік гипотонияға дейін. Осы айқын бұзылыстарда өздігінен тыныс және жүрек-қан тамыр қызметінің сақталуы тән:

- A) 2 дәрежелі кома
- B) 1 дәрежелі кома
- C) 3 дәрежелі кома
- D) сопор
- E) есендіреу

11. Екі жақты шекаралы мидриаз, көз алмалары қозғалыссыз. Тотальді арефлексия, диффузды бұлшықеттік атония. Өмірлік маңызды ағзалардың ауыр дәрежедегі бұзылыстардың болуы тән:

- A) 3 дәрежелі кома
- B) 1 дәрежелі кома
- C) 2 дәрежелі кома
- D) есендіреу
- E) сопор

12. 33 жастағы науқас жол-көлік апатынан кейін ауруханаға бас-ми жарақатымен жеткізілді. Жағдайы өте ауыр. Неврологиялық статус: санасы 2 дәрежедегі кома. Диффузды гипотония және гипорефлексия, вегетативті бұзылулар және горметониялық құрысулар. КТ-дамидың айқын

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 13 беті

таралған ісінуі. ӨЖВ аппаратына қосылды, ҚСЖ талдауында: pH-7,58, PaCO₂-24 мм с.б.б., BE=-4 мэк/л. Бұл көрсетеді:

- A) субкомпенсацияланған респираторлық алкалоз
- B) компенсацияланған респираторлық алкалоз
- C) метаболизмдік ацидоз
- D) компенсацияланбаған респираторлық алкалоз
- E) аралас респираторлық алкалоз

13.Артериялық қысымы 230/130 мм с.б.б. және қанның осмолярлығы 304 осм/л жоғары гипертониялық миға қан құйылу кезінде дегидратациялық терапия үшін таңдау керек:

- A) лазикс
- B) мочевина
- C) кортикостероидты препараттар
- D) маннитол
- E) магний сульфаты

14.Бас- ми жарақатында бас миының диффузды аксональды зақымдануы сипатталады:

- A) жарақат алғаннан бастап ұзақ мерзімді коматозды жағдаймен
- B) «жарық» кезеңнен кейінгі команың дамуымен
- C) естің жоғалуы жок
- D) естің уақытша жоғалуы
- E) ретроградтық амнезиямен естің қысқа мерзімді жоғалуы

15.Егер бас- ми жарақатынан кейін ошақты симптомдарсыз шүйде бұлшықеттерінің ригидтілігі және жарықтан қорқу дамыса, онда науқаста болуы мүмкін:

- A) субарахноидальді қан кету
- B) мидың шайқалуы
- C) мидың соғылуы
- D) бассүйекшілік гематома
- E) диффузды аксональды жарақат

16.Бас- ми жарақатының ми қарыншаларына қан құйылумен асқынуы клиникалық көріністе пайда болуымен сипатталады:

- A) горметониялық синдром
- B) қалқымалы көзқарас
- C) вегетативтік функциялардың гиперкатаболизмдік түрі
- D) сананың бұзылуы
- E) екі жақты пирамидалық белгілері

17.Науқас 31 жаста, жасанды тынысқа ауыстырылды. Қанның газдық құрамын зерттегенде артериялық қандағы оттегінің кернеуі 100 мм с.б.б., ал көмірқышқыл газы 35 мм с.б.б. құрайтыны анықталды. ӨЖВ аппаратында ...

- A) түзету қажет емес
- B) ТАЖ азайту
- C) ТАЖ көбейту
- D) ТК және ТАЖ арттыру
- E) ТК арттыру

18.Науқас тыныс жетіспеушілігіне байланысты жасанды тыныс алу аппаратына ауыстырылды. Науқастың артериялық қанындағы оттегінің кернеуі 60 мм с.б.б., көмірқышқыл газының кернеуі 25 мм с.б.б. ӨЖВ параметрлерін түзету.... басталады.

- A) ТК және FiO₂ жоғарлатумен
- B) инверсиямен
- C) тыныс алуудағы платомен
- D) РЕЕР
- E) ТАЖ төмендетуден

19.Жарақаттық генездегі ми ісінуінің дамуына әсер ететін патологиялық фактор:

- A) гипоосмия

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 14 беті

- B) гипокапния
- C) баземия
- D) холинэстераза тапшылығы
- E) қанның ұюының бұзылуы

20. Жедел жәрдеммен қалалық аурухананың қабылдау бөліміне құрысулармен 14 жастағы бала жеткізілді. Анамнезінен баланың 8 жылдан бері эпилепсиямен ауырғаны белгілі. Бүгінгі ұрысу ұстамасы қайталамалы, бірінші құрысу ұстамасынан кейінгі сананың болмауы аясында дамыған. Қарап тексергенде: тонико-клоникалық ұстамалар. Бет, аяқ-қол бүккіштері және дене бұлшықеттерінің кернеуі. Беті бозғылт-цианозды. Жактары қатты түйілген, көз алмалары жоғары және бүйіріне ауытқиды. Тілі тістелген. Қарашықтары кең, жарыққа жауабы жоқ, тынысы жоқ. ТАЖ минутына 10 рет, ЖЖЖ минутына 90 рет. АҚ 115/60 мм с.б.б. Құрысу синдромының қарқынды терапиясы міндетті түрде мыналарды қамтиды:

- A) тыныс жолдарының өткізгіштігін қамтамасыз ету
- B) тыныстық аналептиктерді енгізу
- C) ноотропты препараттарды енгізу
- D) төсектің басын 30°-қа көтеру
- E) массивті инфузиялық терапия

21. 27 жастағы ер адам жол-көлік апатынан зардап шекті. Жарақат алғаннан кейін шамамен 5 минутқа есін жоғалтты, кейін бір реттік құсу болды. Жарақат алғаннан 1 сағаттан соң ауруханаға жеткізілді. Бас ауруына, бастың айналуына, жүрек айнуына шағымданады, жарақат жағдайы есінде жоқ. Неврологиялық статустың орны мен уақыты бойынша бағдары бұзылған, менингеальді симптомдар жоқ, екі жақты спонданды горизонтальды нистагм, сол жақта терең рефлексдердің жандануы, сол жақта Бабинский симптомы. Рентгенологиялық зерттеуде маңдай сүйегінің оң жақ бөлігінің сызықты сынығы анықталды. Бас-ми жарақаты бар науқастарда ОЖВ-ға көрсеткіш болып табылады:

- A) ми ісінуі
- B) мидың шайқалуы, жедел кезең
- C) беттің жұмсақ тіндерінің көгеруі
- D) параорбитальды гематомалар
- E) қанның қанығуы 90-95%

22. Науқас С., 16 жаста, ауыр бас-ми жарақатымен нейрореанимация бөлімінде жатыр. Есін біледі, бірақ қатты тежелген. Терінің айқын бозаруы. Шүйде аймағында гематома бар. Пальпация кезінде бас сүйегінің сүйектері зақымданбаған. Тынысы беткей, ТАЖ минутына 42-ге дейін, ЖЖЖ минутына 130 рет. АҚ 70/20 мм с.б.б. Бас-ми жарақаты бар науқастарда ОЖВ-ға көрсеткіш болып табылмайды:

- A) мидың шайқалуы
- B) гиповентиляция
- C) коматоздық жағдай
- D) ми ісінуі
- E) декомпенсацияланған респираторлық алкалоз

23. Церебральды перфузиялық қысым (ЦПД) мына формула бойынша есептеледі:

- A) $CPR = AҚорт. - BЧД$
- B) $CPR = BЧД - AҚорт.$
- C) $CPR = ЦПД \times AҚорт.$
- D) $CPR = BЧД + AҚорт.$
- E) $CPR = AҚорт : BЧД$

24. Ми глиобластомасы бойынша операция жасалған науқаста операциядан кейінгі ерте кезеңде абсолютті гипокалиемиа (K^+ 2,5 ммоль/л), плазмада Na^+ 140 ммоль/л анықталды. 2-ші күні гипокалиемиа 4,9 ммоль/л дейін түзетілгенде плазмадағы Na^+ концентрациясының 158 ммоль/л дейін жоғарлауы байқалады. Гипернатриемияның ықтимал себебін көрсетіңіз:

- A) плазмадағы K^+ деңгейінің жоғарылауы альдостерон синтезін және Na^+ иондарының сақталуын ынталандырады

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 15 беті

- B) K^{+} деңгейінің қалпына келуі плазмадағы Na^{+} жасушадан тыс сектордан тамыр арнасына өтуіне ықпал етеді
- C) K^{+} деңгейінің жоғарлауы Na -уретикалық гормон деңгейін төмендетуге көмектеседі
- D) K^{+} деңгейін қалыпқа келуі
- E) гипоальдостеронизм
25. Нейрореанимациялық көмек кезінде мидың екіншілік зақымдануының алдын алу принциптеріне кірмейді:
- A) термодилиция
- B) нормоксия
- C) нормокапния
- D) нормоволемия
- E) нормогликемия
26. Науқас Н., 47 жаста, нейрохирургия бөлімінде жатыр, омыртқа жарақаты бойынша жоспарлы операцияға дайындалуда. Анамнезінен: миастения, көздік түрі, ІІІ жұптың нервтің диабеттік нейропатиясы. Анестезиолог науқасты операцияға дайындауда. Миастениямен ауыратын науқастарға анестезия жүргізу енгізу кезінде индукциялық кезең үшін қолдану ұсынылмайды:
- A) седуксен
- B) гексеналды
- C) натрий тиопентал
- D) азот оксиді
- E) дроперидол
27. Миастениямен ауыратын науқасқа анестезия барысында тубарин және оның әсерін жоғалтуға прозерин қолданылды. Наркозdan шығу кезеңінде науқаста бронхорея, бронхоспазм, өкпе ісінуі, құрысулар, дисфагия, қорқыныш сезімі, мазасыздық, естің шатасуы пайда болды. Сіздің көзқарасыңыз бойынша, бұл жағдайдың пайда болуы сипатталады:
- A) прозериннің әсерімен
- B) негізгі аурудың жедел дамуымен
- C) тубариннің гистаминогенді әсерімен
- D) катехоламиндер деңгейінің күрт жоғарлауымен
- E) катехоламиндер деңгейінің төмендеуімен
28. Науқас П., 56 жаста, бас- ми жарақатынан кейін бас миы ісінуінің клиникалық белгілері өршіді, Глазго кома шкаласы бойынша 5 балл. Бұл науқасқа қарсы көрсетілген:
- A) жүйелі гипертензияны қарқынды емдеу
- B) 1 г/кг дозада K^{+} маннитол
- C) төсектің басын 30° -қа көтеру
- D) кеңірдектің интубациясы және гипервентиляция
- E) преднизолон 90 мг тәулігіне 1 рет
29. 9 жастағы бала жол апатынан кейін қалалық ауруханаға түсті. Жағдайы ауыр, есі 2 дәрежелі кома. Қарап тексергенде сол жақ маңдай аймағында массивті субпериостальды гематома анықталды. КТ- да маңдай сүйегінің сызықты сынуы және айқын массалық әсері бар сол жақ маңдай бөлігінің проекциясында екі беті дөңес линза түріндегі гиперденсті қанның жинақталуы анықталады. Кезекші реаниматолог интенсивті терапия тағайындады. Электролиттік тепе-теңдікке әсері аз болғандықтан, ауыр бас миының жарақаты кезінде ми ісінуін емдеу үшін қолдану керек:
- A) дексаметазон
- B) гидрокортизон
- C) преднизолон
- D) кортизон
- E) натрий тиопенталы
30. Науқас О., 53 жаста, бас- ми жарақатына байланысты жедел жәрдеммен көпсалалы қалалық аурухананың қабылдау бөліміне жеткізілді. Жалпы жағдайы өте ауыр. Терісі таза, түсі бозғылт. Тынысы ӨЖВ арқылы. АҚ – 200/110 мм с.б.б. Пульс - минутына 50 рет. Жергілікті статусы: оң жақ самай-төбе аймағында жұмсақ тіндердің көгеруі және көп мөлшерде қан кету белгілері бар.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 16 беті

Неврологиялық статусы: есі – терең кома. Басы мен көз алмасы оңға бұрылған. Оқушылар $D > S$, фотореакция күрт төмендеген. Жедел ауыр бас- ми жарақаты кезінде жүрек қызметінің төмендеуін түзету үшін тағайындаған жөн:

- A) допаминді
- B) адреналинді
- C) норадреналинді
- D) мезатонды
- E) добутаминді

31. Гипервентиляция кезінде бассүйек ішілік қысым төмендеуінің ықтимал механизмі:

- A) гипервентиляция нәтижесінде көмірқышқыл газының азаюы ми тамырларының тарылуына алып келеді
- B) гипервентиляция алкалозға алып келеді, бұл вазоактивті аминдердің азаюына алып келеді
- C) оттегі мөлшерінің жоғарылауы простагландиндер синтезінің төмендеуіне алып келеді
- D) оттегінің жоғарлауы гипоксиялық церебральды ісіну дамуын болдырмайды
- E) гипервентиляция ацидозға алып келеді, бұл вазоактивті аминдердің азаюына алып келеді

32. 75 жастағы ер адам физикалық жүктемеден кейін пайда болған бас ауруына, бас айналуына, жүрісінің тұрақсыздығына және аяқ-қолдарының әлсіздігіне байланысты ауруханаға түсті. Қарау кезінде: есі анық, АҚ – 220/110 мм с.б.б., пульс – 60 рет минутына, ырғағы дұрыс. Неврологиялық статус: шүйде бұлшықеттерінің ригидтілігі, көлденең және вертикальді нистагм, парездер жоқ, аяқ-қолдарда бұлшықет гипотониясы. Алдын ала диагноз: геморрагиялық типті ЖМҚБ. Үш сағаттан кейін науқастың жағдайы біртіндеп нашарлады, ұйқышылдық, жұтынудың қиындауы, дауысының қарлығуы пайда болды, жүрек соғу жиілігі минутына 40-қа дейін төмендеді. Миішілік қан құйылуды емдеудің негізгі принципін көрсетіңіз:

- A) АҚ 180/100 мм с.б.б. дейін төмендеуі
- B) антикоагулянттық терапия
- C) миға қанның келуін арттыру
- D) жүрек қызметін жақсарту
- E) дегидратациялық терапия

33. 68 жастағы науқас сол жақ ортаңғы ми артериясының ишемиялық инсульті диагнозымен нейрореанимация бөлімінде жатыр. Анамнезінен: кернеулік стенокардия, ФК II, 3 жыл бұрын миокард инфарктісін алған. Ми инфарктінің емдеудің негізгі принциптерін көрсетіңіз:

- A) ми тінінің гипоксияға төзімділігін арттыру және АҚ қалпына келтіру
- B) дегидратациялық терапия және жүрек қызметін жақсарту
- C) антикоагулянттарды қолдану және мидағы қан ағымын арттыру
- D) қан ұюының жоғарлауы және тамыр өткізгіштігінің төмендеуі
- E) АҚ жоғарлағанда аздап төмендету

34. Ер адам 55 жаста, интенсивті бас ауруына, сол жақ қол- аяғындағы әлсіздікке байланысты ауруханаға түсті. Қарап тексергенде: санасы шатасқан, беттің гиперемиясы, АҚ – 210/120 мм с.б.б., пульс – 100 рет минутына, ырғағы дұрыс. Неврологиялық статус: мойын бұлшықеттерінің ригидтілігі, сол жақ көру аймағының жоғалуы, сол жақтағы бет бұлшықеттері төменгі бөлігінің парезі, сол жақ аяқ-қолдарда қозғалыстың болмауы, беттің, дененің сол жақ жартысында және сол жақ аяқ-қолдардасезімталдықтың барлық түрлерінің төмендеуі. КТ нәтижесі бойынша диагноз қойылды: геморрагиялық типті ЖМҚБ. Кейіннен науқастың жағдайы нашарлап, ұйқышылдық пен қилыкөздік пайда болды. Шұғыл операция жасау туралы шешім қабылданды. Операция алдындағы кезеңде мидың жедел бұзылыстары бар науқастарға ... болмайды.

- A) CO₂ ингаляциясын жүргізу
- B) ми тамырларының кеңеюіне жол бермеуге (нитроглицерин)
- C) гиперкапниядан аулақ болуға
- D) жеңіл алкалоз күйін сақтауға
- E) мидың перфузиялық қысымын қалыпты ұстауға

35. 69 жастағы ер адам, нейрохирургия бөлімшесінде қатты бас ауруына, жүрек айнуына, тұрақсыз жүріске шағымданып түскен. Контрастты күшейтілген бас миының МРТ-да артқы бассүйек

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 17 беті

шұңқырында 29x26x27 мм өлшемді, перифокальды ісіну және ми бағанының дислокациясы бар кеңістікті алып жатқан ауқымды түзіліс анықталды. Жоспарлы хирургиялық ем тағайындалды. Операция алдында анестезиолог консультация жүргізуде. Қарап тексергенде: науқастың жағдайы орташа ауырлықта. Тынысы қатты, барлық бөлімдеріне таралады, ТАЖ минутына 16 рет. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, ЖЖЖ 74 рет минутына, АҚ 150/90 мм с.б.б. Өмірлік маңызды функциялардың ауыр бұзылулары жоқ нейрохирургиялық науқастарда премедикация үшін қолданылмайды:

- A) диуретиктер
- B) холинолитиктер
- C) антигистаминді препараттар
- D) наркотикалық анальгетиктер
- E) ганглиоблокаторлар

36. 42 жастағы ер адам жол-көлік оқиғасынан кейін бас- ми жаракатымен, бастың ауруымен, оң жақ аяқ-қолының әлсіздігімен ауруханаға түсті. Тексеру кезінде жағдайы ауыр, санасы шатасқан, ұйқышыл, сұрақтарға бірден емес, жәй жауап береді. Диффузды бас ауруына шағымданады. Мойын бұлшықеттерінің айқын ригидтілігі, Бехтерев, Керниг симптомдары, жарықтан қорқу, қатты дыбыстарға төзімсіздік. Анизокория D>S, қарашықтардың жарыққа реакциясы төмендеген. Бас мидың КТ- да сол жақ самай- шүйде аймағында бассүйек және бас ми заты арасында тығыздығы жоғары түзіліс бар. Шұғыл операция тағайындалды. Анестезиолог науқасты операцияға дайындауда. Коматоздық жағдайдағы нейрохирургиялық науқастарда премедикация үшін қолданылмайды:

- A) морфин
- B) атропин
- C) димедрол
- D) преднизолон
- E) натрийтиопенталы

37. 21 жастағы науқас неврологиялық бөлімшеге екі қолының әлсіздігі мен салмағының төмендеуіне, жүргенде аяқтың қатаюына шағымданып түсті. Неврологиялық статуста – жалпы милық және менингеальді симптомдар жоқ. Бассүйек нервтері ерекшеліксіз. Қолдардағы, әсіресе оң жақта сіңірлік және периостальды рефлексдер төмен. Екі жақтан Бабинский белгісі, оң жақта табанның клonusы. Мойын омыртқасының МРТ-да байланысты C2-C6 омыртқалары деңгейінде жұлынның көлденең өлшемдерінің ұлғаюы анықталды. Диагноз: Жұлын мойын бөлігінің интрамедуллярлық ісігі. Нейрохирургиялық операцияларда жасанды гипотензияға көрсеткіш болып табылады:

- A) қанның көп мөлшерде кетуімен болатын араласулар
- B) артериальді гипертензия
- C) бүйрек жеткіліксіздігі
- D) қант диабеті
- E) жүрек-қантамыр жеткіліксіздігі

38. Бассүйек ішілік гипертензияда... қолдану көрсетілмеген.

- A) анестезияда кетаминді
- B) премедикацияға арналған есірткілік анальгетиктерді
- C) ганглиоблокаторларды
- D) мочевина б/е
- E) маннитолды

39. Миға операциядан кейін құрысу синдромын басу үшін қолданылмайды:

- A) бұлшықет босансытқыштары
- B) фторотан
- C) седуксен
- D) натрий оксибутираты
- E) барбитураттар

40. Бұғана үстілік әдіспен иық өрімінің блокадасында болуы мүмкін асқынуларға жатпайды:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 18 беті

- A) артериальді гипертензия
- B) пневмоторакс
- C) блокада жағында диафрагманың салдануы
- D) Горнер синдромы
- E) иық өрімінің невриті

41. Науқас Р., 42 жаста, жедел жәрдеммен ес-түссіз күйде жеткізілді. Түскен кезде-жағдайы орташа ауырлықта, есін біледі, уақыт бойынша жартылай бағдарсызданған. Бас сүйегінің перкуссиясы оң жақта ауырсынулы. Шүйде бұлшықеттерінің ригидтілігі, оң жақта Бехтерев симптомы, екі жақта Керниг белгісі оң. Қарашықтары біркелкі, фотореакция сақталған. Рентгенографияда бассүйегінде деструктивті өзгерістерді анықталмады. МРТ- да екі жарты шардың қыртысына іргелес жоғары сигналды қарқындылығы бар түзілісанықталды. Науқасқа нейрохирургиялық операция жоспарланды, анестезиолог операция алдындағы дайындықты жүргізуде. Субдуральді гематоманы жою үшін операция кезінде анестезияның онтайлы тереңдігі болып табалады:

- A) үшінші кезеңнің бірінші деңгейі
- B) аналгезия кезеңі
- C) екінші кезең
- D) үшінші кезеңнің үшінші деңгейі
- E) үшінші кезеңнің төртінші деңгейі

42. Бас-ми жарақаты бар науқаста кенеттен жүрек тоқтауын көрсетпейді:

- A) тері мен шырышты қабаттардың цианозы
- B) пульс пен АҚ болмауы
- C) жарыққа реакциясыз кең қарашық
- D) тері мен шырышты қабаттардың бозғылт - сұр түсі
- E) өздігінен тыныстың болмауы

43. Бас- ми жарақатының диэнцефальді түрі бар науқастарда жасанды гипотермия шақырмайды:

- A) мидың оттегіге қажеттілігінің азаюы
- B) ағзадағы көмірқышқыл газының түзілуінің азаюы
- C) катаболизмнің төмендеуі
- D) ми ісінуінің азаюы
- E) зат алмасу жылдамдығының жоғарлауы

44. Науқас С., 18 жаста, жол-көлік оқиғасынан кейін көпсалалы қалалық ауруханаға жатқызылды және мына диагноз қойылды: ашық бас-ми жарақаты. Мидың орташа соғылуына байланысты сүйек бөліктерімен мидың қысылуы. Жарақаттық субарахноидальді қан кету. Сол жақта маңдай аймағының көгерген жарақаты. Қарап тексергенде - санасы есенгіреген. Бас сүйек нервтері жағынан – патология жоқ. Терең рефлексстер D > S. Патологиялық рефлексстер, менингеальді симптомдар және сезімталдық бұзылыстары анықталмады. Ауыр бас-ми жарақатында ең алдымен мыналарды қалпына келтіру керек:

- A) газ алмасу және қан айналымды
- B) өздігінен тыныс алуды
- C) бауыр қызметін
- D) бүйрек қызметін
- E) сананы

45. Бассүйек ішілік қысымның жоғарлауы кезінде қолдану қарсы көрсетілген:

- A) премедикацияға опиаттар қолдану
- B) премедикацияға седуксен
- C) фторотанмен терең анестезия
- D) анестезия кезіндегі бақыланатын гипотония
- E) премедикацияға барбитураттар

46. ЖМКБ-мен ауыратын науқастарда құрысуларды жеңілдету үшін қолданған жөн:

- A) диазепам 10 мг
- B) натрий гидроксидаты 70 мг/кг

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 19 беті

- C) натрий тиопентал 500 мг
- D) депакин 6-7 мг/кг
- E) ардуан 4 мг

47. Нейрохирургиялық науқастарда анестезиядан кейін сананың ұзаққа созылған бұзылуының себептерінің ішінде ықтималы ең аз болып табылады:

- A) ми тамырларының спазмы
- B) мидің ісіну
- C) ми ішілік гематома
- D) ми қарыншаларына қан құйылу
- E) наркотикалық депрессия

48. Бас сүйегінің операцияларында жалпы анестезия кезінде қолданылатын күшейтілген эндотрахеальды түтік:

- A) тыныс алу жолына кедергі келтірмей, бастың әртүрлі қалып беруге мүмкіндік береді
- B) ұзын түтік гиперкапнияның дамуын тудырады
- C) басты бұғу кезінде түтіктің оң жақ негізгі бронхқа өтуі мүмкін емес
- D) қарсы көрсетілген
- E) ми жасушаларының оттегінің жақсы сіңуіне ықпал етеді

49. 38 жастағы ер адам жедел жәрдеммен ауруханаға жеткізілді. Қабылдау бөлімінде науқас жұмыстан кейін алкогольдік ішімдік ішкенін хабарлады. Жарықтан қоқуға шағымданады. Қарап тексергенде: беті гиперемиялы, көлденең нистагм, алкоголь иісі, шамадан тыс тершендік анықталады. Қандағы этанол мөлшері 2,1 промилле құрайды. Сол жақ шүйде аймағының гематома бар. Қарашықтары D=S. Ауырсынуға байланысты көз алмасының қозғалысы шектелген. Сол қолында парез, сіңір рефлекстері күшейген. Менингеальды белгілер анықталады. Бас сүйегінің рентгенографиясында сол жақта шүйде сүйегінің сызықты сынуы анықталды. Диагноз: жабық бас – мижарақаты. Мидың орташа дәрежелі соғылуы. Жарақаттық субарахноидальді қан кету. Ми соғылуының диэнцефальді түріндегі катаболикалық синдромды басу үшін қажет:

- A) нейровегетативті блокада
- B) тәулігіне 5 литрге дейін кристаллоидтармен инфузиялық терапия
- C) катаболизмнің толық энергиямен қамтылуы
- D) дегидраттарды қолдану
- E) тенториальдісүйек жаншылуының хирургиялық коррекциясы

50. Бас - ми жарақатында кортикостероидтарды қолданудың патофизиологиялық негізі болып табылады:

- A) қабынуға қарсы әсер және иммуносупрессия
- B) натрийдің сақталуы
- C) қандағы глюкоза деңгейінің жоғарлауы
- D) жасуша мембраналары өткізгіштігінің төмендеуі
- E) зақымданбаған жасушалардың өмір сүру қабілетін сақтау

51. 37 жастағы әйел құрысу және бастың жарақатына байланысты жедел жәрдем ауруханасына жеткізілді. Анамнезінен: 14 жастан бастап эпилепсиямен ауырады. Қарап тексергенде: тежелген, сұрақтарға біраз кешігіп жауап береді. Оң жақ төбе аймағында сүйекке дейін өтетін көгерген жара бар. Неврологиялық статуста менингеальды симптомдар, сол жақта терең рефлекстердің басым болуы, сол жақты Бабинский белгісі анықталды. Диагноз қойылды: ашық бас- ми жарақаты. Мидың соғылуы, орташа дәреже. Оң жақ төбе аймағы сүйегінің сынуы. Бас- ми жарақаты кезінде спазмолитиктерді қолдану бағытталған:

- A) органдардың перфузиясын жақсартуға
- B) АҚ төмендетуге
- C) «алып қою» құбылысын азайтуға
- D) гемато- энцефальді барьерді тұрақтандыруға
- E) ми көлемін азайтуға

52. Миға операция жасалған науқастарда өкпені жоғары жиілікті жасанды желдету:

- A) көрсетілген, бірақ 1-ден 4 Гц-ке дейінгі жиілік диапазонында бөлек сеанстарда

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 20 беті

- B) көрсетілмеген
- C) жасанды желдетудің барлық кезеңінде көрсетілген
- D) 4-тен 6 Гц-ке дейінгі жиілік диапазонында көрсетілген
- E) тек қосалқы патологиялары болған жағдайда ғана көрсетілген

53.65 жастағы ер адам, ауруханаға кенеттен қатты бас ауруына, жүрек айнуына шағымданып түсті. Анамнезінен: АГ, II типті қант диабеті бойынша есепте тұрады. Қарап тексергенде: сопор, АҚ 220/110 мм с.б.б. Екі жақтан Керниг белгісі оң және мойын бұлшықеттерінің ригидтілігі анықталды, терең рефлекстері S>D, сол жақта Бабинский белгісі. КТ бойынша диагноз қойылды: Мидың оң жақ жарты шарында паренхиматозды-субарахноидальді қан құйылу түріндегі геморрагиялық инсульт. Геморрагиялық инсульт дамығаннан кейін дереу енгізу керек:

- A) гемостатиктер және артериальді гипертензияны жоятын препараттар
- B) гепарин
- C) маннитол
- D) нейроэнергетиктер (нообазин және т.б.)
- E) фраксипарин

54. Наукас Т., 38 жаста, екі жақты ірінді отитке байланысты отоларингология бөлімінен реанимация және интенсивті терапия бөліміне ауыстырылды. Қарап тексергенде: жағдайы ауыр, гипертермия 40°C жоғары, қатты бас ауруы, қайталамалы құсу. Шүйде бұлшықеттерінің ригидтілігі, Керниг, Бехтерев симптомдары, жарықтан қорқу, қатты дыбыстарға төзбеушілік. Қанда: лейкоцитоз 15000 жоғары, ЭТЖ – 50 мм/сағ. Люмбальді пункцияда 100 мм³ жасушаға дейін нейтрофильді плеоцитоз анықталды. МРТ-да: оң жақ маңдай-самай аймағында капсуласы көлемді түзіліс бар. Негізгі ошақтың айналасында-тығыздығы төмен аймақ. Құлаққасанациялық операция жасалып, кезекші реаниматолог антибиотикотерапия тағайындады. Антибиотиктерді және басқа препараттарды ұзақ мерзімді интракаротидті инфузиялауға көрсеткіш болып табылады:

- A) ірінді менингит және мидың абсцесі
- B) энцефалит
- C) қабылдаудан кейінгі алғашқы сағаттарда мидың ауыр соғылуымен бас-ми жаракаты
- D) геморрагиялық инсульт
- E) бульбарлық синдром

55. Наукас 43 жастағы сержант Е., әскери оқу-жаттығуды өткізу кезінде бас сүйегі мен миынан жарақат алған. Жарақат алған сәттен бастап 2 сағат ішінде қалалық ауруханаға жеткізілді, түскен кезде: жағдайы өте ауыр, ӨЖВ интубациялық түтік арқылы, сананың бұзылу деңгейі – натрий тиопенталымен дәрілік седация, гемодинамикасы – салыстырмалы түрде тұрақты, допамин инотропты қолданылуда. Ауыр жабық бас-ми жаракатында:

- A) бассүйек ішілік қысым артериальді қысымға тәуелді
- B) бассүйек ішілік қысымның жоғарлауы қолданылатын РЕЕР-ке тура пропорционалды
- C) бекітілген кеңейген қарашықтар әрқашан ауыр ми жаракатын көрсетеді
- D) емдеу PaCO₂ 3, кПа (23 мм Hg) гипервентиляцияны қамтиды
- E) цереброспинальды сұйықтықтың ағуын дереу тоқтату керек

56. Бас-ми жаракаты бар науқастарда ӨЖВ-ға көрсеткіш болып табылмайды:

- A) парадоксальді тыныс
- B) коматоздық жағдай
- C) мидің ісінуі
- D) өздігінен тыныс алудың адекваттылығына кез келген күмән
- E) гиповентиляция

57. Миастениялық криз жағдайында операциядан кейінгі кезеңде қолдануға болмайды:

- A) деполяризацияға қарсы релаксанттар
- B) ӨЖВ
- C) антихолинэстеразды препараттар
- D) глюкокортикоидтар
- E) плазмаферез

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 21 беті

58.Қалалық аурухананың қабылдау бөліміне 68 жастағы науқас сол жақ аяқ-қолдарының ұюына шағымданып келді. Анамнезінен: ұзақ уақыт бойы артериальді гипертензиямен ауырады, АҚ 180/100 мм с.б.б. дейін көтеріледі,ЖИА, үш жыл бұрын трансмуральды миокард инфарктісімен ауырған. Қарап тексергенде: жағдайы орташа ауырлықта. Есі анық, орын мен уақытқа бағдарланған. Сол жақта бет- тіласты нервсінің орталық парезі, бұлшықет күші 3 баллға дейін төмендеген сол жақтық гемипарез, сол жақта Бабинский белгісі. Сол жақтағы гемитипке сәйкес сезімталдықтың барлық түрлерінің бұзылуы. КТ-да диагноз қойылды: Мидың оң жақ жарты шарының ишемиялық инсульт. Ишемиялық инсульттадегидратациялық препараттарды тағайындауға көрсеткіш болып табылады:

- A) жалпы милық белгілердің айқындылығы
- B) гиповолемия
- C) гиперкоагулопатия
- D) гемиплегия болуы
- E) гиповолемияның гиперкоагулопатиямен үйлесуі

59.Ми тамырларының бітелуіне арналған фибринолитикалық терапия келесі жағдайларда ұсынылады:

- A) бітелу ұзақтығы 6 сағаттан аз
- B) жас науқас
- C) анурияның болмауы
- D) геморрагиялық синдром
- E) АҚ 207/107 мм с.б.б. төмен

60.Келесі симптомдар: психомоторлы қозу, мидриаз, аккомодацияның салдануы, тахикардия, сілекей бездері секрециясының төмендеуі, терінің құрғауы мына дәрінің шамадан тыс дозалануының көрінісі болып табылады:

- A) атропин
- B) прозерина
- C) ацетилхолин
- D) пилокарпин
- E) галантамин

61.Гипертониялық дисциркуляторлы энцефалопатияның декомпенсациясы кезінде дегидратациялық препараттарды тағайындау ... болғанда ұсынылмайды.

- A) гиперкоагуляция
- B) артериальді гипертензия
- C) жалпы милық симптомдар
- D) гипертониялық бас ауруы
- E) көру жүйкесі емізікшесінің шеткі ісінуі

62.ӨЖВ-дағы науқаста краниотомия кезіндегі анестезияда CO2 соңғы концентрациясы:

- A) жүректің лақтырысына тәуелді
- B) ауалы эмболия кезінде жоғарлайды
- C) 3%-дан төмен сандарда сақталуы тиіс
- D) пациенттерде отыру жағдайында дәл емес
- E) анестезияның тереңдігіне байланысты емес

63.Операция алдында бассүйек ішілік қысымды төмендету әдістері мыналарды қамтиды:

- A) гипervентиляция, маннитол мен пропранолол енгізу
- B) натрий нитропруссидін, ганглиоблокаторларын енгізу
- C) омыртқаның дренажы
- D) барбитураттар мен седуксен енгізу
- E) фурасемид енгізу

64.Релаксанттарды қолданбай жасалған нейрорептанальгезия кезіндегі операциядан кейін науқаста тыныстың депрессиясы, дененің, әсіресе кеуде қуысы бұлшықеттерінің ригидтілігі пайда болды.

Сипатталған белгілерді жою үшін... қолданылады.

- A) налорфин

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 22 беті

- В) бемебрид
С) прозерин
D) атропин
E) промедол
65. Гипоксия аясында науқасқа натрий тиопентал ерітіндісі көктамыр ішіне енгізілді, бұл тыныстың ауыр депрессиясын шақырды. Сіздің шұғыл түрдегі іс- әрекетіңіз:
- A) басқарылатын немесе көмекші тыныс алуды бастау
B) бемебрид енгізу
C) прозерин енгізу
D) цититон енгізу
E) маска арқылы оттегінің берілуін орнату
66. Науқаста гиперкапниясыз гипоксия анықталды. Ол терең және жиі дем алуға мәжбүр болғаннан кейін, гипоксия дәрежесі төмендеп қана қоймай, тіпті жоғарлады, бұл ... көрсетеді.
- A) альвеолярлы-капиллярлық мембрана арқылы газдар диффузиясының бұзылуын
B) циркуляторлық гипоксиясының болуын
C) гемиялық гипоксияның болуы
D) тіндік гипоксияның болуы
E) аралас гипоксияның болуы
67. Анестезиолог 3,0 мл 0,05% прозерин енгізу арқылы науқасқа декураризация жүргізді, кейін науқаста брадикардия (пульс минутына 43 рет), қою және тұтқыр қақырық пайда болды. Бұл асқынуды жою үшін науқасқа беру қажет:
- A) атропин
B) мидазолам
C) эфедрин
D) листенон
E) гексенал
68. Транзиторлы ми қанайналымының бұзылысы бар науқастардың болжамына шешуші әсер етеді:
- A) алып келетін артериялардың өткізгіштігінің сақталуы
B) артериялық қысымның адекватты деңгейі
C) қанның тұтқырлығы мен сұйықтығының жағдайы
D) қан ұю жүйесінің жағдайы
E) өтпелі ишемия эпизодтарының ұзақтығы
69. Ишемиялық инсульт ошағының ми ішілік «алып қою» синдромы ... нәтижесінде пайда болады.
- A) мидың зақымданбаған бөліктеріндегі «сау» қан тамырларының кеңеюі
B) ошақтағы қан айналым ауторегуляциясының бұзылуы
C) мидың зақымдалған аймағы тамырларының спазмы
D) мидың зақымданбаған бөліктеріндегі қан тамырларының спазмы
E) артериовенозды анастомоздардың ашылуы
70. Ишемиялық инсульт кезіндегі гиперволемиялық гемодилюцияға көрсеткіш болып табылады:
- A) гематокрит 42%
B) анурия
C) жүрек жеткіліксіздігі
D) АҚ 120/60 мм с.б.б. төмен
E) АҚ 200/100 мм с.б.б. жоғары
71. Ишемиялық инсультта антикоагулянттар ... қарсы көрсетілмеген.
- A) ревматизм болса
B) АҚ 200/100 мм с.б.б. жоғары
C) бауыр ауруында
D) асқазанның ойық жарасында
E) тромбоцитопатияларда
72. Миға гипертониялық қан құйылу кезінде антифибринолитиктерді (эпсилонаминокапронол қышқылы және т.б.) қолдану көрсетілмеген, себебі...

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 23 беті

- A) қан құйылу аяқталған
- B) қан қысымының жоғарылау қаупі бар
- C) бассүйекшілік қысым айтарлықтай жоғарлауы мүмкін
- D) менингальды синдром күшеюі мүмкін
- E) цефалгиялық синдром жоғарлауы мүмкін

73. Науқас О., 58 жаста, жедел жәрдеммен ес-түссіз жағдайда жеткізілді. Анамнезінен: артериялық гипертензия АҚ 240/130 мм с.б.б. дейін. Қарап тексергенде: жағдайы өте ауыр. Терісі қызыл түсті, жабысқақ тер. Тынысы шулы, жиі, ырғақты. Сана деңгейі – кома. Мойын бұлшықеттерінің ригидтілігі, Бехтерев симптомы және екі жақтан Керниг белгілері. Көз алмалары ортаңғы сызықта және мезгілімен жүзу қимылдарын жасайды. Қарашықтары тар, жарыққа реакциясы төмендеген.

КТ оң жақ жарты шарда

ішкі капсуладан медиальді, сондай-ақ бүйірлік қарыншаның алдыңғы және артқы мүйізінде жоғары тығыздық аймағы анықталды. Миға гипертониялық қан құйылуға ... тән емес.

- A) ми затының ісінуі
- B) қанның құйылуы арқылы ми затының қысылуы және бұзылуы
- C) қан құйылу аймағындағы вазопарез
- D) ми діңінің ығысуы
- E) ми негізіндегі артериялардың бітелуі

74. Гипертониялық субарахноидальді қан құйылудың міндетті белгі болып табылады:

- A) менингеальді синдром
- B) сананың жоғалуы
- C) қарашықтың бұзылуы
- D) нистагм
- E) екі жақты пирамидалық патологиялық белгілер

75. Егер геморрагиялық инсульт ағымы диссеминирленген тамырішілік қан ұюмен асқынса, қосымша тағайындалады:

- A) гепарин және мұздатылған плазма
- B) А-токоферол және рутин
- C) фибринолизин және калликреин-депо
- D) эпсилонаминокапрон қышқылы
- E) b-адреноблокаторлар

76. Жүйелі артериялық қысымның қалыпты деңгейінде церебральды веноздық айналым бұзылыстарын емдеу үшін қолданбаған жөн:

- A) В-адреноблокаторлар
- B) антикоагулянттар
- C) антиагреганттар
- D) ксантин препараттары
- E) эпсилонаминокапрон қышқылы

77. Ауыр жабық бас-ми жарақаты бар науқаста:

- A) мәжбүрлеп кеңейтілген қарашықтар мидың ауыр зақымдалуын көрсетеді
- B) бассүйек ішілік қысым қан қысымына тәуелсіз
- C) бассүйек ішілік қысым РЕЕР тікелей пропорционалды түрде жоғарылайды
- D) кортикостероидтар ұсынылады
- E) таңдалған емге 3,0 кПа төмен $PaCO_2$ дейін гипервентиляция кіреді

78. 40 жастағы ер адамның қан қысымы жоғарлады, бас ауруы, оң жақ аяқ-қолдарында «ұю» сезімі пайда болды. Қарап тексергенде оң жақты гемигипестезия анықталды. Қолданылған ангио- және нейротекторлық дәрілер сипатталған симптомдардың 20 сағат ішінде толық регрессиясын тудырды. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- A) Сол ортаңғы ми артериясының бассейнінде транзиторлы ишемиялық шабуыл
- B) Ассоцирленген мигрень
- C) Оң жақ жарты шарда церебральды геморрагиялық инсульт
- D) Сол жақ жарты шардағы церебральды ишемиялық инсульт

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 24 беті

Е) Ми ісігі

79.39 жастағы науқаста шамадан тыс физикалық жүктемеден кейін қатты бас ауруы, сол жақ көру аймағында «жарқырау» сезімі, сол жақ аяқ-қолдарында әлсіздік, есінің нашарлауы пайда болды.

Қарап тексергенде: сопор, Чейн-Стокс тынысы, менингеальді синдром, сол жақтық гемиплегия, он жақтық гемипарез. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- A) Субарахноидальді қан құйылу
- B) Жедел гипертониялық энцефалопатия
- C) Церебральды ишемиялық тромбоэмболиялық инсульт
- D) Церебральды ишемиялық лакунарлы инсульт
- E) Церебральды геморрагиялық паренхималық инсульт

80.5 жыл бойы миастениямен ауыратын науқаста кенеттен миастениялық криз пайда болды. Емдеу тағайындаңыз:

- A) прозерин 1-2 мл 0,05% 40% глюкоза ерітіндісі к/і
- B) плазмоферез, гормондық терапия
- C) атропин сульфаты 0,5-1 мл 0,1% к/і немесе т/а
- D) ӨЖВ және прозерин 1-2 мл 0,05% глюкозаға к/і
- E) глюкозамен актовегин 5.0

81. Миастениямен ауыратын науқаста прозерин қабылдағаннан кейін бульбарлық және тыныс алу бұзылыстарымен жалпы бұлшықет әлсіздігі, брадикардия, сілекей ағу, өлім қорқынышы пайда болады, яғни холинэргиялық криз. Емдеу тағайындаңыз:

- A) 0,5-1 мл 0,1% атропин сульфат ерітіндісі к/і, холинэстераза препараттарын қабылдау
- B) прозерин 1-2 мл 0,05% ерітінді 20 мл 40% глюкоза ерітіндісі к/і
- C) прозеринді тоқтату, к/і аминафиллин 2% 5,0 физ.ерітіндімен
- D) плазмоферез, диета, ИРТ
- E) плазмоферез, холинэстераза препараттарының дозасын екі есе арттыру

82. Науқаста ұйқыдан кейін оң жақ аяқ-қолдарында әлсіздік пайда болды, ол 45 минуттан кейін өздігінен регрессияға ұшырады. Неврологиялық статус: сол жақтық пирамидалық жеткіліксіздік, жеңіл гипестезия анықталды. КТ-да ми затында өзгерістер байқалмайды. Ең ықтимал диагноз:

- A) Транзиторлы ишемиялық шабуыл
- B) Церебральды ишемиялық атеротромбтық инсульт
- C) Церебральды ишемиялық кардиоэмболиялық инсульт
- D) Созылмалы цереброваскулярлық бұзылыс
- E) Церебральды ишемиялық гемодинамикалық инсульт

83. Науқас жедел жәрдеммен ауруханаға жеткізілді. Сөйлеу бұзылыстарына байланысты шағымдары жоқ, сыни көзқарасы жоқ, адекватты емес, ауызша сөйлеуді түсінбейді. Объективті: сопор, беттің гиперемиясы, он жақтық орталық просомонопарез, тілдің оңға ауытқуы, он жақтық жеңіл гемипарез. Менингеальды синдром айқын. Ең ықтимал диагноз:

- A) Сол жақ гемисферадағы, сол жақ ортаңғы ми артериясы арнасындағы геморрагиялық инсульт
- B) Оң жақ гемисферадағы, оң жақ ортаңғы ми артериясы арнасындағы геморрагиялық инсульт
- C) Сол ортаңғы ми артериясы бойында сол жақ гемисферадағы ишемиялық инсульт
- D) Созылмалы цереброваскулярлық бұзылыс
- E) Алдыңғы ми артериясы бойында сол жақ гемисферадағы ишемиялық инсульт

84. Науқас ауыр жағдайда ауруханаға жеткізілді. Кешенді тексеру нәтижесінде оған церебральды геморрагиялық инсульт диагнозы қойылды. Емдеу шараларының көлемін анықтаңыз:

- A) ангиопротекторлар, протеолитикалық фермент тежегіштері, гемостатиктер
- B) ми метаболиттері, нейропротекторлар, ангиопротекторлар
- C) вазодилаторлар, нейропротекторлар, дезагреганттар, антикоагулянттар
- D) ми метаболиттері, ангиопротекторлар, нейропротекторлар, гипотензиялық
- E) венотониктер, ангиопротекторлар, дезагреганттар, антикоагулянттар

85. Науқас екі жақты көру, он жақ аяқ-қолдарының әлсіздігі шағымдарымен түсті. Тексеру кезінде ми діңінің ишемиялық инсульт диагнозы қойылды. Емдеу шараларының көлемін анықтаңыз:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 25 беті

- A) антикоагулянттар, дезагреганттар, нейропротекторлар, ми метаболиттері, венотониктер
- B) ми метаболиттері, нейропротекторлар, ангиопротекторлар
- C) вазодилаторлар, нейропротекторлар, дезагреганттар, антикоагулянттар
- D) ми метаболиттері, ангиопротекторлар, нейропротекторлар, гипотензиялық
- E) венотониктер, ангиопротекторлар, дезагреганттар, антикоагулянттар

86. Клиникаға сол жақ гемисферадағы кардиоэмболиялық ишемиялық инсульт диагнозымен жас науқас түсті. Тромболиз жасау туралы шешім қабылданды. Осы кезеңдерде бұл емдеу әдісі көрсетілген:

- A) аурудың басталуынан 3 сағатқа дейін
- B) аурудың басталуынан 6 сағатқа дейін
- C) аурудың басталуынан 12 сағатқа дейін
- D) аурудың басталуынан 1 сағатқа дейін
- E) аурудың басталуынан бір тәулікке дейін

87. Науқас қабылдау бөліміне мидың геморрагиялық инсультіне күдікпен жеткізілді. Тексеру тактикасын анықтаңыз:

- A) жалпы клиникалық зерттеулер, жұлын сұйықтығының пункциясы, КТ, УДЗ, нейрохирургтың кеңесі
- B) жалпы клиникалық зерттеулер, КТ, УДЗ, офтальмологтың кеңесі
- C) жалпы клиникалық зерттеулер, ЭЭГ, РЭГ, УДЗ, нейрохирургтың кеңесі
- D) жалпы клиникалық зерттеулер, УДЗ, Эхо-ЭГ, ЭЭГ, РЭГ
- E) жалпы клиникалық зерттеулер, КТ, нейрохирургтың кеңесі.

88. Ұзақ жылдар бойы бас ауруымен ауырған әйел физикалық жүктемеден кейін кенет құлап, есін жоғалтып, жалпы құрысу пайда болды. Неврологиялық статуста килыкөздік, айқын қабықшалық менингеальды синдром анықталады. Парездер жоқ. Ликворда геморрагиялық синдром. Диагноз қойыңыз:

- A) Субарахноидальді қан құйылу
- B) Мидың оң жақ гемисферасындағы геморрагиялық инсульт
- C) Мидың сол жақ гемисферасындағы геморрагиялық инсульт
- D) Жедел гипертониялық энцефалопатия
- E) Таралған ұстамалармен жүретін эпилепсия

89. 37 жастағы науқас, анамнезінен ревматизммен ауырады, ағаш кесу кезінде кенет басы қатты ауырып, сол жақ аяқ-қолдары әлсіреген, 25 минуттан кейін жедел жәрдем дәрігері АҚ 135/85 мм с.б.б., пульс 79 рет/мин, аритмиялық, 2 баллға дейін сол жақты гемипарез анықтады. ЖМКБ диагнозымен, ауру басталғаннан 50 минуттан кейін ангиоцеребральды орталыққа жеткізілді. Бұл емдеу (сараланған) науқасқа "терапевтік терезе" кезеңінде инсульттің геморрагиялық сипатын алып тастағанда көбірек көрсетіледі:

- A) тромболитиктер және тікелей антикоагулянттар
- B) нейрохирургиялық
- C) симптоматикалық
- D) гирудотерапия
- E) ноотропты заттар

90. «Емдік терезе» кезінде ишемиялық тромбоэмболиялық инсультпен ауыратын науқасқа көктамыр ішіне енгізу арқылы тромболизис жасауға барынша көрсетілген препарат (ауру басталғаннан бастап 3 – ең көбі 4,5 сағатқа дейін):

- A) актилизе
- B) гепарин
- C) фраксипарин
- D) урокиназа
- E) стрептокиназа

91. 25 жастағы науқаста физикалық жүктеме кезінде қатты бас ауруы, құсу, психомоторлы қозу пайда болды. Жедел жәрдем дәрігері қараған кезде АҚ 170/110 ммс.б.б., пульс 64 рет/мин,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 26 беті

мойынның ригидтілігі 6 см, екі жақтан «+» Керниг симптомы. Ликвор барлық порцияларда біркелкі, қан аралас, ақуыз 0,66 г/л бірінші және үшінші порцияларында. Ең ықтимал диагноз:

- A) Субарахноидальды қан құйылу
- B) Ми бағанасында ишемиялық инсульт
- C) Оң жақ гемисферада мидың ишемиялық инсульті
- D) Сол жақ гемисферадағы ишемиялық церебральды инсульт
- E) Сол жақ гемисферадағы геморрагиялық церебральды инсульт

92. Миішілік гематомасы бар науқасқа анестезияның оңтайлы әдістемесін таңдаңыз (құрысу синдромы, Глазго шкаласы бойынша сана деңгейі 7 балл):

- A) севофлюранмен төмен ағымды анестезия
- B) нейролептанальгезия
- C) энфлюранмен төмен ағымды анестезия
- D) галотанмен төмен ағымды анестезия
- E) атаралгезия

93. Науқас (М, 50 жаста, салмағы 80 кг) созылмалы респираторлы ацидоз дамыған, жалпы анестезиямен мойын артерияларын қалпына келтіру операциясына алынды. Бастапқы PaO_2 50 мм с.б.б., $PaCO_2$ 60 мм с.б.б., SpO_2 88%, аниондық аралық 12 ммоль/л, pH 7,34. Сондай-ақ операция алдындағы тексеруде анестезиолог өкпенің Vd/Vt қатынасын анықтады, көрсеткіш 5% құрады. Анестезия кезінде $EtCO_2$ 35-38 мм с.б.б. аралығында болды, FiO_2 48% жалпы ағыны 2 л/мин ингаляциялық анестезия орындалды. Қан айналымы тұрақты. SpO_2 95-96%. Өкпенің жасанды вентилиациясының көрсеткіштерімен жалғастыратын болса, анестезиядан шыққанда оксигемоглобиннің диссоциация қисығы:

- A) солға ығысады, баяу қалпына келеді
- B) оңға ығысады, баяу қалпына келеді
- C) өзгерістер жоқ
- D) оңға ығысады, тез қалпына келеді
- E) солға ығысады, тез қалпына келеді

94. 45 жастағы ер адам ашық бас-ми жаракатымен түсті (жарақат 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 тамыршілік қан ұю синдромы
- B) Паренхима ішілік қан кету
- C) Бауыр жеткіліксіздігі
- D) Виллебранд ауруы
- E) VIII фактор тапшылығы

95. Науқас (Ф, 30 жаста, 70 кг) жол-көлік апатынан кейін интенсивті терапия бөліміне түсті. Ауруханаға дейінгі кезеңде натрий хлоридінің 1000 мл изотоникалық ерітіндісінің инфузиясы жасалды. Қысқаша тексеруден кейін жабық бас-ми жаракаты, ішкі ағзалардан қан кетумен дененің жабық жаракаты диагнозы қойылды. Науқастың жағдайы өте ауыр және тұрақсыз. АҚ 50/20 мм с.б.б., Глазго шкаласы бойынша 12 балл. Науқас операция бөлмесіне жатқызылды. Кеңірдекті интубациялау алдында артериялық қаннан ҚСЖ үлгісі алынды. pH 7,21, PaO_2 60 ммоль/л, АВ 12 ммоль/л, $PaCO_2$ 26 ммоль/л, BE -12 ммоль/л, Na^+ 142 ммоль/л, Cl^- 102 ммоль/л. Метаболизмдік ацидоздың түрін анықтаңыз:

- A) аниондық аралық жоғары лактат- ацидоз
- B) респираторлы буфермен субкомпенсацияланған лактат- ацидоз
- C) бүйректік буфермен гиперхлоремиялық ацидоз
- D) жедел бүйрек гипоперфузиясына байланысты бүйрек - түтікшелі ацидоз

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 27 беті

- Е) респираторлы буфермен гиперхлоремиялық ацидоз
- 96.Науқас алған жарақаттарынан кейін қабылдау бөліміне жеткізілді. Нейрореанимация бөлімшесінің кезекші реаниматологы науқасты Глазго кома шкаласы 11 балл арқылы бағалады. Бұл бағалау мыналарға негізделген:
- А) көзді ашу, сөйлеу реакциясы, қозғалыс реакциясы
 - В) тізе рефлексін және басқа қозғалыс рефлекстерін бағалау
 - С) қарашық көлемін және ми бағанының рефлекстерін бағалау
 - Д) тыныс алуды және вегетативті жүйке жүйесін бағалау
 - Е) ЭЭГ бағалау
- 97.Ауруханаға бала коматозды жағдаймен жатқызылды, тек жоғарғы систолалық қысым анықталды, диастолалық қысым анықталмайды, брадикардия, брадипноэ, екі жақты фиксацияланған мидриаз, диффузды бұлшықет атониясы, арефлексия. Сипатталған белгілер терминалдық жағдайдың осы кезеңіне сәйкес келеді:
- А) агония
 - В) агония алды кезең
 - С) клиникалық өлім
 - Д) биологиялық өлім
 - Е) терминалды үзіліс
- 98.Жалпы анестезиядан ояту кезінде науқас триггері өшірілген, ӨЖВ CMV режимінде (өздігімен тыныс алуды қолдаусыз механикалық көлемменвентилиция). Ол есі болмаған кезде өздігінен тыныс ала бастады және аппаратпен «синхронизациясы бұзылды». Дәрігердің дұрыс әрекетін табыңыз:
- А) желдетуді өздігінен тыныс алуды қолдайтын режимге ауыстыру
 - В) науқасты санасы қалпына келгенше релаксацияда ұстау
 - С) құрылғыдан ажырату
 - Д) өздігінен тыныс алуды басу үшін ТК және ТАЖ арттыру
 - Е) науқасты тыныштандырып, босансытып, артериялық қан газдарын анықтаңыз.
- 99.Жалпы анестезияда жеткілікті гипноздық компонентпен қамтамасыз ету үшін пропофол келесі дозада қолданылады:
- А) сағатына 5-12 мг/кг
 - В) сағатына 2-3 мкг/кг.
 - С) минутына 5-12 мкг/кг.
 - Д) сағатына 5-12 мкг/кг
 - Е) 1,5-2 мг/кг
- 100.Науқас (әйел, 72 жаста, 90 кг). Диагнозы: жедел ми қанайналымының бұзылысы, жалпы таралған атеросклероз, артериальді гипертензия. Шұғыл түрде қабылдау бөлімінен анестезиология және реанимация бөліміне жеткізілді, қысқа дайындықтан кейін ми паренхимасындағы қан кету ошағын жою үшін операциялық бөлімге жіберілді. Қабылдау кезінде Глазго бойынша 13 балл. Шұғыл түрде сол жақ самай-төбе аймағындағы қан құйылу ошағы жойылды. Операция кезінде сол жақ таламустың бүкіл ішкі қапсуласы мен бүйірлік ядроларының гемоимбибициясы анықталды. Операция асқынусыз орындалды, науқас қысқа мерзімді өздігінен тыныс алу сынағынан кейін сәтті экстубацияланды. Науқаста осы жергілікті неврологиялық өзгерістерді бақылау кезінде 48 сағатқа дейін анықтауға болады:
- А) дененің оң жағындағы сезімталдық және қозғалыстың жоғалуы
 - В) дененің сол жағындағы сезімталдық және қозғалыстың жоғалуы
 - С) дененің сол жағындағы сезімталдықтың жоғалуы және қозғалыстың сақталуы
 - Д) дененің сол жағындағы сезімталдықтың сақталуы және қозғалыстың жоғалуы
 - Е) дененің оң жағындағы сезімталдықтың сақталуы және қозғалыстың жоғалуы
- 101.Науқас коматозды жағдайдан шығу кезінде қозғалыс белсенділігін көрсетеді, седация тоқтатылды, ошақты симптомдар жоқ, Глазго шкаласы бойынша сана деңгейі 10-11 балл. Тұрақты ӨЖВ аясында тыныс алу белсенділігін көрсетпейді - өздігінен тыныс алуды қолдау режимінде және триггердің жоғары сезімталдығы болғанымен өздігінен тыныс алу жоқ. Жөтел рефлексі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 28 беті

сақталған. Артериялық қан газдарын бақылағанда PaO_2 124 мм с.б.б., PaCO_2 31 мм с.б.б. құрады. Ықтимал себебі болып табылады:

- A) науқасжоғары ТК және/немесе ТАЖ «желдендірілген»
- B) тыныс алу орталығы зақымдалған
- C) жұлын зақымдалған
- D) тыныс алу бұлшықеттерінің атрофиясы
- E) гипероксия өздігінен тыныс алуды тежейді

102.Көлеммен басқарылатын режимде мәжбүрлі ӨЖВ-дағы бас-ми жаракаты бар науқас қанының қышқылдық- сілтілікжағдайын зерттеу нәтижелерін түсіндіріңіз: pH 7,49, PaO_2 125, PaCO_2 21, HCO_3 22, BE: +1,0 ммоль/л, қандағы лактат 1,5 ммоль/л, SpO_2 98%:

- A) декомпенсацияланған респираторлық алкалоз
- B) декомпенсацияланған респираторлық ацидоз
- C) субкомпенсацияланған респираторлық ацидоз
- D) декомпенсацияланған метаболизмдік алкалоз
- E) тыныс алу компенсациясымен декомпенсацияланған метаболизмдік ацидоз

103..Бас- ми жаракатымен ми ісінуі бар науқаста SIMV арқылы гипервентиляция режимінде жүргізілген мәжбүрлі веннтиляциялық қолдаудың жағымсыз салдарын көрсетіңіз:

- A) ми тамырларының тұрақты спазмы, ми тіні ишемиясының жоғарлауы
- B) өкпенің баро- немесе волюм жарақаның пайда болуы
- C) ми тамырларының тұрақты вазодилиациясы, мидың қанмен толуының жоғарлауы
- D) гипероксемиямен каротидті аймақ хеморецепторларының белсенділігін басу
- E) екіншілік метаболизмдік алкалоздың дамуы

104.Мидың гиповиз-хиазматикалық аймағының ісігіне операция жасалған 60 жастағы науқаста операциядан кейінгі 3-ші күні жағдайы нашарлай бастады, санасының жеңіл есепсіздікке дейін бұзылуы, полиурия, гипернатриемия 160 ммоль/л дейін. Бұл жағдайда клиникалық-зертханалық өзгерістердің дамуын түсіндіруге болады:

- A) қантсыз диабет, екіншілік гиперальдостеронизм
- B) алғаш анықталған қант диабеті
- C) декортикация, диэнцефальді синдром
- D) децеребрация, мезенцефальді-бульбарлық синдром
- E) бас мидың ісінуі, антидиуретикалық гормон бөлінуінің жоғарлауы

105.ӨЖВ- дағы науқаста трахеостомиялық канюляны ауыстырғаннан 3 минуттан кейін реаниматолог дәрігер бет, мойын, кеуде тері асты эмфиземасының күрт пайда болуын, қансатурациясының 97%-дан 60%-ға дейін үдемелі төмендеуін, цианоздың жоғарылауын, кеуде қуысының экскурсиясының болмауын, екі жақтағы тыныстық шулардың болуын анықтады.

Науқаста дамыған жағдайды және бірінші кезектегі емдеу шараларын анықтаңыз:

- A) екі жақты кернеулі пневмоторакс, плевра қуыстарын шұғыл дренаждау, канюляны дұрыс орналастыру
- B) өкпе артериясының тромбоэмболиясы, тромболитикалық терапия, оттегі терапиясы, кейіннен төмен молекулалық гепаринді енгізу
- C) бронхиоласпазм, кеуденіңтікелей емес массажи, жоғары ағынды 100% оттегі
- D) бронхоспазм, жоғары ағынды 100% оттегімен бронхолитикалық терапия
- E) тыныс алу жолдарының бітелуі, трахеобронхиальды ағашты шаю, прон-позиция

106.Бас миы өлуінің клиникалық-аспаптық белгілері бар ми діңінің өлуін растау үшін дәрігер науқастың басын екі қолымен алып, оны баяу оңға және солға бұрады, содан кейін көз алмаларының қозғалысын бақылай отырып, еңкейтеді және түзетеді. Қоздырылған рефлекстің атын анықтаңыз:

- A) окулоцефальді
- B) диэнцефальды-бульбарлы
- C) кохлеарлы-бульбарлы
- D) окулобульбарлы
- E) окуловестибулярлы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 29 беті

107. Омыртқа- жұлынның зақымдануы нәтижесінде науқаста бас миының біріншілік соғылуы болды, бұл ісінуге және сәйкес клиникалық белгілерге алып келді. Ісінуге қарсы комплексінтенсивті терапия жүргізу ми ісінуін жылдам азайту және дислокация синдромын алдын алу үшін инфузиялық ортаны қолдану қажеттілігі туындады. Бұл ерітіндіні көрсетіңіз:

- A) 3% натрий хлориді ерітіндісі
- B) 4% натрий гидрокарбонаты ерітіндісі
- C) 10% альбумин ерітіндісі
- D) 10% глюкоза ерітіндісі
- E) Рингер-Локк ерітіндісі

108. Ауыр бас- ми жарақаты және оң жақта субдуральды гематомасы бар науқас ауруханаға жатқызылды. Объективті: кома II, құрысу синдромы. Шұғыл операция жасау үшін операция жасау бөлмесіне жеткізілді. Бассүйектің трепанациясында ми тінінің «ісінуі» анықталды. Ісінуге қарсы терапияның бөлігі ретінде гипервентиляция режимінде мәжбүрлі желдетуді қолданылды. Бұл жағдайда өкпенің гипервентиляциясында жүзеге асырылатын физиологиялық механизмді көрсетіңіз:

- A) ми тамырларының спазмы, мидың қанмен қамтамасыз етілуінің төмендеуі
- B) ми тамырларының кеңеюі, мидың қанмен қамтамасыз етілуін жақсаруы
- C) вазопрессин секрециясының төмендеуі, диурездің жоғарлауы
- D) мидағы қанның сатурациясын арттыратын PaO_2 жоғарлауы
- E) ми тінін оттегімен қамтамасыз етуді жақсарту

109. Науқаста ауыр эпилепсиялық статус дамыған. Ісінуге қарсы кешенді интенсивті терапия, оның ішінде миорелаксанттар және седацияны қолдану арқылы өкпені жасанды желдету, ешқандай әсері жоқ және кезеңмен құрысу синдромымен бірге жүреді. Эпистатусты басу үшін келесі емдеу шарасын тандаңыз:

- A) қаңқа ішілік қысымды төмендету үшін ликворды алу арқылы люмбальді пункция
- B) краниогипотермия
- C) гемикраниотомия
- D) гипертониялық тұзды ерітінділерді эндолюмбальді енгізу
- E) мидың орталық қарыншасының дренажы

110. Жалпы милық симптомдары және гипертермиясы бар 50 жастағы науқастың бел пункциясында сарғыш түсті, мөлдір емес жұлын сұйықтығы алынды. Жұлын сұйықтығы жиі тамшылармен ағады, жатқан қалпындағы ликвордың қысымы 250 мм су б.б. Талдауда - моноклеарлы жасушалардың әсерінен плеоцитоз анықталды, глюкоза деңгейі төменген, Панди реакциясы оң болды. Берілген клиникалық және зертханалық сурет көрсетуі мүмкін:

- A) іріңді менингит
- B) ишемиялық инсульт
- C) геморрагиялық инсульт
- D) Гийен-Барре синдромының көрінісі
- E) серозды менингит

111. 22 жастағы науқаста бас миының глиобластомасы бойынша операциядан кейінгі ерте кезеңнің 4-ші күні қышқылдық- сілітілік күйдің және қан электролиттерінің келесі көрсеткіштері тіркелді: қан pH 7,38, BE: -1,0 ммоль /л, HCO_3^- 24,1 ммоль /л, Na^+ 173 ммоль/л, K^+ 4,1 ммоль/л. Бұл жағдайда гипернатриемияның ықтимал себебін көрсетіңіз:

- A) операциядан кейінгі екіншілік альдостеронизм
- B) Шихан синдромы
- C) қантсыз диабет
- D) гиперкалиемиялық ацидоз
- E) гипоосмолярлы гипергидратация

112. 29 жастағы науқас коматозды жағдаймен интенсивті терапия бөліміне жатқызылды. Объективті тексеру: Глазго шкаласы бойынша 9 балл, ТАЖ 22 рет/мин, шүйде бұлшықеттеріригидті, құсу, фебрильді деңгейге дейін гипертермия. Клиникалық көрініс

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 30 беті

госпитализациядан 3 сағат бұрын дамыған. Анамнезінде бір апта бойы жедел респираторлық ауру.

Бұл жағдайдағы ықтимал диагноз:

- A) Екіншілік менингоэнцефалит
- B) Біріншілік менингоэнцефалит
- C) Спонтанды субарахноидальді қан құйылу
- D) Мидың аневризмасының жарылуы
- E) Геморрагиялық инсульт

113. Ауыр бас- ми жарақаты, мидың соғылуы бар науқаста брадикардия, артериялық гипотензиямен және брадипноэға бейімділік аясында қылиқоздік анықталды. Бұл көріністер көрсетуі мүмкін:

- A) Дислокациялық синдром
- B) Қантсыз диабеттің көрінісі
- C) Тұз жоғалту синдромының көрінісі
- D) Ми тінінің геморрагиялық сіңуі
- E) Бассүйек ішілік қысымның парадоксальды төмендеуі

114. 14 жастағы балада ауыр бас-ми жарақаты аясында гипертермия, тахикардия, қан қысымының жоғарлауы, айқын гипергидроз және терінің майлануы байқалады. Бұл көріністер көрсетуі мүмкін:

- A) Диэнцефальді синдром
- B) Мезенцефалиялық синдром
- C) Мезенцефалиялық-бульбарлық синдром
- D) Энцефалиттік синдром
- E) Кортико- ретикулярлық синдром

115. Аневризманың жарылуы нәтижесінде бас миының ісінуі бар 62 жастағы науқас реанимация бөлімшесінде жатыр, операцияға дейінгі кезеңде негізгі оңтайлы препараттар комбинациясын анықтаңыз. Түскен кезде- АҚ 185/120 мм с.б.б., ЖЖЖ 90 рет/мин, ТАЖ 20 рет/мин, қанның сатурациясы 96%:

- A) маннитол+нимотоп+оттегі терапиясы
- B) маннитол+транексам қышқылы+оттегі терапиясы+гепарин
- C) 3% натрий хлориді ерітіндісі + жаңа мұздатылған плазма
- D) 3% натрий хлориді ерітіндісі + варфарин + протамин сульфаты
- E) 3% натрий хлориді ерітіндісі + никотин қышқылы + омепразол

116. Ишемиялық инсульт бойынша науқас клиникалық белгілері дамыған сәттен бастап 3 сағат ішінде ауруханаға жатқызылды. Осы клиникалық жағдайда рекомбинантты тіндік плазминоген активаторын қолданатын тромболитикалық терапияның дұрыс схемасын көрсетіңіз:

- A) 60 минут ішінде 0,9 мг/кг (максималды 90 мг) инфузия, жалпы дозаның 10%-ы 1 минут ішінде болус түрінде енгізіледі
- B) 60 минут ішінде 1,6 мг/кг (максималды 160 мг) инфузия, жалпы дозаның 10%-ы 1 минут ішінде болус түрінде енгізіледі.
- C) 60 минут ішінде 1,0 мг/кг (максималды 100 мг) инфузия, жалпы дозаның 10%-ы 1 минут ішінде болус түрінде енгізіледі.
- D) 60 минут ішінде 1,2 мг/кг (максималды 120 мг) инфузия, жалпы дозаның 10%-ы 1 минут ішінде болус түрінде енгізіледі.
- E) 60 минут ішінде 1,4 мг/кг (максималды 140 мг) инфузия, жалпы дозаның 10%-ы 1 минут ішінде болус түрінде енгізіледі.

117. Ауыр бас- ми жарақаты бар науқас интенсивті терапия бөліміне жатқызылды. Операциядан кейінгі кезең, 2 тәулік. Ми ісінуінің клиникалық және аспаптық көріністерінің сақталуын ескере отырып (Глазго шкаласы бойынша 7 балл, анизокория, ми ісінуінің КТ белгілері), ісінуге қарсы мақсатта төмен көлемді гиперосмотикалық волюмокоррекция жүргізу туралы шешім қабылданды.

Терапияның бұл тәсілі мыналардан тұрады:

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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 31 беті

- Е) 3% натрий хлориді ерітіндісі және 40% глюкоза ерітіндісінің инфузиясы
118. Науқас артериальді гипертензия аясында геморрагиялық инсультпен ауруханаға түсті. Түскен кезде: сана деңгейі Глазго шкаласы бойынша 9 балл, сол жақты спастикалық гемипарез, М-Эхо тексеру кезінде оңнан солға 1,2 см ығысқан. Қанның газдары мен ҚСЖ зерттеудің келесі нәтижелері алынды: рН 7,29, РаО₂ 44 мм с.б.б., РаСО₂ 59 мм с.б.б., НСО₃ 10 ммоль/л, ВЕ: -14,0 ммоль/л, SpO₂ 86%. Қанның ҚСЖ бұзылуының сипатын анықтаңыз:
- аралас ацидоз
 - респираторлы ацидозы
 - респираторлы алкалоз
 - метаболизмдік ацидоз
 - метаболизмдік алкалоз
119. Аурухананың қабылдау бөліміне жедел жәрдеммен 43 жастағы әйел жеткізілді. Анамнезі белгісіз. Қарап тексергенде есі жоқ, терісі бозғылт - сұр түсті, суық, еріндерінің түсі сұр-жер тектес, қарашықтары кең, АҚ 30/0 мм с.б.б., шеткері пульс анықталмайды, тыныс алуы «балық» тәрізді, пульсоксиметрдесатурацияның мәні жоқ. Сіздің диагнозыңыз:
- Агония
 - Преагония
 - Мидың өлімі
 - Кенеттен жүрек өлімі
 - Биологиялық өлім
120. Ауыр бас- ми жарақаты бар науқасқа субдуральді гематоманы алып тастау үшін бассүйектің трепанациясы жүргізілуде. Қатты ми қабығын ашу кезінде кенеттен АҚ 40/22 мм с.б.б. дейін күрт төмендеуі байқалды, анестезиолог оны дислокациялық синдром деп бағалады. Гелофузинді болюсті енгізу түріндегі шаралар гемодинамиканың тұрақтануына ықпал еткен жоқ. Жүйелі қан қысымын тұрақтандыруға бағытталған қосымша емдік шараларды көрсетіңіз:
- перфузор арқылы допаминді көктамыр ішіне енгізу
 - фуросемидті көктамыр ішіне енгізу
 - 0,9% натрий хлоридімен сұйылтылған фенилэфринді көктамыр ішіне енгізу
 - көктамыршілік атропин
 - 15% маннитол ерітіндісін көктамыр ішіне болюсті енгізу
121. Егер инфузиялық терапиядан кейін науқаста церебральды жеткіліксіздік түріндегі «сулы» гипергидратациясының белгілері пайда болса, реаниматолог осы асқынудың белгілерін жою үшін бірінші кезекте келесі шараларды жүргізуі қажет:
- салуретиктер, қажет болған жағдайда – ƏЖВ, краниocereбральды гипотермия
 - салуретиктер, декстрандар, жаңа мұздатылған плазма, оттегі терапиясы
 - осмодиуретиктер, тыныс алу депрессиясы үшін респираторлық аналептиктер
 - осмодиуретиктер, жүрек гликозидтері, оттегі терапиясы
 - калий сақтайтын диуретиктер, К витаминінің антагонистері, оттегі терапиясы
122. Екіншілік менингоэнцефалитпен ауыратын 69 жастағы науқас интенсивті терапия бөліміне жатқызылды. Қарап тексергенде: сана деңгейі Глазго шкаласы бойынша 10 балл, терісі таза, құрғақ, тургоры төмендеген, дене температурасы 38,8°C, АҚ 100/90 мм с.б.б., ЖЖЖ 119 рет/мин, ТАЖ минутына 26 рет, олигурия. Қанның газдық құрамы және ҚСЖ туралы мәліметтер: рН 7,11, қандағы лактат 3,8 ммоль/л, жалпы билирубин 86 мкмоль/л, креатинин 201 мкмоль/л, РаО₂ 45 мм с.б.б., атмосфералық ауамен тыныс алғанда SpO₂ 83%, РаСО₂ 27 мм с.б.б., ВЕ: - 6,3 ммоль/л, НСО₃ 11 ммоль/л. Негізгі аурудың ықтимал асқынуын көрсетіңіз:
- септикалық шок
 - полимиелорадикулоневрит
 - өкпе артериясының тромбоэмболиясы
 - токсикалық шок синдромы
 - ми құрылымдарының демиелинизациясы
123. Науқастың жағдайын бағалау кезінде дәрігер сананың Глазго шкаласы бойынша 3 балл, вазопрессорлар мен симпатомиметиктерге төзімді артериальді гипотензияны, гаспинг тынысын,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 32 беті

декомпенсацияланған аралас ацидоз және микроциркуляцияның бұзылуы түріндегі неврологиялық белгілерді анықтады. Диагнозды анықтаңыз:

- A) агония
- B) агония алды жағдайы
- C) терминалды үзіліс
- D) клиникалық өлім
- E) биологиялық өлім

124. Екінші тәулікте өкпені жасанды желдетуде болатын жабық бассүйек-ми жарақаты салдарынан бас миының ісінуі бар науқастағы қышқыл-сілті жағдайын бағалаңыз: $pH = 7,28$; $pCO_2 = 65$ мм с.б.б., $PO_2 = 59$ мм с.б.б., $BE = 1$ ммоль / л:

- A) декомпенсацияланған респираторлық ацидоз
- B) норма
- C) декомпенсацияланған респираторлық алкалоз
- D) компенсацияланған метаболизмдік ацидоз
- E) аралас декомпенсацияланған ацидоз

125. Бас сүйек-ми жарақаты бар ӨЖВ-дағы науқаста $pH = 7,58$; $PaCO_2 = 24$ мм с.б.б., $PaCO_2 = 78$ мм с.б.б., $BE = 3$ мекв / л. ҚСЖ көрсеткіштерін бағалаңыз:

- A) декомпенсацияланған респираторлы алкалоз
- B) компенсацияланған респираторлы алкалоз
- C) метаболизмдік ацидоз
- D) компенсацияланған респираторлы ацидоз
- E) аралас респираторлы алкалоз

126. Құрысу синдромының статусы және бензодиазепиндер мен барбитураттарды енгізудің тиімсіздігінде ең орынды:

- A) бұлшық ет релаксанттарын және кеңірдек интубациясын жасағаннан кейін науқасты ӨЖВ-ға ауыстыру
- B) мұрын катетерлері арқылы оксигенотерапия жүргізу
- C) бет маскасы арқылы оксигенотерапия жүргізу
- D) ларингеальді маска арқылы оксигенотерапия жүргізу
- E) тыныс алу функциясының бақылауымен бензодиазепиндер мен барбитураттарды үлкен дозаларда енгізуді жалғастыру

127. 12 жастағы бала ауруханаға жол апатынан кейін жеткізілді. Жағдайы өте ауыр, өмірге қауіпті. Неврологиялық статус: санасы 3-деңгейдегі кома. Диффузды атония және арефлексия. КТ-да мидың таралған ісінуі және бас мидың сусінділенуі. Ми діні құрылымдарының проекциясында кіші нүктелі қан құйылулар анықталды. Мидің ісінуі кезінде бассүйекішілік гипертензияны түзету әдістеріне жатпайды:

- A) глюкозаның изосмолярлы ерітінділерін қолдану
- B) орталық гемодинамиканы қолдау
- C) оттегі терапиясы
- D) натрий хлоридінің гипертонический ерітінділерін қолдану
- E) ми қан айналымының фармакологиялық реттелуі

128. Науқас В., 47 жаста. Жол-көлік апатында омыртқа және жұлынның мойын бөлігі зақымданған, қанайналымның гиподинамиялық түрі дамыған, шұғыл түрде декомпрессионды-тұрақтандырушы операция жоспарланды. Анестезиологиялық қамтамасыз етудің оңтайлы нұсқасы:

- A) жалпы көктамырішілік анестезия
- B) маскалық ингаляциялық наркоз
- C) төмен ағынды ингаляциялық анестезия
- D) жергілікті инфильтрациялық анестезия
- E) эпидуральді анестезия

129. Бас сүйек-ми жарақаты бар науқастың клиникалық көрінісінде есі есенгіреген, гипертермия, гипервентиляция, артериальді гипертензия, тахикардия, полиурия пайда болған кезде ойлау керек:

- A) диэнцефальді аймақта қан айналымының нашарлауы туралы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 33 беті

- В) бульбарлы қосылу туралы
 С) гиперосмолярлық кома туралы
 D) артқы бас сүйек шұңқырындағы гематома туралы
 E) мидан тыс асқыну туралы
130. Омыртқаның мойын бөлігісіныңына күдік бар және қосарланған жарақаты бар науқасқа жүрек-өкпе реанимациясын жүргізу кезінде мыналарды болдырмау ұсынылады:

- A) Сафар үштік әдісін орындау кезінде басты шалқайту
 B) жүрекке тікелей емес массаж жасау
 C) Амбу қапшығымен өкпенің жасанды вентиляциясы
 D) дефибрилляция
 E) к/і адреналин енгізу

131. Эпидуральді анестезияны орындауда және эпидуральды кеңістікке анестетиктің стандартты дозасын енгізгеннен 1 минуттан кейін науқаста диспноэ, есінің жоғалуы, қан қысымының күрт төмендеуі, жиі тәрізді пульс пайда болды. Ең ықтимал асқыну болып табылады:

- A) Анафилактикалық шок
 B) Спинальді блок
 C) Бронхиолоспазм
 D) Септикалық шок
 E) Өкпе артериясының тромбозмболиясы

132. L3-L4 деңгейінде эпидуральді анестезия жүргізу кезінде анестезиолог 150 мг нарופןнің негізгі дозасын енгізгеннен 40 минуттан кейін минутына 46-ға дейін брадикардия дамуын байқады. Бұл асқынуды түзету үшін тағайындау қажет:

- A) атропин к/і
 B) эналаприл к/і
 C) атропинб/е
 D) атропин тері астына
 E) адреналин б/е

133. Ми өлімі диагнозын қою үшін диагностикалық зерттеулер жүргізген кезде реаниматолог сыртқы есту жолын суық сумен 10 минут бойы шайып, бір мезгілде көз алмасының нистагмы болуын тексереді. Дәрігер бағалаған рефлекссті көрсетіңіз:

- A) окуловестибулярлы
 B) окулоцефалиялық
 C) кохлеарлық
 D) бульбарлы
 E) менингодиэнцефальді

134. Науқаста реанимация бөліміне түскен кезде дислокациялық синдромның клиникалық белгілері анықталды. Ми құрылымдарының дислокациясының кешенді терапиясында қолданылатын инфузиялық ортаны көрсетіңіз:

- A) 3% натрий хлориді ерітіндісі
 B) 5% глюкоза ерітіндісі
 C) реополиглюкин
 D) стерофундин
 E) 0,9% натрий хлориді ерітіндісі

135. Ми өлімінің диагностикалық критерийі ретінде өкпені инъекциялық (апнейстикалық) вентиляциялау режимінің принципі болып табылады:

- A) дем шығару фазасынсыз өкпеге оттегі-ауа қоспасының үздіксіз берілуі
 B) тыныс алу жолдарында тұрақты оң қысым жасау
 C) төмен РЕЕР мәндері бар қысыммен басқару режимі
 D) белсенді дем шығару фазасы бар көлеммен бақыланатын вентиляция
 E) капнография көрсеткіштерін бақылаумен өкпенің жоғары жиілікті вентиляциясы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 34 беті

136. Реаниматолог науқастағыми ісінуін қарқынды емдеу үшін оны қысқа мерзімді гипервентиляция режиміндегі мәжбүрлі вентиляцияға ауыстырды. Бұл физиологиялық механизм осы желдету режимімен ми ісінуін азайтуға көмектеседі:

- A) ми тамырларының спазмы
- B) ми тамырларының кеңеюі
- C) нейрондарда АТФ түзілуінің жоғарлауы
- D) кеуде ішілік қысымның төмендеуі
- E) ми тіні оксигенациясының жақсаруы

137. Седативті препараттар, нейролептиктер және барбитураттарды қолдану арқылы эпилептикалық статустың қарқынды терапиясы ешқандай әсер бермеді. Бұл жағдайда реаниматологтың келесі тактикасы қамтиды:

- A) бұлшықет босансытқыштарын енгізу, кеңірдекті интубациялау, жасанды вентиляцияға ауыстыру
- B) субарахноидальді кеңістікті катетеризациялау, бассүйек ішілік қысымды бақылаумен ликвордың шығуын қамтамасыз ету
- C) ұзақ мерзімді ми гипотермиясы
- D) краниотомия, бассүйек ішілік қысымды төмендету үшін Арендт бойынша мидың бүйірлік қарыншасын дренаждау
- E) перфузор арқылы ұзақ дәрілік седация

138. Эпилептикалық статусты басқаннан кейін науқастың сана деңгейі Глазго шкаласы бойынша 9 балл, ошақты неврологиялық симптомдар сақталған. Науқаста мына асқыну дамыған:

- A) мидің ісінуі
- B) гипоксиядан кейінгі энцефалопатия
- C) жедел ми қанайналымының бұзылысы
- D) ми өлімі
- E) реанимациядан кейінгі ауру

139. Эпилепсиялық статус жағдайын жеңілдету үшін науқасқа 5 мг/кг дозада натрий тиопенталын көктамыр ішіне енгізілгеннен кейін гиперсаливация, бронхорея, экспираторлық ентігудің пайда болуы, дем шығару кезінде ысқырықты сырылдар байқалады. Бұл клиникалық көріністердің себебі негізделеді:

- A) ваготоникалық әсермен
- B) симпатомиметикалық әсермен
- C) орталық альфа-адренергиялық әсермен
- D) М-холинергиялық әсермен
- E) альфа-адренолитикалық әсермен

140. Науқас М., 16 жаста, аралас жаракат бойынша: жабық бассүйек-ми жаракаты және аяқтарының көптеген сынықтарымен өте ауыр шок жағдайында ауруханаға жеткізілді. АҚ - 80/60 мм с.б.б. Тәуліктік диурез 60-80 мл. Қандағы қалдық азот – 120 ммоль/л, мочеви́на – 35 ммоль/л. Науқастағы анурияның даму механизмі:

- A) шумақтық фильтрацияның күрт төмендеуі
- B) шумақтық фильтрацияның жоғарылауы
- C) ренин-альдостерон-вазопрессин механизмінің қосылуы
- D) бүйрек түтікшелеріндегі секрецияның жоғарлауы
- E) бүйрек түтікшелерінде реабсорбцияның жоғарлауы

141. Науқас С., 33 жаста, аурухананың неврологиялық бөлімшесіне бас аймағындағы тұрақты қатты ауру сезіміне шағымданып түсті. Осы биологиялық белсенді заттың жетіспеушілігімен науқастың қарқынды бас ауруының дамуын байланыстыруға болады:

- A) энкефалин
- B) гистамин
- C) гамма-амино май қышқылы
- D) аспарагин қышқылы
- E) простагландиндер

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 35 беті

142. Науқас О., 8 жастағы қыз аурухананың қабылдау бөліміне алдын ала диагноз менингоэнцефалит, қатты бас ауруы, құсу, жүрек айнуы, шүйде бұлшықеттерінің катаюына шағымданады. Ауырсыну сезімталдығының мына деңгейінде науқаста ауырсыну синдромы дамыды:

- A) жұлыс үстілік деңгей
- B) гиперактивтіартқы ганглийлер
- C) эктопиялық козу ошақтары
- D) жұлынның гиперактивті нейрондары
- E) құйрық ядросының нейрондары

143. 6 жастағы қыз Р., аурухананың қабылдау бөліміне құсу, жүрек айну, сананың бұзылуымен бірге жүретін қатты бас ауруына шағымданып түсті. Қарап тексергенде: шүйде бұлшықеттерінің ригидтілігі, Керниг және Брудзинский белгілері оң. Науқастағы құсудың себебі:

- A) мидың қабыну процесімен құсу орталығының тітіркенуі
- B) толық асқазан
- C) ағзаның улануы
- D) ағзаның сапасыз тағаммен улануы
- E) гипогликемия

144. Қабылдау бөліміне 56 жастағы ер адам жеткізілді. Қарап тексергенде: сөздері түсініксіз, қиналып сөйлейді, оң жақ аяқ-қолдарында қозғалыс жоқ, дененің оң жақ жартысында және аяқ-қолдарында ауырсыну және тактильді сезімталдық күшейген. Науқаста мына қозғалыс қызметінің бұзылысы байқалады:

- A) орталық оң жактық паралич
- B) сол жактық гемипарез
- C) экстрапирамидалық гемипарез
- D) перифериялық паралич
- E) жұлынның оң жакты гемипарезі

145. Науқас П., 38 жаста, аяқтарындағы әлсіздік, қозғалудың қиындауы шағымдарымен ауруханада емделуде. Қарап тексергенде сіңір рефлекстері жоғары, бұлшықет тонусы жоғарлаған, Бабинский және Россолимо рефлекстері оң. Науқаста...паралич дамыды.

- A) орталық
- B) беткей
- C) баяу
- D) диссоциацияланған
- E) перифериялық

146. 45 жастағы ер адам клиникалық өлімді бастан өткізді. Реанимациядан кейінгі екінші күні жағдайы нашарлады. Науқас жағдайы нашарлауының патогенезіндегі негізгі байланыс болып табылады:

- A) реперфузия және гипоксия
- B) гипергликемия және гиперлипидемия
- C) респираторлық ацидоз
- D) респираторлық алкалоз
- E) тромбоз және тромбоэмболия

147. Науқасқа басқарылатын тыныс арқылы операция жасалуда. Қандағы рН – 7,25; рСО₂ - 75 мм с.б.б. Газ ацидозын компенсациялауда шешуші маңызға ие:

- A) гемоглобин буфері
- B) өкпенің гипервентиляциясы
- C) калий мен кальцийдің орнына Н-ның жасушаларға енуі
- D) СО₂ шығарудың кешігуі
- E) негіздік фосфаттың қышқылға айналуының жоғарлауы

148. Науқас Н., 34 жаста, жол-көлік оқиғасы болған жерден ауыр жағдайда ауруханаға жеткізілді. Есі бұлыңғыр, АҚ 80/50 мм с.б.б., пульс минутына 120 рет, толуы әлсіз, тынысы жиі және беткей,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 36 беті

дене температурасы - 37,7 ° С. Науқастың қан қысымын төмендету механизмінде жетекші рөл атқарады:

- A) катехоламиндердің гиперсекрециясы
- B) глюкокортикоидтардың гипосекрециясы
- C) вазопрессиннің шамадан тыс өндірілуі
- D) альдостеронның гиперсекрециясы
- E) инсулиннің гиперсекрециясы

149.Бас ми ісігін алып тастау операциясы кезінде ми қыртысының функционалды аймақтарын бағалау үшін науқасты операция кезінде ояту қажет болды. Осы инновациялық бағыттың әдістемесін көрсетіңіз:

- A) awake surgery
- B) off line-extubation
- C) end of operation
- D) рекрутментманевр
- E) анестезия тереңдігін бағалау

150.Анестезия тереңдігін бағалау кезінде құрылғы модулі AI индексінің 40 мәнін көрсетті. Бұл нәтижені анестезиологиялық әдістемеге қатысты түсіндіріңіз:

- A) терең анестезия
- B) жеңіл седация
- C) терең седация
- D) ояту
- E) психомоторлық қозу

151.Периоперациондық кезеңдегі сана деңгейін бағалау кезінде анестезиолог анестезия тереңдігін бағалау модулін пайдаланып AI индексінің мәнін 100 тең екенін анықтады. Осы нәтижені түсіндіріңіз:

- A) есі анық
- B) терең седация
- C) терең анестезия
- D) психомоторлық қозу
- E) ұйқышылдық

152.Геморрагиялық шокпен асқынған қан кету дамығанда коагулограмма бойынша фибринолиз белгілері анықталды. Фибринолизді белсендіру үшін таңдамалы түрде қолданылатын препаратты көрсетіңіз:

- A) транексам қышқылы
- B) натрий этамзилаты
- C) реополиглюкин
- D) викасол
- E) аprotинин

153.Жоспарлы операция кезінде кеңірдектің күрделі интубациясына болжам жасалды (Маллампаи 4, тироментальді қашықтық 3 см, микрогнатия),осы жағдайда кеңірдек интубацияның ең альтернативті әдісін таңдау қажет:

- A) фиброоптикалық интубация
- B) видеоларингоскопты қолдану
- C) «саусақ бойынша»
- D) тек жоспарлы трахеостомия
- E) кеңірдектің ретроградты интубациясы

154.Ауруханаға ауыр травматикалық шокпен науқас жеткізілді. Сладж синдромының одан әрі дамуын болдырмау, АҚК қалпына келтіру, капиллярлық қан ағымын жақсарту және тіндік гипоксияны азайту үшін инфузиялық терапиядағы бастапқы ерітінділер болып табылады:

- A) кристаллоидты ерітінділер
- B) коллоидты ерітінділер
- C) қан өнімдері

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 37 беті

- D) тек альбумин
- E) аминқышқыл ерітінділері

155. Егер PaO_2 анықтаудың техникалық мүмкіндігі болмауына байланысты оттегімен қамтамасыз ету индексін (PaO_2/FiO_2) бағалау мүмкін болмаса, қанның оттегімен қамтамасыз етілуін шамамен бағалау үшін келесі қатынасты қолдануға болады:

- A) SpO_2/FiO_2
- B) $SpO_2/TAЖ$
- C) ЖЖЖ/сист АҚ
- D) ЖЖЖ/ТАЖ
- E) ЖЖЖ/ SpO_2

156. Науқас М., 74 жаста, қалалық аурухананың қабылдау бөліміне бас айналу, жүрек айну, әлсіздік, сол жақ аяқ-қолдарының ұны шағымдарымен түсті. Жедел жәрдем деңгейінде алғашқы көмек көрсеткенде АҚ 210/110 мм с.б.б. Қабылдау бөлімінде кезекші нейрореаниматолог анықтады: жалпы жағдайы ауыр, ЖЖЖ минутына 72 рет, синустық ритм, горизонтальді нистагм, Ромберг қалпында тұрақсыздық, сол жақты орталық гемипарез 4 баллға дейін. Менингеальді симптомдар жоқ. Ишемиялық инсульттің қарқынды терапиясы «емдік» аралығының негізгі бағыты болып табылады:

- A) тромболизис
- B) гепариндік терапия
- C) гемикраниотомия
- D) гемодиализация
- E) гипергидратация

157. 77 жастағы науқас әйел инсульт бөлімінің интенсивті терапия бөліміне сол жақ ортаңғы ми артериясы қойнауындағы ишемиялық типті ЖМҚБ алдын ала диагнозымен түсті. Динамикада сана деңгейінің тереңдеуі кома 1 дейін дамыды. ҚСЖ талдауында: рН 7,47, PO_2 - 60 ммоль/с.б.б., PCO_2 - 48 мм с.б.б., HCO_3 - 21,2 ммоль/л, лактат - 1,6, BE - 2,8 ммоль/л. ҚСЖ талдаңыз:

- A) тыныстық алкалоз, субкомпенсация
- B) метаболизмдік ацидоз, декомпенсация
- C) норма
- D) баземия
- E) аралас декомпенсацияланған ацидоз

158. 77 жастағы науқас әйел инсульт бөлімінің интенсивті терапия бөліміне сол жақ ортаңғы ми артериясы қойнауындағы ишемиялық типті ЖМҚБ алдын ала диагнозымен түсті. Динамикада сана деңгейінің тереңдеуі кома 1 дейін дамыды. Науқаста дамыған ықтимал асқынуды атаңыз:

- A) ми ісінуі
- B) өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- C) миокард инфарктісі
- D) мидың абсцесі
- E) гидроцефалия

159. 67 жастағы науқас бас миының ісінуімен асқынған ишемиялық типті ауқымды жедел ми қанайналымының бұзылысы диагнозымен ӨЖВ-да жатыр. Реанимациядағы 4-ші тәулікте сана деңгейі Глазго кома шкаласы бойынша 3 балл, окулоцефальді және окуловестибулярлық рефлексті жүргізгенде нистагм анықталмады. Ықтимал себебі болып табылады:

- A) мидің өлуі
- B) өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- C) үш қарыншалы гидроцефалияның дамуы
- D) изотониялық гипергидратация
- E) дизэлектrolиттік бұзылыс

160. Ишемиялық инсультпен ауыратын 52 жастағы науқаста емдік «терезе» кезінде селективті тромболиз жүргізу жоспарланған. Анамнезінде - 5 ай бұрын миокард инфарктісі. Бұл факт тромболизге қарсы көрсеткіш ...

- A) болып табылмайды

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары		57/11 () 38 беттің 38 беті

- B) болып табылады
- C) салыстырмалы
- D) болып табылмайды, егер науқас үнемі аспирин қабылдаса
- E) миокард инфарктісі емдеуді тоқтату немесе тромболиз критерийі болып табылмайды

161. Науқаста миға жасалған операциядан кейінгі бассүйек ішілік қысымы (ВЧД) 25 мм с.б.б. Церебральді перфузиялық қысымды (ЦПД) 70 мм с.б.б. деңгейінде ұстап тұру үшін қажетті орташа артериялық қысымның минималды мәні:

- A) 95 мм с.б.б.
- B) 105 мм с.б.б.
- C) 100 мм с.б.б.
- D) 90 мм с.б.б.
- E) 45 мм с.б.б.

162. 72 сағат бұрын болған омыртқа- жұлынның жарақатына байланысты мойын омыртқаларының спондилодезі жоспарланған. Бұл жағдайда анестезияға және бұлшықет релаксациясына қарсы көрсетілген препаратты көрсетіңіз:

- A) суксаметоний
- B) рокуроний бромиді
- C) пропофол
- D) фентанил
- E) кетамин

163. Эпидуральді кеңістікке L2-L3 деңгейінде 150 мг наропинді енгізгеннен кейін науқаста блоктың баяу дамуы, оның мозаикалығы және Горнер синдромының пайда болуы анықталды. Бұл көріністердің механизмін түсіндіріңіз:

- A) субдуральді блок дамыған
- B) әдеттегі эпидуральді блок дамыған
- C) жұлындық блок дамыған
- D) жұлын түбірі зақымданған
- E) анестетиктің байқаусызда тамыр арнасына түсуі

164. Бас-ми жарақатының нәтижесінде субдуральді гематоманы алып тастау операциясы кезінде ішкі мойындырық венасының пиязшығынан қан алынды: PvO_2 45 мм с.б.б., $PvCO_2$ 50 мм с.б.б., SvO_2 70%. Қанның газ құрамы өзгеру сипатын анықтаңыз:

- A) газ құрамы қалыпты, ми ісінуіне байланысты ми тінімен O_2 экстракциясы азайған
- B) газ құрамы қалыпты, SvO_2 төмендеуі байқалады
- C) айқын гиперкапния, PvO_2 қалыпты, жоғары SvO_2
- D) SvO_2 және PvO_2 қалыпты, гипокапния
- E) мидың гипоксиясы, оның ісінуі аясында ми тінінің O_2 экстракциясының жоғарлауы

165. PaO_2 100 мм с.б.б., FiO_2 0,4 мәнімен PSIMV режимінде мәжбүрлі желдету қолдауындағы науқастың оттегімен қамтамасыз ету индексін (ИО) анықтаңыз:

- A) 250 мм с.б.б.
- B) 100 мм с.б.б.
- C) 150 мм с.б.б.
- D) 200 мм с.б.б.
- E) 300 мм с.б.б.