**БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ**

1 Аралық бақылауға арналған бағдарлама сұрақтары

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

Пән коды: R-ZnBHSOOAKTAA

Пәннің атауы: Жақ-бет хирургиясындағы, стоматологиядағы және оториноларингологиядағы, офтальмологиядағы анестезия және қарқынды терапия. Амбулаториялық анестезиология

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі: 7 кредит, 210 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.

Жақ-бет хирургиясындағы, стоматологиядағы және оториноларингологиядағы, офтальмологиядағы анестезия және қарқынды терапия. Амбулаториялық анестезиология

**АБ-1**

**1 – нұсқа**

№1.

32 жастағы ер адам мұрын қалқасының айқын қисаюына және созылмалы мұрын бітелуіне байланысты жоспарлы риносептопластикаға дайындалуда. Анамнезінде аллергиялық ринит, дене салмағы индексі 32 кг/м², түнгі қорылдау және обструктивті ұйқы апноэсына күдік бар. Бұрын анестезия алмаған. Қарау кезінде ауыз ашылуы шектелген (3 см), Mallampati III–IV, мойын қозғалысы шектелген, төменгі жақ сәл артқа ығысқан. Жүрек соғу жиілігі 88 рет минутына, артериялық қысым 140/85 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 16 рет минутына, оттегімен қанығу 97%. Қан анализі қалыпты. Хирург операция барысында айқын қан кету мүмкін екенін және операция шамамен 2 сағатқа созылатынын хабарлады. Амбулаторлық жағдайда жүргізіледі, науқас сол күні шығарылуы тиіс.

Сұрақтар: 1) Қиын тыныс жолдарына күдік болғанда амбулаторлық жағдайда алдын ала бағалау және жоспарлау алгоритмі қандай 2) Индукция және интубация тактикасын қалай таңдайсыз 3) Интраоперациялық қан кетуді азайту үшін анестезиологиялық стратегия қандай 4) Операциядан кейінгі тыныс жолдарының обструкциясы қаупін басқару принциптері қандай 5) Амбулаторлық анестезиядан кейін қауіпсіз шығару критерийлері қандай.

№2.

68 жастағы әйел адамда қант диабетіне байланысты пролиферативті ретинопатия диагнозы қойылған, витрэктомия жоспарланған. Анамнезінде 2 типті қант диабеті, ишемиялық жүрек ауруы, бұрынғы миокард инфаркті (3 жыл бұрын), артериялық гипертензия. Тұрақты түрде антиагреганттар қабылдайды. Қарау кезінде жағдайы қанағаттанарлық, жүрек соғу жиілігі 72 рет минутына, артериялық қысым 150/90 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына, оттегімен қанығу 96%. Эхокардиографияда сол жақ қарыншаның лықсыту фракциясы 45%. Қанда глюкоза 11 ммоль/л. Операция жергілікті (парабульбарлық) анестезиямен, седациямен жүргізілуі жоспарланған. Науқас мазасыз, операция кезінде қозғалу қаупі бар.

Сұрақтар: 1) Жергілікті анестезия мен седацияны таңдау кезінде кардиологиялық қауіптерді бағалау принциптері қандай 2) Седация деңгейін және препараттарды қалай таңдайсыз 3) Парабульбарлық блок асқынулары дамығанда әрекет алгоритмі қандай 4) Қант диабеті бар науқаста периоперациялық гликемиялық бақылау тактикасы қандай 5) Амбулаторлық офтальмологиялық операциядан кейінгі бақылау және шығару критерийлері қандай.

№3.

19 жастағы ер адам созылмалы декомпенсацияланған тонзиллитке байланысты жалпы анестезиямен тонзиллэктомия жасатқан, операция асқынусыз өткен, сол күні үйіне шығарылған. Операциядан кейін 6 сағат өткен соң кенеттен ауыз қуысынан қан кету басталған, бірнеше рет қан жұтқан, кейін әлсіздік және бас айналу пайда болған. Жедел жәрдеммен қайта жеткізілді. Қабылдау кезінде мазасыз, тері бозғылт, ауыз қуысында қан ұйындысы бар, жұтыну қиындаған. Жүрек соғу жиілігі 132 рет минутына, артериялық қысым 85/50 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 26 рет минутына, оттегімен қанығу 92%. Қан анализінде гемоглобин 88 г/л (динамикада төмендеу күтіледі), коагулограмма шекаралық өзгерген. Асқазанында қан болуы мүмкін (жұтылған қан). Тыныс жолдарының обструкциясы және гиповолемиялық шок қаупі бар. Шұғыл ревизия қажет.

Сұрақтар: 1) Посттонзиллэктомиялық қан кетудің патофизиологиясы және қауіп факторлары қандай 2) Қайта операция алдында тыныс жолдарын қамтамасыз ету тактикасы қандай 3)

Гиповолемиялық шокты басқару алгоритмі қандай 4) Интубация кезінде аспирация қаупін азайту стратегиясы қандай 5) Қайталама амбулаторлық шығару критерийлері қандай.

№4.
41 жастағы ер адам жол-көлік апатынан кейін жеткізілді. Төменгі жақ аймағында айқын деформация, ауыз ашылуы шектелген, тіл артқа ығысқан, сілекей ағу байқалады. Сөйлегенде ауырсыну, жұтыну қиындаған. Санасы анық, бірақ мазасыз. Жүрек соғу жиілігі 110 рет минутына, артериялық қысым 150/90 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 22 рет минутына, оттегімен қанығу 95%. Ауыз қуысында қан іздері бар. Рентгенографияда төменгі жақтың көп сынықты сынуы анықталған. Шұғыл хирургиялық фиксация жоспарланған. Қиын тыныс жолдарына және аспирация қаупіне күдік бар. Асқазан толық болуы мүмкін.
Сұрақтар: 1) Челюстно-лицевая жарақатта тыныс жолдарын бағалау және қиын интубация алгоритмі қандай 2) Жедел индукция (rapid sequence induction) көрсеткіштері қандай 3) Оро- немесе назотрахеалдық интубацияны таңдау принциптері қандай 4) Интраоперациялық қан кету мен ісінудің тыныс жолдарына әсерін басқару тактикасы қандай 5) Операциядан кейінгі кезеңде тыныс жолдарын қауіпсіз экстубациялау критерийлері қандай.

№5.
45 жастағы ер адамда көптік тістерді бір мезгілде жұлу және имплантациялау жоспарланған. Анамнезінде артериялық гипертензия, дене салмағы индексі 36 кг/м², айқын қорылдау, түнгі тыныс тоқтауы эпизодтары (ресми диагноз қойылмаған), гастроэзофагеалдық рефлюкс. Бұрын қысқа седация кезінде тынысы баяулағаны туралы мәлімет бар. Қарау кезінде Mallampati IV, мойын қысқа, иек артқа ығысқан. Жүрек соғу жиілігі 92 рет минутына, артериялық қысым 150/95 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына, оттегімен қанығу 96%. Қан анализі қалыпты. Операция амбулаторлық жағдайда, шамамен 90 минутқа жоспарланған. Индукциядан кейін маска арқылы вентиляция қиын, сатурация 85% дейін төмендеді. Қосымша манипуляциялар қажет болды. Операциядан кейін қалпына келу бөлмесінде ұйқышылдық сақталып, гиповентиляция эпизодтары байқалды.
Сұрақтар: 1) Обструктивті ұйқы апноэсы бар науқаста амбулаторлық анестезияға қауіп стратификациясы қалай жүргізіледі 2) Қиын маскалық вентиляцияда кезеңдік алгоритм қандай 3) Интраоперациялық анестезиялық препараттарды таңдау принциптері қандай 4) Постоперациялық тыныс жеткіліксіздігін ерте анықтау және басқару тактикасы қандай 5) Мұндай науқаста амбулаторлық шығару критерийлері қандай.

Жақ-бет хирургиясындағы, стоматологиядағы және оториноларингологиядағы, офтальмологиядағы анестезия және қарқынды терапия. Амбулаториялық анестезиология

**АБ– 1**
**2 – нұсқа**

№1.
38 жастағы әйел адамда бірнеше тісті бір мезгілде жұлу және имплантациялау жоспарланған. Анамнезінде айқын соматикалық патология жоқ, бірақ мазасыздыққа бейім. Жүрек-қантамырлық аурулар жоқ. Қарау кезінде жүрек соғу жиілігі 84 рет минутына, артериялық қысым 125/80 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 16 рет минутына, оттегімен қанығу 98%. Операция амбулаторлық жағдайда, инфильтрациялық және өткізгіштік анестезиямен жүргізілуде. Қысқа уақыт ішінде үлкен көлемде артикаин ерітіндісі енгізілген. Инъекциядан кейін 2–3 минуттан соң науқаста ауыз айналасында жансыздану, бас айналу, құлақтағы шу, кейін мазасыздық, сөйлеудің бұзылуы байқалды. Бірнеше секундтан кейін генерализацияланған тоникалық-клоникалық құрысу дамыды. Мониторингте жүрек соғу жиілігі 140 рет минутына дейін жиіледі, кейін қарыншалық

экстрасистолиялар пайда болды, артериялық қысым төмендей бастады. Оттегімен қанығу 90% дейін азайды. Жергілікті анестетиктің жүйелік уыттылығына күдік бар.
Сұрақтар: 1) Жергілікті анестетиктің жүйелік уыттылығының патофизиологиясы қандай 2) Құрысу дамығанда жедел әрекет алгоритмі қандай 3) Липидтік эмульсия терапиясының механизмі және енгізу тактикасы қандай 4) Кардиоуытты асқынуларды басқару ерекшеліктері қандай 5) Амбулаторлық жағдайда мұндай асқынудың алдын алу принциптері қандай.

№2.
27 жастағы әйел адам дауыс желбезектеріндегі полипке байланысты микроларингоскопияға дайындалуда. Анамнезінде бронхиальды астма (жеңіл интермиттирлеуші түрі), аллергиялық ринит бар. Соңғы 2 аптада жедел респираторлық инфекциядан кейін қалдық жөтел сақталған. Қарау кезінде жүрек соғу жиілігі 88 рет минутына, артериялық қысым 120/75 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына, оттегімен қанығу 97%. Өкпеде сирек құрғақ сырылдар естіледі. Жалпы анестезия қысқа мерзімге жоспарланған, операция 30–40 минутқа созылады. Экстубациядан кейін бірнеше минут ішінде науқаста кенеттен инспираторлық стридор, тыныстың тоқтауы, кеуде экскурсиясының азаюы байқалды. Оттегімен қанығу 85%, кейін 70% дейін төмендеді. Тері көгерді, жүрек соғу жиілігі 120 рет минутына дейін жиіледі. Ларингоспазмға күдік бар.
Сұрақтар: 1) Ларингоспазмның патофизиологиялық механизмдері қандай 2) Жедел гипоксемия кезінде кезеңдік әрекет алгоритмі қандай 3) Бұл науқаста қауіп факторлары қандай 4) Ларингоспазмның алдын алу стратегиялары қандай 5) Мұндай асқынудан кейін амбулаторлық бақылау және шығару критерийлері қандай.

№3.
14 жастағы жасөспірімде страбизмді түзету операциясы жалпы анестезиямен жоспарланған. Анамнезінде созылмалы аурулар жоқ. Қарау кезінде жағдайы қанағаттанарлық, жүрек соғу жиілігі 78 рет минутына, артериялық қысым 110/70 мм сын.бағ. Индукция және интубация асқынусыз өтті. Операция барысында көз бұлшықеттерін тарту кезінде кенеттен жүрек соғу жиілігі 40 рет минутына дейін төмендеп, кейін 10–15 секундтық асистолия тіркелді. Артериялық қысым төмендеді. Оттегімен қанығу қысқа уақытқа 90% дейін азайды. Хирургиялық манипуляция тоқтатылды. Атропин енгізілгеннен кейін ырғақ қалпына келді. Операция жалғастырылды, бірақ рефлекс қайталану қаупі сақталады.
Сұрақтар: 1) Окулокардиальды рефлекстің патофизиологиясы қандай 2) Интраоперациялық брадикардия дамығанда шұғыл әрекет алгоритмі қандай 3) Рефлекстің алдын алу үшін профилактикалық шаралар қандай 4) Балалардағы анестезия кезінде вегетативтік реакциялардың ерекшеліктері қандай 5) Мұндай асқынудан кейін амбулаторлық бақылау және шығару критерийлері қандай.

№4.
29 жастағы әйел адамда мұрын қалқасының қисаюына байланысты жоспарлы септопластика жалпы анестезиямен жүргізілуде. Анамнезінде маусымдық аллергиялық ринит, тағамдық аллергия жоқ, бұрын анестезия алған, асқынусыз өткен. Қарау кезінде жүрек соғу жиілігі 82 рет минутына, артериялық қысым 120/75 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 16 рет минутына, оттегімен қанығу 98%. Индукция пропофол, опиоид және бұлшықет релаксанты енгізумен жүргізілді. Интубация асқынусыз өтті. Операция басталғаннан кейін 5–7 минут ішінде кенеттен артериялық қысым 120/75-тен 60/30 мм сын.бағ.-қа дейін төмендеді, жүрек соғу жиілігі 130 рет минутына дейін жиіледі, оттегімен қанығу 90% дейін азайды. Өкпеде экспираторлық сырылдар, вентиляция қысымының жоғарылауы байқалды. Теріде эритематозды бөртпе және ісіну пайда болды. Анафилаксияға күдік бар.
Сұрақтар: 1) Интраоперациялық анафилаксияның патофизиологиясы қандай 2) Жедел емдік алгоритм және адреналин енгізу тактикасы қандай 3) Интраоперациялық бронхоспазмды басқару принциптері қандай 4) Инфузиялық терапия және вазопрессорлық қолдау ерекшеліктері қандай 5)

Амбулаторлық жағдайда мұндай асқынудан кейінгі бақылау және госпитализация шешімін қабылдау критерийлері қандай.

№5.
74 жастағы ер адам катарактаға байланысты факоэмульсификация операциясына дайындалуда. Анамнезінде созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, жүрекшелер фибрилляциясы, варфарин қабылдайды. Артериялық гипертензия, созылмалы обструктивті өкпе ауруы бар. Қарау кезінде жүрек соғу жиілігі 88 рет минутына, ырғақсыз, артериялық қысым 145/85 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 20 рет минутына, оттегімен қанығу 94% (базалық). Халықаралық қалыптасқан қатынас 2,4. Операция жергілікті (топикалық) анестезиямен және жеңіл седациямен жоспарланған. Седация барысында науқас ұйқышыл болып, тыныс жиілігі 8–10 рет минутына дейін төмендеді, соңғы тыныс көмірқышқыл газының деңгейі жоғарылады, оттегімен қанығу 88% дейін азайды. Бронхоспазм белгілері жоқ, бірақ гиповентиляция айқын.
Сұрақтар: 1) Қарт және өкпелік патологиясы бар науқаста седацияның қауіп факторлары қандай 2) Гиповентиляцияны ерте анықтау және мониторинг әдістері қандай 3) Седацияны түзету және тыныс қолдау алгоритмі қандай 4) Антикоагулянт қабылдайтын науқаста офтальмологиялық операцияға дайындық принциптері қандай 5) Амбулаторлық шығару алдында бағалау критерийлері қандай.

**БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ**

2 Аралық бақылауға арналған бағдарлама сұрақтары

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

Пән коды: R-ZnBHSOOAKTAA

Пәннің атауы: Жақ-бет хирургиясындағы, стоматологиядағы және оториноларингологиядағы, офтальмологиядағы анестезия және қарқынды терапия. Амбулаториялық анестезиология

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі: 7 кредит, 210 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.

Жақ-бет хирургиясындағы, стоматологиядағы және оториноларингологиядағы, офтальмологиядағы анестезия және қарқынды терапия. Амбулаториялық анестезиология

**АБ-2**

**1 - нұсқа**

№1.

34 жастағы ер адам созылмалы мұрын бітелуі және мұрын қалқасының айқын қисаюына байланысты жоспарлы риносептопластикаға қабылданды. Анамнезінде маусымдық аллергиялық ринит, бұрын пенициллинге аллергиялық реакция болғаны туралы айтады (тері бөртпесі түрінде), семіздік I дәрежесі (ДСИ 31 кг/м²), түнгі қорылдау бар. Бұрын жалпы анестезия алмаған. Қарау кезінде Mallampati III–IV, ауыз ашылуы 3 см, мойын қысқа, иек артқа ығысқан. Жүрек соғу жиілігі 90 рет минутына, артериялық қысым 135/85 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 16 рет минутына, оттегімен қанығу 97%. Қан анализі қалыпты.

Индукция кезінде маскалық вентиляция қиын, қосымша маневрлер қолданылды. Интубация видеоларингоскоп көмегімен жүзеге асырылды. Операция басталғаннан кейін 10 минут ішінде антибиотик енгізілген соң кенеттен артериялық қысым 130/80-нен 60/30 мм сын.бағ.-қа дейін төмендеді, жүрек соғу жиілігі 140 рет минутына дейін жиіледі, өкпеде экспираторлық сырылдар пайда болды, вентиляция қысымы жоғарылады, теріде эритематозды бөртпе байқалды. Анафилаксияға күдік туындады. Адреналин енгізіліп, гемодинамика біртіндеп тұрақтанды. Операция аяқталғаннан кейін экстубация сәтінде науқаста инспираторлық стридор, тыныстың тоқтауы, сатурацияның 82% дейін төмендеуі байқалды, ларингоспазм дамыды. Қысқа уақыттық оң қысымды вентиляция және бұлшықет релаксант енгізу арқылы жағдай тұрақтандырылды.

Сұрақтар: Бұл науқаста қиын тыныс жолдарын алдын ала бағалау және жоспарлау алгоритмі қандай? Интраоперациялық анафилаксияны кезеңдік басқару алгоритмі қандай? Анафилаксиядан кейін операцияны жалғастыру туралы шешімді қандай критерийлерге сүйене отырып қабылдайсыз? Ларингоспазм дамығанда кезеңдік әрекет тактикасы қандай? Бірнеше ауыр анестезиологиялық асқынудан кейін амбулаторлық шығару мүмкіндігін бағалау критерийлері қандай?

№2.

42 жастағы әйел адамда бірнеше тісті жұлу және имплантациялау жоспарланған. Анамнезінде артериялық гипертензия, созылмалы гастроэзофагеалдық рефлюкс, мазасыздық бұзылысы бар. Жүрек соғу жиілігі 84 рет минутына, артериялық қысым 145/90 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына, оттегімен қанығу 98%. Қан анализі қалыпты. Амбулаторлық жағдайда өткізгіштік және инфильтрациялық анестезия жүргізілді, қысқа уақыт ішінде салыстырмалы үлкен көлемде жергілікті анестетик енгізілді. Бірнеше минуттан кейін науқаста бас айналу, құлақтағы шу, сөйлеудің бұзылуы пайда болды, кейін генерализацияланған құрысу дамыды. Мониторингте жүрек соғу жиілігі 150 рет минутына дейін жиіледі, кейін қарыншалық тахикардия тіркелді, артериялық қысым төмендеді. Құрысулар кезінде асқазан мазмұны аспирацияланған болуы мүмкін. Интубация жасалды, өкпеде ылғалды сырылдар анықталды, сатурация 88%. Қан газында гипоксемия және метаболикалық ацидоз. Жергілікті анестетиктің жүйелік уыттылығы және аспирациялық пневмонитке күдік бар.

Сұрақтар: Жергілікті анестетиктің жүйелік уыттылығының патофизиологиясы қандай? Құрысу және қарыншалық аритмия дамығанда шұғыл басқару алгоритмі қандай? Липидтік эмульсия терапиясының механизмі және қолдану тактикасы қандай? Аспирациялық пневмонит дамығанда вентиляциялық стратегия қандай? Осындай көпкомпонентті асқынудан кейін амбулаторлық емдеу тактикасы және госпитализация көрсеткіштері қандай?

№3.
23 жастағы ер адам 7 күн бұрын созылмалы тонзиллитке байланысты жалпы анестезиямен тонзиллэктомия жасатқан, операция асқынусыз өткен, сол күні үйіне шығарылған. Соңғы 2 сағат ішінде кенеттен ауыз қуысынан мол қан кету басталған, бірнеше рет қан жұтқан, әлсіздік, бас айналу, қарауыту пайда болған. Жедел жәрдеммен жеткізілді. Қабылдау кезінде мазасыз, тері бозғылт, суық тер. Ауыз қуысында қан ұйындысы бар, белсенді қан кету жалғасуда. Жүрек соғу жиілігі 140 рет минутына, артериялық қысым 75/40 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 28 рет минутына, оттегімен қанығу 90%. Қан анализінде гемоглобин 82 г/л, лактат 9 ммоль/л, pH 7,21. Асқазаны қанға толуы мүмкін. Қайта операциялық гемостаз қажет. Ауыз ашылуы шектелген, қан және ісіну интубацияны қиындатады. Аспирация қаупі жоғары, гиповолемиялық шок дамыған.
Сұрақтар: Посттонзиллэктомиялық кеш қан кетудің патофизиологиясы және қауіп факторлары қандай? Гиповолемиялық шокты жедел басқару алгоритмі қандай? Қиын тыныс жолдары және аспирация қаупі жағдайында индукция және интубация тактикасы қандай? Қан жоғалтуды интраоперациялық басқару принциптері қандай? Операциядан кейінгі кезеңде интенсивті терапия және экстубация критерийлері қандай?

№4.
16 жастағы жасөспірімде страбизмге байланысты жоспарлы операция жалпы анестезиямен жүргізілуде. Анамнезінде айқын соматикалық патология жоқ. Индукция және интубация асқынусыз өтті. Операция барысында көз бұлшықетін тарту кезінде кенеттен жүрек соғу жиілігі 35 рет минутына дейін төмендеп, кейін асистолия тіркелді. Артериялық қысым анықталмайды. Хирургиялық манипуляция дереу тоқтатылды. Жедел реанимациялық шаралар басталып, атропин енгізілді, кеуде компрессиясы қысқа уақыт жүргізілді, жүрек ырғағы қалпына келді. Қан газында метаболикалық ацидоз, лактат 7 ммоль/л. Операция аяқталды. Экстубация алдында науқас тұрақсыз, брадикардия эпизодтары қайталануда.
Сұрақтар: Окулокардиальды рефлекстің нейрофизиологиялық механизмі қандай? Интраоперациялық асистолия кезінде әрекет ету алгоритмі қандай? Қайталама брадикардияның алдын алу шаралары қандай? Постреанимациялық кезеңде мониторинг және интенсивті терапия принциптері қандай? Мұндай жағдайдан кейін амбулаторлық режимде қалдыру мүмкін бе, әлде госпитализация көрсетілген бе?

№5.
52 жастағы ер адам 5 күн бұрын төменгі жақ аймағындағы тіс ауруынан кейін бетінің ісінуі, ауыз ашудың қиындауы, жұтынудың ауырсынуы, дене қызуының көтерілуі байқалғанын айтады. Соңғы 24 сағатта ісіну күшейген, тыныс алуы қиындаған, сілекей ағу, дауыстың қарлығуы пайда болған. Анамнезінде 2 типті қант диабеті (инсулинге тәуелді емес), артериялық гипертензия бар. Үй жағдайында антибиотик қабылдаған, бірақ әсер болмаған. Қабылдау кезінде жағдайы өте ауыр. Санасы анық, бірақ мазасыз. Бет және мойын аймағында айқын инфильтрация, гиперемия, тері керілген. Ауыз ашылуы 1,5–2 см ғана. Тіл ісінген, артқа ығысқан. Сілекей ағу бар. Жүрек соғу жиілігі 128 рет минутына, артериялық қысым 90/55 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 30 рет минутына, инспираторлық стридор естіледі, оттегімен қанығу 91%. Дене температурасы 39,2°C. Қан анализінде лейкоцитоз $22\times10^9$/л, С-реактивті ақуыз жоғары, глюкоза 18 ммоль/л, креатинин 210 мкмоль/л, лактат 6,8 ммоль/л. Қан газында метаболикалық ацидоз. Компьютерлік томографияда төменгі жақасты және мойын фасциалды кеңістіктерінде абсцесс және газ көпіршіктері анықталған. Сепсис және тыныс жолдарының жедел обструкциясы қаупі бар. Шұғыл хирургиялық дренаж көрсетілген.

Сұрақтар: Бұл жағдайда сепсистің патофизиологиясы және шоктың түрін анықтау критерийлері қандай? Қиын тыныс жолдары жағдайында тыныс жолдарын қамтамасыз ету тактикасы қандай? Индукция кезінде гемодинамикалық тұрақсыздықты болдырмау стратегиясы қандай? Интраоперациялық және ерте постоперациялық интенсивті терапия алгоритмі қандай? Мұндай науқасты амбулаторлық форматта жүргізу мүмкін бе, әлде міндетті түрде стационарлық емдеу қажет пе?

Жақ-бет хирургиясындағы, стоматологиядағы және оториноларингологиядағы, офтальмологиядағы анестезия және қарқынды терапия. Амбулаториялық анестезиология

**АБ-2**

**2 - нұсқа**

№1.

36 жастағы ер адам мұрын қалқасының қисаюына байланысты жоспарлы септопластикаға қабылданды. Анамнезінде созылмалы синусит, темекі шегу 15 жыл, гастроэзофагеалдық рефлюкс бар. Бұрын анестезия асқынусыз өткен. Қарау кезінде Mallampati II, ауыз ашылуы жеткілікті. Жүрек соғу жиілігі 86 рет минутына, артериялық қысым 130/80 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 16 рет минутына, оттегімен қанығу 98%. Қан анализі қалыпты. Операция гипотензиялық анестезия фонында жүргізілуде. Операция барысында кенеттен айқын қан кету басталды, хирургиялық өрісте көрініс нашарлады. Бірнеше минут ішінде артериялық қысым 120/75-тен 70/40 мм сын.бағ.-қа дейін төмендеді, жүрек соғу жиілігі 135 рет минутына дейін жиіледі. Қан жоғалту шамамен 900–1000 мл деп бағаланды. Ларингальды түтікте қан іздері байқалды, аспирация қаупі бар. Қан газында метаболикалық ацидоз, лактат 7,5 ммоль/л. Гемоглобин 85 г/л.

Сұрақтар: Гипотензиялық анестезияның физиологиялық негіздері және қарсы көрсеткіштері қандай? Массивті қан кету кезінде гемодинамикалық басқару алгоритмі қандай? Қан компоненттерін құю көрсеткіштері және трансфузиялық стратегия қандай? Аспирация қаупі туындағанда әрекет ету тактикасы қандай? Осындай асқынулардан кейін амбулаторлық шығару мүмкін бе, әлде интенсивті терапия бөліміне жатқызу көрсетілген бе?

№2.

48 жастағы әйел адам созылмалы гайморитке байланысты жоспарлы эндоскопиялық гайморотомияға қабылданды. Анамнезінде бронхиальды астма (соңғы 6 айда 2 рет өршу болған), аллергиялық ринит, тұрмыстық шаңға аллергия. Тұрақты түрде ингаляциялық глюкокортикоид және β2-агонист қолданады. Соңғы аптада жеңіл жөтел сақталған. Қарау кезінде жүрек соғу жиілігі 96 рет минутына, артериялық қысым 140/85 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 20 рет минутына, оттегімен қанығу 95%. Өкпеде сирек құрғақ сырылдар естіледі. Қан анализі қалыпты, эозинофилия бар.

Жалпы анестезиямен операция басталды. Интубация асқынусыз өтті. Операция барысында антибиотик енгізілгеннен кейін бірнеше минут ішінде вентиляция қысымы күрт жоғарылады, экспираторлық фаза ұзарды, өкпеде айқын құрғақ сырылдар естілді. Оттегімен қанығу 96%-дан 82%-ға дейін төмендеді. Артериялық қысым 120/80-нен 85/50 мм сын.бағ.-қа дейін азайды, жүрек соғу жиілігі 130 рет минутына дейін жиіледі. Теріде дақты гиперемия байқалды. Бронхоспазм және анафилаксия арасында дифференциалды диагноз қажет. Қан газында гиперкапния және респираторлық ацидоз белгілері анықталды.

Сұрақтар: Бронхоспазм мен анафилаксияның патофизиологиялық айырмашылықтары қандай? Интраоперациялық жедел бронхоспазм кезінде кезеңдік басқару алгоритмі қандай? Анафилаксия күдігінде адреналинді қолдану тактикасы қандай? Интраоперациялық гипоксемия және

гиперкапнияны түзету принциптері қандай? Осындай асқынудан кейін амбулаторлық емдеу мүмкін бе, әлде стационарлық бақылау қажет пе?

№3.
72 жастағы ер адам катаракта факоэмульсификациясына қабылданды. Анамнезінде ишемиялық жүрек ауруы, 2 рет миокард инфаркті, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі (сол жақ қарынша лықсыту фракциясы 35%), жүрекшелер фибрилляциясы, варфарин қабылдайды, 2 типті қант диабеті бар. Қарау кезінде жүрек соғу жиілігі 90 рет минутына, ырғақсыз, артериялық қысым 160/95 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына, оттегімен қанығу 95%. Халықаралық қалыптасқан қатынас 2,3. Глюкоза 12 ммоль/л.
Операция топикалық анестезия және көктамырішілік жеңіл седациямен жүргізілуде. Седация барысында науқас ұйқышыл болып, артериялық қысым 160/95-тен 85/50 мм сын.бағ.-қа дейін төмендеді, жүрек соғу жиілігі 110 рет минутына дейін жиіледі. Бірнеше минут ішінде науқаста сөйлеу бұзылысы және оң қол әлсіздігі байқалды. Қысқа уақыттық неврологиялық дефицит эпизоды тіркелді. Қан газында айқын бұзылыс жоқ, бірақ глюкоза 14 ммоль/л дейін жоғарылаған. Гипотензияға байланысты церебральды гипоперфузияға күдік бар.
Сұрақтар: Қарт кардиологиялық науқаста амбулаторлық анестезияға қауіп стратификациясы қалай жүргізіледі? Седация кезінде гипотензия дамығанда басқару алгоритмі қандай? Церебральды гипоперфузияның алдын алу үшін мақсатты гемодинамикалық көрсеткіштер қандай? Антикоагулянт қабылдайтын науқаста неврологиялық асқыну дамығанда тактика қандай? Мұндай жағдайдан кейін амбулаторлық шығару мүмкін бе, әлде міндетті түрде госпитализация көрсетілген бе?

№4.
37 жастағы ер адам созылмалы декомпенсацияланған тонзиллитке байланысты жоспарлы тонзиллэктомияға қабылданды. Анамнезінде семіздік II дәрежесі (ДСИ 38 кг/м²), айқын қорылдау, түнгі тыныс тоқтауы эпизодтары (обструктивті ұйқы апноэсы диагнозы қойылған, бірақ тұрақты ем қабылдамайды), артериялық гипертензия. Бұрын қысқа анестезия кезінде ояну кезеңінде тыныс жеткіліксіздігі болған. Қарау кезінде Mallampati IV, мойын қысқа және жуан, ауыз ашылуы шектелген. Жүрек соғу жиілігі 94 рет минутына, артериялық қысым 150/95 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 18 рет минутына, оттегімен қанығу 96%. Қан анализі қалыпты.
Индукция кезінде маскалық вентиляция қиын, сатурация қысқа уақытқа 88% дейін төмендеді, қосымша ауа жолы құрылғылары қолданылды. Интубация видеоларингоскоп көмегімен орындалды. Операция салыстырмалы тұрақты өтті. Экстубациядан кейін қалпына келу бөлмесінде науқаста гиповентиляция, ұйқышылдық, сатурацияның 85–88% дейін төмендеуі байқалды. Біраз уақыттан кейін ауыз қуысынан қан кету басталып, жұтыну қиындады, тахикардия 130 рет минутына дейін жиіледі, артериялық қысым 90/60 мм сын.бағ. дейін төмендеді. Қайталама қан кету және тыныс жолдарының обструкциясы қаупі бар.
Сұрақтар: Обструктивті ұйқы апноэсы бар науқаста амбулаторлық анестезияға қарсы көрсеткіштер мен қауіп стратификациясы қандай? Қиын маскалық вентиляция кезінде кезеңдік алгоритм қандай? Постоперациялық тыныс жеткіліксіздігін ерте анықтау және басқару принциптері қандай? Қайталама қан кету және гиповолемия кезінде шұғыл тактика қандай? Осындай асқынулардан кейін амбулаторлық режимде қалдыруға бола ма, әлде интенсивті терапия бөліміне жатқызу көрсетілген бе?

№5.
44 жастағы ер адам тұрмыстық жарақаттан кейін жеткізілді. Бет аймағында айқын деформация, жоғарғы жақтың қозғалмалы фрагменттері, мұрыннан және ауыздан қан кету байқалады. Анамнезінде ишемиялық жүрек ауруы, темекі шегу 20 жыл. Жарақаттан кейін 3 сағат өткен, соңғы тамақтану уақыты белгісіз. Қарау кезінде санасы анық, бірақ мазасыз, сөйлеуі түсініксіз. Жүрек соғу жиілігі 112 рет минутына, артериялық қысым 145/90 мм сын.бағ., тыныс жиілігі 24 рет

минутына, оттегімен қанығу 94%. Ауыз ашылуы шектелген, қан және жұмсақ тін ісінуі тыныс жолдарын бағалауды қиындатады. Асқазан толық болуы мүмкін, аспирация қаупі жоғары. Шұғыл хирургиялық фиксация жоспарланған. Жедел индукция (rapid sequence induction) жүргізілді. Интубация қиын болды, қысқа уақыттық гипоксемия байқалды. Операция барысында қарыншалық экстрасистолиялар және тахикардия эпизодтары тіркелді. Бір сәтте вентиляция кезінде асқазан мазмұнының аспирациясына күдік туындады, сатурация 88% дейін төмендеді, өкпеде ылғалды сырылдар естілді. Қан газында гипоксемия және жеңіл метаболикалық ацидоз. Сұрақтар: Жақ-бет жарақатта тыныс жолдарын бағалау және жедел индукцияның көрсеткіштері қандай? Аспирация қаупін азайту үшін қандай профилактикалық шаралар қолданылады? Интраоперациялық аритмия дамығанда басқару алгоритмі қандай? Аспирациялық асқыну күдігінде вентиляциялық стратегия қандай? Мұндай науқасты амбулаторлық форматта жүргізу мүмкін бе, әлде міндетті түрде стационарлық бақылау және интенсивті терапия қажет пе?

## БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

### практикалық дағдылар тізімі

Назотрахеальды интубация
Ингаляциялық анестезия
Көктамыр ішіне анестезия
Бет маскасымен мәжбүрлі желдету
Ларингеальды масканы орнату
Негізгі жүрек-өкпе реанимациясы
Кеңейтілген жүрек-өкпе реанимациясы

«Анестезиология және реаниматология (ересектер, балалар)» мамандығы бойынша 3 курс резиденттеріне арналған «Жақ-бет хирургиясындағы, стоматологиядағы және оториноларингологиядағы, офтальмологиядағы анестезия және қарқынды терапия. Амбулаториялық анестезиология» циклі бойынша емтихан сұрақтары (7 кредит- 110 сұрақ)

1.Операция алдында науқасты тексеру кезінде анестезиолог Пьер-Робен синдромы бар екенін анықтады. Операция кезінде тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қамтамасыз ету үшін кеңірдектің интубациясы және ӨЖВ қажеттілігіне байланысты дұрыс тактиканы таңдаңыз:
A) жергілікті анестезиямен фиброоптикалық оптиканы қолдану арқылы санадағы кеңірдекті оротрахеальді интубациялау
B) науқастың седациясы және бұлшықет релаксациясынан кейін «классикалық» кеңірдектің ортотрахеальді интубациясы
C) науқастың седациясы және бұлшықет релаксациясынан кейін Мэгилл қысқышын қолдану арқылы кеңірдектің назотрахеальды интубациясы
D) алдын ала трахеостома орнату
E) кеңірдек интубациясы көрсетілмеген, ларингеальді маска қолдану қажет

2.Жоспарлаған көлемді қуысты операция алдында анестезиолог науқаста күрделі кеңірдек интубациясы қаупін бағалау кезінде ауыз қуысын тексерді, Маллампати шкаласы бойынша 4-дәреже. Анамнезінде- Бехтерев ауруы. Анестезияға енгізу кезінде тыныс алу жолдарының өткізгіштігін сақтау үшін дұрыс емес тактиканы таңдаңыз:
A) алдын ала науқастың седациясы және бұлшықет релаксациясынан кейін «классикалық» әдіспен тікелей ларингоскопия арқылы оротрахеальды интубация
B) жергілікті анестезиямен тікелей ларингоскопия арқылы есі бар науқасты ортотрахеальды интубациялау
C) науқастың санасын сақтай отырып, жергілікті анестезиямен бронхоскопты қолдану арқылы кеңірдекті интубациялау
D) Combitube көмегімен оротрахеальды интубация
E) жергілікті анестезиямен тікелей ларингоскопия арқылы есі бар науқасты назотрахеальды интубациялау

3.Жоспарланған хирургиялық операция соңында бұлшықет тонусының қалпына келуі және адекватты өздігінен тыныс алу аясында анестезиолог кеңірдектің экстубациясын жүргізді. Бір минуттан кейін науқаста перифериялық цианоз, «әтеш» дауысы тәрізді тыныс- стридор, кеуде қуысының серпімді аймақтарының тартылуы, қанның сатурациясы 83% дейін төмендеуі пайда болды. Бұл симптоматиканың дамуы байланысты:
A) ларингоспазм
B) бронхиоласпазм
C) бронхоспазм
D) төменгі тыныс жолдарының обструкциясы
E) спонтанды пневмоторакс

4.Лидокаин спрейінің 10% ерітіндісі арқылы жергілікті анестезиямен кеңірдекті оротрахеальді интубациялау кезінде науқаста есінің есеңгіреуге дейін бұзылуы, кенеттен және күрт артериялық гипотензия, толуы және кернеулігі әлсіз пульс және брадипноэ тіркелді. Дамыған клиникалық көріністердің ықтимал себебін көрсетіңіз:
A) Анафилактикалық шок
B) Жедел ми қанайналымының бұзылысы
C) Миокард инфарктісі
D) Лидокаиннің токсикалық әсері
E) Бронхоспазм

5.Кеңірдекті оротрахеальді интубациялау кезінде анестезиолог дыбыс саңылауының артқы бөлігі ғана көрінетінін анықтады. Көмейді жеңіл басқан кезде көру аймағында ожаутәрізді шеміршек және бүкіл дыбыс саңылауы көрінеді. Бұл жағдайда Кормак-Лехан шкаласы бойынша көмей құрылымдарының визуализация дәрежесін көрсетіңіз:
A) 2
B) 1
C) 3
D) 4
E) 5

6. Релаксанттар қолданбай нейролептанальгезиямен жүргізілген операциядан соң, науқаста дене бұлшықеттерінің құрысулы ригидтілігімен қосарланған, әсіресе кеуде қуысының, тыныстың депрессиясы дамыған. Осы белгілерді жоғалту мақсатында қолданылады:
A) налорфин
B) бемегрид
C) прозерин
D) атропин
E) промедол

7.Деполяризациялаушы релаксанттарды енгізу бұлшықеттік фибрилляциямен, соңынан бұлшықеттің ауруымен көрінеді. Миалгияны алдын алу үшін ... қолдану ұсынылады (деполяризациялаушы релаксанттарды енгізуден алдын).
A) аз дозада тубарин
B) прозерин
C) атропин
D) аз дозада бемегрид
E) промедол

8.68 жастағы науқаста операциядан кейінгі кезеңде ауыр дәрежелі ауырсыну синдромы сақталады. Сонымен қатар, науқаста 2-ші дәрежелі тыныс алу жеткіліксіздігінің клиникасы дамыды, науқас әлсіз, есі біршама тежелген. Осы науқаста ауырсынуды басу үшін қолдануға болады:
A) дипидолор 7,5мг
B) морфии10 мг
C) промедол 20 мг
D) норфин 0,3 мг
E) фентанил 0,1 мг

9.Лидокаиннің 2% ерітіндісімен жалпы 3,5 мг/кг дозада жергілікті инфильтрациялық анестезиямен жүргізілген операция соңында (басталғаннан 30 минуттан кейін) науқастың құлағында шу, көрудің бұзылуы, аузында металл дәмі, ауыздың айналасында шаншу пайда болды. Бұл көріністердің ықтимал себебі болып табылады:
A) жоғары дозаның салдарынан лидокаиннің токсикалық әсері
B) вагосимпатикалық импульсацияның күшеюі және тамырлы тонустың дезорганизациясы түріндегі шәует бауы жағынан рефлекторлық реакция
C) бет аймағында парестезия мен ми қан айналымының бұзылуын туындатқан лидокаинмен жеткіліксіз анальгезия

D) лидокаин метаболизмі кезінде пайда болатын О-толуидин әсерінен гемоглобиннің тотығуы салдарынан метгемоглобиннің түзілуі
E) лидокаинге анафилактоидты реакция

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

11.«Асқазаны толы» науқасқа шұғыл анестезия жүргізу кезінде асқазан құрамымен регургитацияның алдын алу үшін дәрігер Селлик әдісін қолданды. Бұл кезде ол:
A) сақина тәрізді шеміршекті басты
B) науқасқа Тренделенбург қалпын берді
C) науқас сол жақ бүйіріне жатқан қалпында кіріспе наркозды бастады
D) науқас оң жақбүйіріне жатқан қалпында кіріспе наркозды бастады
E) асқазан зондын алдын ала енгізу арқылы кіріспе наркозды бастады

12. Науқаста кеңірдек интубациясынан кейін дәрігер кеуде қуысы экскурсиясының жоқтығын анықтады, капнография нәтижелері бойынша CO2 экстракциясы төмен,ерін және тырнақтардың цианозы. Өкпе аускультациясында – екі жақтан дыбыссыз тыныс шулары естіледі, эпигастрий аймағының кебуі анықталды. Бұл жағдайдың себебі болып табылады:
A) өңештің интубациясы
B) оң жақ негізгі бронхтың интубациясы
C) кеңірдектің перфорациясы
D) сол жақ негізгі бронхтың интубациясы
E) гиповентиляция

13. Анестезиолог дәрігер науқасқа 0,05% 3,0 мл прозерин енгізу арқылы декураризация жүргізді, осыдан кейін науқаста брадикардия пайда болды (пульс минутына 43 рет), қою және қоймалжың қақырық бар. Науқастағы осы асқынуды басу үшін енгізу қажет:
A) атропин
B) эфедрин
C) листенон
D) мидазолам
E) гексенал

14. 20 жастағы науқас мойынның алдыңғы бетіндегі жарақатымен қабылдау бөліміне жеткізілді. Тежелген. Цианозды. Қан жоғалтудың айқын белгілері. Жарадағы трахеялық ақау. Дұрыс емес іс-әрекетті таңдаңыз:
A) кеңірдектің оротрахеальді жолмен интубациясы
B) кеңірдек ақауы арқылы кеңірдектің интубациясы
C) хирургтың қатысуымен науқасты интубациялау (қан кету күшеюі мүмкін)
D) шокқа қарсы іс-шараларды жүргізу
E) кеңірдек пен бронх ағашын санациялауды жүргізу

15.40 жастағы науқастың салмағы 70 кг, ұзақ эпидуральді анестезиямен хирургиялық операция жасау қажет. 0,5% бупивакаин ерітіндісінің енгізілетін тест – дозасының көлемі ... мл құрайды.
A) 5
B) 10
C) 8
D) 12
E) 2

16.Көктамыр ішілік анестезия жүргізу кезінде науқаста қозғалыстың қозу, АҚ жоғарлауы, бұлшықеттің қатаюы анықталды. Наркоздан кейін науқаста мазасыздық, делирий және галлюцинация байқалды. Анестезияның тереңдігі жеткілікті болды, бұл белгілер ... әсеріне тән.
A) кетаминнің
B) дипривanның
C) пропафолдың
D) натрий оксибутиратының
E) натрий тиопенталының

17.Анестезиология және реанимация бөлімдерінің жұмысын жалпы ұйымдастырушылық қағидаларын реттейтін құжат болып табылады:
A) ҚР ДСМ 28.04.2023 ж. № 78 бұйрығы
B) ҚР ДСМ 16.10.2017 ж. № 763 бұйрығы
C) ҚР ДСМ 09.06.2011 ж. № 372 бұйрығы
D) ҚР ДСМ 29.09.2015 ж. № 761 хаты
E) ҚР БДМ агенттігінің 11.06.1996 ж. № 841 бұйрығы

18. Науқасқа ингаляциялық анестезия жүргізілуде. Сіз ингаляциялық анестезияның хирургиялық кезеңі басталуын мына көрініс арқылы анықтайсыз:
A) көз алмаларының орталықтандырылуы және фиксациясы
B) қарашықтардың тарылуы
C) кірпіктік рефлекстердің болмауы
D) ырғақты тыныстың басталуы
E) корнеальді рефлекстердің болмауы

19. Ересек ер адамда күрек тіс пен кеңірдек бифуркациясының арақашықтығы құрайды:
A) 24-26 см
B) 18-23 см
C) 27-30 см
D) 31-35 см
E) 15-18 см

20. Егер интубациялық түтікшені 28 см тереңтікте еңгізгенде оның дистальді ұшы орналасуы мүмкін:
A) оң жақ негізгі бронхта
B) кеңірдекте
C) бифуркацияда
D) сол жақ негізгі бронхта
E) оң жақ бронхиолада

21. Наркоз кезінде науқаста анықталды: терісінің түсі ашық- қызыл түсті, қаңқа бұлшықеттерінің тонусы жоғарлаған, көз алмасы қозғалғыш, қарашықтардың жарыққа жауабы сақталуымен орташа кеңеюі, қабықтары қатты қысылған, конъюнктивальді рефлекстер толық өшпеген. Бұл симптоматика Гведел бойынша ... сатыға тән.
A) 2
B) 1
C) 3
D) 4
E) 5

22.Науқастың өмірлік маңызды мүшелеріне қатысты ең аз уытты қасиеттері бар:
A) азот тотығы
B) севоран
C) галотан
D) изофлуран
E) десфлуран

23.Әртүрлі наркотикалық заттарды қолданумен қосарланған наркоз жүргізу кезінде электроэнцефалограммада биопотенциалдардың күрт төмендеуі және терең наркозды көрсететін

баяу толқындардың пайда болуы байқалды, ал басқа клиникалық белгілер бойынша наркоз беткей болып табылады. Бұл электроэнцефалографиялық көрініс енгізумен байланысты:
A) натрий оксибутираты
B) фентанил
C) фторотан
D) профол
E) севоран

24.Тыныстық көлемі төмен науқаста негізгі ауруының салдарынан тыныс жеткіліксіздігі дамиды, альвеолярлы вентиляцияны жоғарлатудың ең тиімді әдісі болып табылады:
A) науқасқа Фовлер қалпын беру
B) бронхолитиктерді қолдану
C) кирасс респираторларын қолдану
D) пневмоперитонеум
E) трахеостома қою

25.Анестетиктердің бірін компонент ретінде қолданатын наркозда физикалық дамыған адамдарда систолалық және диастолалық қан қысымының күрт жоғарылауы жиі кездеседі, бұл анестетиктің ОЖЖ- не әсер етуінің ерекшеліктерімен, лимбикалық құрылымдарды белсендірумен байланысты болуы мүмкін. Бұл клиника ... енгізу кезінде байқалады .
A) натрий оксибутиратын
B) профолды
C) диазепамды
D) натрий тиопенталын
E) морфинді

26.Барбитураттардың тынысқа әсер етуі барбитуральды жөтелдің жиі пайда болуымен, ларингоспазмның, кейде бронхиолоспазмның дамуымен сипатталады, бұл олардың вегетативті жүйке жүйесіне әсер етуінің салдары болып табылады. Бұл әсер ... түрінде көрінеді .
A) симпатикалық және парасимпатикалық жүйелер арасындағы тепе-теңдіктің бұзылуына және соңғысының белсенділігінің басымдылығына алып келетін екі бөлімнің де біркелкі емес тежелуі
B) парасимпатикалыққа қатысты интактты болғанда симпатикалық бөлімді ынталандыру
C) симпатикалыққа қатысты интактты болғанда парасимпатикалық бөлімді ынталандыру
D) симпатикалық және парасимпатикалық бөлімдерді ынталандыру
E) пневмотаксикалық орталықты ынталандыру

27.Деполяризациялаушы релаксанттарды көктамыр ішіне енгізгеннен кейін брадикардия жиі байқалады, кейде асистолия пайда болуы мүмкін. Жүректің мұндай реакциясының себебі ... болуы мүмкін .
A) холинергиялық рецепторларды ынталандыру және калий ионын босату
B) миокардтың жүйке-бұлшықет пластиналарына тікелей деполяризациялаушы әсері
C) релаксанттың ыдырау өнімдерінің миокардтың жүйке-бұлшықет пластиналарына тікелей әсері
D) метаболизмдік алкалоздың дамуы
E) метаболизмдік ацидоздың дамуы

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

C) наркотикалық депрессия
D) ОЖЖ гипоксиялық тежелуі
E) гипокалиемия

29.Тиреотоксикалық зоб бойынша операцияға дайындалған науқасқа көлденең жолақты бұлшықеттердің фибрилляциясының алдын алу, термогенезді азайту және деполяризациялаушы релаксанттарды қолдану алдында метаболизмнің белсену дәрежесін төмендету үшін көктамыр ішіне 5 мг тубарин енгізілді. Деполяризациялаушы миорелаксант енгізуге жауап ретінде бұлшықеттің айқын фибрилляциясы байқалмады, препаратты бірнеше есе артық дозаларда қайталап енгізуге қарамастан, жүйке-бұлшықет блогы да дамымады. Ағзаның деполяризациялаушы релаксантқа сипатталған реакциясының ең ықтимал себебі ... болуы мүмкін .

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

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

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

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

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

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

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

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

A) атропин
B) эуфиллин

C) промедол
D) пипольфен
E) мезатон

34.Премедикацияда дроперидолды енгізгеннен кейін науқастарда кейде ыңғайсыздық сезімі, ішікі қорқыныш, шаршағыштықпен сипатталатын психоневрологиялық симптоматика дамиды. Науқастар операцияға теріс көзқараста болады, кейде бас тартады. Бұл жағдай аталады:
A) нейродислепсия
B) нейродистония
C) нейропения
D) Кандинский - Клерамбо синдромы
E) нейроплегия

35.Ингаляциялық наркотикалық заттардың наркотикалық әсерінің басталу жылдамдығы олардың қанда ерігіштік коэффициентіне байланысты екендігі анықталған. Бұл тәуелділік көрінеді:
A) ерігіштік коэффициенті қанша жоғары болған сайын, наркотикалық әсері баяу көрінеді
B) ерігіштік коэффициенті қанша жоғары болған сайын, наркотикалық әсері тез көрінеді
C) ингаляциялық наркотикалық заттардың ерігіштігі наркоздың тереңдігіне әсер етеді, бірақ оның басталу жылдамдығына емес
D) «қанда ерігіштік» түсінігі ингаляциялық наркотикалық заттарда қолданылмайды
E) ингаляциялық наркотикалық заттардың қанда ерігіштігі молекулярлы салмағына тәуелді

36.Лидокаинмен эпидуральді анестезия жүргізу кезінде науқастың өміріне қауіп төндіретін айқын артериальді гипотензия дамыды. Анестезияны орнидауда техникалық қателіктер болған жоқ. Бұл асқыну дамуының мүмкін механизмі болып табылады:
A) химиялық симпатэктомия (адренергиялық вазоконстрикторлы импульстарды өшіру)
B) тамырлардың тегіс бұлшықетіне тікелей босаңсытатын әсер
C) тамырлардың тегіс бұлшықетіне тікелей босаңсытатын әсермен химиялық симпатэктомия
D) миокард жиырылғыштығының төмендеуі
E) анестетиктің жұлын- милық кеңістікке түсуі

37.Анестезия асқынуларын болжау жоспарында адам ағзасында анестезиолог үшін айқын қызығушылық тудыратын аурулардың бірі прогнатия болып табылады. Бұл ауру сипатталады:
A) жақ сүйектерінің дамымауымен
B) гормоналды метаболизмнің бұзылуымен
C) сүйектер сынғыштығының жоғарылауымен
D) қан ауруымен
E) саусақтардың дамымауымен

38.Миастениямен ауыратын науқастарға наркоз жүргізу кезінде кіріспе наркоз үшін мына препаратты қолдану ұсынылмайды:
A) седуксен
B) гексенал
C) тиопентал-натрий
D) азот тотығы
E) дроперидол

39.Тиреоментальді қашықтық 11 см, Маллампати бойынша II класс, Кормак-Лихан бойынша дауыс саңылауын бағалау дәрежесі - I. Кеңірдек интубациясының қиындық ықтималы:
A) орташа ауыр
B) жеңіл
C) қиын
D) өте қыин
E) мүмкін емес

40.Кеңірдекті интубациялау алдында анестезия индукциясы кезінде анестезиолог дәрігер науқасқа әсері орташа ұзақтығындағы деполяризацияланбайтын миорелаксант – рокуроний бромидін 50 мг дозада енгізді. Төменгі жақ қозғалысының шектелуі, ауыздың жеткіліксіз ашылуы, үлкен тіл болуына байланысты өкпені желдетудің әсері жоқ. Тыныс алу жеткіліксіздігінің белгілері

біртіндеп өршуде. Анатомиялық ерекшеліктерге байланысты кеңірдектің бірнеше реттік оротрахеальды интубациясы сәтсіз болды. Анестезиолог дәрігердің іс-қимыл алгоритмі:

A) ларингеальді масканы орнатуға тырысу, сәтсіз болса- фибробронхоскоп бойынша немесе кеңірдектің ретроградтық интубациясы. Тиімсіз болса- шұғыл трахеостомия
B) кеңірдектің назотрахеальді интубациясына өту, тиімсіз болса- коникотомия
C) кеңірдекке орнатылған ине арқылы 100% оттегі қысымымен инсуффляция. Бет маскасы арқылы өкпені мәжбүрлі желдету әрекеттерін жалғастыру
D) орофарингеальді ауа өткізгішті орнату, өкпені мәжбүрлі желдетуді жүргізу
E) аға әріптесін шақыру, ол келгенге дейін- бет маскасы арқылы өкпені мәжбүрлі желдету кезеңдері арасында кеңірдекті интубациялау әрекеттерін жалғастыру

41.Жақ- бет хирургиясындааууыз қуысына жүргізілетін операцияда хирургтың жұмысын жеңілдету үшін назотрахеальді интубация қолданылады. Оны орындау кезінде барлық жағдайлар қарастырылған, мынадан басқа:

A) ауыз қуысындағы операцияларда атропин қолданылмайды
B) жұмсақ материалдан жасалған кіші өлшемдегі эндотрахеальды түтікті пайдалану
C) назотрахеальді интубация кезінде иілген Мэгилл қысқыштарын қолдану
D) хирургтың жұмысына кедергі келтірмеу үшін жұтқыншақ тампонадасынан жасамау
E) вазоконстриктормен бірге мұрын жолын жергілікті анестетикпен өңдеу

42.Кеңірдектің экстубациясынан кейін науқаста стридорозды тыныс, кеуде қуысының ішіне тартылуы, цианоз, SpO2-нің 88% дейін төмендеуі, PaO2 55 мм с.б.б. дейін төмендеуі пайда болды. Ауыз қуысы және көмей- жұтқыншақты тазалау әрекеті гипоксемияның күшеюіне алып келді. Өкпенің аускультациясында – тыныстың екі жақты әлсіреуі, сырылдар жоқ. Дамыған асқынудың түрі және емдеу шараларының тәртібі:

A) ларингоспазм, жоғары ағынмен үздіксіз қосымша оксигенотерапия, ауыз қуысын ұқыпты және қысқа мерзімді санациялау
B) бронхиолоспазм, ингаляциялық және көктамыр ішіне адреналин енгізу, өкпенің жабық массажы
C) нейро- бұлшықеттік блок, тез арада миорелаксанттар енгізу және ӨЖВ
D) емдеу шараларына қажеттілік жоқ, бұл көріністер өздігінен регрессияға ұшырайды
E) бронхоспазм, метилксантиндер, β2 симпатомиметиктер енгізу

43.Жақ-бет хирургиясында жергілікті анестетиктерді қолданған кезде орталық жүйке жүйесіне токсикалық әсері көрінеді:

A) құрысулар
B) қозу
C) периоральді жансыздану
D) құлақтағы шу (тиннитус)
E) бас айналуы

44.Анестезиядан кейінгі кезеңде науқастардың жағдайын бақылауды анестезиолог- реаниматолог дәрігер ... жүргізеді.

A) өмірлік маңызды органдардың қызметі тұрақтанғанша
B) 2- 4 сағат ішінде
C) 4- 8 сағат ішінде
D) анестезия түріне байланысты
E) бақылау жүргізілмейді

45.Жүйке діңі немесе жүйке өрімдері деңгейінде импульстің берілуін дәрілік блоктау бұл ... .

A) өткізгіштік анестезия
B) жұлын анестезиясы
C) инфильтративті анестезия
D) терминальді анестезия
E) эпидуральды анестезия

46.Субдуральды кеңістікке анестетик енгізу арқылы жұлын нервінің түбірлері деңгейінде импульс беруді тежеу:

A) жұлын анестезиясы
B) эпидуральды анестезия
C) өткізгіштік анестезия
D) жергілікті анестезия
E) инфильтративті анестезия

47.Иек пен қалқанша шеміршек арасындағы қашықтықты өлшеу- бұл ... сынағы болып табалады.
A) Patil
B) Savva
C) MOANS
D) LEMON
E) ASA

48.Ересек адамда жүргізілген Patil сынағының нәтижесі 6,5 см құрайды. Бұл жағдайда болжауға болады:
A) күрделі интубациялау
B) күрделі маскамен вентиляция
C) ауа өткізгіш құрылғыларды орнату қиын
D) күрделі крикотироидотомия
E) ешқандай қиындықтар күтілмейді

49.Тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қамтамасыз ету үшін кеңірдек интубациясының үш сәтсіз әрекетінен соң қажет:
A) ларингеальді маска орнату
B) бронхоскоптың көмегімен интубация жасау
C) коникотомия жасау
D) релаксанттар енгізу, интубация әрекетін қайталау
E) көмей үстілік ауа өткізгіш орнату

50.Анестезия индукциясы және кеңірдек интубациясынан кейін өмірлік маңызды функциялар мониторында PetCO2 мәні = 40 мм с.б.б. құрады. Бұл көрсеткіш ... білдіреді.
A) эндотрахеальды түтік кеңірдекте тұрғанын
B) эндотрахеальды түтік өңеште тұрғанын
C) эндотрахеальды түтік кеңірдекте, бірақ науқаста ауыр жүрек депрессиясы бар екенін
D) науқаста зат алмасу деңгейі жоғарылағанын
E) оттегімен қамтамасыз ету жүйесінің бұзылғанын

51.Анестезияның 20 минутында (ӨЖВ- мен қосарланған эндотрахеальді анестезия) науқаста SpO2 70%-ға дейін біртіндеп төмендеуі тіркелді. Сіздің әрекетіңіз:
A) 100% оттегімен қолмен желдетуге ауысу, түтіктің орналасуын, тыныс алу жолдарының өткізгіштігін, гемодинамикалық профильді бағалау
B) ӨЖВ жалғастыру, оттегінің үлесін 100%-ға дейін арттыру, 2 минуттан кейін SpO2 бағалау, бронходилататорларды, симпатомиметиктерді тағайындау
C) бронхоскопия жасау, 100% оттегімен қамтамасыз ету, тотальді көктамырішілік анестезияға ауысу
D) науқасты экстубациялау, бет маскасы арқылы желдетуді қамтамасыз ету және оттегінің қалыпты деңгейіне қол жеткізгеннен кейін кеңірдек интубациясы әрекетін қайталау
E) ӨЖВ жалғастыру, бронхолитиктерді, симпатомиметиктерді тағайындау

52.Севофлуранмен аз ағынды анестезия кезінде PiCO2 біртіндеп жоғарылауы байқалады. Сіздің әрекетіңіз:
A) жаңа газ қоспасы берілуін максимальді вентиляция деңгейіне дейін арттыру, абсорбентті ауыстыру
B) контурдағы абсорбенттің орнын өзгерту
C) анестезияны тереңдету, симпатомиметиктерді тағайындау, максимальді вентиляция деңгейін арттыру
D) науқасты экстубациялау, бет маскасы арқылы ӨЖВ жасау, интубация әрекетін қайталау
E) ӨЖВ жалғастыру, оттегі үлесін 100%-ға дейін арттыру, 2 минуттан кейін SpO2 мәнін бағалау

53.Кіріспе анестезиясынан кейін кеңірдек интубациясын жүргізуге сәтсіз әрекет жасалды (көру қиын). Сіздің әрекетіңіз:
A) бет маскасы арқылы тиімді желдету және оттегінің қалыпты деңгейінде- науқасқа жақсартылған қалып беріп, интубация әрекетін қайталау
B) егер бет арқылы желдету тиімсіз болса, науқасқа жақсартылған қалып беріп, интубация әрекетін қайталау
C) бет маскасы арқылы желдетуді жалғастыру және науқас оянғанша күту
D) егер бет маскасы арқылы желдету тиімді болса, желдетуді жалғастыру және тәжірибелі анестезиологты шақыру
E) ӨЖВ жалғастыру, оттегі үлесін 100%-ға дейін арттыру, 2 минуттан кейін SpO2 мәнін бағалау

54.Кеңірдекті интубациялау алдында маскамен желдету... қарсы көрсетілген.
A) шұғыл анестезияда
B) қиын тыныс алу жолдарына күдік болғанда
C) қалқанша безі мөлшерінің айтарлықтай ұлғаюында
D) балалардағы анестезияда
E) қарсы көрсетілімдер жоқ

55.Жылдам қадамдық индукция және кеңірдек интубациясы техникасын қолдануға қарсы көрсеткіш болып табылады:
A) болжанған қиын интубация
B) регургитацияның жоғары қаупі
C) бассүйек ішілік қысымның жоғарлауы
D) жедел ішек өтімсіздігі
E) жүрек жеткіліксіздігі

56.Жоғарғы тыныс жолдарының анатомиясы қалыпты науқас шұғыл көрсеткіштер бойынша операцияға алынды. Науқас қабылдаудан 40 минут бұрын тамақтанғаны белгілі. Сіз жылдам индукцияны (rapid sequence induction- RSI) және интубация орындауыңыз керек. Әрекеттеріңіздің дұрыс ретін көрсетіңіз:
A) Преоксигенация; Селлик әдісі; пропофолмен индукция; рокуроний енгізу; эндотрахеальды интубация
B) Преоксигенация; есін білгендегі эндоскопиялық ларингоскопия; эндотрахеальды интубация
C) Преоксигенация; Селлик әдісі; пропофолмен индукция; маскамен вентиляция; сукцинилхолин; эндотрахеальды интубация
D) Преоксигенация; пропофолмен индукция; сукцинилхолин; эндотрахеальды интубация
E) Преоксигенация; севофлуранмен ингаляциялық индукция; сукцинилхолин; эндотрахеальды интубация

57.45 жастағы ер адам ашық бас-ми жарақатымен 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°С. Зақымдалған құрылымдарға операциялық араласу және жою кезінде қан кету күшейді, қан құюды қажет етеді. Бақылау талдауы: гематокрит деңгейі қалыпты, протромбиндік уақыт және белсендірілген жартылай тромбопластин уақыты (АЧТВ) ұзарған, фибриноген және тромбоциттер деңгейі төмендеген. Науқаста дамыған:
A) Диссеминирленген тамырішілік қан ұю синдромы
B) Паренхима ішілік қан кету
C) Бауыр жеткіліксіздігі
D) Виллебранд ауруы
E) VIII фактор тапшылығы

58.32 жастағы әйел, қалқанша безін алып тастау операциясы кезінде қайталамалы көмей нерві зақымданды. Оперциядан кейінгі кезеңде сіз анықтауыңыз мүмкін:
A) Афония
B) Тыныш жағдайда сол жақ дауыс байламының жабылуы

C) Көмейдің тыныстық қызметінің жеткіліксіздігі
D) Жөтел қызметінің бұзылысы
E) Сол жақ жүзіктәрізді- қалқанша тәрізді бұлшықеттің зақымдануы

59.Мойын аймағының екі жақты гигант лимфомасы бар науқаста толық парентеральді қоректенуді қамтамасыз ету үшін орталық венаны катетеризациялау қажет болғанда сіз мына тамырды таңдайсыз:
A) сан венасы
B) сол жақ бұғанаасты венасы
C) оң жақ бұғанаасты венасы
D) оң жақ ішкі мойындырық венасы
E) сол жақ ішкі мойындырық венасы

60.Интенсивті терапия бөлімшесінде ауыр бас- ми жарақатымен науқас жатыр. Операциядан кейінгі кезең, 2- тәулік. Бас ми ісінуінің клиникалық және аспаптық көріністерінің сақталуына байланысты (Глазго шкаласы бойынша 7 балл, анизокория, ми ісінуінің КТ- белгілері), ісінуге қарсы ем мақсатында аз көлемді гиперосмотикалық волюмокоррекция жүргізуге шешім қабылданды. Терапиядағы бұл шешім негізделеді:
A) коллоидты ерітіндінің және 3% натрий хлорид ерітіндісі инфузиясы
B) тек натрий хлорид гипертониялық ерітіндісінің инфузиясы
C) коллоидты ерітінді және 10% глюкоза ерітіндісінің инфузиясы
D) 8% натрий гидрокарбонат және коллоидты ерітіндінің инфузиясы
E) 3% натрий хлорид және 40% глюкоза ерітіндісінің инфузиясы

61.Науқас 37 жаста, мұрын қуысы мен мұрын маңы қуыстарындағы ісік бойынша операция жасалды. Операциядан кейін 2-ші күні оянбады. Бұл асқыну интенсивті терапияны қажет ететін мәселеге алып келуі мүмкін:
A) қатты ми қабатының жарақаты
B) жұлынның жарақаты
C) дауыс байламдарының жарақаты
D) үшкіл нервтің жарақаты
E) иық өрімінің плекситі

62.Егер науқасқа енгізілген анестетикке- анафилактикалық шоктың дамуына күдік болса, жүргізілетін терапия қандай препараттарды қамтуы керек:
A) антигистаминді аналептик және гормональды
B) аналептиктер
C) антигистаминді және аналептиктер
D) антигистаминді және гормональды
E) наркотикалық препараттар

63.Тісті жұлу операциясында қолданылатын ауырсынуды басудың негізгі түрі:
A) жергілікті
B) жалпы (наркоз)
C) комбинирленген
D) нейролептаналгезия
E) ингаляциялық анестезия

64.Төменгі жақтың дислокациясын түзету кезінде анестезияны жүргізуге арналған көрсеткіштер:
A) шайнау бұлшықеттерінің рефлекторлық контрактурасында
B) әдеттегі дислокация кезінде
C) айқын гиперсаливация кезінде
D) егер бұрыштық тамыр тромбофлебитіне күдік болса
E) төменгі жақ буынының іріңді-қабыну процестерінде

65.Төменгі жақтағы инфильтрациялық анестезия қандай нервтерді өшіреді:
A) жақ
B) жақ+төменгі альвеолярлы
C) тіл+төменгі альвеолярлы

D) жақ + тіл+ төменгі альвеолярлы
E) артқы жақ өрімі

66.Төменгі жақтағы ауырсынуды басудың өткізгіш әдісіне қандай анестезия жатады:
A) мандибулярлы
B) туберальды
C) инфраорбитальды
D) кескіш тістер
E) инфильтрационды

67.Анестезияның периодонтальды әдістеріне жататын жергілікті анестезия әдісін таңдаңыз
A) интралигаментарлы анестезия
B) инфильтрационды анестезия
C) торусальды анестезия
D) туберальды анестезия
E) ментальды анестезия

68.Периодонтальды анестезия әдістеріне жататын жергілікті анестезия әдісін таңдаңыз
A) интрасептальды анестезия
B) инфильтрационды анестезия
C) торусальды анестезия
D) туберальды анестезия
E) ментальды анестезия

69.Анестезияның химиялық әдістеріне жататын жергілікті анестезия әдісін таңдаңыз
A) аппликационды анестезия
B) инфильтрационды анестезия
C) торусальды анестезия
D) туберальды анестезия
E) менталбды анестезия

70.Ұстамалардың пайда болуымен көрінетін жергілікті анестетиктердің уытты әсеріне оң әсер етеді:
A) қысқа әсер ететін барбитураттарды енгізу, ӨЖВ, инфузиялық терапия жүргізу, адреномиметикалық препараттар енгізу
B) қысқа әсер ететін барбитураттарды енгізу
C) ӨЖВ, инфузиялық терапия жүргізу
D) адреномиметикалық препараттарды енгізу
E) қысқа әсер ететін барбитураттарды енгізу, ӨЖВ жүргізу

71.Жақ-бет хирургиясында жалпы анестезияны жүргізу ерекшеліктеріне мыналар жатады:
A) кеңірдек интубациясында қиындықтардың болуы, тыныс алу жолдарын аспирациядан қорғау қажеттілігі, көбінесе трахеостомияны профилактикалық қолдану қажеттілігі
B) тыныс алу жолдарын аспирациядан қорғау қажеттілігі
C) кеңірдек интубациясында қиындықтардың болуы
D) көбінесе трахеостомияның алдын-алу қажеттілігі
E) кеңірдке интубациясында

72.Өте жіңішке түтіктермен интубация кезінде келесі асқынулардың даму қаупі бар:
A) дем шығарудағы қарсылықты арттыру, гиповентиляция, гиперкапния, түтіктің иілуінен болатын обструкция
B) дем шығару кезінде қарсылықты арттыру
C) гиповентиляция
D) гиперкапниялар
E) түтіктің иілу кедергісі

73.ЛОР науқасқа "Миастения " диагнозы қойылған.Анальгезия кезінде тубарин және прозерин қолданылған.Анестезиядан шыққан кезде науқаста бронхорея, бронхоспазм,өкпе ісінуі, құрысулар, дисфагия, қорқыныш, мазасыздық, шатасқан сана пайда болды. Сіздің көзқарасыңыз бойынша, бұл жағдайдың дамуы:

A) прозериннің әсері
B) негізгі аурудың жедел дамуы
C) тубокурариннің гистаминогендік әсері
D) катехоламин деңгейінің күрт жоғарылауы
E) катехоламин деңгейін төмендету

74.Ішкі органдардың зақымдалуына күдік бар бас сүйегі мен жамбас сүйектерінің көптеген жарақаттары үшін шұғыл операциялар кезінде таңдау анестезиясы болып табылады:
A) көп компонентті эндотрахеальды анестезия және ӨЖЖ
B) эпидуральді
C) маскалық анестезиясы
D) жұлын анестезиясы
E) жергілікті анестезия

75.Эндотрахеальды анестезиямен операция кезінде ингаляцияға төзімділіктің жоғарылауы, дем шығарудың соңында оң қысым, екі жағынан тыныс алудың күрт аускультативті әлсіреуі, кеуде көлемінің ұлғаюы байқалады. Критикалық жағдайдың себебі ... болуы мүмкін .
A) дем шығару клапанының ақауы
B) бронхиолоспазм
C) пневмоторакс
D) ателектаз
E) манжеттің тұтастығының бұзылуы

76. Эндотрахеальды анестезиямен операция кезінде ингаляцияға төзімділіктің төмендеуі, екі жағынан тыныс алудың күрт аускультативті әлсіреуі, экскурсияның төмендеуі байқалды. Жағдайдың ықтимал себебі .
A) тыныс алу контуруның герметизациясының бұзылуы
B) пневмоторакс
C) ателектаз
D) бронхиолоспазм
E) интубациялық түтіктің оң жақ бронхқа орналасуы

77.Маскалық анестезиясымен жасалатын операция кезінде науқаста қарашықтың кеңеюі,жарыққа реакциясы мен жас ағудың жоғарылады, ең ықтимал себебі:
A) беткей анестезия
B) жүректің рефлекторлық тоқтауы
C) анестетиктің артық дозалануы
D) миокард фибрилляциясы
E) анафилактикалық шок

78.Анестезиядан кейін амбулаториялық науқасты жіберуге болады
A) анестезиялық және дәрілік депрессиядан толық шыққаннан кейін
B) оянғаннан кейін бірден
C) 15 минуттан кейін. оянғаннан кейін
D) оянғаннан кейін 1 сағаттан кейін
E) 30 минуттан кейін. оянғаннан кейін

79. 60 жастағы науқасқа сол жақ көздің катарактасына атаралгезия (реланиум+фентанил) жасалды. Операция кезінде көмекші желдетумен теңестірілген қысқа мерзімді тыныс алу депрессиясы болды. Операция соңында дәрігер анестезиолог пациентке 1 мг/кг дозада пентазоцин(лексир) енгізді.
A) фентанилдің жағымсыз әсерлерін жою және лексирдің өзіндік әсері арқылы анестезияны ұзарту
B) операциядан кейін фентанилдің анальгетикалық әсерін күшейту
C) реланийдің жанама әсерлерін жою
D) реланийдің седативті әсерін күшейту
E) фентанил тудыратын тыныс алу депрессиясының алдын алу

80.Перитонзиллярлық абсцессті ... ашқан жөн.

A) фентанилмен біріктірілген жергілікті дикаин немесе тримекаин жанасу анестезиясымен
B) көктамырішілік пропофолды анестезиямен
C) кетамин анестезиясымен
D) барбитуралық анестезиямен
E) фторотан анестезиясымен

81.Көздің травматикалық зақымдануы бар науқас шұғыл түрде эндотрахеальды анестезияға ұшырайды, премедикацияға енгізілмеуі керек:
A) морфин
B) промедол
C) седуксен
D) атропин
E) атропин, промедол

82.Ортаңғы құлақ немесе есту жолының сүйектік бөлігі операцияларында қолданылады:
A) жергілікті анестезия
B) жергілікті анестезиямен алдын ала премедикация
C) эндотрахеальді наркоз
D) жергілікті анестезиямен нейролептоанальгезия
E) бетперделік ингаляциялық наркоз

83. Каротидті гломус хемоденті, төменгі және жоғарғы жақ ісіктері, мұрын жұтқыншақ ангиофибромасына байланысты жасалатын оталардың таңдамалы анестезиясы болып табылады:
A) эндотрахеальді наркоз
B) ингаляциялық бетперделік наркоз
C) жергілікті анестези
D) НЛА жергілікті анестезия
E) атаралгезиямен жергілікті анестезия

84.68 жастағы науқасқа катаракта жөнінен ота жасауда таңдамалы анестезия болып ... табылады.
A) жергілікті анестезия атаралгезиямен немесе НЛА
B) бірлескен эндотрахеальды наркоз
C) электроанальгезия
D) фторотанды азот тотығымен және оттегі мұрынжұтқыншақ арқылы беру
E) көктамырлық анестезия

85.Бес жасар балада жоспарлы аденотонзиллэктомиядан соң қан кету байқалды,қайта ота жасағанда ... .
A) ингаляциялық анестезия қолданылады
B) жүрек қантамыр жүйесіне әсер етпеу үшін седация жасауға болмайды
C) наркозға дейін қан тобы анықталуы тиіс
D) шоктың ауыр сатысына алып келмейді
E) тез арада эндотрахеальды интубация жасап,анестезияға кірісу қажет

86.Көмейге микрохирургиялық ота жасау үшін ... қажет.
A) кеңірдекке кіші мөлшерлі манжеткасымен трубка қою
B) нейролептоанальгезия жүргізу
C) апноэ кезінде инсуффляция жүргізу
D) көктамырлық анестезия жүргізу
E) ингаляциялық анестезия жүргізу

87.Даун синдромы бар 16 жастағы науқастың бірнеше тістерін экстракциялау жоспарланды. Операциядан алдыңғы дайындық кезінде қажет:
A) мойын аймағының қозғалу көлемін бағалау
B) атропин енгізуден бас тарту
C) опиоидтар енгізуден бас тарту
D) седацияны күшейту
E) құрысуға қарсы препараттар енгізуден бас тарту

88.Пьер- Робин синдромында анестезиядағы қиындық келесі мәселеге көбірек байланысты:

A) интубация
B) жүрек – қантамыр жүйесі
C) өкпе
D) бүйрек
E) өкпенің жасанды вентиляциясы

89.75 жастағы науқаста катарактаны алып тастау седациямен жергілікті анестезия және анестезиологтың бақылауымен жүргізілуде. Хирургпен ретробульбарлы блок жасаудан бұрын 20 мг метогекситал к/і енгізілді. Осы кезде ЭКГ-мониторда жүректің ырғағы минутына 40- дейін баяулады. Осы жағдайда бірінші кезекті маңызды:
A) хирургтан манипуляцияны тоқтатуды сұрау
B) кеңірдектің интубациясын жасау
C) к/і 0,4 мг атропин енгізу
D) ырғақ жүргізушісі орнатылғанға дейін операцияны кейінге қалдыру
E) жүрекке массаж жасау

90.Жақ- бет патологиясы бар науқастарда трахеостомияға көрсеткіш болып табылады:
A) ауыр қабыну үдерісінде адекватты вентиляциямен қамтамасыз ету мүмкін еместігі (мысалы, ауыз қуысы түбінің флегмонасы)
B) мойынның алдыңғы бетінің тыртықтық өзгерістері
C) ауызды толық ашу мүмкін болмауы
D) төменгі жақтың шала дамуы, Пьер-Робин синдромы
E) тыныс жеткіліксіздігі

91.Окулокардиальді, окулогастральді, окулореспираторлық рефлекстер пайда болады:
A) көз бұлшықеттерінің тракциясында
B) көз ішілік қысым жоғарлағанда
C) көз ішілік сұйықтықтың фильтрациясы бұзылғанда
D) гипоксияда
E) деполяризациялайтын миорелаксанттар қолданғанда

92.Жақ- бет сүйегіңі жарақаты бар науқастағы қанның ҚСЖ көрсеткіштері: pH 7,31, PaO2-280 мм с.б.б., PaCO2-221 мм с.б.б., HCO-310 моль/л, BE:-9,5. Науқаста байқалады:
A) тыныс алу компенсациясы бар декомпенсацияланған метаболизмдік ацидоз
B) тыныс алу компенсациясымен декомпенсацияланған аралас ацидоз
C) тыныс алу компенсациясымен компенсацияланған аралас алкалоз
D) компенсацияланған тыныс алу ацидозы
E) декомпенсацияланған тыныс алу ацидозы

93.Мойынның сол жақ бөлігінің жаншылып- кесілген жарақаты бар науқасқа алғашқы хирургиялық өңдеу жүргізілуде. Ларингоскопия кезінде пациенттің есі- анық, сіз сол жақ дауыс байламының орташа күйде екенін көрдіңіз, ал оң жақ дауыс байламы дем алу кезінде ығысады. Сипатталған осы жағдайға ... жарақаты алып келуі мүмкін.
A) жоғарғы көмей жүйкесінің
B) С 7-8 омыртқа түбіршегінің
C) жұлдызды ганглионның
D) тіл - жұтқыншақ жүйкесінің
E) кезбе нервтің

94.Науқасты торакотомияға және бір өкпелік вентиляцияға дайындау кезінде техникалық қиындықтарсыз сол жақ бронхқа екі каналды түтік орнатылды. Осыдан кейін операцияда және науқасты жатқызу кезінде эндобронхиальды манжеттер проксимальды ығысқан. Бұл жағдай алып келуі мүмкін асқыну:
A) өкпені коллабирлеу мүмкін болмауы
B) эндобронхиальды манжеттің операциялық алаңға протрузиясы
C) теріасты эмфизема
D) пассивті қан кету
E) ауаны жоғалту

95.Эпидуральды енгізу кезінде тізімде көрсетілгендердің ішінен ең ұзақ әсер ететін препаратты анықтаңыз:
A) Ропивакаин
B) Лидокаин
C) Артикаин
D) Бупивакаин
E) Новокаин

96.Қабылдау бөліміне пышақпен жарақат алған, геморрагиялық шокпен науқас түсті. Анестезия тактикасына қатысты ең дұрыс тұжырымды таңдаңыз:
A) анестезия компоненттеріне кетаминді қосу
B) аймақтық анестезия
C) пропофолмен гипноздық компонентті сақтау
D) барбитураттармен гипноздық компонентті сақтау
E) ингаляциялық анестезия

97.Бұл анестетикті 4 мг/кг/сағ асатын дозада инетнсивті терапия бөлімшелерінде тыныштандыру үшін ұзақ уақыт қолданғаннан кейін рабдомиолиз - қаңқа бұлшықеттерінің жедел некрозынан сақ болу керек:
A) пропофол
B) кетамин
C) тиопентал
D) ГАМҚ
E) диазепам

98.Бір мезгілде амнезияны, седативті және ұйықтататын компоненттерді, сондай-ақ айқын аналгезияны тудыратын анестетикалық препарат:
A) кетамин
B) тиопентал
C) диазепам
D) пропофол
E) мидазолам

99.Оң жақ негізгі бронхтың эндобронхиалды интубациясы және екі өкпенің вентиляциясы кезінде өкпенің диагностикалық аускультациясынан кейін оң жақ өкпе ұшында тыныс шуларының жоқтығы анықталды. Оң жақ өкпені адекватты желдету үшін анестезиологтың ең дұрыс тактикасын таңдаңыз:
A) тыныс шулары пайда болғанша түтікті кері тарту
B) операцияны бастау
C) дем алу кезінде оттегінің фракциялық концентрациясын арттыру
D) тыныс көлемін 2 есе ұлғайту
E) PEEP орнату

100.Анестезия кезінде анестезиолог гипноздық компонент ретінде диазепам енгізді. Ал аналгетикалық мақсатпен – фентанил. Дәрігердің бұл әрекеттері анестезияның мына әдісіне тән:
A) атаралгезия түрімен жалпы анестезия
B) нейролептанальгезия түрімен жалпы анестезия
C) жалпы ингаляциялық анестезия
D) аймақтық анестезия
E) орталық аналгезия

101.Операция алдындағы премедикация жүргізу кезінде 32 жастағы науқаста кенеттен тыныс алудың қиындауы және мұрын- ерін үшбұрышының цианозымен терінің қызаруы пайда болды. Науқас есін жоғалтты. Бақылау кезінде: АҚ 70/40 мм с.б.б., ЖЖЖ минутына 45 рет, SpO2 78%. Дамыған жағдайды бағалаңыз:
A) Анафилактикалық шок
B) Гиповолемиялық шок
C) Атропинді шамадан тыс қолдану

D) Аллергиялық есекжем
E) Коллапс

102.Операция алдындағы премедикация жүргізу кезінде 32 жастағы науқаста кенеттен тыныс алудың қиындауы және мұрын- ерін үшбұрышының цианозымен терінің қызаруы пайда болды. Науқас есін жоғалтты. Бақылау кезінде: АҚ 70/40 мм с.б.б., ЖЖЖ минутына 45 рет, SpO2 78%. Көмек көрсетуде бірінші кезекте орындау қажет:
A) адреналинді енгізу
B) 1,5-2 л көлемінде натрий хлоридін енгізу
C) 500 мл көлемінде гелофузинді енгізу
D) 3% 300 мл натрий гидрокарбонатын енгізу
E) бронхолитиктерді енгізу

103.Амбулаторлық хирургияда операциядан кейін науқасты тез оятуға және белсендіруге арналған препараттардың ең оңтайлы комбинациясы:
A) Севоран, фентанил, рокуроний бромиді
B) Диазепам, фентанил, рокуроний бромиді
C) Мидазолам, морфин, пипекуроний бромиді
D) Пропофол, фентанил, пипекуроний бромиді
E) Диазепам, морфин, пипекуроний бромиді

104.Операция кезіндегі асқынуларды болжау үшін қолданылатын классификацияны атаңыз:
A) ASA бойынша классификация
B) qSOFA бойынша классификация
C) SOFA бойынша классификация
D) Geneva бойынша классификация
E) Зильбер бойынша классификация

105.Сол жақ қарыншаның лақтыру фракциясы төмен науқастар үшін аймақтық анестезияның қауіптілігі түсіндіріледі:
A) жүктемеден кейінгі күш төмендегенде жүрек лақтырысының компенсаторлық ұлғаюын қамтамасыз ету мүмкін болмауы
B) жергілікті анестетиктің әсерінен сол жақ қарынша жұмысының төмендеуі
C) Старлинг заңы бойынша жүрек қызметінің төмендеуі
D) қажетті инфузиялық жүктеменің қаупі
E) вазопрессорларды енгізу кезінде жүрек жеткіліксіздігінің декомпенсация қаупі

106.Науқасты жоспарлы операция алдындағы тексеруде қиын интубация ықтималдығын бағалау үшін анестезиолог Маллампати шкаласы бойынша 1 дәрежені және 7,5 см тироментальді қашықтықты анықтады. Кеңірдек интубациясының қиын болу қаупін бағалаңыз:
A) төмен
B) орташа
C) орташа ауыр
D) жоғары
E) өте жоғары

107.Қосымша миастениямен ауыратын науқасқа жоспарлы хирургиялық операция жүргізілуі керек. Осы науқаста миоплегия және кеңірдектің интубациясын жасау үшін бұлшықет релаксантын және оның дозасын көрсетіңіз:
A) суксаметоний хлориді, 1-1,5 мг/кг артық емес
B) пипекуроний бромиді, 0,07 мг/кг
C) суксаметоний хлориді, кемінде 3 мг/кг
D) панкуроний бромиді 0,05 мг/кг
E) рокуроний бромиді 1 мг/кг артық емес

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

A) миоциттердің рефрактерлік уақытының болуы
B) миоцит цитоплазмасында калий қоры бітеді
C) интерстициалды кеңістіктегі натрий қоры бітеді
D) миоцит цитоплазмасында кальций қоры бітеді
E) қаңқа бұлшықеттерінде миелин талшықтарының болмауы

109.Таңертең жоспарлы операциялық бөлмеде сіз натронды әкпен адсорбер және десфлуран буландырғышы орнатылған анестезия аппаратының соңғы 48 сағат ішінде пайдаланылмағанын анықтадыңыз. Бірақ таза газдың ағыны осы уақыт бойы ашық болды және 2 л/мин құрады. Қалыпты жұмысты бастау және осы құрылғыны пайдалану алдында келесі әрекеттті орындау керек:

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

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

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