

БОЛКА

1. Дефиницията на болката, дадена от експертите на СЗО е:
 1. Интензивен усет, обсебващ вниманието.
 2. Алармена реакция на организма, че нещо в него не е наред.
 3. Неприятно сетивно и емоционално изживяване свързано с действително или възможно тъканно увреждане.
 4. Защитен усет, предупреждаващ за грозяща опасност за организма.
 5. Физиологична реакция на ЦНС за неприятни външни и вътрешни въздействия.

2. Що е ноцицепция (по Sherrington):
 1. Субективно стресово изживяване.
 2. Приемане, предаване и преработка на информация за увреждане на тъканите.
 3. Своеобразна вегетативна дистония.
 4. Учение за механизмите на клетъчно-тъканното увреждане.
 5. Учение за саногенезата.

3. Наличието на болка е:
 1. Задължителен симптом на всяка болест.
 2. Подсъзнателна невроемоционална реакция.
 3. Неприятно психично самоизолиране от действителността.
 4. Соматично независим душевен афект.
 5. Сигнал за налично или предстоящо тъканно увреждане.

4. От физиологична гледна точка болката е:
 1. Сетивна модалност, която не характеризира дразнителя, а неговия вреден тъканен ефект.
 2. Многоетажна, сложна реакция на ЦНС.
 3. Вариант на променено съзнание.
 4. Сетивност, точно оценяваща качествата на дразнителя.
 5. 1, 2.
 6. 1, 3, 4.

5. Болката включва механизми на:
 1. Болево дразнене и възприемане.
 2. Провеждане и модулиране на болевите импулси.
 3. Осъзнаване - усет и емоция.
 4. Отреагиране (антиболково поведение).
 5. 1, 3, 4.
 6. 1, 2, 3, 4.

6. Кои рецептори изпълняват функцията на ноцицептори:
 1. Телцата на Пачини.
 2. Голджиевите телца.
 3. Ергорецепторите.
 4. Свободните нервни окончания.
 5. Рецепторите на Руфини и Краузе.

7. Каква функционална характеристика притежават ноцицепторите:
1. Висок сетивен праг.
 2. Постстимулационна сензитизация.
 3. Адаптиране към дразнителя.
 4. 1, 3.
 5. 1, 2, 3.
8. Според механизма си на възбуждане ноцицепторите се делят на :
1. Моно- и полимодални.
 2. Механо- и хеманоцицептори.
 3. Екстеро-, проприо- и интероноцицептори.
 4. Устойчиви и неустойчиви.
 5. Хипо- и хипералгезични.
9. Кои от изброените невротрансмитери и невромодулатори представляват болеви дразнители:
1. Динорфини, енкефалини, ендорфини.
 2. Урея, креатинин, ксантопротеини.
 3. Глицин, ГАМК.
 4. Брадикинин, хистамин, субстанция Р.
 5. Гликоза, НЕМК.
10. За “ранната”, бърза болка е характерно:
1. Възниква при дразнене на повърхностните ноцицептори.
 2. Провежда се посредством А (σ) влакната и неоспиноталамичния път.
 3. Изживява се предимно като локализиран усет.
 4. Съпровожда с подчертана емоционална окраска и признаците тъга, ярост.
 5. 1, 2, 3.
 6. 1, 2, 3, 4.
11. Кои от изброените метаболитни продукти представляват болеви дразнители:
1. Урея, креатинин, пикочна киселина.
 2. Лактат, K^+ , H^+ .
 3. Аминокиселини с разклонена верига.
 4. Късо и средноверижни мастни киселини.
 5. Всички посочени.
12. “Бавната”, късна болка се характеризира с:
1. Заангажиране на полимодални/дълбоки, висцерални/ ноцицептори.
 2. Провеждане чрез немиелинизираните “С” влакна и палеоспиноретикулоталамичния път.
 3. Дифузен характер и изразени емоционални и вегетативни реакции.
 4. Има само защитна роля.
 5. 1, 2, 3.
 6. 1, 2, 3, 4.

13. С потискащ, аналгетичен ефект в ЦНС са интерневроните, които отделят :
1. Ацетилхолин, субстанция Р.
 2. Опиоидни ендогенни пептиди - ендорфини, енкефалини.
 3. Адреналин, норадреналин, допамин.
 4. Серотонин, калцитонин, соматостанин.
 5. Глутамат, аспартат, аденозин.
14. Каузалгията е:
1. Силна мъчителна невропатична болка, ангажираща територията на даден нерв.
 2. Последица на нараняване (контузия, прекъсване) на нерва.
 3. Аксон-рефлексно се съчетава с локални кожно-вегетативни прояви - атрофия, пигментация, хиперемия.
 4. Болка, съпровождаща се задължително с локални гърчове.
 5. 1, 2, 3.
 6. 1, 2, 3, 4.
15. Опиоидните невропептиди осъществяват аналгетичен ефект в ЦНС посредством:
1. $\alpha 1$ и $\alpha 2$ рецептори.
 2. A1 и A2 рецептори.
 3. μ -, κ - и δ -рецептори.
 4. $\beta 1$ и $\beta 2$ рецептори.
 5. М и Н холинорецептори.
16. Хипералгезията представлява:
1. Възприемане на неболеви като болеви стимули.
 2. Повишена ноцицептивна чувствителност към болеви дразнители.
 3. По-бързо провеждане на болевите импулси към ЦНС.
 4. Взривообразно генериране на тъканни болеви дразнители.
 5. Забавено провеждане на болевите импулси към ЦНС.
17. Осъзнаването на болката включва:
1. Локализация и охарактеризиране на болевото усещане.
 2. Претенка за полезния и вреден ефект от болката.
 3. Потребността от целенасочено и адекватно поведение.
 4. 2, 3.
 5. 1, 2, 3.
18. “Вратата на болката” в задните рога на гръбначния мозък “се отваря” при :
1. Аферентни сигнали от A(α) и A(β) влакната.
 2. Десцендентни серотонинергични импулси.
 3. Устойчива ноцицептивна аферентация по A(σ) или C – влакна.
 4. Т-невронен положителен feed back механизъм.
 5. Аферентни сигнали от “ μ ” и “ κ ”- рецептори.

19. Отразената болка се свързва с:

1. Правилото на дерматома - кожно-висцералните разклонения на аферентния нерв.
2. Гама- самоконтрола на аферентната активност
3. Кортико-висцерален рефлекторен механизъм
4. Кожно-висцерална конвергенция на импулси върху един и същи снопов неврон.
5. 1, 4
6. 2, 3, 4

20. Болката, която може да се наблюдава при увреждане пътищата за провеждане на ноцицептивната информация се означава като :

1. Ноцицептивна.
2. Психогенна.
3. Невропатична (неврогенна).
4. Идиопатична.
5. Алодинична.