## Վարակային հիվանդություններ

1. Սուր ջրային լուծով և չափավոր ջրազրկմամբ 30-ամյա պացիենտը գիտակից է և կարողանում է խմել: Ո՞րն է ռեհիդրատացիայի առաջին ընտրության եղանակը:

Ա. Ներերակային 5% գլյուկոզա

Բ. Նվազեցված օսմոլյարությամբ օրալ ռեհիդրատացիոն լուծույթ

Գ. Միայն սովորական ջուր

Դ. Ներերակային հակաբիոտիկ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA վարակային լուծ, խորհուրդ 39 | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

2. Սուր լուծով պացիենտի մոտ առկա են հիպովոլեմիկ շոկ և գիտակցության խանգարում: Ո՞րն է անհետաձգելի ռեհիդրատացիայի առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Միայն բերանային հեղուկներ

Բ. Լոպերամիդ և հսկողություն

Գ. Իզոտոնիկ կրիստալոիդների ներերակային ներարկում

Դ. Հեղուկների սահմանափակում

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA վարակային լուծ, խորհուրդ 41 | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

3. Արյունային լուծով պացիենտի կղանքում հայտնաբերվել է Shiga տոքսին 2 արտադրող E. coli (STEC): Ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Անհապաղ էմպիրիկ հակաբիոտիկ

Բ. Խուսափել հակաբիոտիկից և վերահսկել հեմոլիտիկ ուրեմիկ համախտանիշի նշանները

Գ. Միայն լոպերամիդ

Դ. Կանխարգելիչ հակահելմինթային բուժում

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA վարակային լուծ, խորհուրդներ 23, 35 | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

4. Առողջ 26-ամյա պացիենտի մոտ կղանքի ցանքսով հաստատվել է ոչ տիֆային Salmonella, լուծը թեթև է, բակտերեմիայի նշաններ չկան: Ո՞րն է առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Բոլոր դեպքերում ցեֆտրիաքսոնի ն/ե նշանակում

Բ. Աջակցող բուժում և ռեհիդրատացիա՝ առանց ռուտին հակաբիոտիկի

Գ. Մետրոնիդազոլ 14 օր

Դ. Անպայման կրկնակի կղանքի ցանքս ամեն օր

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA վարակային լուծ, հարուցիչին ուղղված բուժում | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

5. Հիվանդի մոտ առկա են տենդ, լուծ և աջ զստափոսում ցավ: Անամնեզում՝ թերի եփված խոզի մսի օգտագործում: Ո՞ր հարուցիչը պետք է դիտարկել որպես ապենդիցիտը նմանակող մեզադենիտի պատճառ:

Ա. Vibrio cholerae

Բ. Yersinia enterocolitica

Գ. Rotavirus

Դ. Enterobius vermicularis

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 212-Ն (2024), IDSA վարակային լուծ, խորհուրդ 10 | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

6. Հիվանդի մոտ հաստատվել է ռոտավիրուսային գաստրոէնտերիտ՝ թեթև ջրազրկմամբ: Ո՞ր միջամտությունն է բուժման հիմքը:

Ա. Ռուտին հակաբիոտիկոթերապիա

Բ. Օրալ ռեհիդրատացիա

Գ. Լոպերամիդ

Դ. Հակավիրուսային բուժում բոլոր դեպքերում

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 206-Ն (2024), IDSA խորհուրդներ 39, 44–45 | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

7. Արտահայտված տենդով, արյունային լուծով և որովայնի ուժեղ ցավով պացիենտի մոտ ո՞ր հետազոտական մոտեցումն է առավել նպատակահարմար:

Ա. Միայն կղանքի ընդհանուր քննություն

Բ. Կղանքի հետազոտություն Salmonella, Shigella, Campylobacter և STEC-ի նկատմամբ

Գ. Առանց հետազոտության հակահելմինթային բուժում

Դ. Միայն շճաբանական հետազոտություն

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA վարակային լուծ, խորհուրդ 8 | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

8. Հաստատված չբարդացած աղիքային ասկարիդոզով ոչ հղի մեծահասակի համար ո՞րն է կիրառվող հակահելմինթային դեղամիջոցներից մեկը:

Ա. Ալբենդազոլ

Բ. Ազիթրոմիցին

Գ. Ցեֆտրիաքսոն

Դ. Օսելտամիվիր

Սկզբնաղբյուր՝ CDC, Clinical Care of Soil-transmitted Helminths (2024) | https://www.cdc.gov/sth/hcp/clinical-care/

9. Ո՞ր հելմինթն է դասվում հողով փոխանցվող հելմինթներին:

Ա. Taenia saginata

Բ. Ascaris lumbricoides

Գ. Echinococcus granulosus

Դ. Schistosoma haematobium

Սկզբնաղբյուր՝ WHO հողով փոխանցվող հելմինթային վարակներ | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections

10. Հողով փոխանցվող հելմինթոզների տարածման կանխարգելման համար ո՞ր միջոցառումն է առավելապես նվազեցնում ֆեկալ աղտոտմամբ ձվերի փոխանցումը:

Ա. Խմելու ջրի և սանիտարական պայմանների բարելավում

Բ. Միայն միջատասպանների կիրառում

Գ. Միայն շնչառական դիմակների օգտագործում

Դ. Բոլոր կոնտակտավորներին հակաբիոտիկների նշանակում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO հողով փոխանցվող հելմինթային վարակներ | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections

11. Սուր լուծով հիվանդի համաճարակաբանական անամնեզում ո՞ր տեղեկությունն է հատկապես կարևոր:

Ա. Աչքերի գույնը

Բ. Վերջերս օգտագործած սնունդն ու ջուրը

Գ. Արյան խումբը

Դ. Մաշկին սպիերի առկայությունը

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 1

12. Ո՞րն է սուր վարակային լուծի սահմանումը ՀՀ գործելակարգով:

Ա. Լուծ՝ մինչև 14 օր

Բ. Լուծ՝ 30 օրից ավելի

Գ. Լուծ՝ 6 ամսից ավելի

Դ. Լուծ՝ միայն մեկ օր

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 15.02.2024 №53-Ն, «Սուր վարակային դիարեայով պացիենտի վարման գործելակարգ»

13. Ո՞ր տևողությունն է բնորոշ պերսիստվող լուծին ՀՀ գործելակարգով:

Ա. 1–2 օր

Բ. 30–90 օր

Գ. 6 ամսից ավելի

Դ. 14–29 օր

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 15.02.2024 №53-Ն, «Սուր վարակային դիարեայով պացիենտի վարման գործելակարգ»

14. Ո՞ր տևողությունն է բնորոշ քրոնիկ լուծին ՀՀ գործելակարգով:

Ա. Մինչև 3 օր

Բ. 4–7 օր

Գ. 30 օր և ավելի

Դ. 8–13 օր

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 15.02.2024 №53-Ն, «Սուր վարակային դիարեայով պացիենտի վարման գործելակարգ»

15. Օրական քանի՞ ջրիկ կղազատումից է սովորաբար սահմանվում լուծը:

Ա. Միայն 1

Բ. 3 և ավելի

Գ. Միայն 2

Դ. 10 և ավելի

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 15.02.2024 №53-Ն, «Սուր վարակային դիարեայով պացիենտի վարման գործելակարգ»

16. Տենդով և արյունային լուծով պացիենտի մոտ ո՞ր հետազոտությունն է նպատակահարմար:

Ա. Կղանքի բակտերիաբանական հետազոտություն

Բ. Միայն վահանաձև գեղձի սոնոգրաֆիա

Գ. Միայն մեզի ընդհանուր քննություն

Դ. Միայն էլեկտրասրտագրություն

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 8

17. STEC-ի կասկածի դեպքում ո՞ր լաբորատոր թիրախն է կարևոր:

Ա. HBsAg

Բ. Հակաստրեպտոլիզին-O

Գ. Հակամիջուկային հակամարմիններ

Դ. Shiga տոքսինի հայտնաբերումը

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 8

18. STEC O157-ի կասկածի դեպքում ո՞ր մեթոդն է ախտորոշիչ:

Ա. Արյան խմբի որոշումը

Բ. Մաշկային ալերգիկ փորձը

Գ. Կղանքի մանրէաբանական, ՊՇՌ հետազոտություն, կղանքում տոքսինի որոշում

Դ. ԷՍԳ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 8

19. Արյունային լուծով և STEC-ի կասկածով հիվանդի մոտ ո՞ր բարդությունն է պետք հսկել:

Ա. Հիպերթիրեոզ

Բ. Հեմոլիտիկ-ուրեմիկ համախտանիշ

Գ. Պանկրեասի կիստա

Դ. Նեֆրոտիկ համախտանիշի բնածին ձև

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 23

20. STEC-ով հիվանդի մոտ հեմոլիտիկ-ուրեմիկ համախտանիշի վաղ հայտնաբերման համար ո՞ր ցուցանիշների համակցությունն է կարևոր:

Ա. Հեմոգլոբին, թրոմբոցիտներ և կրեատինին

Բ. Միայն խոլեստերին

Գ. Միայն TSH

Դ. Միայն վիտամին D

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 23

21. Հեմոլիտիկ-ուրեմիկ համախտանիշի  կասկածի դեպքում արյան քսուքում ո՞ր փոփոխությունն է աջակցում ախտորոշմանը:

Ա. Էոզինոֆիլների բացակայություն

Բ. Բազոֆիլների աճ

Գ. Միայն լիմֆոցիտոզ

Դ. Շիստոցիտների առկայություն

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 23

22. Ո՞ր պացիենտի մոտ պետք է մտածել C. difficile-ի հետազոտության մասին:

Ա. Առանց լուծի առողջ մարդ

Բ. Միայն հազով պացիենտ

Գ. Հակաբիոտիկի ընդունումից հետո սկսված լուծով պացիենտ

Դ. Միայն գլխացավով պացիենտ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 18

23. C. difficile-ի լաբորատոր ախտորոշման համար ո՞ր հետազոտությունն է ինֆորմատիվ:

Ա. Մեզի բակտերիաբանական հետազոտություն

Բ. Կղանքում GDH, Toxin A,B հայտնաբերում

Գ. Թքի միկրոսկոպիա

Դ. Խորխի միկրոսկոպիա

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 18

24. Սուր լուծի պատճառը որոշելու համար ո՞ր թեստը ինֆորմատիվ չէ:

Ա. Կղանքում բազոֆիլների որոշումը

Բ. Կղանքի ցանքսը ըստ ցուցման

Գ. Shiga տոքսինի քննությունը ըստ ցուցման

Դ. Կղանքի ՊՇՌ-ն ըստ ցուցման

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 20

25. Ո՞րն է վարակային լուծի լաբորատոր ախտորոշման նախընտրելի նմուշը:

Ա. Մազը

Բ. Եղունգը

Գ. Քթի քսուքը

Դ. Թարմ դիարեային կղանքը

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 19

26. ՊՇՌ մեթոդով հայտնաբերված լուծի բակտերիալ հարուցչի դեպքում ինչո՞ւ կարող է պահանջվել ցանքս:

Ա. Արյան խումբը հաստատելու համար

Բ. Լուծի գույնը որոշելու համար

Գ. Հակամանրէային զգայունության գնահատման համար

Դ. Հիվանդի տարիքը հաստատելու համար

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA, Infectious Diarrhea (2017), խորհուրդ 15՝ դրական մոլեկուլային թեստից հետո ցանքս | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

27. Ե՞րբ է հատկապես ցուցված արյան ցանքսը լուծով պացիենտի մոտ:

Ա. Ցանկացած թեթև ջրային լուծի դեպքում

Բ. Սեպսիսի նշանների առկայության դեպքում

Գ. Միայն ախորժակի նվազման դեպքում

Դ. Միայն փքվածության դեպքում

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 9

28. Ո՞ր իրավիճակում է անհրաժեշտ մտածել որովայնային տիֆի մասին:

Ա. Էնդեմիկ երկրից վերադարձած տենդով հիվանդ

Բ. Ալերգիկ ռինիտով հիվանդ

Գ. Միգրենով հիվանդ

Դ. Ակնաբորբով հիվանդ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 4

29. Ճանապարհորդելուց հետո 15 օր շարունակվող լուծի դեպքում ի՞նչ է կարևոր բացառել:

Ա. Հիպերտոնիա

Բ. Օտիտ

Գ. Սինուսիտ

Դ. Աղիքային վարակ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 13

30. Ե՞րբ է անհրաժեշտ գնահատել լուծի ոչ վարակային պատճառները:

Ա. Կրկնվող փռշտոցի դեպքում

Բ. Միայն մեկ փսխումից հետո

Գ. Երկարատև անբացատրելի լուծի դեպքում, որը չի ուղեկցվում տենդով

Դ. Միայն ախորժակի ածի դեպքում

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 28

31. Ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ չբարդացած սուր ջրային լուծի ժամանակ միջազգային ճանապարհորդության անամնեզի բացակայության դեպքում:

Ա. Անհապաղ նշանակել ցեֆտրիաքսոն

Բ. Սովորաբար խուսափել էմպիրիկ հակաբիոտիկից

Գ. Անհապաղ նշանակել մետրոնիդազոլ

Դ. Անհապաղ նշանակել վանկոմիցին

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 36

32. Լուծով ո՞ր հիվանդին կարելի է նշանակել ORS (օռալ ռեհիդրատացիոն հեղուկ):

Ա. Չափավոր ջրազրկմամբ, խմել կարողացող գիտակից հիվանդին

Բ. Շոկով անգիտակից հիվանդին որպես միակ միջոց

Գ. Աղիքային պերֆորացիայով հիվանդին

Դ. Կյանքին վտանգ սպառնացող հիպօքսեմիայով հիվանդին

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 40

33. Սուր լուծի դեպքում օժանդակ հակափսխումային միջոցները ի՞նչ նպատակով կարելի է դիտարկել:

Ա. Ռեհիդրատացիան ամբողջությամբ փոխարինելու նպատակով

Բ. Լուծը դադարեցնելու նպատակով

Գ. Բոլոր հիվանդներին պարտադիր

Դ. Համարժեք ռեհիդրատացիան ապահովելու նպատակով

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 46

34. Սուր արյունային լուծով հիվանդին լոպերամիդ տալու վերաբերյալ ո՞րն է ճիշտ:

Ա. Պարտադիր է բոլոր դեպքերում

Բ. Փոխարինում է ORS-ին

Գ. Խորհուրդ չի տրվում

Դ. Բուժում է բակտերիեմիան

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 47

35. Տենդով և արյունային լուծով հիվանդի մոտ լոպերամիդ նշանակելու վերաբերյալ ո՞րն է ճիշտ:

Ա. Տալ որպես առաջին ընտրություն

Բ. Խուսափել կիրառությունից

Գ. Տալ հակաբիոտիկի փոխարեն

Դ. Տալ անկախ տարիքից

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 47

36. Ո՞ր իրավիճակում կարելի է մտածել լոպերամիդի կիրառության մասին

Ա. Իմունոկոմպետենտ մեծահասակի ոչ բորբոքային ջրային լուծի դեպքում տենդի բացակայությամբ

Բ. Տենդով արյունային լուծով 3-ամյա երեխայի մոտ

Գ. Տոքսիկ մեգակոլոնի կասկածի դեպքում

Դ. Սեպսիսով նորածնի մոտ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 47

37. Վարակային լուծով հիվանդի սնուցման վերաբերյալ ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. 7 օր պարտադիր քաղց

Բ. Ամբողջությամբ բացառել բոլոր հեղուկները

Գ. Միայն ներերակային գլյուկոզա

Դ. Ռեհիդրատացիային զուգահեռ շարունակել տարիքին համապատասխան սնուցումը

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 45

38. Լուծի դադարելուց հետո առանց հատուկ ցուցման կրկնակի կղանքի քննության մասին ո՞րն է ճիշտ:

Ա. Պարտադիր է բոլորին մեկ ամիս անց

Բ. Փոխարինում է կլինիկական գնահատմանը

Գ. Սովորաբար անհրաժեշտ չէ

Դ. Պարտադիր է բոլոր վիրուսային լուծերի դեպքերում

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 26

39. Վարակային լուծով հիվանդի հետ ապրող անախտանիշ անձանց վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Բոլորին տալ ցիպրոֆլոքսացին

Բ. Խորհուրդ տալ հիգիենայի պահպանում

Գ. Բոլորին տալ ներերակային հեղուկ

Դ. Բոլորին կատարել կոլոնոսկոպիա

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 37

40. Համաճարակային օջախում միաժամանակ լուծով մի քանի անձանց հայտնաբերման դեպքում ի՞նչ է անհրաժեշտ:

Ա. Հաշվի առնել ընդհանուր սննդային կամ ջրային աղբյուրը

Բ. Բացառել վարակային պատճառը

Գ. Անտեսել համաճարակաբանական կապը

Դ. Բոլորին նշանակել ստերոիդ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 11

41. Իմունային անբավարարությամբ և ծանր լուծով հիվանդի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Բացառել բոլոր վարակածին գործոնները առանց քննության

Բ. Սահմանափակվել միայն ԷՍԳ-ով

Գ. Անտեսել համակցված վարակները

Դ. Դիտարկել լուծի վիրուսային, բակտերիալ, սնկային ու մակաբուծային պատճառները

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 12

42. Ո՞րն է ջրազրկման գնահատման կարևոր կլինիկական ցուցանիշը:

Ա. Մազերի գույնը

Բ. Ականջախեցու ձևը

Գ. Գիտակցության և հեմոդինամիկ վիճակը

Դ. Ատամների թիվը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 15.02.2024 №53-Ն, «Սուր վարակային դիարեայով պացիենտի վարման գործելակարգ»

43. Ծանր լուծի ժամանակ երիկամային ֆունկցիայի գնահատման համար ո՞ր թեստն է օգտակար:

Ա. Տրոպոնին՝ որպես միակ քննություն

Բ. Շիճուկային կրեատինին

Գ. IgE

Դ. PSA

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 15.02.2024 №53-Ն, «Սուր վարակային դիարեայով պացիենտի վարման գործելակարգ»

44. Արյունային լուծի դեպքում ո՞րն է առավել կարևոր նախքան հակաբիոտիկ ընտրելը:

Ա. Հնարավոր STEC վարակի գնահատումը

Բ. Խորխի առկայությունը

Գ. Քթահոսության առկայությունը

Դ. Վիտամին B12 մակարդակը

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 35

45. Արյունային լուծով հիվանդի մոտ հակաբիոտիկի էմպիրիկ նշանակման վերաբերյալ ո՞րն է ճիշտ:

Ա. Բոլորին նշանակել առանց գնահատման

Բ. Միշտ զուգահեռ տալ հականսնկային միջոց

Գ. Միշտ զուգահեռ տալ հակավիրուսային միջոց

Դ. Սովորաբար չնշանակել մինչև պատճառի գնահատումը՝ որոշ բացառություններով

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 30

46. Հարուցչի և զգայունության հաստատումից հետո ո՞րն է հակամանրէային վարման ճիշտ սկզբունքը:

Ա. Միշտ ավելացնել ևս երեք հակաբիոտիկ

Բ. Անտեսել հետազոտության պատասխանը

Գ. Նեղացնել կամ դադարեցնել բուժումը ըստ արդյունքի

Դ. Միշտ շարունակել նախապես նշանակված հակաբիոտիկը

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 38

47. Ո՞րն է աղիքային վարակով հիվանդի հոսպիտալացման կարևոր կլինիկական ցուցումը ՀՀ գործելակարգում:

Ա. Միայն մեկ անգամ ջրիկ կղանքը

Բ. Ծանր կամ բարդացած ընթացքը

Գ. Միայն ախորժակի նվազումը

Դ. Միայն թեթև փքվածությունը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 15.02.2024 №53-Ն, «Սուր վարակային դիարեայով պացիենտի վարման գործելակարգ»

48. Հիվանդի բնակավայրում հակահամաճարակային ռեժիմը պահպանելու անհնարինությունը ի՞նչ կարող է հանդիսանալ:

Ա. Հոսպիտալացման համաճարակաբանական ցուցում

Բ. Վիրուսային վարակի բացառման հիմք

Գ. Անմիջապես ստերոիդ տալու ցուցում

Դ. Հակաբիոտիկի ընտրության միակ հիմք

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 15.02.2024 №53-Ն, «Սուր վարակային դիարեայով պացիենտի վարման գործելակարգ»

49. Հում խեցեմորթ օգտագործելուց հետո ջրային լուծի դեպքում ո՞ր հարուցիչների խումբն է պետք նախնական դիտարկել:

Ա. Candida albicans

Բ. Influenza A

Գ. HSV-1

Դ. Vibrio հարուցիչների տեսակներ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 10

50. Ո՞ր կլինիկական պատկերն է հուշում Vibrio cholerae-ի հավանականությունը:

Ա. Միայն ցան առանց լուծի

Բ. Միայն դիզուրիա

Գ. Մեծածավալ «բրնձաջրային» լուծ

Դ. Միայն կրծքավանդակի ցավ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 10

51. Երկարատև լուծով ՁԻԱՀ ունեցող պացիենտի մոտ ո՞ր հարուցիչն է պետք լրացուցիչ դիտարկել:

Ա. Կարմրախտի վիրուս

Բ. Cryptosporidium spp.

Գ. Գրիպի վիրուս

Դ. Կարմրուկի վիրուս

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 12

52. Սուր լուծով հիվանդի մոտ լակտոֆերինի քննության դերի վերաբերյալ ո՞րն է ճիշտ:

Ա. Չօգտագործել որպես պատճառի հաստատման թեստ

Բ. Հաստատում է Salmonella-ի շճատիպը

Գ. Հաստատում է Yersinia-ի զգայունությունը

Դ. Փոխարինում է կղանքի ցանքսին

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 20

53. Սուր լուծով պացիենտի մոտ միայն լեյկոցիտոզը կարո՞ղ է արդյոք հաստատել կոնկրետ հարուցիչը:

Ա. Այո, միշտ հաստատում է Shigella

Բ. Այո, միշտ հաստատում է Salmonella

Գ. Այո, միշտ հաստատում է norovirus

Դ. Ոչ, լեյկոցիտոզը էթիոլոգիական թեստ չէ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 22

54. Ջրազրկման շտկումից հետո շարունակվող լուծի դեպքում ո՞րն է ճիշտ:

Ա. Դադարեցնել բոլոր հեղուկները

Բ. Միշտ բացառել սնուցումը

Գ. Վերագնահատել հեղուկների ու էլեկտրոլիտների կորուստը

Դ. Անտեսել մեզի քանակը

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 29

55. Նոր սկսված լուծով պացիենտի մոտ վերջերս հակաբիոտիկների ընդունումը ինչի՞ մասին կարող է հուշել:

Ա. Միայն մալարիայի մասին

Բ. Հակաբիոտիկ-ասոցացված լուծի մասին

Գ. Հեպատիտ B-ի մասին

Դ. Թոքային տուբերկուլոզի մասին

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 18

56. Սուր լուծով ծանր ջրազրկմամբ պացիենտի մոտ ո՞ր լուծույթն է նպատակահարմար կիրառել:

Ա. Ռինգերի լուծույթ

Բ. Միայն ջուր

Գ. Միայն 5% գլյուկոզա

Դ. Միայն բերանային հեղուկներ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 41

57. Ո՞րն է լուծով պացիենտի մոտ ջրազրկման ծանրության գնահատման նպատակը:

Ա. Ընտրել աչքի կաթիլները

Բ. Որոշել արյան խումբը

Գ. Հաստատել վարակիչ հարուցիչը առանց թեստի

Դ. Ընտրել ռեհիդրատացիայի ուղին և ծավալը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 15.02.2024 №53-Ն, «Սուր վարակային դիարեայով պացիենտի վարման գործելակարգ»

58. Ո՞ր դեպքի համար է շտապ համաճարակաբանական հաղորդումը:

Ա. Միայն մեկ առողջ անձի գլխացավ

Բ. Միայն մեկ անձի ալերգիկ ռինիտ

Գ. Նույն միջոցառման մասնակիցների միաժամանակյա լուծի դեպքեր

Դ. Միայն մեկ անձի հոդացավ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 11

59. Հիվանդի կողմից չպաստերիզացված կաթի օգտագործումը ինչի՞ գնահատման մաս է:

Ա. Սրտի ռիթմի

Բ. Հնարավոր փոխանցման գործոնների

Գ. Տեսողության սրության

Դ. Արյան խմբի

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 15.02.2024 №53-Ն, «Սուր վարակային դիարեայով պացիենտի վարման գործելակարգ»

60. Կղանքի ՊՇՌ դրական արդյունքի մեկնաբանման ժամանակ ո՞րն է կարևոր:

Ա. Համադրել կլինիկական և համաճարակաբանական տվյալների հետ

Բ. Անտեսել բոլոր ախտանիշները

Գ. Միշտ նշանակել երկու հակաբիոտիկ

Դ. Միշտ դիտարկել որպես կրություն

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 38

61. Սալմոնելոզի սննդային փոխանցման բնորոշ գործոնը ո՞րն է:

Ա. Ստերիլ ջուրը

Բ. Պաստերիզացված կաթը

Գ. Լավ եփված բրինձը

Դ. Թերի ջերմամշակված ձուն կամ թռչնամիսը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №213-Ն, «Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

62. Ո՞ր ախտանշանների համակցությունն է բնորոշ սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտին:

Ա. Հազ և խզզոց

Բ. Միայն դիզուրիա

Գ. Տենդ, որովայնացավ, լուծ

Դ. Միայն հոդերի այտուց

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №213-Ն, «Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

63. Սալմոնելոզով հիվանդի զննման ժամանակ ո՞ր գնահատումն է առաջնահերթ:

Ա. Տեսողության սրությունը

Բ. Ջրազրկման աստիճանի գնահատումը

Գ. Լսողության շեմը

Դ. Ոսկրային տարիքը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №213-Ն, «Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

64. Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտի դեպքում ո՞ր հետազոտությամբ է հայտնաբերվում հարուցիչը:

Ա. Կղանքի մանրէաբանական քննությունը

Բ. Մեզի ցիտոլոգիան

Գ. Քթի քսուքը

Դ. Մաշկի բիոպսիան

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №213-Ն, «Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

65. Սալմոնելոզով հիվանդի բակտերեմիայի կասկածի դեպքում ո՞ր հետազոտությունն է կարևոր:

Ա. Մեզի pH-ը

Բ. Կոպրոգրամման

Գ. Էլեկտրասրտագրությունը

Դ. Արյան ցանքսը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №213-Ն, «Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

66. Սալմոնելոզով հիվանդի մոտ ո՞ր նշանն է հուշում արտաաղիքային բարդություն:

Ա. Քթի քոր

Բ. Փռշտոց

Գ. Տենդի հետ հոդի ցավ և այտուց

Դ. Չոր մաշկ

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №213-Ն, «Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

67. Սալմոնելոզային սեպտիցեմիան ախտորոշվում է:

Ա. Կղանքի մանրէաբանական քննությամբ

Բ. Արյան ցանքսով

Գ. Մեզի ընդհանուր հետազոտությամբ

Դ. Թքի մանրէադիտմամբ

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №213-Ն, «Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

68. Սալմոնելոզային էնտերիտի կլինիկական ախտանիշ է:

Ա. Լուծ

Բ. Հազ

Գ. Մաշկի քոր

Դ. Քթահոսություն

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №213-Ն, «Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

69. Սալմոնելոզով հիվանդի ոսկրացավի և կայուն տենդի դեպքում ի՞նչ բարդություն պետք է դիտարկել:

Ա. Ալերգիկ ռինիտ

Բ. Կարճատեսություն

Գ. Միգրեն

Դ. Օստեոմիելիտ

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №213-Ն, «Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

70. Սալմոնելոզի ծանր ընթացքի ռիսկի գնահատման ժամանակ ո՞ր գործոնն է կարևոր:

Ա. Վարակման ուղին

Բ. Հասակը

Գ. Իմունային անբավարարությունը

Դ. Ողնաշարի ձևափոխությունները

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №213-Ն, «Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

71. Սալմոնելոզով երեխայի մոտ հեմոգլոբինոպաթիայի առկայությունը ինչի՞ հետ է կապված:

Ա. Վարակը լիովին բացառելու

Բ. Ինվազիվ վարակի բարձր ռիսկի

Գ. Հակաբիոտիկոթերապիայի անհնարինության

Դ. Վիրուսային էթիոլոգիայի հաստատման

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №213-Ն, «Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

72. Սալմոնելոզով հիվանդի հոդային բարդության դեպքում ո՞ր նմուշի քննությունը կարող է օգտակար լինել:

Ա. Սինովիալ հեղուկի ցանքսը

Բ. Թուքի ամիլազան

Գ. Արցունքի pH-ը

Դ. Քթի քսուքը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №213-Ն, «Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

73. Ո՞րն է աղիքային իերսինիոզի հիմնական հարուցիչը:

Ա. Streptococcus pyogenes

Բ. Neisseria meningitidis

Գ. Bordetella pertussis

Դ. Yersinia enterocolitica

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №212-Ն, «Իերսինիոզ ախտորոշմամբ պացիենտի վարման գործելակարգ»

74. Դպրոցահասակ երեխայի մոտ Իերսինիոզի ինչպիսի՞ կլինիկական պատկեր է բնորոշ:

Ա. Միայն դեղնուկ առանց որովայնացավի

Բ. Հևոց

Գ. Աջ զստափոսային ցավ և մեզադենիտ

Դ. Ականջացավ

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №212-Ն, «Իերսինիոզ ախտորոշմամբ պացիենտի վարման գործելակարգ»

75. Իերսինիոզի համաճարակաբանական անամնեզում ո՞ր շփումն է կարևոր:

Ա. Ակվարիումի ջրի հետ շփումը

Բ. Խոզերի կամ խոզամթերքների հետ շփումը

Գ. Տնային բույսերի հետ շփումը

Դ. Փոշոտ գրքերի հետ շփումը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №212-Ն, «Իերսինիոզ ախտորոշմամբ պացիենտի վարման գործելակարգ»

76. Իերսինիոզի դեպքում ո՞ր գործոնը կարող է բարձրացնել բակտերեմիայի ռիսկը:

Ա. Երկաթի գերքանակի համախտանիշը

Բ. Երկաթի պակասը որպես միակ գործոն

Գ. Կարճատեսությունը

Դ. Ալերգիկ ռինիտը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №212-Ն, «Իերսինիոզ ախտորոշմամբ պացիենտի վարման գործելակարգ»

77. Իերսինիոզով երեխայի որովայնի սոնոգրաֆիայով ի՞նչ կարող է հայտնաբերվել:

Ա. Թոքային չարորակ հանգույց

Բ. Սրտի փականային բնածին արատ

Գ. Վահանաձև գեղձի հանգույց

Դ. Մեզենտերիալ ավշահանգույցների մեծացում

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №212-Ն, «Իերսինիոզ ախտորոշմամբ պացիենտի վարման գործելակարգ»

78. Իերսինիոզի կղանքի մանրէաբանական հետազոտությունն ի՞նչ լրացուցիչ հնարավորություն է տալիս:

Ա. Արյան խմբի որոշում

Բ. Հակամանրէային զգայունության որոշում

Գ. Հեմոգլոբինի էլեկտրոֆորեզ

Դ. Վիտամին D-ի չափում

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №212-Ն, «Իերսինիոզ ախտորոշմամբ պացիենտի վարման գործելակարգ»

79. Իերսինիոզով հիվանդի մոտ ի՞նչ ախտանշան կարող է ուղեկցել աղիքային երևույթներին:

Ա. Ֆարինգիտ

Բ. Լսողության կորուստ

Գ. Մաշկի պիգմենտացիա

Դ. Մազաթափություն

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №212-Ն, «Իերսինիոզ ախտորոշմամբ պացիենտի վարման գործելակարգ»

80. Իերսինիոզով հիվանդի աջ զստափոսային ցավի դեպքում ի՞նչ հիվանդության հետ է անհրաժեշտ իրականացնել տարբերակիչ ախտորոշում:

Ա. Կատարակտ

Բ. Միջին օտիտ

Գ. Սինուսիտ

Դ. Սուր ապենդիցիտ

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №212-Ն, «Իերսինիոզ ախտորոշմամբ պացիենտի վարման գործելակարգ»

81. Իերսինիոզի ծանր ընթացքի ռիսկը մեծացնող ուղեկցող վիճակներից է:

Ա. Ռինիտը

Բ. Կարճատեսությունը

Գ. Հեմոքրոմատոզը

Դ. Պեպենները

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №212-Ն, «Իերսինիոզ ախտորոշմամբ պացիենտի վարման գործելակարգ»

82. Վիրուսային գաստրոէնտերիտի ժամանակ լուծը սովորաբար ի՞նչ բնույթի է:

Ա. Մշտապես արյունային

Բ. Ջրային

Գ. Մշտապես սև ձյութանման

Դ. Մշտապես ճարպային

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 01.07.2024 №206-Ն, «Վիրուսային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

83. Ռոտավիրուսային էնտերիտի կլինիկական նշան է:

Ա. Լուծ և փսխում

Բ. Գլխացավ

Գ. Մազաթափություն

Դ. Ակրոմեգալիա

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 01.07.2024 №206-Ն, «Վիրուսային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

84. Նորովիրուսային գաստրոէնտերիտի կլինիկական նշան է:

Ա. Գլխացավ

Բ. Արցունքահոսություն

Գ. Հիպերպիգմենտացիա

Դ. Լուծ և փսխում

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 01.07.2024 №206-Ն, «Վիրուսային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

85. Վիրուսային գաստրոէնտերիտով պացիենտի մոտ ո՞րն է բուժման հիմնական ուղղությունը:

Ա. Ռուտին հակաբիոտիկների նշանակումը

Բ. Ռուտին հականսկային բուժումը

Գ. Հեղուկների և էլեկտրոլիտների կորուստների շտկումը

Դ. Երկարատև քաղցը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 01.07.2024 №206-Ն, «Վիրուսային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

86. Վիրուսային գաստրոէնտերիտով երեխայի մոտ ախտանշանների ո՞ր համակցությունն է բնորոշ:

Ա. Արյունախխում

Բ. Փսխում և ջրային լուծ

Գ. Դիզուրիա

Դ. Հոդերի դեֆորմացիա

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 01.07.2024 №206-Ն, «Վիրուսային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

87. Վիրուսային գաստրոէնտերիտի էթիոլոգիական հաստատման համար ո՞ր մեթոդը կարող է կիրառվել:

Ա. Կղանքի ՊՇՌ քննություն

Բ. ԷՍԳ

Գ. Ռենտգեն հետազոտություն

Դ. Մաշկային ալերգիկ թեստ

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 01.07.2024 №206-Ն, «Վիրուսային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

88. Ո՞րն է վիրուսային գաստրոէնտերիտով հիվանդի ծանրության գնահատման կարևոր բաղադրիչը:

Ա. Աչքերի գույնը

Բ. Խորխի քանակը

Գ. Գլխի շրջագիծը

Դ. Ջրազրկման աստիճանը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 01.07.2024 №206-Ն, «Վիրուսային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

89. Վիրուսային գաստրոէնտերիտով հիվանդի մոտ որովայնի սոնոգրաֆիան հատկապես ինչի՞ համար կարող է կիրառվել:

Ա. Վիրուսի շճատիպի հաստատման

Բ. Արյան խմբի որոշման

Գ. Վիրաբուժական պաթոլոգիայի բացառման

Դ. Հակաբիոտիկի զգայունության որոշման

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 01.07.2024 №206-Ն, «Վիրուսային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

90. Նորովիրուսային բռնկման ժամանակ ո՞ր փոխանցման մեխանիզմն է բնորոշ:

Ա. Տրանսպլացենտար

Բ. Ֆեկալ-օրալ

Գ. Տրանսմիսիվ՝ մոծակով

Դ. Միայն սեռական

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book, Norovirus — Transmission | https://www.cdc.gov/yellow-book/hcp/travel-associated-infections-diseases/norovirus.html

91. Վիրուսային գաստրոէնտերիտի ժամանակ ռուտին հակաբիոտիկների կիրառման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Ցուցված չեն առանց բակտերիալ համակցված վարակի ապացույցի

Բ. Ցուցված են բոլոր դեպքերում

Գ. Փոխարինում են ռեհիդրատացիային

Դ. Պարտադիր են նույնիսկ առանց տենդի

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 01.07.2024 №206-Ն, «Վիրուսային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

92. Հիվանդի մոտ սուր փսխման և ջրային լուծի ժամանակ ո՞րն է առաջին կլինիկական առաջնահերթությունը:

Ա. Կատարել գլխուղեղի ՄՌՏ

Բ. Կատարել կոլոնոսկոպիա

Գ. Սկսել հակասնկային բուժում

Դ. Ջրազրկման և ընդհանուր վիճակի գնահատումը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 01.07.2024 №206-Ն, «Վիրուսային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

93. Վիրուսային գաստրոէնտերիտի ժամանակ ո՞ր ցուցանիշը կարող է օգնել գնահատել հեղուկների կորուստը:

Ա. Արյան խումբը

Բ. Տեսողության սրությունը

Գ. Կղազատման և փսխումների հաճախականությունը

Դ. Մազերի խտությունը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 01.07.2024 №206-Ն, «Վիրուսային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

94. Ո՞ր վիրուսն է հայտնի կոլեկտիվներում գաստրոէնտերիտի բռնկումներով:

Ա. Կատաղության վիրուսը

Բ. Նորովիրուսը

Գ. Հեպատիտ B վիրուսը

Դ. ՄԻԱՎ-ը

Սկզբնաղբյուր՝ CDC, Norovirus Outbreaks (2026) | https://www.cdc.gov/norovirus/outbreak-basics/index.html

95. Վիրուսային գաստրոէնտերիտով երեխայի մոտ արյունային լուծի ի հայտ գալու դեպքում ո՞րն է ճիշտ:

Ա. Վերագնահատել հնարավոր բակտերիալ պատճառները և բարդությունները

Բ. Համարել սովորական ռոտավիրուսային վարակի ընթացք

Գ. Բացառել հավելյալ հետազոտությունները

Դ. Անտեսել նոր ախտանիշը

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 8

96. Վիրուսային գաստրոէնտերիտի ժամանակ բերանային ռեհիդրատացիայի հիմնական առավելությունը ո՞րն է:

Ա. Բուժում է սեպսիսը

Բ. Փոխարինում է վիրաբուժական միջամտությանը

Գ. Պահանջում է ընդհանուր անզգայացում

Դ. Արդյունավետ է թեթև և չափավոր ջրազրկման ժամանակ՝ խուսափելով ն/ե կաթետերիզացիայից

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 39

97. Վիրուսային գաստրոէնտերիտով հիվանդի շոկի դեպքում ո՞րն է ճիշտ:

Ա. Կիրառել սովորական ջուր

Բ. Տալ լոպերամիդ

Գ. Անհետաձգելի ներերակային հեղուկների կիրառում

Դ. Տալ միայն հակաբիոտիկ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017, Infectious Diarrhea, խորհուրդ 41

98. Վիրուսային գաստրոէնտերիտով երեխայի մոտ փսխումը ի՞նչ նշանակություն ունի:

Ա. Միշտ ապացուցում է սալմոնելոզ

Բ. Կարող է դժվարացնել բերանային ռեհիդրատացիան

Գ. Բացառում է ջրազրկումը

Դ. Ապացուցում է հելմինթոզը

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 01.07.2024 №206-Ն, «Վիրուսային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

99. Ո՞րն է վիրուսային գաստրոէնտերիտի կանխարգելման հիմնական ընդհանուր միջոցը:

Ա. Ձեռքերի հիգիենան և բաղարկման կանխումը

Բ. Բոլորին կանխարգելիչ հակաբիոտիկ տալը

Գ. Ստերոիդների ընդունումը

Դ. Հակասնկային դեղերի ընդունումը

Սկզբնաղբյուր՝ CDC, How to Prevent Norovirus (2025) | https://www.cdc.gov/norovirus/prevention/index.html

100. Սալմոնելոզի ծանր ձևի դեպքում ո՞ր արտաաղիքային բարդությունը կարող է դիտվել:

Ա. Կատարակտ

Բ. Նևուս

Գ. Մելանոմա

Դ. Մենինգիտ

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №213-Ն, «Սալմոնելոզային գաստրոէնտերիտով պացիենտի վարման գործելակարգ»

101. Իերսինիոզի դեպքում երկարատև հեմոդիալիզը ի՞նչ ռիսկի հետ է կապված:

Ա. Իերսինիոզի լիովին բացառման

Բ. Մշտական իմունիտետի զարգացման

Գ. Բակտերեմիայի բարձր ռիսկի

Դ. Նորագոյացության զարգացման

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 09.07.2024 №212-Ն, «Իերսինիոզ ախտորոշմամբ պացիենտի վարման գործելակարգ»

102. Աղիքային վարակով հիվանդի հում թռչնամիս օգտագործելու փաստը ո՞ր վարակն է ավելի հավանական դարձնում:

Ա. Բոտուլիզմ

Բ. Սալմոնելոզ

Գ. Կարմրուկ

Դ. Ջրծաղիկ

Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ 15.02.2024 №53-Ն, «Սուր վարակային դիարեայով պացիենտի վարման գործելակարգ»

103. Ո՞րն է Ascaris lumbricoides-ի վարակման հիմնական ճանապարհը:

Ա. Ինվազիվ ձվերի կուլ տալը

Բ. Մոծակի խայթոցը

Գ. Օդակաթիլային փոխանցումը

Դ. Արյան փոխներարկումը

Սկզբնաղբյուր՝ WHO, Soil-transmitted helminth infections, Fact sheet

104. Ո՞րն է ասկարիդոզի ծանր աղիքային բարդություններից մեկը:

Ա. Կատարակտ

Բ. Միջին օտիտ

Գ. Պլևրիտ

Դ. Աղիքային անանցանելիություն

Սկզբնաղբյուր՝ CDC DPDx, Ascariasis — Clinical Presentation | https://www.cdc.gov/dpdx/ascariasis/

105. Ասկարիդոզի թոքային միգրացիոն փուլի ժամանակ ի՞նչ կարող է դիտվել:

Ա. Մշտական հիպոգլիկեմիա

Բ. Թոքային էմբոլիա՝ որպես պարտադիր նշան

Գ. Էոզինոֆիլային թոքային ինֆիլտրատներ

Դ. Արտահայտված բրադիկարդիա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book, Post-Travel Parasitic Disease — Ascariasis | https://www.cdc.gov/yellow-book/hcp/post-travel-evaluation/post-travel-parasitic-disease.html

106. Ո՞ր հելմինթն է բնորոշ պերիանալ գիշերային քորով:

Ա. Ascaris lumbricoides

Բ. Enterobius vermicularis

Գ. Trichuris trichiura

Դ. Ancylostoma duodenale

Սկզբնաղբյուր՝ CDC, Clinical Overview of Pinworm Infection (2024) — Symptoms | https://www.cdc.gov/pinworm/hcp/clinical-overview/index.html

107. Էնտերոբիոզի ախտորոշման համար ո՞ր քննությունն է նախընտրելի:

Ա. Պերիանալ քսուկի հետազոտությունը

Բ. Արյան ցանքսը

Գ. Մեզի ցանքսը

Դ. Խորխի ՊՇՌ-ը

Սկզբնաղբյուր՝ CDC, Clinical Overview of Pinworm Infection (2024) — Testing | https://www.cdc.gov/pinworm/hcp/clinical-overview/index.html

108. Ո՞ր հելմինթն է առավել կապված երկաթդեֆիցիտային անեմիայի հետ:

Ա. Shigella

Բ. Candida

Գ. Criptosporidia

Դ. Ancylostoma duodenale

Սկզբնաղբյուր՝ WHO, Soil-transmitted helminth infections, Fact sheet

109. Հողով փոխանցվող անկիլոստոմների թրթուրները սովորաբար ինչպե՞ս են ներթափանցում:

Ա. Օդակաթիլային

Բ. Սեռական ճանապարհով

Գ. Մաշկի միջով

Դ. Մոծակի միջոցով

Սկզբնաղբյուր՝ WHO, Soil-transmitted helminth infections, Fact sheet

110. Ո՞ր հելմինթն է առաջացնում տրիխուրիազ:

Ա. Enterobius vermicularis

Բ. Trichuris trichiura

Գ. Taenia solium

Դ. Schistosoma haematobium

Սկզբնաղբյուր՝ WHO, Soil-transmitted helminth infections, Fact sheet

111. Հողով փոխանցվող հելմինթոզների վերահսկման համար ո՞ր միջոցն է կարևոր:

Ա. Սանիտարական պայմանների և հիգիենայի բարելավումը

Բ. Հակաբիոտիկի կիրառումը

Գ. Դիմակների օգտագործումը

Դ. Միջատասպան ցանցը

Սկզբնաղբյուր՝ WHO, Soil-transmitted helminth infections, Fact sheet

112. Հողով փոխանցվող հելմինթոզների կանխարգելման նպատակով ո՞ր վարքագիծն է ճիշտ:

Ա. Օգտագործել չլվացված բանջարեղեն

Բ. Քայլել ոտաբոբիկ աղտոտված հողում

Գ. Օգտագործել չմշակված կեղտաջուր

Դ. Լվանալ բանջարեղենն ու ձեռքերը

Սկզբնաղբյուր՝ WHO, Soil-transmitted helminth infections, Fact sheet

113. ԱՀԿ դասակարգմամբ հողով փոխանցվող հելմինթոզների կանխարգելիչ քիմիաթերապիայում ո՞ր դեղն է կիրառվում:

Ա. Ամոքսիցիլին

Բ. Օսելտամիվիր

Գ. Ալբենդազոլ

Դ. Ֆլուկոնազոլ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO, Soil-transmitted helminth infections, Fact sheet

114. ԱՀԿ դասակարգմամբ հողով փոխանցվող հելմինթոզների կանխարգելիչ քիմիաթերապիայում ալբենդազոլի ստանդարտ միանվագ դեղաչափը ո՞րն է:

Ա. 25 մգ

Բ. 400 մգ

Գ. 50 մգ

Դ. 2000 մգ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO, Soil-transmitted helminth infections, Fact sheet

115. ԱՀԿ դասակարգմամբ փոխանցվող հելմինթոզների կանխարգելիչ քիմիաթերապիայում ալբենդազոլը խորհուրդ է տրվում կիրառել:

Ա. Միանվագ

Բ. Օրական 5 անգամ

Գ. Օրական 10 անգամ

Դ. Օրական 15 անգամ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO, Soil-transmitted helminth infections, Fact sheet

116. Ո՞ր խմբի երեխաների համար է ԱՀԿ-ն առաջարկում պարբերական դեղորայքային դեհելմինթիզացիա էնդեմիկ շրջաններում:

Ա. Միայն նորածինների

Բ. Միայն առողջ մեծահասակ տղամարդկանց

Գ. Միայն առողջ մեծահասակ կանանց

Դ. Ռիսկի խմբի նախադպրոցական և դպրոցահասակ երեխաների

Սկզբնաղբյուր՝ WHO, Soil-transmitted helminth infections, Fact sheet

117. Հողով փոխանցվող հելմինթոզների բարձր տարածվածության շրջաններում պարբերական դեհելմինթիզացիայի հիմնական նպատակը ո՞րն է:

Ա. Վերացնել բոլոր վիրուսները

Բ. Բուժել բակտերիալ սեպսիսը

Գ. Նվազեցնել հելմինթոզով վարակումը և հիվանդացությունը

Դ. Բարձրացնել հակաբիոտիկակայունությունը

Սկզբնաղբյուր՝ WHO, Soil-transmitted helminth infections, Fact sheet

118. Էխինոկոկի դեպքում ո՞ր օրգանն է առավել հաճախ ախտահարվում

Ա. Ականջ

Բ. Լյարդ

Գ. Փայծաղ

Դ. Երիկամ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO, Soil-transmitted helminth infections, Fact sheet

119. Ո՞ր հելմինթն է դասվում հողի միջոցով փոխանցվող հելմինթների խմբին:

Ա. Necator americanus

Բ. Taenia saginata

Գ. Diphyllobothrium latum

Դ. Echinococcus granulosus

Սկզբնաղբյուր՝ WHO, Soil-transmitted helminth infections, Fact sheet

120. Սուր հեպատիտ A-ի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Բոլոր չբարդացած դեպքերում երկարատև հակավիրուսային բուժում

Բ. Աջակցող բուժում

Գ. Համակարգային կորտիկոստերոիդ՝ որպես պլանային կարգով պատճառագիտական բուժում

Դ. Ալկոհոլի և լյարդաթունավոր դեղերի սահմանափակում չպահանջող վարում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Viral Hepatitis | https://www.cdc.gov/hepatitis/

121. Հեպատիտ A-ի քրոնիզացիայի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Քրոնիկ HAV-ն ախտորոշվում է IgG-ի՝ 6 ամսից ավելի պահպանմամբ

Բ. HAV-ն հաճախ քրոնիկանում է նաև իմունային անբավարարություն չունեցող անձանց մոտ

Գ. Հեպատիտ A վիրուսը քրոնիկ վարակ չի առաջացնում

Դ. Դեղնուկի երկարատև պահպանումն ինքնին ապացուցում է քրոնիկ HAV վարակ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Viral Hepatitis | https://www.cdc.gov/hepatitis/

122. Նախկինում HBsAg-բացասական պացիենտի մոտ արյունային շփումից 2 ամիս անց զարգացել է դեղնուկ: HBsAg-ը և հակա-HBc IgM-ը դրական են: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա. Սուր հեպատիտ A

Բ. Սուր հեպատիտ C

Գ. Քրոնիկ հեպատիտ B՝ առանց սրացման

Դ. Սուր հեպատիտ B

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

123. Սուր հեպատիտ B-ի կլինիկական և լաբորատոր պատկերի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Դեղնուկի բացակայությունը հուսալիորեն բացառում է սուր HBV վարակը

Բ. Հակա-HBs-ի դրականությունը հաստատում է սուր HBV-ը

Գ. Սուր HBV-ի դեպքում ԱԼՏ-ն բոլոր դեպքերում նորմալ է

Դ. Սուր HBV-ը կարող է ընթանալ դեղնուկով և ամինատրանսֆերազների բարձրացմամբ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

124. Կլինիկական սուր հեպատիտի դեպքում HBV-ի սուր վարակին ո՞ր շճաբանական համադրությունն է առավել համապատասխանում:

Ա. HBsAg դրական, հակա-HBc IgM բացասական, հակա-HBc IgG դրական

Բ. HBsAg դրական, հակա-HBc IgM դրական

Գ. HBsAg բացասական, հակա-HBc բացասական, հակա-HBs դրական

Դ. HBsAg բացասական, հակա-HBc IgG դրական, հակա-HBs դրական

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

125. Սուր հեպատիտ B-ի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Համակարգային կորտիկոստերոիդային մոնոթերապիա՝ բոլոր դեպքերում

Բ. Սուր չբարդացած դեպքերի մեծ մասում աջակցող վարում, ծանր դեպքերում՝ մասնագիտացված գնահատում

Գ. Տենոֆովիր՝ նաև ամեն թեթև, չբարդացած սուր դեպքին՝ անկախ ցուցումներից

Դ. Բուժման անհրաժեշտությունը գնահատել միայն HBsAg-ի դրականությամբ՝ առանց ծանրության

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

126. HBV-ի փոխանցման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Հիմնական փոխանցումը ֆեկալ-օրալ ճանապարհով է

Բ. HBV-ն սովորաբար փոխանցվում է հազով և փռշտոցով

Գ. Անախտանշան վարակված անձն արյունային ճանապարհով վարակը փոխանցել չի կարող

Դ. HBV-ն կարող է փոխանցվել արյունային և սեռական ճանապարհներով

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

127. HBsAg-ը պահպանվում է վեց ամսից ավելի, իսկ ԱLS-ն ու HBV ԴՆԹ-ն փոփոխական են: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Սուր հեպատիտ B

Բ. Սուր հեպատիտ A

Գ. HBV-ի ռեակտիվացիա

Դ. Քրոնիկ հեպատիտ B

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

128. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ քրոնիկ հեպատիտ B-ին:

Ա. HBsAg-ի պահպանման տևողությունը նշանակություն չունի քրոնիկության համար

Բ. Քրոնիկ HBV-ը չի կարող հանգեցնել ցիռոզի

Գ. Երկարատև վիրեմիա՝ ցիռոզի և հեպատոցելուլյար կարցինոմայի հնարավոր ռիսկով

Դ. Նորմալ ԱLS-ի մեկ արժեքը բացառում է լյարդի հետագա վնասման ռիսկը

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

129. Քրոնիկ HBV վարակի դեպքում հակավիրուսային բուժման ցուցումը որոշելու համար ո՞ր ցուցանիշների գնահատումն է առավել նպատակահարմար:

Ա. HBV ԴՆԹ, ԱԼՏ որոշում և ֆիբրոզի աստիճանի գնահատում՝ բուժման ցուցման որոշման համար

Բ. Հակա-HBs-ի մակարդակով բուժման ցուցման որոշում

Գ. HBsAg-ի դրականությամբ՝ առանց ֆիբրոզի և ակտիվության գնահատման

Դ. Հիվանդի գանգատների ծանրությամբ՝ առանց լաբորատոր գնահատման

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

130. Քրոնիկ հեպատիտ B-ի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Ռիբավիրինային մոնոթերապիա՝ քրոնիկ HBV-ի համար

Բ. Ցուցման դեպքում տենոֆովիր կամ էնտեկավիր՝ երիկամային/ոսկրային ռիսկերը հաշվի առնելով

Գ. Հակավիրուսայինը դադարեցնել ԱԼՏ-ի առաջին նորմալ արժեքից հետո

Դ. Բուժման ընտրությունը կատարել միայն հակա-HBs-ի մակարդակով

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

131. HBsAg-ի դրական արդյունքի ո՞ր տևողությունն է բնորոշ քրոնիկ HBV վարակին:

Ա. Առնվազն 2 շաբաթ

Բ. Առնվազն 1 ամիս

Գ. Առնվազն 6 ամիս

Դ. Առնվազն 3 ամիս

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

132. HBsAg-դրական հիվանդի մոտ հայտնաբերվել են հակա-HDV հակամարմիններ և HDV ՌՆԹ: Ո՞ր համակցված վարակն է հաստատվում:

Ա. Հեպատիտ D

Բ. HBV-ի ռեակտիվացիա

Գ. Սուր հեպատիտ B

Դ. Սուր հեպատիտ A

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

133. Քրոնիկ HBV վարակով պացիենտի մոտ զարգացել է HDV սուպերինֆեկցիա: HBV մոնովարակի համեմատ ո՞ր հետևանքն է առավել բնորոշ:

Ա. Լյարդի ֆիբրոզի և ցիռոզի առաջընթացի արագացում

Բ. Լյարդի ֆիբրոզի պարտադիր հետզարգացում

Գ. HBV վարակի ինքնաբերաբար վերացում

Դ. Քրոնիկ հեպատիտի հետագա առաջընթացի ռիսկի վերացում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

134. HBsAg-դրական անձի մոտ ակտիվ HDV վարակը հաստատելու համար ո՞ր հաջորդական թեստավորումն է ճիշտ:

Ա. Հակա-HDV հակամարմինների, ապա HDV ՌՆԹ-ի հայտնաբերում

Բ. Հակա-HDV դրական հակամարմիններով ակտիվ վիրեմիայի հաստատում

Գ. HBV ԴՆԹ-ի բարձր մակարդակով HDV-ի հաստատում

Դ. ԱLS մակարդակի բարձրացում՝ առանց HDV-ի նպատակային հետազոտման

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

135. Հեպատիտ D վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. HCV-ի ուղղակի ազդող դեղերն ընտրել որպես HDV-ի ընդունված բուժում

Բ. Մասնագիտացված գնահատում՝ HDV-ի հատուկ բուժման ցուցումներով

Գ. ԱLS-ի նորմալացմամբ բացառել ակտիվ HDV վարակը

Դ. Տենոֆովիրով մոնոթերապիան համարել HDV-ն ուղղակիորեն վերացնող բուժում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

136. Պացիենտի մոտ HCV ՌՆԹ-ն հայտնաբերվում է 6 ամսից ավելի, իսկ տրանսամինազները տատանվում են: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա. Սուր հեպատիտ C

Բ. Նախկինում տարած և ինքնալավացած HCV վարակ

Գ. Քրոնիկ հեպատիտ C

Դ. Հակա-HCV-ի կեղծ դրականություն

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2026 — Hepatitis B and C consolidated guidance | https://www.who.int/publications/i/item/9789240119529

137. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ քրոնիկ հեպատիտ C վարակին:

Ա. Քրոնիկ HCV-ն պարտադիր ուղեկցվում է մշտական արտահայտված դեղնուկով

Բ. ԱLS-ի նորմալ մակարդակի լինելը լիովին բացառում է քրոնիկ HCV-ի դեպքում ֆիբրոզի առաջացումը

Գ. Անախտանշան ընթացքի դեպքում ցիռոզի ռիսկ չկա

Դ. Երկարատև, հաճախ առանց ախտանշանների ընթացք՝ լյարդի ֆիբրոզի ռիսկով

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2026 — Hepatitis B and C consolidated guidance | https://www.who.int/publications/i/item/9789240119529

138. Դրական հակա-HCV թեստից հետո ընթացիկ ակտիվ HCV վարակը հաստատելու համար ո՞ր քայլն է ճիշտ:

Ա. Հակա-HCV հակամարմինների կրկնակի որոշում

Բ. ԱLS-ի և ԱUS-ի մակարդակի որոշում

Գ. HCV ՌՆԹ-ի որոշում

Դ. Լյարդի էլաստոգրաֆիա

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2026 — Hepatitis B and C consolidated guidance | https://www.who.int/publications/i/item/9789240119529

139. Քրոնիկ հեպատիտ C վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Էնտեկավիրային մոնոթերապիա՝ HCV-ի համար

Բ. Բուժման փոխարեն սպասել դեղնուկի զարգացմանը

Գ. Ուղղակի ազդող հակավիրուսային դեղերի համակցություն՝ ընտրված սխեմայով

Դ. Բուժել հակա-HCV դրականության հիման վրա՝ առանց ընթացիկ վիրեմիայի գնահատման

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2026 — Hepatitis B and C consolidated guidance | https://www.who.int/publications/i/item/9789240119529

140. Դրական հակա-HCV հակամարմինների թեստով ակտիվ վիրեմիա հաստատելու վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Հակա-HCV-ի դրականությունը միշտ նշանակում է ակտիվ վարակ

Բ. Հակամարմնի տիտրը փոխարինում է վիրուսային բեռնվածության որոշմանը

Գ. Բուժումից հետո հակա-HCV-ի դրական մնալն ինքնին նշանակում է ռեցիդիվ

Դ. Հակա-HCV հակամարմինների դրական թեստը միայնակ ակտիվ վիրեմիա չի հաստատում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2026 — Hepatitis B and C consolidated guidance | https://www.who.int/publications/i/item/9789240119529

141. Ո՞ր պնդումն է ճիշտ քրոնիկ հեպատիտ C-ի և լյարդի կոմպենսացված ցիռոզի վերաբերյալ

Ա. Ցիռոզի առկայությունը հակացուցում է ուղղակի ազդեցության հակավիրուսային դեղորայքով բուժմանը

Բ. Հակավիրուսային բուժումը ցուցված է, սակայն կայուն վիրուսաբանական պատասխան ստանալուց հետո ևս անհրաժեշտ է շարունակել հեպատոցելյուլյար կարցինոմայի հսկողությունը

Գ. Կայուն վիրուսաբանական պատասխանից հետո հեպատոցելյուլյար կարցինոմայի զարգացման ռիսկն ամբողջությամբ վերանում է:

Դ. Ցիռոզի դեպքում հակավիրուսային բուժումը նշանակվում է միայն ԱLS-ի բարձր մակարդակի առկայությամբ:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2026 — Hepatitis B and C consolidated guidance | https://www.who.int/publications/i/item/9789240119529

142. Քրոնիկ հեպատիտ Ց-ի ուղղակի ազդող հակավիրուսային դեղերով բուժման ավարտից հետո ո՞ր ցուցանիշն է հաստատում կայուն վիրուսաբանական պատասխան (ԿՎՊ12)

Ա. Բուժման ավարտին ԱLS-ի մակարդակի նորմալացումը

Բ. Բուժման ավարտին հակա-HCV հակամարմինների բացասական դառնալը

Գ. Բուժման ավարտից առնվազն 12 շաբաթ անց HCV ՌՆԹ-ի չհայտնաբերվելը

Դ. Բուժման ընթացքում HCV ՌՆԹ-ի վիրուսային բեռնվածության նվազումը

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2026 — Hepatitis B and C consolidated guidance | https://www.who.int/publications/i/item/9789240119529

143. Ինչո՞ւ է անհրաժեշտ գնահատել հեպատիտ Բ-ի վիրուսի (HBV) վարակի կարգավիճակը՝ նախքան HCV-ի ուղղակի ազդող հակավիրուսային բուժումը սկսելը:

Ա. Քանի որ HCV-ի հակավիրուսային բուժման ընթացքում կամ դրանից հետո հնարավոր է HBV-ի ռեակտիվացիա:

Բ. Քանի որ HBV-ի առկայությունը բացառում է HCV-ի հակավիրուսային բուժման հնարավորությունը

Գ. Քանի որ HBV-ի դեմ հակամարմինները կարող են առաջացնել HCV ՌՆԹ-ի կեղծ դրական արդյունք:

Դ. Քանի որ HCV-ի բուժման համար անհրաժեշտ է նախապես ապահովել HBV-ի դեմ պատվաստում՝ անկախ HBV կարգավիճակից

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

144. 35 տարեկան պացիենտի մոտ հայտնաբերվել են դրական հակա-HCV հակամարմիններ և HCV ՌՆԹ: ԱLS-ի և ԱUS-ի մակարդակները նորմայի սահմաններում են, պացիենտը գանգատներ չունի: Ո՞րն է այս պացիենտի վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Պացիենտը բուժման կարիք չունի, քանի որ լյարդային ֆերմենտների մակարդակները նորմալ են

Բ. Գնահատել լյարդի ֆիբրոզի աստիճանը և հակացուցումների բացակայության դեպքում սկսել ուղղակի ազդող հակավիրուսային բուժում

Գ. Կրկնել հակա-HCV հակամարմինների հետազոտությունը 6 ամիս անց և միայն դրանից հետո որոշել բուժման անհրաժեշտությունը:

Դ. Անհրաժեշտ է սպասել մինչև ԱLS-ի և ԱUS-ի մակարդակների բարձրացումը

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2026 — Hepatitis B and C consolidated guidance | https://www.who.int/publications/i/item/9789240119529

145. Հարավային Ասիայում աղտոտված ջրի հետ կապված հեպատիտի բռնկման վայրից վերադարձած հղին ունի սուր դեղնուկային հեպատիտ: Հակա-HAV IgM-ը և HBsAg-ը բացասական են: Ո՞ր վարակը պետք է առաջնահերթ հետազոտել:

Ա. Հեպատիտ E

Բ. Սուր հեպատիտ A

Գ. Աուտոիմուն հեպատիտ

Դ. Դեղորայքային հեպատիտ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

146. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ հեպատիտ E-ին:

Ա. Հղիության ժամանակ HEV-ը միշտ ավելի թեթև է ընթանում

Բ. Սուր հեպատիտ, որը որոշ գենոտիպերի դեպքում հղիների մոտ կարող է ծանր ընթացք ունենալ

Գ. Սուր դեղնուկային հեպատիտը բացառում է HEV-ի հավանականությունը

Դ. HEV-ը չի կարող առաջացնել սուր լյարդային անբավարարություն

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Viral Hepatitis | https://www.cdc.gov/hepatitis/

147. Սուր հեպատիտ E-ի կասկածի դեպքում լաբորատոր հաստատման համար ո՞ր թեստն է առավել համապատասխան:

Ա. Հակա-HEV IgM և/կամ HEV ՌՆԹ

Բ. Հակա-HEV IgG-ի մեկանգամյա որոշում

Գ. ԱLS մակարդակի բարձրացում

Դ. Լյարդի ՈՒՁՀ պատկերով հարուցչի հաստատում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Viral Hepatitis | https://www.cdc.gov/hepatitis/

148. Իմունային անբավարարություն չունեցող մեծահասակի սուր հեպատիտ E-ի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Բոլոր չբարդացած իմունային անբավարարություն չունեցող դեպքերում պարտադիր երկարատև ռիբավիրին

Բ. Բոլոր դեպքերում կանխարգելիչ լայն սպեկտրի հակաբիոտիկ

Գ. Ծանր սուր հեպատիտի դեպքում հրաժարվել ստացիոնար գնահատումից՝ եթե հիվանդը երիտասարդ է

Դ. Հիմնականում աջակցող բուժում, ծանր ընթացքի դեպքում՝ հոսպիտալացում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Viral Hepatitis | https://www.cdc.gov/hepatitis/

149. Իմունաճնշված պացիենտի HEV վարակի քրոնիզացիայի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. HEV-ը չի կարող քրոնիկանալ նույնիսկ օրգան փոխպատվաստվածների մոտ

Բ. Հակա-HEV IgG-ի երկարատև պահպանումը հաստատում է քրոնիկ վիրեմիան

Գ. Իմունաճնշումը պաշտպանում է HEV-ի պահպանվող վարակից

Դ. Որոշ իմունաճնշվածների մոտ HEV-ը կարող է քրոնիկանալ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Viral Hepatitis | https://www.cdc.gov/hepatitis/

150. HBsAg-դրական պացիենտը պատրաստվում է ռիտուքսիմաբով (իմունաճնշիչ կենսաբանական դեղամիջոց) բուժման: Ո՞ր վարակային բարդության ռիսկի կանխարգելումն է անհրաժեշտ գնահատել:

Ա. HBV-ի նոր սուր առաջնային վարակ

Բ. Հեպատիտ D-ի սուպերինֆեկցիա

Գ. Իմունաճնշմամբ պայմանավորված HEV վարակ

Դ. HBV-ի ռեակտիվացիա

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

151. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ HBV-ի ռեակտիվացիային:

Ա. Հակա-HBs-ի բարձրացում՝ առանց վիրուսային բազմացման

Բ. HBV ԴՆԹ վերահայտնաբերում կամ զգալի աճ՝ հեպատիտի հնարավոր սրացմամբ

Գ. ԱԼՏ-ի բարձրացում՝ առանց HBV-ի ակտիվության որևէ փոփոխության

Դ. HBV ԴՆԹ-ի նվազում և կայուն HBsAg-ի վերացում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

152. Ռիտուքսիմաբով (իմունաճնշիչ կենսաբանական դեղամիջոց) բուժում սկսելուց առաջ HBV վարակի և ռեակտիվացիայի ռիսկը գնահատելու համար ո՞ր հետազոտությունն է նպատակահարմար իրականացնել:

Ա. HBsAg, հակա-HBc և հակա-HBs, ըստ ցուցման՝ HBV ԴՆԹ որոշում

Բ. ԱԼՏ մակարդակի որոշում՝ նորմալ արժեքի դեպքում ռիսկը բացառելով

Գ. Հակա-HBs՝ առանց HBsAg-ի և հակա-HBc-ի

Դ. HBV պատվաստման պատմություն՝ առանց շճաբանական ստուգման

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

153. HBsAg-դրական պացիենտը պատրաստվում է ռիտուքսիմաբի: HBV ռեակտիվացիաը կանխելու ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. HBV պատվաստում՝ արդեն HBsAg-դրական պացիենտի ռեակտիվացիաը կանխելու համար

Բ. Սպասել կլինիկական դեղնուկի՝ մինչև կանխարգելիչ հակավիրուսայինի գնահատումը

Գ. Մինչ իմունաճնշումը կամ դրա մեկնարկին զուգահեռ տենոֆովիրով կամ էնտեկավիրով կանխարգելում և հետագա հսկողություն

Դ. HCV-ի ուղղակի ազդող հակավիրուսայիններ՝ HBV ռեակտիվացիան կանխելու համար

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

154. HBV-ի ռեակտիվացիայի բարձր ռիսկի և ռիտուքսիմաբի (իմունաճնշիչ կենսաբանական դեղամիջոց) ընդունման կապի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. HBsAg-բացասական, հակա-HBc-դրական անձի մոտ ռիտուքսիմաբը ռիսկ չի առաջացնում

Բ. Ռիտուքսիմաբը HBV ռեակտիվացիայի բարձր ռիսկի դեղերից է

Գ. Նորմալ ԱԼՏ-ն ռիտուքսիմաբից առաջ լիովին բացառում է ռեակտիվացիան

Դ. Ռիտուքսիմաբի ընթացքում ռիսկն առաջանում է միայն արդեն առկա դեղնուկի դեպքում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

155. HBsAg-դրական մոր կլինիկորեն առողջ նորածնի համար ո՞ր կանխարգելման կազմակերպումն է առաջնահերթ:

Ա. Հետագա HBsAg սքրինինգ՝ առանց ծննդյան կանխարգելման

Բ. HBV-ի պերինատալ փոխանցման ակտիվ և պասիվ կանխարգելում

Գ. Մոր հակավիրուսային բուժում՝ նորածնի կանխարգելման փոխարեն

Դ. Կանխարգելման հետաձգում մինչև նորածնի HBV ԴՆԹ-ի պատասխանը

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

156. HBsAg-դրական մոր նորածնի HBV կանխարգելման հարցում ո՞ր կլինիկական դրույթն է առավել կարևոր:

Ա. Մոր HBV ԴՆԹ-ի ցածր մակարդակը վերացնում է նորածնի ծննդյան կանխարգելման կարիքը

Բ. Վարակման ռիսկ կա միայն նորածնի արդեն առկա դեղնուկի դեպքում

Գ. Վերտիկալ փոխանցման ռիսկ նույնիսկ կլինիկորեն առողջ նորածնի դեպքում

Դ. Կլինիկական գանգատների բացակայությունը բացառում է նորածնի վարակման ռիսկը

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

157. HBsAg-դրական մոր երեխայի պատվաստումների ավարտից հետո ինչպե՞ս է ճիշտ հսկողություն սահմանել:

Ա. HBsAg և հակա-HBs՝ 9–12 ամսականում, կամ ուշացած շարքի ավարտից 1–2 ամիս անց՝ սակայն ոչ ուշ քան 9 ամսականը

Բ. Հակա-HBc՝ 9–12 ամսականում

Գ. HBsAg՝ ծննդյան օրը

Դ. HBsAg և հակա-HBs՝ կյանքի առաջին ամսում՝ որպես վերջնական հսկողություն

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

158. HBsAg-դրական մոր նորածնի կյանքի առաջին ժամերին ո՞ր կանխարգելումն է անհրաժեշտ:

Ա. Մոր տենոֆովիր՝ նորածնի պատվաստման և HBIG-ի փոխարեն

Բ. Առաջին պատվաստման հետաձգում մինչև 1 ամսական՝ հայտնի դրական մոր դեպքում

Գ. HBV պատվաստանյութ և HBIG՝ ծնվելուց ≤12 ժամում, տարբեր ներարկման տեղերում

Դ. HBIG՝ առանց HBV պատվաստանյութի

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

159. Ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզի դեպքում առաջնային EBV վարակը շճաբանորեն գնահատելու համար ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար իրականացնել:

Ա. EBNA IgG-ի մեկանգամյա որոշում

Բ. VCA IgG-ի մեկանգամյա որոշում

Գ. Արյան լեյկոցիտների քանակի որոշում

Դ. EBV VCA IgM/IgG և EBNA համադրություն՝ ըստ հիվանդության փուլերի

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Laboratory Testing for Epstein-Barr Virus | https://www.cdc.gov/epstein-barr/php/laboratories/index.html

160. Էբշտեյն Բարր վիրուսային ծագման ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Ամոքսիցիլին՝ Էբշտեյն Բարր վիրուսային ծագման ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզի բուժում

Բ. Կորտիկոստերոիդ՝ չբարդացած մոնոնուկլեոզի պլանային կարգով բուժման համար

Գ. Աջակցող բուժում, կոնտակտային սպորտից զերծ մնալ՝ փայծաղի պատռման ռիսկի պատճառով

Դ. Կոնտակտային սպորտի անհապաղ վերսկսում՝ միայն տենդի իջնելու հիման վրա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Laboratory Testing for Epstein-Barr Virus | https://www.cdc.gov/epstein-barr/php/laboratories/index.html

161. Էբշտեյն Բարր վիրուսային ծագման ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզի դեպքում ամոքսիցիլինի կիրառման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Ամոքսիցիլինի ֆոնին ցանը միշտ նշանակում է ցմահ IgE-միջնորդավորված պենիցիլինային ալերգիա

Բ. Ամոքսիցիլինի ֆոնին ցանի բացակայությունը բացառում է EBV վարակը

Գ. Ամոքսիցիլինը կանխում է EBV-ով պայմանավորված ցանի զարգացումը

Դ. Էբշտեյն Բարր վիրուսային ծագման ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզի դեպքում Ամոքսիցիլինի ֆոնին հաճախ կարող է զարգանալ ցան

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Laboratory Testing for Epstein-Barr Virus | https://www.cdc.gov/epstein-barr/php/laboratories/index.html

162. Պացիենտն ունի սուր կոկորդի ցավ, տենդ, ցավոտ առաջային պարանոցային հանգույցներ և հազի բացակայություն: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Էբշտեյն Բարր վիրուսային ծագման ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ

Բ. A խմբի ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտ

Գ. Ադենովիրուսային ֆարինգիտ

Դ. Չբարդացած վիրուսային ֆարինգիտ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Laboratory Testing for Epstein-Barr Virus | https://www.cdc.gov/epstein-barr/php/laboratories/index.html

163. A խմբի ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Մետրոնիդազոլային մոնոթերապիա՝ հաստատված A խմբի ստրեպտոկոկային վարակի դեպքում

Բ. Հաստատված վարակի դեպքում պենիցիլինային հակաբիոտիկ

Գ. Հակաբիոտիկ նշանակել էքսուդատի տեսքով՝ առանց պատճառագիտության գնահատման

Դ. Հաստատված A խմբի ստրեպտոկոկային վարակը բուժել տեղային անզգայացնող միջոցներով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Laboratory Testing for Epstein-Barr Virus | https://www.cdc.gov/epstein-barr/php/laboratories/index.html

164. 19-ամյա երիտասարդի մոտ առկա են տենդ, տոնզիլիտ, հետին պարանոցային լիմֆադենոպաթիա և սպլենոմեգալիա: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Էպշտեյն–Բարր վիրուսային ծագման պայմանավորված ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ

Բ. Ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտ

Գ. CMV ծագման մոնոնուկլեոզանման վարակ

Դ. Ադենովիրուսային ֆարինգիտ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Laboratory Testing for Epstein-Barr Virus | https://www.cdc.gov/epstein-barr/php/laboratories/index.html

165. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ Էպշտեյն–Բարր վիրուսային ծագման պայմանավորված ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզին:

Ա. Կարճատև տեղային կոկորդի ցավ՝ միայն առաջային պարանոցային ցավոտ հանգույցներով

Բ. Տոնզիլիտ և երկկողմանի կոնյուկտիվիտ՝ առանց հետին հանգույցների մեծացման

Գ. Հարբուխ և փռշտոց՝ առանց համակարգային ախտանշանների

Դ. Արտահայտված թուլություն, տենդ և հետին պարանոցային լիմֆադենոպաթիա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Laboratory Testing for Epstein-Barr Virus | https://www.cdc.gov/epstein-barr/php/laboratories/index.html

166. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ ջրծաղիկին:

Ա. Հետականջային և հետծոծրակային ավշահանգույցների մեծացում՝ թեթև ցանով

Բ. Միակողմանի դերմատոմային ցավոտ վեզիկուլոզ ցան

Գ. Հստակ սահմաններով բարձրացած էրիթեմա՝ տեղային տաքությամբ

Դ. Մաշկային տարրերի զարգացման տարբեր փուլեր՝ նույն ժամանակահատվածում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Chickenpox | https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-overview/index.html

167. Իմունային անբավարարություն չունեցող մեծահասակի չբարդացած ջրծաղիկի ցանի առաջին 24 ժամում վարման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Վալգանցիկլովիր՝ որպես չբարդացած ջրծաղիկի պլանային կարգով առաջին ընտրություն

Բ. Բակտերիալ բարդացում չունեցող ջրծաղիկի պլանային կարգով հակաբիոտիկային բուժում

Գ. Վաղ բերանային ացիկլովիրի/վալացիկլովիրի ցուցման գնահատում

Դ. Տարածուն ջրծաղիկի բուժում միայն տեղային կորտիկոստերոիդով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Chickenpox | https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-overview/index.html

168. Ջրծաղիկով պացիենտի մոտ ասպիրինից խուսափելը հատկապես ո՞ր համախտանիշի ռիսկի հետ է կապված:

Ա. Գիյեն–Բարեի համախտանիշ

Բ. Հեմոլիտիկ-ուրեմիկ համախտանիշ

Գ. Կավասակիի համախտանիշ

Դ. Ռեյեի համախտանիշ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Chickenpox | https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-overview/index.html

169. 70-ամյա անձի մոտ միակողմանի ցավոտ բշտիկներ են հայտնվել միջկողային շրջանում: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Ձոստերանման պարզ հերպես

Բ. Գոտևորող որքին

Գ. Կոնտակտային բշտիկային դերմատիտ

Դ. Բուլյոզ իմպետիգո

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

170. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ գոտևորող որքինին:

Ա. Հետականջային և հետծոծրակային ավշահանգույցների մեծացում՝ թեթև ցանով

Բ. Պետեխիաներ/պուրպուրա՝ շոկի արագ զարգացման վտանգով

Գ. Հստակ սահմաններով բարձրացած էրիթեմա՝ տեղային տաքությամբ

Դ. Միակողմանի ցավոտ բշտիկային ցան

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Chickenpox | https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-overview/index.html

171. Գոտևորող որքինի ոչ տիպիկ դեպքը լաբորատոր եղանակով հաստատելու համար ո՞ր հետազոտությունն է նախընտրելի:

Ա. Արյան շիճուկում VZV IgG դրական արդյունք

Բ. Բշտիկի պարունակության ՊՇՌ հետազոտություն VZV վիրուսի նկատմամբ՝ անհրաժեշտության դեպքում

Գ. Արյան քսուքով VZV-ի և HSV-ի տեսակային տարբերակում

Դ. Արյան ընդհանուր քննությամբ պատճառագիտական հաստատում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Chickenpox | https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-overview/index.html

172. Գոտևորող որքինի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Վաղ հակավիրուսային բուժում՝ ացիկլովիր/վալացիկլովիր ցուցումներով

Բ. Համակարգային կորտիկոստերոիդային մոնոթերապիա՝ առանց հակավիրուսային բուժման գնահատման

Գ. Տեղային քսուք՝ հակավիրուսային բուժման փոխարեն, անկախ տարիքից և ցավի ծանրությունից

Դ. Հակավիրուսային բուժման հետաձգում մինչև բոլոր տարրերի կեղևակալումը

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Chickenpox | https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-overview/index.html

173. Գոտևորող որքինից 3 ամիս անց նախկին ցանի շրջանում պահպանվում է այրող նյարդաբանական ցավ: Ո՞ր բարդությունն է առավել հավանական:

Ա. Դիաբետիկ պոլինեյրոպաթիա

Բ. Ողնաշարի դեգեներատիվ ռադիկուլոպաթիա

Գ. Եռվորյակ նյարդի առաջնային նևրալգիա

Դ. Հետհերպետիկ նևրալգիա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Chickenpox | https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-overview/index.html

174. Երիտասարդի մոտ տոնզիլիտին հաջորդել է մանրակետավոր ցան և լեզվի պտկիկների ընդգծում: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Ջրծաղիկ

Բ. Կարմրուկ

Գ. Կարմրախտ

Դ. Քութեշ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

175. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ քութեշին:

Ա. Պետեխիաներ/պուրպուրա՝ շոկի արագ զարգացման վտանգով

Բ. Հետականջային և հետծոծրակային ավշահանգույցների մեծացում՝ թեթև ցանով

Գ. Հստակ սահմաններով բարձրացած էրիթեմա՝ տեղային տաքությամբ

Դ. Առատ մանրակետային ցան և մորենման լեզու

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Fever | https://www.cdc.gov/group-a-strep/hcp/clinical-guidance/scarlet-fever.html

176. Քութեշի կասկածով տոնզիլոֆարինգիտի դեպքում ախտորոշման հաստատման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Բարձր հակաստրեպտոլիզին O՝ ընթացիկ ֆարինգիտը հաստատելու համար

Բ. Արյան ընդհանուր քննությամբ A խմբի ստրեպտոկոկի հաստատում

Գ. A խմբի ստրեպտոկոկի արագ հակածնային թեստ կամ բկանցքի քսուկի ցանքս

Դ. Կոպիտ ցանի առկայությամբ ստրեպտոկոկային պատճառի վերջնական հաստատում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Fever | https://www.cdc.gov/group-a-strep/hcp/clinical-guidance/scarlet-fever.html

177. Քութեշի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Մետրոնիդազոլ՝ որպես A խմբի ստրեպտոկոկի դեմ առաջին ընտրության մոնոթերապիա

Բ. Ջերմիջեցնող և տեղային օգնություն՝ առանց հաստատված A խմբի ստրեպտոկոկի բուժման

Գ. Ամինոգլիկոզիդային մոնոթերապիա՝ որպես սովորական առաջին ընտրություն

Դ. Հաստատված A խմբի ստրեպտոկոկային վարակի դեպքում պենիցիլին կամ ամոքսիցիլին

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Fever | https://www.cdc.gov/group-a-strep/hcp/clinical-guidance/scarlet-fever.html

178. Տենդ ունեցող ծանր ընթացքի հիվանդությամբ պացիենտի մոտ արագ տարածվում է չգունատվող հեմոռագիկ բնույթի ցանը: Արյան ցանքսում՝ գրամբացասական դիպլոկոկեր: Ո՞ր վարակն է առավել հավանական:

Ա. Մենինգոկոկցեմիա

Բ. Պնևմոկոկային սեպսիս

Գ. Ստաֆիլոկոկային սեպսիս

Դ. Ինվազիվ A խմբի ստրեպտոկոկային վարակ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

179. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ մենինգոկոկցեմիային:

Ա. Հստակ սահմաններով բարձրացած էրիթեմա՝ տեղային տաքությամբ

Բ. Պետեխիաներ/պուրպուրա՝ շոկի արագ զարգացման վտանգով

Գ. Հետականջային և հետծոծրակային ավշահանգույցների մեծացում՝ թեթև ցանով

Դ. Միակողմանի դերմատոմային ցավոտ վեզիկուլոզ ցան

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

180. Մենինգոկոկցեմիայի կասկածի դեպքում հարուցիչը հաստատելու համար ո՞ր հետազոտությունն է նպատակահարմար իրականացնել՝ բուժումը չուշացնելով:

Ա. Քիթըմպանային կրության հայտնաբերում՝ ինվազիվ վարակը հաստատելու համար

Բ. Մենինգեալ նշանների բացակայությամբ մենինգոկոկցեմիայի բացառում

Գ. Կոագուլոգրամով հարուցչի տեսակային հաստատում

Դ. Արյան ցանքս/ՊՇՌ հետազոտություն՝ առանց հակաբիոտիկային բուժման հետաձգման

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

181. Մենինգոկոկցեմիայի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Արյան ցանքսի վերջնական պատասխանի սպասում՝ մինչև առաջին հակաբիոտիկը

Բ. Անհապաղ պարենտերալ ցեֆտրիաքսոն և սեպսիսի վարում

Գ. Կորտիկոստերոիդ՝ սեպսիսի հակամանրէային բուժման փոխարեն

Դ. Բերանային պենիցիլին՝ որպես շոկով մենինգոկոկցեմիայի միակ բուժում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

182. Մենինգոկոկցեմիայի կասկածի դեպքում տենդի հետ հեմոռագիկ ցանի համակցությունն ինչպե՞ս պետք է գնահատել:

Ա. Հեմոռագիկ ցանով տենդը կարող է պահանջել անհետաձգելի բուժօգնություն

Բ. Շտապ գնահատում կատարել միայն պարանոցի կարկամության առկայությամբ

Գ. Սպասել ցանի տարածմանը՝ մինչև հակաբիոտիկի ցուցումը գնահատելը

Դ. Հեմոդինամիկան գնահատել լաբորատոր հաստատում ստանալուց հետո

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

183. Տարեց պացիենտի սրունքի վրա առաջացել է վառ կարմիր, հստակ սահմաններով, ցավոտ տաք օջախ, որն ուղեկցվում է տենդով: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Սրունքի ցելյուլիտ

Բ. Խորը երակային թրոմբոզ

Գ. Կարմիր քամի

Դ. Կոնտակտային դերմատիտ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

184. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ կարմիր քամուն:

Ա. Հիմնականում խոր տեղակայված դիֆուզ օջախ՝ անհստակ սահմաններով

Բ. Հստակ սահմաններով, մաշկից քիչ բարձրացած էրիթեմա՝ տեղային տաքությամբ

Գ. Քորով սկսվող օջախ՝ առանց տեղային տաքության կամ ցավի

Դ. Սրունքի խոր ցավ և այտուց՝ առանց էրիթեմատոզ մաշկային օջախի

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

185. Տիպիկ, չբարդացած կարմիր քամու դեպքում (առանց շոկի կամ ոչ տիպիկ նշանների) ախտորոշման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Ամեն չբարդացած դեպքի պարտադիր հաստատում արյան ցանքսով

Բ. Ամեն տիպիկ դեպքի պարտադիր մաշկային բիոպսիա

Գ. Ախտորոշումը բացառել միայն նորմալ լեյկոցիտների քանակով

Դ. Հիմնականում կլինիկական ախտորոշում՝ այլ պատճառները բացառելով

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

186. Կարմիր քամի հիվանդության վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Ստրեպտոկոկի դեմ հակաբակտերիալ բուժում

Բ. Տեղային կորտիկոստերոիդ՝ առանց հակաբակտերիալ բուժման

Գ. Հակաբիոտիկը միշտ հետաձգել մինչև արյան ցանքսի պատասխանը

Դ. Ընտրել միայն գրամբացասականների դեմ բուժում՝ առանց ստրեպտոկոկային ծածկույթի

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

187. Կարմիր քամու կրկնություններին նպաստող տեղային գործոնների վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Լիմֆոստազը նվազեցնում է նույն վերջույթում կրկնության ռիսկը

Բ. Ոտնամատների արանքների մաշկային ճաքերը կրկնության հետ կապ չունեն

Գ. Կրկնության կանխարգելումը չի պահանջում մաշկի մուտքի դռների գնահատում

Դ. Ռեցիդիվներին նպաստում են լիմֆոստազը և մաշկային ծածկույթների ամբողջականության խախտումը

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

188. Ինչպիսի՞ կլինիկական պատկերն է առավել բնորոշ էնտերովիրուսային մենինգիտին

Ա. Աստիճանաբար զարգացող գլխացավ, գանգուղեղային նյարդերի ախտահարում և լիկվորում գյուկոզայի ցածր մակարդակ:

Բ. Սուր սկսված տենդ, գլխացավ, պարանոցի մկանների կարկամություն և ողնուղեղային հեղուկում լիմֆոցիտային պլեոցիտոզ

Գ. Սուր սկսված տենդ, գլխացավ, պարանոցի մկանների կարկամություն և ողնուղեղային հեղուկում նեյտրոֆիլային պլեոցիտոզ

Դ. Երկարատև տենդ, օջախային նյարդաբանական ախտանշաններ և գլխուղեղի օղակաձև կոնտրաստավորվող օջախներ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

189. Ո՞ր կլինիկական դրսևորումն է առավել բնորոշ պարվովիրուս B19 վարակին մեծահասակների շրջանում:

Ա. Տարածուն վեզիկուլյոզ ցան՝ արտահայտված քորով

Բ. Երկարատև տենդ՝ հեպատոսպլենոմեգալիայով և արտահայտված լիմֆադենոպաթիայով

Գ. Սիմետրիկ հոդացավեր կամ արթրիտ՝ առավել հաճախ դաստակների, մատների և ծնկան հոդերի ախտահարմամբ

Դ. Սուր տոնզիլիտ՝ էքսուդատով և հետին պարանոցային ավշահանգույցների մեծացմամբ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

190. Հղիության 18-րդ շաբաթում կինը ցանավորված երեխայի հետ շփումից հետո ունի ցանցանման ցան և հոդացավեր: Պարվովիրուս B19 վարակի գնահատման համար ո՞ր քննությունն է առավել համապատասխան:

Ա. Արյան շճաբանական հետազոտություն պարվովիրուս B19-ի IgG և IgM հակամարմինների հայտնաբերում

Բ. B19 IgG՝ առանց IgM-ի կամ ընթացքի գնահատման

Գ. Արյան լեյկոցիտների քանակի որոշում

Դ. Պտղի ՈՒՁՀ՝ առանց մոր նպատակային շճաբանական գնահատման

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Brucellosis | https://www.cdc.gov/brucellosis/hcp/clinical-overview/index.html

191. Պարվովիրուս B19-ի հետ շփում ունեցած, գանգատներ չունեցող հղիի B19 IgG-ն դրական է, IgM-ը՝ բացասական: Ո՞ր մեկնաբանությունն է առավել հավանական:

Ա. Սուր առաջնային վարակ՝ հաստատված պտղային անեմիայով

Բ. Իմունության բացակայություն և բարձր ընկալունակություն

Գ. Այս արդյունքներով հաստատված ներարգանդային պտղային վարակ

Դ. Նախկին վարակի հետևանքով իմունություն՝ պտղի անբարենպաստ ելքի քիչ հավանական ռիսկով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Brucellosis | https://www.cdc.gov/brucellosis/hcp/clinical-overview/index.html

192. Իմունային անբավարարություն չունեցող անձանց մոտ սուր վիրուսային մենինգիտի ամենահաճախ պատճառը ո՞ր խմբի հարուցիչներն են:

Ա. Էնտերովիրուսներ

Բ. Պարզ հերպեսի վիրուսներ

Գ. Varicella-zoster վիրուս

Դ. Խոզուկի վիրուս

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

193. Անասնապահը չպաստերիզացված կաթնամթերք օգտագործելուց հետո ունի ալիքաձև տենդ, գիշերային քրտնարտադրություն և հոդացավ: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Բրուցելոզ

Բ. Q տենդ

Գ. Որովայնային տիֆ

Դ. Ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Brucellosis | https://www.cdc.gov/brucellosis/hcp/clinical-overview/index.html

194. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ բրուցելոզին:

Ա. Ձգձգվող տենդ՝ քրտնարտադրությամբ և ոսկրամկանային ցավերով

Բ. Մի քանի ժամ տևող փսխում՝ առանց համակարգային տենդի

Գ. Ոսկրահոդային ախտահարումը բացառում է բրուցելոզը

Դ. Բրուցելոզի բնորոշ պատկերը միայն տեղային էքսուդատիվ տոնզիլիտն է

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Brucellosis | https://www.cdc.gov/brucellosis/hcp/clinical-overview/index.html

195. Բրուցելոզի կասկածի դեպքում ո՞ր լաբորատոր հետազոտությունն ու կենսաանվտանգության մոտեցումն են ճիշտ:

Ա. Արյան ցանքս ուղարկել՝ առանց Brucella-ի կասկածը լաբորատորիային հայտնելու

Բ. Brucella-յի վերաբերյալ շճաբանական հետազոտություն, և/կամ արյան ցանքս՝ լաբորատոր ռիսկը նախապես գնահատելով

Գ. Բրուցելոզը հաստատել միայն բարձր ՑՌՍ (CRP)-ով

Դ. Հում կաթի օգտագործման փաստը բավարար համարել՝ առանց նպատակային քննության

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Brucellosis | https://www.cdc.gov/brucellosis/hcp/clinical-overview/index.html

196. Ոչ հղի մեծահասակի մոտ չբարդացած բրուցելոզի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Սովորաբար դոքսիցիկլինի և ռիֆամպիցինի համակցում ≥6 շաբաթ

Բ. Դոքսիցիկլինի 3-օրյա մոնոթերապիա

Գ. Ռիֆամպիցինի 7-օրյա մոնոթերապիա

Դ. Հակաբակտերիալ բուժման դադարեցում տենդի առաջին անկումից հետո

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Brucellosis | https://www.cdc.gov/brucellosis/hcp/clinical-overview/index.html

197. Բրուցելոզի սննդային փոխանցման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Կաթի պաստերիզացումը չի նվազեցնում Brucella-ի փոխանցման վտանգը

Բ. Հում կաթնամթերքը փոխանցման կարևոր գործոն է

Գ. Հում կաթից պատրաստված պանիրը միշտ անվտանգ է՝ անկախ մշակման պայմաններից

Դ. Սննդային փոխանցումը հնարավոր է միայն խաշած կաթի միջոցով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Brucellosis | https://www.cdc.gov/brucellosis/hcp/clinical-overview/index.html

198. 45 տարեկան տղամարդը դիմել է 3 շաբաթ տևողությամբ ալիքաձև տենդի, առատ քրտնարտադրության և գոտկային շրջանում աստիճանաբար ուժեղացող ցավերի գանգատներով: Անամնեզում՝ չպաստերիզացված կաթնամթերքի

օգտագործում: Ճճաբանական հետազոտությամբ հաստատվել է բրուցելոզ: Ո՞ր բարդության զարգացումն է առավել հավանական:

Ա. Սուր պիելոնեֆրիտ

Բ. Ռեակտիվ արթրիտ

Գ. Բրուցելոզային սպոնդիլոդիսցիտ

Դ. Սուր պոլիռադիկուլոնևրոպաթիա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Brucellosis | https://www.cdc.gov/brucellosis/hcp/clinical-overview/index.html

199. Ո՞ր իրավիճակն է պահանջում կատաղության հետկոնտակտային կանխարգելում:

Ա. Չղջիկի հետ անմիջական շփումը՝ մաշկի վնասվածքով

Բ. Վարակված կենդանու բուրդին դիպչելը անվնաս մաշկով

Գ. Կատաղությամբ հիվանդի հետ սովորական զրույցը նույն սենյակում

Դ. Եփած մսի օգտագործումը՝ հիվանդ կենդանուց

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Rabies Post-exposure Prophylaxis Guidance | https://www.cdc.gov/rabies/hcp/clinical-care/post-exposure-prophylaxis.html

200. Պատվաստված տնային շունը կծել է երեխայի: Դեպքի վարման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Կանխարգելումից լիովին հրաժարում՝ հենվելով կենդանու պատվաստման փաստաթղթի վրա

Բ. Վերքի մշակում, կենդանու 10-օրյա դիտարկում և ռիսկի գնահատում

Գ. Լրիվ կանխարգելման կուրս՝ առանց կենդանու դիտարկման հնարավորության գնահատման

Դ. Վերքի կարում և հսկողություն՝ առանց վերքի լվացման և ռիսկի գնահատման

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

201. Ո՞ր դրսևորումներն են առավել բնորոշ կատաղության կլինիկական պատկերին:

Ա. Վայրընթաց թորշոմած կաթվածը՝ երկտեսությամբ և կլման խանգարմամբ

Բ. Ջրավախություն, աերոֆոբիա, անքնություն

Գ. Միակողմանի դերմատոմային ցավոտ ցանը՝ տենդի ֆոնին

Դ. Պարանոցի կարծր այտուցը՝ «եզան պարանոցի» տեսքով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Rabies Post-exposure Prophylaxis Guidance | https://www.cdc.gov/rabies/hcp/clinical-care/post-exposure-prophylaxis.html

202. Կատաղության ելքի և կանխարգելման փոխհարաբերության վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Ախտանշանների ի հայտ գալուց հետո հակավիրուսային բուժումը ապահովում է ապաքինում

Բ. Կանխարգելումն արդյունավետ է նաև կաթվածի փուլում սկսելու դեպքում

Գ. Ախտանշանային փուլում հիվանդությունը գործնականում միշտ մահացու է

Դ. Կատաղության պատվաստանյութը նշանակվում է ախտանշանների զարգացումից հետո

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Rabies Post-exposure Prophylaxis Guidance | https://www.cdc.gov/rabies/hcp/clinical-care/post-exposure-prophylaxis.html

203. Հղիի մոտ մեկ նմուշում CMV IgM-ը դրական է: Ո՞ր պնդումն է ճիշտ վարակի ժամանակը գնահատելիս:

Ա. Մեկ դրական IgM-ը միշտ հաստատում է վերջին մեկ շաբաթում առաջնային վարակումը

Բ. Դրական IgM-ն ինքնին ապացուցում է պտղի վարակումը

Գ. Դրական IgM-ը միայնակ առաջնային վարակ չի հաստատում

Դ. Դրական IgM-ը բացառում է նախկինում տարած CMV վարակը

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Cytomegalovirus (CMV) | https://www.cdc.gov/cytomegalovirus/

204. Հղիության 8-րդ շաբաթում CMV IgG-ն բացասական էր, իսկ 16-րդ շաբաթում դարձել է դրական: Ո՞ր մեկնաբանությունն է առավել ճիշտ:

Ա. Արդյունքը հաստատում է միայն հղիությունից տարիներ առաջ տարած վարակ

Բ. Արդյունքը բացառում է հղիության ընթացքում CMV-ով վարակումը

Գ. IgG-ի սերոկոնվերսիան վկայում է վերջերս տարած առաջնային CMV վարակի մասին

Դ. Արդյունքն ինքնին հաստատում է պտղի վարակումը

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Cytomegalovirus (CMV) | https://www.cdc.gov/cytomegalovirus/

205. Հղիի մոտ հաստատվել է առաջնային CMV վարակ, սակայն նա գանգատներ չունի: Պտղին փոխանցման ռիսկի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Մոր մոտ գանգատների բացակայությունը լիովին բացառում է պտղին փոխանցումը

Բ. Պտղին փոխանցումը հնարավոր է նաև մոր անախտանշան վարակի դեպքում

Գ. Պտղին փոխանցումը հնարավոր է միայն մոր մոտ ցանի առկայությամբ

Դ. CMV-ն ներարգանդային ճանապարհով չի փոխանցվում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Cytomegalovirus (CMV) | https://www.cdc.gov/cytomegalovirus/

206. Հղին տանը խնամում է փոքր երեխայի: CMV-ով վարակման ռիսկը նվազեցնելու համար ո՞ր խորհուրդն է առավել նպատակահարմար:

Ա. Կիսել երեխայի սպասքը, եթե նա ախտանշաններ չունի

Բ. Լվանալ ձեռքերը տակդիրը փոխելուց հետո և չկիսել երեխայի սպասքն ու սնունդը

Գ. Երեխային բերանից համբուրելը համարել CMV-ի փոխանցման տեսանկյունից անվտանգ

Դ. Տակդիրը փոխելուց հետո ձեռքերը չլվանալ, եթե կիրառվել են ձեռնոցներ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Cytomegalovirus (CMV) | https://www.cdc.gov/cytomegalovirus/

207. HBsAg-դրական հղիի մորից պտղին վիրուսի փոխանցման ռիսկն ու բուժման ցուցումը գնահատելու համար ո՞ր հետազոտությունն է անհրաժեշտ:

Ա. Մոր հակա-HBs-ի մակարդակ

Բ. Լյարդի ՈՒՁՀ՝ առանց HBV ԴՆԹ-ի գնահատման

Գ. HBV ԴՆԹ քանակական որոշում և լյարդի վիճակի գնահատում

Դ. Մոր դեղնուկի առկայություն կամ բացակայություն

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

208. Հղիի նախկինում բացասական Toxoplasma IgG-ն դարձել է դրական: Առկա է թերի եփված մսի և հողով աղտոտված բանջարեղենի օգտագործման պատմություն: Ո՞ր վարակն է առավել հավանական:

Ա. Հղիության ժամանակ պարվովիրուս B19 վարակ

Բ. Հղիության ժամանակ քրոնիկ հեպատիտ B

Գ. Հղիության ժամանակ տոքսոպլազմոզ

Դ. Հղիության ժամանակ ցիտոմեգալովիրուսային վարակ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Toxoplasmosis | https://www.cdc.gov/toxoplasmosis/

209. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ հղիության ժամանակ տոքսոպլազմոզին:

Ա. Մոր անախտանշան վարակը լիովին բացառում է պտղին փոխանցումը

Բ. Պտղին փոխանցումը հնարավոր է միայն ծննդաբերության ժամանակ

Գ. Մինչև հղիությունը տարած վարակը բոլոր դեպքերում նշանակում է պտղի բարձր ռիսկ

Դ. Պտղի վարակման ռիսկ՝ մոր առաջնային վարակման դեպքում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Toxoplasmosis | https://www.cdc.gov/toxoplasmosis/

210. Հղիության ընթացքում կասկածվող առաջնային տոքսոպլազմային վարակի ժամանակը գնահատելու համար ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Մեկ դրական IgM-ով վարակման ճշգրիտ շաբաթվա որոշում

Բ. IgG-ի մեկանգամյա որոշումով վերջերս վարակվելու հաստատում

Գ. Պտղի ՈՒՁՀ-ով մայրական վարակման ժամկետի որոշում

Դ. IgG, IgM և անհրաժեշտության դեպքում IgG ավիդության/կրկնակի քննության համադրում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Toxoplasmosis | https://www.cdc.gov/toxoplasmosis/

211. Հղիության ժամանակ տոքսոպլազմոզի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Մասնագիտացված հաստատում և հղիության ժամկետին ու պտղի վարակման կարգավիճակին համապատասխան բուժման ընտրություն

Բ. Մեկ դրական IgM-ը բավարար համարել՝ առանց հաստատման և վարակման ժամկետի գնահատման

Գ. Բուժման նույն սխեման ընտրել՝ անկախ հղիության ժամկետից կամ պտղի վարակումից

Դ. Հնարավոր պտղային վարակը բացառել միայն մոր գանգատների բացակայությամբ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Toxoplasmosis | https://www.cdc.gov/toxoplasmosis/

212. Ո՞ր նկարագրությունն է առավել համապատասխանում ձեռքերի հիգիենայի ցուցումներին:

Ա. Ձեռքերի հիգիենան անհրաժեշտ է միայն տեսանելի աղտոտման դեպքում

Բ. Ձեռքերի հիգիենան անհրաժեշտ է պացիենտին դիպչելուց առաջ և ասեպտիկ միջամտությունից առաջ

Գ. Մեկ պացիենտի մաշկից ասեպտիկ տեղամաս անցնելիս հիգիենայի կարիք չկա

Դ. Պացիենտի շրջապատի առարկաներին դիպչելուց հետո ձեռքերի հիգիենա չի պահանջվում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Guidelines on Hand Hygiene in Health Care | https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906

213. Բուժաշխատողի ձեռքերի հիգիենայի անհրաժեշտ պահերը որոշելու համար ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Միջամտության և շփումների ռիսկի գնահատում՝ ԱՀԿ 5 պահերի սկզբունքով

Բ. Հիգիենայի պահերը որոշել հերթափոխի ժամանակացույցով

Գ. Հիգիենայի պահերը որոշել հիվանդի մեկուսացման տեսակով

Դ. Հիգիենայի անհրաժեշտությունը որոշել ձեռնոց կրելու փաստով

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Guidelines on Hand Hygiene in Health Care | https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906

214. Ձեռքերի հիգիենայի կատարման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Սպիրտային ձեռքի անտիսեպտիկ՝ եթե ձեռքերը տեսանելի կեղտոտ չեն

Բ. Ձեռքի զարդերի առկայությունը համարել ձեռքերի հիգիենայի փոխարինող պաշտպանություն

Գ. Ձեռքերի մաքրումը կատարել միայն հիվանդին դիպչելուց հետո

Դ. Ձեռնոց հագնել՝ նախամիջամտական ձեռքերի հիգիենայի փոխարեն

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Guidelines on Hand Hygiene in Health Care | https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906

215. Ակտիվ C. difficile վարակի դեպքում կոնտակտային նախազգուշական միջոցների ո՞ր համադրությունն է ճիշտ:

Ա. Մեկուսացման դադարեցում դրական թեստի հաջորդ օրը՝ շարունակվող լուծի դեպքում

Բ. Վիրաբուժական դիմակ՝ առանց ձեռնոցի և խալաթի

Գ. Ձեռնոց և խալաթ՝ շփման ժամանակ, շրջակա միջավայրի համապատասխան սպորոցիդային մաքրում

Դ. Միջավայրի մաքրում միայն ոչ սպորոցիդային միջոցով՝ առանց համապատասխան ռեժիմի

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/SHEA — C. difficile Clinical Practice Guideline | https://www.idsociety.org/practice-guideline/clostridium-difficile/

216. C. difficile-ով վարակված երեխայի խնամքի ժամանակ, հատկապես բռնկման կամ ձեռքերի աղտոտման դեպքում, ձեռքերի լվացման ո՞ր սկզբունքն է ճիշտ:

Ա. C. difficile-ի դեպքում օճառով և ջրով լվացումը կարևոր է հատկապես բռնկման ժամանակ

Բ. Սպիրտային անտիսեպտիկը լիովին ոչնչացնում է C. difficile-ի սպորները

Գ. Տեսանելի աղտոտման դեպքում օճառով լվացման փոխարեն միշտ բավարար է միայն սպիրտային միջոցը

Դ. Ձեռնոցների կիրառումը վերացնում է դրանք հանելուց հետո ձեռքերը մաքրելու կարիքը

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/SHEA — C. difficile Clinical Practice Guideline | https://www.idsociety.org/practice-guideline/clostridium-difficile/

217. Հոսպիտալացված հիվանդի էմպիրիկ հակաբիոտիկը սկսելուց 48–72 ժամ հետո հասել է ցանքսի պատասխանը: Ո՞ր քայլն է առավել նպատակահարմար:

Ա. Յուրաքանչյուր դրական ցանքսի դեպքում ինքնաբերաբար ավելացնել երկրորդ հակաբիոտիկ

Բ. Հակաբիոտիկի անհրաժեշտության և սպեկտրի վերագնահատում՝ կլինիկական պատասխանի հետ միասին

Գ. Սկզբնական լայն սպեկտրը պահել՝ անկախ զգայունությունից

Դ. Նեղացնել սպեկտրը միայն ՑՌՍ (CRP)-ի մեկ նորմալ արդյունքի հիման վրա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Testing and Diagnosis for Lyme Disease | https://www.cdc.gov/lyme/hcp/diagnosis-testing/index.html

218. Ո՞ր նկարագրությունն է առավել համապատասխանում հակամանրէային դեղերի ռացիոնալ կիրառման սկզբունքին:

Ա. Ամեն դեպքում կիրառել հնարավոր ամենալայն սպեկտրը

Բ. Դեղի ընտրության վերանայում՝ ըստ կլինիկական և մանրէաբանական տվյալների

Գ. Բոլոր պացիենտների համար ընտրել նույն դեղն ու նույն տևողությունը՝ անկախ օջախից

Դ. Բուժման փոփոխությունը կատարել միայն ջերմության մեկ չափման հիման վրա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Testing and Diagnosis for Lyme Disease | https://www.cdc.gov/lyme/hcp/diagnosis-testing/index.html

219. Անտառային արշավից 10 օր անց տզի խայթոցի տեղում առաջացել է ավելի քան 5 սմ տրամագծով, կենտրոնական գունաբացմամբ աստիճանաբար ընդարձակվող էրիթեմա: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Լայմի հիվանդություն՝ միգրացող էրիթեմայով (Erythema migrans)

Բ. Կարմիր քամի

Գ. Ստաֆիլոկոկային ցելյուլիտ

Դ. Միջատի խայթոցի տեղային գերզգայունային ռեակցիա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Testing and Diagnosis for Lyme Disease | https://www.cdc.gov/lyme/hcp/diagnosis-testing/index.html

220. Տիպիկ օղակաձև էրիթեմայի դեպքում ախտորոշման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Բուժումը սկսել դրական շճաբանական արդյունքից հետո՝ անկախ ցանի տեսքից

Բ. Ախտորոշումը կլինիկական է, քանի որ վաղ փուլում շճաբանական հետազոտության արդյունքը հաճախ բացասական է

Գ. Ախտորոշումը հաստատել տզի մարմնի ՊՇՌ հետազոտությամբ՝ հեռացումից հետո

Դ. Ախտորոշումը հաստատել արյան ցանքսով՝ Borrelia-ի անջատմամբ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Testing and Diagnosis for Lyme Disease | https://www.cdc.gov/lyme/hcp/diagnosis-testing/index.html

221. Լայմի հիվանդության ուշ դրսևորումների կասկածի դեպքում ո՞ր լաբորատոր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Խայթոցի տեղից վերցված մաշկի բիոպսիա՝ որպես հիմնական մեթոդ

Բ. Արյան ցանքս՝ Borrelia-ի անջատման համար

Գ. Երկփուլ շճաբանական հետազոտություն՝ սքրինինգային և հաստատող թեստերով

Դ. Կղանքի ՊՇՌ հետազոտություն՝ հարուցչի հայտնաբերման համար

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Testing and Diagnosis for Lyme Disease | https://www.cdc.gov/lyme/hcp/diagnosis-testing/index.html

222. Մաշկի վրա տիզ հայտնաբերելու դիպքում ի՞նչ է անհրաժեշտ անել:

Ա. Տիզը հեռացնել մի քանի օր անց՝ ինքնուրույն ընկնելու սպասումով

Բ. Տիզը հեռացնել հնարավորինս շուտ՝ պինցետով, մաշկին մոտ բռնելով

Գ. Բոլոր խայթոցներից հետո նշանակել հակաբիոտիկի լրիվ բուժական կուրս

Դ. Խայթոցից հետո անմիջապես որոշել հակամարմինները՝ որպես վարման հիմք

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Testing and Diagnosis for Lyme Disease | https://www.cdc.gov/lyme/hcp/diagnosis-testing/index.html

223. Անասնապահը հիվանդ կենդանու մորթին մշակելուց օրեր անց ձեռքին ունի անցավ խոց՝ սև կենտրոնով և շրջակա արտահայտված այտուցով: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Կարմիր քամի (էրիզիպել)

Բ. Ստաֆիլոկոկային ֆուրունկուլ

Գ. Սիբիրյան խոցի մաշկային ձև

Դ. Տզի խայթոցի տեղային ռեակցիա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Testing and Diagnosis for Lyme Disease | https://www.cdc.gov/lyme/hcp/diagnosis-testing/index.html

224. Ո՞ր բնութագիրն է առավել բնորոշ մաշկային սիբիրյան խոցին:

Ա. Արտահայտված ցավով, հստակ սահմաններով բարձրացած էրիթեմա

Բ. Քորով ուղեկցվող բշտիկներ՝ զարգացման տարբեր փուլերում

Գ. Ցանցանման ցան վերջույթներին՝ «ապտակված այտի» տեսքով

Դ. Անցավ խոց՝ սև կեղևով և շրջակա անհամաչափ մեծ այտուցով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Anthrax | https://www.cdc.gov/anthrax/hcp/clinical-overview/index.html

225. Մաշկային սիբիրյան խոցի լաբորատոր հաստատման համար ո՞ր մոտեցումն է առավել համապատասխան:

Ա. Խոցի եզրից վերցված նմուշի մանրադիտում և ցանքս

Բ. Կղանքի բակտերիոլոգիական ցանքս՝ հարուցչի անջատմամբ

Գ. Շիճուկում հակամարմինների մեկանգամյա որոշում՝ որպես միակ հաստատում

Դ. Մեզի հակածնային թեստ՝ հարուցչի հաստատման համար

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Anthrax | https://www.cdc.gov/anthrax/hcp/clinical-overview/index.html

226. Ո՞րն է չբարդացած մաշկային սիբիրյան խոցի վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Տեղային հակաբիոտիկային քսուք՝ առանց համակարգային բուժման

Բ. Համակարգային հակաբակտերիալ բուժում՝ վերքի խնամքով

Գ. Խոցի վաղ լայն վիրահատական հեռացում՝ որպես հիմնական բուժում

Դ. Համակարգային կորտիկոստերոիդ՝ որպես պատճառագիտական բուժում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Anthrax | https://www.cdc.gov/anthrax/hcp/clinical-overview/index.html

227. Ո՞ր նշանն է առավել բնորոշ դիֆթերիայի տոքսիկ ձևին:

Ա. Ափերի և ներբանների վեզիկուլոզ ցան՝ բերանի խոցերով

Բ. Հետծոծրակային ավշահանգույցների մեծացում՝ մանրաբծային ցանով

Գ. Միակողմանի դերմատոմային ցավոտ վեզիկուլոզ ցան

Դ. Պարանոցի կարծր այտուց՝ «եզան պարանոցի» տեսքով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Diphtheria | https://www.cdc.gov/diphtheria/hcp/clinical-guidance/index.html

228. Դիֆթերիայի լաբորատոր հաստատման համար ո՞ր մոտեցումն է առավել համապատասխան:

Ա. Կենսաբանական նյութի նմուշից կորինեբակտերիայի թունածին շտամի անջատում՝ հաստատված թունածնության որոշման թեստով

Բ. Շիճուկում հակամարմինների մեկանգամյա որոշում՝ որպես հաստատող թեստ

Գ. Արյան ընդհանուր քննությամբ հարուցչի և թունածնության հաստատում

Դ. Կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն՝ փառի տարածվածությունը գնահատելու համար

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Diphtheria | https://www.cdc.gov/diphtheria/hcp/clinical-guidance/index.html

229. Դիֆթերիան վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Հակադիֆթերային շիճուկի ներարկում՝ ցանքսի վերջնական պատասխանից հետո

Բ. Հակադիֆթերային շիճուկի անհապաղ ներարկում և հակաբիոտիկ

Գ. Հակաբիոտիկային բուժում՝ առանց հակատոքսինի դիտարկման թեթև դեպքերում

Դ. Համակարգային կորտիկոստերոիդ՝ որպես հիմնական պատճառագիտական բուժում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Diphtheria | https://www.cdc.gov/diphtheria/hcp/clinical-guidance/index.html

230. Դիֆթերիայի ո՞ր բարդություններն են պայմանավորված տոքսինի համակարգային ազդեցությամբ:

Ա. Հեմոլիտիկ-ուրեմիկ համախտանիշը և երիկամային անբավարարությունը

Բ. Ռեյեի համախտանիշը՝ լյարդի սուր անբավարարությամբ

Գ. Սրտամկանի բորբոքումը (միոկարդիտ) և ուշ շարժողական կաթվածը

Դ. Սուր ռևմատիկ տենդը և հետստրեպտոկոկային գլոմերուլոնեֆրիտը

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Diphtheria | https://www.cdc.gov/diphtheria/hcp/clinical-guidance/index.html

231. Դիֆթերիայով հիվանդի հետ շփված անձանց (կոնտակտավորների) վարման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Հսկողություն չի պահանջվում, եթե կոնտակտավորը պատվաստվել է մանկական տարիքում

Բ. Ջերմաչափում՝ առանց նմուշառման և կանխարգելիչ հակաբիոտիկի, 21 օրվա ընթացքում

Գ. Հակադիֆթերային շիճուկի կանխարգելիչ ներարկում բոլոր կոնտակտավորներին

Դ. Բժշկական հսկողություն, նմուշառում, հակաբիոտիկային կանխարգելում և պատվաստում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Diphtheria | https://www.cdc.gov/diphtheria/hcp/clinical-guidance/index.html

232. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ պարալիտիկ պոլիոմիելիտին:

Ա. Սիմետրիկ վերընթաց թուլություն՝ զգացողության խանգարմամբ

Բ. Ասիմետրիկ թորշոմած կաթված՝ զգայական պահպանվածությամբ

Գ. Սպաստիկ պարեզ՝ հիպերռեֆլեքսիայով և ախիլյան կլոնուսով

Դ. Վայրընթաց թորշոմած կաթված՝ ակնաբիբների լայնացմամբ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Signs and Symptoms of Tularemia | https://www.cdc.gov/tularemia/hcp/clinical-signs/index.html

233. Սուր թորշոմած կաթվածի դեպքում պոլիովիրուսի հայտնաբերման համար ո՞ր նմուշառումն է առավել նպատակահարմար:

Ա. Շիճուկում հակամարմինների մեկանգամյա որոշում

Բ. Ողնուղեղային հեղուկի բակտերիոլոգիական ցանքս

Գ. Կղանքի երկու նմուշ՝ 24–48 ժամ ընդմիջումով

Դ. Ախտահարված մկանի բիոպսիա՝ վիրուսի հայտնաբերման համար

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Signs and Symptoms of Tularemia | https://www.cdc.gov/tularemia/hcp/clinical-signs/index.html

234. Ո՞րն է պարալիտիկ պոլիոմիելիտի բուժման և վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Նպատակային հակավիրուսային բուժում՝ պոլիովիրուսի վերացման համար

Բ. Համակարգային կորտիկոստերոիդ՝ որպես ընդունված բուժում կաթվածի փուլում

Գ. Հակաբիոտիկ՝ վիրուսի արտազատումը դադարեցնելու համար

Դ. Աջակցող բուժում՝ շնչառության հսկողությամբ և վաղ վերականգնմամբ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Signs and Symptoms of Tularemia | https://www.cdc.gov/tularemia/hcp/clinical-signs/index.html

235. Չպատվաստված 9-ամյա երեխան հողով աղտոտված վերք ստանալուց 8 օր անց ունի ծամիչ մկանների ջղաձգական կծկում (տրիզմ), պարանոցային մկանների

կարկամություն և ջղաձգական նոպաներ՝ պահպանված գիտակցությամբ: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա. Կատաղության ախտանշանային փուլ

Բ. Սուր բակտերիալ մենինգիտ

Գ. Գեներալիզացված փայտացում

Դ. Հիպոկալցեմիկ տետանիա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

236. Ո՞ր նշանների համակցությունն է առավել բնորոշ գեներալիզացված փայտացմանը:

Ա. Վայրընթաց թորշոմած կաթված՝ ակնաբիբների լայնացմամբ և չոր բերանով

Բ. Սիմետրիկ վերընթաց թուլություն՝ զգացողության խանգարմամբ

Գ. Ասիմետրիկ թորշոմած կաթված՝ ջլային ռեֆլեքսների անկմամբ

Դ. Տրիզմ, կեղծ ծիծաղ և օպիսթոտոնուս՝ պահպանված գիտակցությամբ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Tetanus | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tetanus

237. Փայտացման ախտորոշման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Ախտորոշումը կլինիկական է, և բուժումը չի հետաձգվում հաստատման սպասումով

Բ. Ախտորոշման պարտադիր պայմանը վերքի ցանքսի դրական արդյունքն է

Գ. Ախտորոշումը հաստատվում է շիճուկում հակամարմինների որոշմամբ՝ զույգ նմուշներով

Դ. Ախտորոշումը հաստատվում է գլխուղեղի ՀՏ հետազոտությամբ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Tetanus | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tetanus

238. 35 տարեկան չպատվաստված պացիենտի մոտ առկա են տենդ, հազ, կոնյունկտիվիտ և դեմքից սկսվող մակուլոպապուլյոզ ցան: Ո՞րն է առավել բնորոշ ախտորոշումը:

Ա. Քութեշ

Բ. Տոնզիլիտ

Գ. Կարմրուկ

Դ. Կարմրախտ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

239. Կարմրուկի վարակելիության շրջանն է:

Ա. Տենդի սկզբից մինչև անհետացումը

Բ. Մինչև ցանի ամբողջական անհետացումը

Գ. Ցանի առաջացումից 4 օր առաջ մինչև ցանի առաջացումից 4 օր հետո

Դ. Առնվազն հիվանդության առաջին 10 օրերը

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Measles | https://www.cdc.gov/measles/hcp/clinical-overview/index.html

240. Կարմրուկի կասկածով պացիենտը դիմել է ցանի առաջացման առաջին օրը: Ո՞ր հետազոտական մոտեցումն է առավել նպատակահարմար ախտորոշումը հաստատելու համար:

Ա. Միայն արյան ընդհանուր հետազոտություն

Բ. Միայն կարմրուկի IgG հակամարմինների որոշում

Գ. Միայն կարմրուկի IgM հակամարմինների որոշում՝ անկախ հիվանդության օրից

Դ. Կարմրուկի ՌՆԹ-ի հայտնաբերում RT-PCR մեթոդով՝ շնչուղիներից վերցված նմուշում, և IgM հետազոտություն

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Measles | https://www.cdc.gov/measles/hcp/clinical-overview/index.html

241. Ո՞ր պնդումն է առավել ճիշտ տուլարեմիայի ժամանակ առաջացող բուբոնի վերաբերյալ:

Ա. Բուբոնը ավշահանգույցների ցավազուրկ մեծացում է, որը բնորոշ է միայն հիվանդության ուշ փուլին

Բ. Բուբոնը մոտակա ավշահանգույցների բորբոքային մեծացումն է, որը կարող է ուղեկցվել թարախակալմամբ

Գ. Բուբոնի առկայությունը բնորոշ է միայն տուլարեմիայի թոքային ձևին

Դ. Բուբոնը միշտ ուղեկցվում է մաշկի առաջնային խոցային ախտահարմամբ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Signs and Symptoms of Tularemia | https://www.cdc.gov/tularemia/hcp/clinical-signs/index.html

242. Զինծառայողը դաշտային պայմաններում չմշակված բնական աղբյուրի ջուր օգտագործելուց 5 օր անց ունեցել է բարձր տենդ, կոկորդի ցավ, նշիկների վրա փառ և պարանոցային ավշահանգույցների ցավոտ մեծացում: Ամոքսիցիլինով բուժման ֆոնին բարելավում չի դիտվել: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Ստրեպտոկոկային տոնզիլիտ

Բ. Տուլարեմիայի օրոֆարինգեալ ձև

Գ. Ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ

Դ. Դիֆթերիա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Signs and Symptoms of Tularemia | https://www.cdc.gov/tularemia/hcp/clinical-signs/index.html

243. Ո՞ր հակաբակտերիալ դեղամիջոցն է առավել նպատակահարմար ծանր ընթացքով տուլարեմիայի բուժման համար:

Ա. Գենտամիցին

Բ. Ամոքսիցիլին

Գ. Ազիթրոմիցին

Դ. Ցեֆտրիաքսոն

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Signs and Symptoms of Tularemia | https://www.cdc.gov/tularemia/hcp/clinical-signs/index.html

244. 35 տարեկան պացիենտը 3 շաբաթ շարունակ ունի նոպայաձև հազ, երբեմն՝ հազից հետո փսխում: Տենդ չունի, թոքերի աուսկուլտացիայով էական փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Սուր բակտերիալ թոքաբորբ

Բ. Սեզոնային գրիպ

Գ. Սուր բակտերիալ տոնզիլիտ

Դ. Կապույտ հազ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Signs and Symptoms of Tularemia | https://www.cdc.gov/tularemia/hcp/clinical-signs/index.html

245. Մեծահասակ պացիենտի մոտ կապույտ հազի ախտանշանները սկսվել են 10 օր առաջ: Ո՞ր լաբորատոր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար իրականացնել այս փուլում ախտորոշումը հաստատելու համար:

Ա. Արյան ընդհանուր հետազոտությամբ լիմֆոցիտոզի հայտնաբերում

Բ. Bordetella pertussis-ի ԴՆԹ-ի հայտնաբերում PCR մեթոդով՝ քթըմպանային նմուշում

Գ. Խորխի սովորական մանրէաբանական ցանքս

Դ. Միայն հակամարմինների որոշում՝ առանց հիվանդության տևողությունը հաշվի առնելու

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Features of Pertussis | https://www.cdc.gov/pertussis/hcp/clinical-signs/index.html

246. Կապույտ հազով պացիենտի մոտ սկսվել է հակաբակտերիալ բուժում ազիթրոմիցինով: Ե՞րբ կարող է դադարեցվել կաթիլային փոխանցման կանխարգելման նպատակով մեկուսացումը:

Ա. Հակաբիոտիկի առաջին դեղաչափից 24 ժամ անց

Բ. Հազի նոպաների հաճախականության նվազումից անմիջապես հետո

Գ. Արդյունավետ հակաբակտերիալ բուժման 5 լրիվ օրն ավարտելուց հետո

Դ. Միայն հազի ամբողջական անհետացումից հետո

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Features of Pertussis | https://www.cdc.gov/pertussis/hcp/clinical-signs/index.html

247. Պացիենտն անպաշտպան սեռական հարաբերությունից 3 շաբաթ անց ունի տենդ, ցան, ֆարինգիտ և գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիա: Ո՞ր ախտորոշումը պետք է առաջնահերթ դիտարկել

Ա. Ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ

Բ. Սուր ՄԻԱՎ վարակ

Գ. Քրոնիկ ՄԻԱՎ վարակ

Դ. Ցիտոմեգալովիրուսային վարակ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Signs and Symptoms of Tularemia | https://www.cdc.gov/tularemia/hcp/clinical-signs/index.html

248. Սուր ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Սուր ՄԻԱՎ վարակը միշտ անախտանշան է

Բ. Կարող է լինել սուր ռետրովիրուսային համախտանիշ՝ հնարավոր մոնոնուկլեոզանման պատկերով

Գ. Ցանն ու գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիան բացառում են սուր ՄԻԱՎ վարակը

Դ. CD4 բջիջների քանակը սովորաբար կայուն է մնում

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

249. Ո՞րն է ՄԻԱՎ վարակի առաջնային հետազոտության նախընտրելի լաբորատոր մեթոդը ժամանակակից ախտորոշման ալգորիթմներում.

Ա. 4-րդ սերնդի ՄԻԱՎ հակածին/հակամարմին համակցված թեստ

Բ. ՄԻԱՎ վարակը հաստատել միայն CD4-ի քանակով

Գ. Միայն ՄԻԱՎ-1 ՌՆԹ ՊՇՌ հետազոտություն

Դ. Բացասական հակամարմնային թեստով բացառել վաղ վարակը՝ անկախ շփման ժամկետից

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

250. ՄԻԱՎ վարակը հաստատված է: Ո՞րն է հակառետրովիրուսային (ՀՌՎ) բուժման մեկնարկի ճիշտ մոտեցումը:

Ա. ՀՌՎ բուժումը հետաձգել մինչև CD4 <200 բջիջ/մմ³

Բ. ՀՌՎ բուժումը հետաձգել մինչև արտահայտված կլինիկական ախտանիշների զարգացումը

Գ. Հաստատված վարակի դեպքում ՀՌՎ բուժման հնարավորինս արագ մեկնարկ

Դ. Սպասել վիրուսային ծանրաբեռնվածության ինքնուրույն նվազմանը

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

251. 7 օր առաջ ռիսկային շփում ունեցած մեծահասակի բացասական հակամարմնային ՄԻԱՎ թեստը ինչպե՞ս պետք է մեկնաբանել:

Ա. Սա կարող է լինել պատուհանի շրջան, երբ բացասական հակամարմնային թեստը չի բացառում վաղ վարակը

Բ. Պատուհանի շրջանում մեկ բացասական հակամարմնային թեստը վերջնական բացառում է վարակը

Գ. Կրկնակի թեստավորման ժամանակը կախված չէ շփման ամսաթվից կամ թեստի տեսակից

Դ. Սուր ՄԻԱՎ վարակի կասկածի դեպքում ՌՆԹ հետազոտությունը կարևոր չէ

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

252. Նոր ախտորոշված ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակը չունի գանգատներ և CD4 բջիջների քանակը 650 բջ/մկլ է: Ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Սահմանափակվել հսկողությամբ՝ առանց բուժման

Բ. Բուժել միայն կլինիկական ախտանիշների առաջացման դեպքում

Գ. Անհապաղ սկսել հակառետրովիրուսային բուժում

Դ. ՀՈՎ բուժումը սկսել միայն CD4 <350 բջիջ/մմ³ դեպքում

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

253. ՄԻԱՎ-ով ապրող, բուժում չստացող, գանգատներ չունեցող 15-ամյա դեռահասի դեպքում ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Նորմալ ինքնազգացողությունը բացառում է վիրուսային ծանրաբեռնվածության բարձր մակարդակը և CD4 բջիջների ցածր քանակը

Բ. Գանգատների բացակայությունը նշանակում է, որ ՀՈՎ բուժման ցուցում չկա

Գ. ՀՈՎ բուժման ցուցումը որոշվում է միայն ընդհանուր արյան քննությամբ

Դ. Ախտանիշների բացակայության դեպքում ևս հնարավոր է իմունային համակարգի աստիճանական վնասում

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

254. ՀՈՎ բուժում ստացող 15-ամյա դեռահասի մոտ բուժման արդյունավետությունը ո՞ր հետազոտությամբ է առավել ճշգրիտ գնահատվում:

Ա. CD4-ի քանակական որոշում

Բ. ՄԻԱՎ Ag/Ab թեստի կրկնություն

Գ. Ընդհանուր ինքնազգացողության գնահատում

Դ. ՄԻԱՎ վիրուսային ծանրաբեռնվածության քանակական որոշում

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

255. ՄԻԱՎ-ով ապրողների ՀՈՎ բուժման վերաբերյալ ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. ՀՈՎ բուժումը ցուցված է բոլոր ՄԻԱՎ-ով ապրողներին՝ անկախ CD4 բջիջների քանակից

Բ. ՀՈՎ բուժումը դադարեցնել առաջին չհայտնաբերվող վիրուսային ծանրաբեռնվածության ժամանակ

Գ. Գանգատներ չունեցող պացիենտին սկզբում բավարար է իմունոմոդուլյատորների նշանակումը

Դ. Սկզբում նշանակել միայն մեկ ակտիվ հակառետրովիրուսային դեղ

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

256. ՀՈՎ բուժմամբ ՄԻԱՎ-ի կայուն վիրուսային ճնշում ունեցող դեռահասին Չ=Չ (չհայտնաբերվող=չփոխանցվող) սկզբունքի շրջանակում սեռական փոխանցման վերաբերյալ ո՞ր տեղեկությունն է ճիշտ տալ:

Ա. Չ=Չ սկզբունքը շարունակում է գործել անկախ դեղերի ընդունումից, եթե նախկինում վիրուսը եղել է չհայտնաբերվող մակարդակի վրա

Բ. Սեռական փոխանցման վտանգը կախված է միայն CD4 բջիջների քանակից

Գ. Չհայտնաբերվող վիրուսային ծանրաբեռնվածության դեպքում սեռական փոխանցում չի լինում

Դ. Չ=Չ-ն կանխում է նաև այլ սեռավարակների փոխանցումը

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

257. ՀՈՎ բուժում չստացող ՄԻԱՎ-ով ապրող մեծահասակի CD4-ը 40 բջիջ/մմ³ է: Նա երկու շաբաթ է ունի աստիճանաբար ուժեղացող գլխացավ, սրտխառնոց և սուբֆեբրիլ ջերմություն: Լումբալ պունկցիայի ժամանակ ողնուղեղային հեղուկի ճնշումը զգալի բարձր է, բջջաքանակը՝ նվազագույն: Ո՞ր վարակն է առավել հավանական:

Ա. Էնտերովիրուսային մենինգիտ

Բ. Պնևմոկոկային մենինգիտ

Գ. Կրիպտոկոկային մենինգիտ

Դ. Տոքսոպլազմային էնցեֆալիտ

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

258. ՄԻԱՎ-ով ապրող մեծահասակի պնևմոցիստային թոքաբորբի վտանգը ո՞ր դեպքում է առավել բարձր՝ այլ պայմանները հավասար լինելու դեպքում:

Ա. CD4՝ 650 բջիջ/մմ³, կայուն վիրուսային ճնշում

Բ. CD4՝ 450 բջիջ/մմ³, կայուն վիրուսային ճնշում

Գ. CD4՝ 45 բջիջ/մմ³, առանց արդյունավետ ՀՌՎ բուժման և օպորտունիստական վարակների կանխարգելման

Դ. CD4՝ 320 բջիջ/մմ³, կայուն վիրուսային ճնշում

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

259. ՄԻԱՎ-ով ապրող CD4 <100 բջիջ/մմ³ պացիենտի մոտ կրիպտոկոկային մենինգիտի կասկածի դեպքում ո՞ր հետազոտությունն է առավել զգայուն և նախընտրելի արագ պատճառագիտական ախտորոշման համար:

Ա. Ողնուղեղային հեղուկի ՊՇՌ հետազոտություն

Բ. Ողնուղեղային հեղուկում կրիպտոկոկային հակածնի (CrAg) որոշում

Գ. Ողնուղեղային հեղուկի մանրադիտակային հետազոտություն

Դ. Ողնուղեղային հեղուկի ցանքս

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

260. Ըստ ԱՀԿ 2022 ուղեցույցի՝ ՄԻԱՎ-ով ապրող մեծահասակի կրիպտոկոկային մենինգիտի նախընտրելի ինդուկցիոն սխեման ո՞ր դեղերն է ներառում:

Ա. Լիպոսոմալ ամֆոտերիցին B, ֆլուցիտոզին և կասպոֆունգին

Բ. Լիպոսոմալ ամֆոտերիցին B, ֆլուկոնազոլ և կասպոֆունգին

Գ. Ֆլուկոնազոլ, ֆլուցիտոզին և իտրակոնազոլ

Դ. Լիպոսոմալ ամֆոտերիցին B, ֆլուցիտոզին և ֆլուկոնազոլ

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

261. ՄԻԱՎ-ով ապրող մեծահասակը ՀՌՎ բուժում չի ստանում, իսկ CD4-ը 85 բջիջ/մմ³ է: Պնևմոցիստային թոքաբորբի առաջնային կանխարգելման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Կանխարգելում չսկսել, եթե գանգատներ չկան

Բ. Սպասել մինչև CD4 <50 բջիջ/մմ³

Գ. Սպասել պնևմոցիստային թոքաբորբի առաջին դրվագին

Դ. Սկսել տրիմեթոպրիմ/սուլֆամեթօքսազոլով կանխարգելում

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

262. Բուժաշխատողը պատահականորեն ծակել է մատը ՄԻԱՎ-ով ապրող պացիենտի օգտագործած խոռոչավոր ասեղով: Ո՞րքան ժամանակում պետք է սկսել ՄԻԱՎ-ի հետկոնտակտային կանխարգելում

Ա. Մինչև 24 ժամ

Բ. Որքան հնարավոր է շուտ, բայց ոչ ուշ, քան 72 ժամ

Գ. Մինչև 48 ժամ

Դ. Մինչև 7 օր

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

263. ՄԻԱՎ-ի հետկոնտակտային կանխարգելման վերաբերյալ ո՞ր սկզբունքն է առավել կարևոր:

Ա. Ռիսկը գնահատել միայն վարակի աղբյուրի մոտ ախտանիշների առկայությամբ

Բ. Միջամտությունը հետաձգել մինչև վարակի աղբյուրի բոլոր հաստատող քննությունները

Գ. Վարակման ռիսկի գնահատում և անհետաձգելի հետկոնտակտային կանխարգելիչ բուժման տրամադրում

Դ. Նախնական բացասական թեստը համարել տվյալ շփումից վարակման վտանգի բացակայություն

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

264. Մինչև հետկոնտակտային կանխարգելումը (PEP) սկսելը ո՞ր նախնական հետազոտությունն է անհրաժեշտ:

Ա. Վարակի աղբյուրի թեստավորում՝ առանց վտանգի ենթարկված անձի ելակետային գնահատման

Բ. Նախ պարտադիր որոշել CD4-ը և միայն դրանից հետո քննարկել հետկոնտակտային կանխարգելման հարցը

Գ. Առաջին դեղաչափը հետաձգել մինչև վարակի աղբյուրի վիրուսային ծանրաբեռնվածության պատասխանը

Դ. Վարակի աղբյուրի և վարակման վտանգի ենթարկված անձի ՄԻԱՎ թեստավորում՝ բուժումը չհետաձգելով

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

265. ՄԻԱՎ-ի հետկոնտակտային կանխարգելման (PEP) ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. PEP-ի ստանդարտ մեկնարկը պլանավորել վարակման վտանգի ենթարկվելուց 2 շաբաթ անց

Բ. Մեկ օր հակառետրովիրուսային բուժում՝ ամբողջական PEP-ի փոխարեն

Գ. ՀՈՎ հետկոնտակտային կանխարգելում հնարավորինս շուտ՝ ոչ ուշ, քան 72 ժամում, 28 օր տևողությամբ

Դ. Առաջին դեղաչափը հետաձգել մինչև վարակի աղբյուրի հաստատող թեստը

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

266. ՄԻԱՎ-ի հետկոնտակտային կանխարգելման (PEP) արդյունավետության վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. PEP-ի արդյունավետությունը կախված չէ մեկնարկի ժամանակից

Բ. PEP-ի արդյունավետությունն առավել բարձր է վաղ սկսելու դեպքում

Գ. Նախընտրելի է PEP-ը սկսել միայն սերոկոնվերսիայից հետո

Դ. PEP-ի ընթացքում ՀՈՎ դեղերի անկանոն ընդունումը չի ազդում արդյունավետության վրա

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

267. ՄԻԱՎ-ով ապրող մորից ծնված 2 ամսական երեխան լավ է զգում, բայց ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հակամարմինները դրական են նրա արյան մեջ: Վարակման կարգավիճակը պարզելու ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Երեխայի հակամարմինների դրական արդյունքով ՄԻԱՎ վարակի հաստատում

Բ. Բացառել երեխայի վարակը՝ ընդհանուր լավ վիճակով պայմանավորված

Գ. Անկախ հակամարմինների դրական արդյունքից վիրուսաբանական հետազոտություն ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ

Դ. Վարակման կարգավիճակը որոշել՝ ելնելով մոր CD4 բջիջների քանակից

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

268. ՄԻԱՎ-ով ապրող մորից ծնված երեխան 6 շաբաթականում ունի բացասական ՊՇՌ արդյունք, ի՞նչ է նշանակում դա:

Ա. ՄԻԱՎ վարակը վերջնականապես բացառված է

Բ. Պետք է որոշել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հակամարմինների տիտրը

Գ. Չնայած տվյալ պահին հետազոտությունը բացասական է, այնուամենայնիվ անհրաժեշտ են հետագա հետազոտություններ

Դ. Մայրական հակամարմինների առկայությունը ինքնին հաստատում է երեխայի ակտիվ ՄԻԱՎ վարակը

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

269. ՄԻԱՎ-ով ապրող մորից ծնված 2 ամսական երեխայի վարակը հաստատելու համար ո՞ր թեստն է նախընտրելի:

Ա. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հակամարմինների որոշում

Բ. CD4-ի քանակական որոշում

Գ. Ընդհանուր արյան քննություն

Դ. Երեխայի արյան մեջ ՄԻԱՎ նուկլեինաթթուների որոշման թեստ (ՊՇՌ)

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

270. ՄԻԱՎ-ով ապրող մորից ծնված կրծքի հասակի երեխայի մոտ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ առաջին վիրուսաբանական հետազոտությունը դրական է: Ո՞ր հաջորդ քայլն է ճիշտ:

Ա. Երեխային ՀՌՎ բուժում տրամադրել՝ ելնելով նրա ընդհանուր վիճակից

Բ. ՀՌՎ բուժումը հետաձգել մինչև 18 ամսական

Գ. Անմիջապես համարել ախտորոշումը վերջնական՝ առանց հետազոտության կրկնության

Դ. Կրկնել վիրուսաբանական հետազոտությունը նոր նմուշով և տալ ՀՌՎ բուժման անհապաղ մեկնարկ

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

271. Մինչև 18 ամսական երեխայի ՄԻԱՎ վարակի վերջնական ախտորոշման համար ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Մինչև 18 ամսական երեխաների մոտ միայն հակամարմնային թեստը բավարար չէ վարակը հաստատելու համար

Բ. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հակամարմինների դրական լինելը արդեն իսկ բավարար է երեխայի մոտ ՄԻԱՎ վարակը հաստատելու համար

Գ. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հակամարմինների թեստը գերադասելի է ՄԻԱՎ-ի նուկլեինաթթուների հայտնաբերման թեստից

Դ. Երեխայի մոտ ՄԻԱՎ վարակը բացառվում է, եթե մոր մոտ ՀՈՒ բուժման ֆոնի վրա վիրուսային ծանրաբեռնվածությունը չհայտնաբերվող մակարդակի վրա է

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

272. Ո՞րն է ՄԻԱՎ-ի նախակոնտակտային կանխարգելման (PrEP) հիմնական նպատակը:

Ա. Կանխարգելել սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակները

Բ. Կանխարգելել ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը նախքան ՄԻԱՎ-ով վտանգի ենթարկվելը

Գ. Նվազեցնել ՄԻԱՎ-ով ապրող անձի վիրուսային ծանրաբեռնվածությունը

Դ. Բուժել հաստատված ՄԻԱՎ վարակը

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

273. PrEP-ի ընդունման ընթացքում անձի մոտ հայտնաբերվել է ՄԻԱՎ վարակ: Ո՞րն է ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Շարունակել նույն PrEP սխեման առանց փոփոխության

Բ. Նշանակել ևս մեկ լրացուցիչ ՀՈՒ դեղ՝ առանց ախտորոշման հաստատման

Գ. Հաստատել ախտորոշումը և կազմակերպել լիարժեք ՀՈՒ բուժում

Դ. PrEP-ը լիովին վերացնում է ՄԻԱՎ-ով վարակվելու վտանգը և թեստը հավանաբար կեղծ դրական է

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

274. ՄԻԱՎ/հեպատիտ Ց կոինֆեկցիայի ժամանակ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Հեպատիտ Ց-ի բուժման ուղիղ ազդեցության հակավիրուսային դեղերը հակացուցված են այն պացիենտներին, ովքեր ստանում են ՀՈՒ բուժում

Բ. Հեպատիտ Ց-ի բուժումն սկսելուց առաջ անհրաժեշտ է դադարեցնել ՀՈՒ բուժումը

Գ. Հեպատիտ Ց-ի բուժումը հնարավոր է իրականացնել միայն CD4-ի 500 բջիջ/մմ³-ից բարձր մակարդակի դեպքում

Դ. Հեպատիտ Ց-ի բուժումը անհրաժեշտ է սկսել՝ միայն հաշվի առնելով ՀՈՒ դեղերի հետ հնարավոր փոխազդեցությունները

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2026 — Hepatitis B and C consolidated guidance | https://www.who.int/publications/i/item/9789240119529

275. ՄԻԱՎ-ով ապրող անձի մոտ տուբերկուլոզի ախտորոշման դեպքում ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Հակատուբերկուլոզային բուժումը սկսել միայն իմուն համակարգի վերականգնումից հետո

Բ. Նախ ավարտել տուբերկուլոզի բուժումը, ապա սկսել ՀՈՎ բուժում

Գ. Եթե պացիենտը չի ստանում ՀՈՎ բուժում, նախ սկսել տուբերկուլոզի բուժումը և հնարավորինս շուտ միացնել ՀՈՎ բուժումը՝ հաշվի առնելով կլինիկական վիճակը

Դ. ՀՈՎ բուժումը դադարեցնել տուբերկուլոզի ամբողջ բուժման ընթացքում

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

276. ՀՈՎ բուժման մեկնարկից հետո նախկինում ախտորոշված օպորտունիստական վարակի պարադոքսալ սրացումը ՝ պայմանավորված իմունային համակարգի վերականգնմամբ ինչպե՞ս է կոչվում.

Ա. ՀՈՎ բուժման վիրուսաբանական ձախողում

Բ. Իմունիտետի վերականգնման բորբոքային համախտանիշ

Գ. Օպորտունիստական վարակի ռեցիդիվ

Դ. Դեղորայքային գերզգայունության ռեակցիա

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

277. ՄԻԱՎ/հեպատիտ Բ կոինֆեկցիայով պացիենտի մոտ ՀՈՎ բուժում նշանակելիս ո՞ր հանգամանքն է հատկապես կարևոր հաշվի առնել.

Ա. ՀՈՎ բուժման սխեման պետք է ապահովի ինչպես ՄԻԱՎ-ի, այնպես էլ հեպատիտ Բ-ի վիրուսային ճնշումը

Բ. Հեպատիտ Բ-ի առկայությունը հակացուցում է ՀՈՎ բուժման նշանակման համար

Գ. ՄԻԱՎ-ի արդյունավետ բուժումը բացառում է հեպատիտ Բ-ի հետագա զարգացումը

Դ. Հեպատիտ Բ-ի առկայությունը չի ազդում ՀՈՎ բուժման ընտրության վրա

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

278. Արևադարձային Աֆրիկայից վերադարձած անձը ունի  դող, սարսուռով տենդ, ընդհանուր թուլություն: Արյան ընդհանուր հետազոտության արդյունքում առկա է անեմիա և թրոմբոցիտոպենիա: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Դենգե

Բ. Մալարիա

Գ. Որովայնային տիֆ

Դ. Ռիկետսիոզ

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Adult and Adolescent ARV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-antiretroviral

279. Նշված կլինիկական դրսևորումներից ո՞րն է առավել բնորոշ մալարիային:

Ա. Ձգձգվող ընթացքով սուբֆեբրիլ ջերմություն, հեպատոսպլենոմեգալիա, հոդացավեր:

Բ. Ֆեբրիլ ջերմություն, հետակնագնդային ցավ և հնարավոր հեմոռագիկ դրսևորումներ

Գ. Սուր գաստրոէնտերիտ՝ տենդով և որովայնային կծկումներով

Դ. Ցիկլիկ կամ անկանոն տենդ՝ անեմիայով և թրոմբոցիտոպենիայով

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Malaria | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria

280. Մալարիայի կասկածի դեպքում ո՞ր հետազոտությունը կամ գնահատումն է առավել նպատակահարմար:

Ա. Արյան հաստ կաթիլ և բարակ քսուք, բացասական արդյունքի դեպքում՝ կրկնություն

Բ. Մալարիան վերջնական բացառել մեկ բացասական արագ թեստով

Գ. Հաստատել մալարիան շճաբանական հետազոտության արդյունքներով

Դ. հաստատել մալարիա ախտորոշումը՝ հաշվի առնելով միայն անեմիան և թրոմբոցիտոպենիան:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Malaria | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria

281. Ո՞րն է մալարիայի վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Օրգանային դիսֆունկցիայով ծանր մալարիան բուժել բերանային ընդունման դեղով

Բ. Մալարիայի բուժման համար կիրառել միայն հակաբիոտիկներ՝ առանց հակամալարիային դեղամիջոցների:

Գ. Մալարիայի բուժման համար բոլոր դեպքերում կիրառել միայն պրիմաքին՝ անկախ հարուցչի տեսակից:

Դ. Հնարավորինս արագ տեսակի ու ծանրության գնահատում, ծանր մալարիայի դեպքում՝ ներերակային արտեսուկաթ:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Malaria | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria

282. Մալարիայի էնդեմիկ տարածքից վերադարձած տենդով պացիենտի նախնական գնահատման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Մալարիան անհապաղ հետազոտել և բացառել՝ անկախ տենդի բնույթից և իրականացված կանխարգելումից

Բ. Մալարիան հետազոտել միայն տենդի ցիկլիկ բնույթի դեպքում

Գ. Մալարիան բացառել քիմիական կանխարգելումում ստացած լինելու հիման վրա:

Դ. Մալարիայի հետազոտությունը հետաձգել մինչև տենդի 7-րդ օրը:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Malaria | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria

283. Ո՞րն է գրիպի դեմ պատվաստման վերաբերյալ ճիշտ պնդումը մեծահասակների շրջանում:

Ա. Պատվաստումը կատարվում է միայն մեկ անգամ ամբողջ կյանքի ընթացքում

Բ. Պատվաստումը նպատակահարմար է ամեն տարի՝ հաշվի առնելով վիրուսի փոփոխականությունը

Գ. Պատվաստումը ցուցված է միայն նախկինում գրիպով չհիվանդացած անձանց

Դ. Գրիպի դեմ պատվաստումը կանխում է բոլոր շնչառական վիրուսային վարակները

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Influenza Antiviral Medications: Summary for Clinicians | https://www.cdc.gov/flu/hcp/antivirals/summary-clinicians.html

284. Նշվածներից ո՞ր կլինիկական պատկերն է բնորոշ Դենգե տենդին:

Ա. Ցիկլիկ կամ անկանոն տենդ՝ անեմիայով և թրոմբոցիտոպենիայով

Բ. Բարձր ջերմություն, հետակնագնդային ցավ և մկանացավ, հեմոռագիկ դրսևորումներ:

Գ. Ձգձգվող տենդ, հեպատոսպլենոմեգալիա և ցիտոպենիաներ

Դ. Սուր գաստրոէնտերիտ՝ տենդով և որովայնային կծկումներով

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Dengue and severe dengue | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue

285. Դենգեի կլինիկական կասկածի առաջին 7 օրում ո՞ր հետազոտությունը կարող է ուղղակիորեն հաստատել ընթացիկ վարակը:

Ա. Դենգեի IgG-ի մեկանգամյա որոշում

Բ. Սուր վարակը բացառել առաջին օրերի մեկ բացասական IgM պատասխանով

Գ. Ախտորոշման հաստատում՝ ելնելով անամնեստիկ տվյալներից, տենդի և թրոմբոցիտոպենիայի առկայությունից:

Դ. Հիվանդության վաղ շրջանում ախտորոշման հաստատում դենգե NS1 հակածնի կամ ՊՇՌ հետազոտության միջոցով:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Dengue and severe dengue | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue

286. Դենգե տենդի դեպքում ո՞րն է բուժման և վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Ջրաէլեկտրոլիտային բալանսի հսկողություն, ասպիրինից և ՈՍՀԲԴ-ներից խուսափում

Բ. Բոլոր դեպքերում կանխարգելիչ թրոմբոցիտային զանգվածի փոխներարկում՝ առանց կլինիկական ցուցման

Գ. ինֆուզիոն դեզինտոքսիկացիոն թերապիա, հնարավորինս արագ սկսել հակաբակտերիալ բուժում:

Դ. Ինֆուզիոն-դեզինտոքսիկացիոն թերապիա, հնարավորինս արագ սկսել հակավիրուսային բուժում:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Dengue and severe dengue | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue

287. Դենգե տենդի դեպքում ո՞ր դրսևորումն է համապատասխանում ծանր դենգեի չափորոշիչին:

Ա. 38,5 °C տենդ և մկանացավ՝ պահպանված հեմոդինամիկայով

Բ. Ապաքինման փուլում քորով մակուլոպապուլոզ ցան

Գ. Գլխացավ և հետակնագնդային ցավ՝ առանց պլազմայի արտահոսքի նշանների

Դ. Ծանր պլազմային արտահոսք՝ շոկով կամ հեղուկի կուտակումով ու շնչառական դիսթրեսով

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Dengue and severe dengue | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue

288. 48 տարեկան անձն ունի տևական տենդ, մեծացած փայծաղ և պանցիտոպենիա: Ոսկրածուծում հայտնաբերվել են ամաստիգոտներ պարունակող մակրոֆագեր: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Սուր լեյկոզ

Բ. Ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ

Գ. Վիսցերալ լեյշմանիոզ

Դ. Բրուցելոզ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

289. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ վիսցերալ լեյշմանիոզին:

Ա. Տեղային մաշկային խոց՝ առանց ներքին օրգանների ախտահարման

Բ. Հիմնականում հեմոլիտիկ անեմիա՝ պահպանված լեյկոցիտներով ու թրոմբոցիտներով և առանց օրգանոմեգալիայի

Գ. Ձգձգվող տենդ, հեպատոսպլենոմեգալիա և ցիտոպենիաներ

Դ. Տիպիկ կարճատև ջրային լուծ՝ առանց ցիտոպենիաների

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Leishmaniasis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis

290. Վիսցերալ լեյշմանիոզը հաստատելու համար ո՞ր նպատակային մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Պանցիտոպենիայի հիման վրա պատճառագիտական հաստատում

Բ. Leishmania-ի ՊՇՌ/շճաբանական հետազոտություն կամ մակաբույծի հայտնաբերում՝ ըստ հասանելիության

Գ. Մեծացած փայծաղի ՈՒՁՀ պատկեր

Դ. Իմունաճնշված պացիենտի մոտ մեկ բացասական սերոլոգիայով լեյշմանիոզի վերջնական բացառում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Leishmaniasis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis

291. Վիսցերալ լեյշմանիոզի դեպքում ո՞րն է վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Տեղային հակալեյշմանիային միջոց՝ ներքին օրգանների վարակի դեպքում

Բ. Բուժումը հետաձգել մինչև պանցիտոպենիայի ինքնաբերաբար վերացումը

Գ. Սպեցիֆիկ հակալեյշմանիային բուժում, հաճախ՝ լիպոսոմալ ամֆոտերիցին B-ով:

Դ. Համակարգային կորտիկոստերոիդային մոնոթերապիա՝ առանց հակամակաբուծային բուժման

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Leishmaniasis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis

292. Վիսցերալ լեյշմանիոզի հարուցիչը հիմնականում ո՞ր վեկտորի խայթոցով է փոխանցվում:

Ա. Anopheles մոծակի

Բ. Phlebotomus/ Lutzomiya վարակված մլակի

Գ. Aedes մոծակի

Դ. Culex մոծակի

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Leishmaniasis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis

293. Ջրիեղեղից հետո դաշտային աշխատանքներ կատարած պացիենտն ունի բարձր տենդ, սրունքի մկանների ուժեղ ցավ, կոնյուկտիվայի արյունալեցություն և դեղնուկ: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Որովայնային տիֆ

Բ. Սուր հեպատիտ A

Գ. Լեպտոսպիրոզ

Դ. Բրուցելոզ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

294. Ո՞ր համակցությունն է առավել բնորոշ լեպտոսպիրոզի ծանր ձևին (Վեյլի հիվանդություն):

Ա. Երկարատև ճարպային լուծ և մալաբսորբցիոն համախտանիշ

Բ. Տենեզմներ և սակավաձավալ արյունային կղանք՝ բարձր տենդով

Գ. Միակողմանի դերմատոմային ցավոտ վեզիկուլոզ ցան

Դ. Դեղնուկ, երիկամների սուր վնասում և արյունահոսություն

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

295. Լեպտոսպիրոզի լաբորատոր հաստատման համար ո՞ր մոտեցումն է առավել համապատասխան:

Ա. Առաջին շաբաթում արյան ՊՇՌ, ավելի ուշ՝ զույգ շիճուկների հետազոտում

Բ. Կղանքի բակտերիոլոգիական ցանքս՝ լեպտոսպիրաների անջատմամբ

Գ. Մեզի ընդհանուր քննություն՝ որպես հաստատող թեստ վաղ փուլում

Դ. Վիդալի ռեակցիա՝ զույգ շիճուկներում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

296. Լեպտոսպիրոզի դեպքում ո՞րն է բուժման և վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Հակաբիոտիկի մեկնարկ՝ շճաբանական հաստատումից հետո, անկախ ծանրությունից

Բ. Թեթև դեպքերում դոքսիցիկլին, ծանր դեպքերում՝ ներերակային պենիցիլին

Գ. Աջակցող բուժում՝ առանց հակաբիոտիկի դիտարկման նաև դեղնուկի դեպքում

Դ. Համակարգային կորտիկոստերոիդ՝ որպես պատճառագիտական բուժում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

297. Կանգնած ջրերում լողալու դեպքում լեպտոսպիրոզի փոխանցման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Փոխանցման հիմնական ուղին օդակաթիլային է՝ հիվանդ մարդուց

Բ. Վարակման համար անհրաժեշտ է աղտոտված ջուրը կուլ տալ մեծ քանակով

Գ. Կենդանիների մեզով աղտոտված ջրից վարակը կարող է փոխանցվել մարդուն լորձաթաղանթների միջոցով կամ մաշկի ամբողջականության խախտման դեպքում:

Դ. Մաշկի մանր վնասվածքները դեր չունեն՝ անկախ ջրի աղտոտվածությունից

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

298. Լեպտոսպիրոզի կանխարգելման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Կանխարգելման հիմնական միջոցը մոծակներից պաշտպանությունն է:

Բ. Լողանալուց հետո հակաբիոտիկի պլանային կարգով նշանակում:

Գ. Բաց վերքերով լողալը ռիսկ չի ներկայացնում քլորացված ջրերում:

Դ. Խուսափել աղտոտված, կանգնած ջրերում լողալուց և վերքերը ծածկել անջրաթափանց վիրակապով:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

299. Ամռան վերջին մոծակների բազմության պայմաններում 68-ամյա պացիենտն ունի տենդ, ուժեղ գլխացավ, մկանային թուլություն և գիտակցության խանգարում: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա. Արևմտյան Նեղոսի տենդի նեյրոինվազիվ ձև

Բ. Գրիպի չբարդացած ընթացք

Գ. Վերին շնչուղիների չբարդացած վիրուսային վարակ:

Դ. Մալարիա՝ ճանապարհորդությունից հետո

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

300. Ո՞ր դրսևորումներն են բնորոշ Արևմտյան Նեղոսի տենդի նեյրոինվազիվ ձևին:

Ա. Թոքաբորբ, հազով, թարախային խորխով և կրծքավանդակի շրջանի ցավով:

Բ. Էնցեֆալիտ, մենինգիտ կամ սուր թորշոմած կաթված:

Գ. Արյունային լուծ՝ տենեզմներով և բարձր տենդով

Դ. Ցանցանման ցան՝ «ապտակված այտի» տեսքով:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

301. Արևմտյան Նեղոսի տենդի նեյրոինվազիվ ձևի լաբորատոր հաստատման համար ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար:

Ա. Արյան բակտերիոլոգիական ցանքս՝ հարուցչի անջատմամբ

Բ. Արյան բարակ և հաստ քսուքների մանրադիտում

Գ. Շիճուկում և ողնուղեղային հեղուկում IgM-ի և IgG-ի, որոշում

Դ. Կղանքի ՊՇՌ հետազոտություն՝ վիրուսի հայտնաբերման համար

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

302. Որն է Արևմտյան Նեղոսի տենդի բուժման և վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Ռիբավիրինի ստանդարտ կուրս՝ բոլոր դեպքերում, 10 օր

Բ. Համակարգային հակաբիոտիկ՝ վիրուսի վերացման համար

Գ. Համակարգային կորտիկոստերոիդ՝ որպես ստանդարտ պատճառագիտական բուժում

Դ. Աջակցող բուժում՝ նեյրոինվազիվ ձևի դեպքում ստացիոնար հսկողությամբ:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

303. Արևմտյան Նեղոսի տենդի փոխանցման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Փոխանցվում է Culex մոծակների խայթոցով , ռեզերվուարը թռչուններն են:

Բ. Վարակը հիմնականում փոխանցվում է մարդուց մարդ՝ օդակաթիլային ճանապարհով:

Գ. Վարակի հիմնական ռեզերվուարը տնային շներն են և կատուները:

Դ. Մոծակները փոխանցման մեջ դեր չունեն:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

304. Արևմտյան Նեղոսի տենդի կանխարգելման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Երեխաներին պատվաստել Արևմտյան Նեղոսի տենդի դեմ՝ ըստ ազգային օրացույցի

Բ. Մոծակներից պաշտպանություն՝ ռեպելենտների կիրառում, փակ հագուստ և ցանցեր:

Գ. Կանխարգելիչ հակավիրուսային դեղի ընդունում՝ ամառային ամիսներին:

Դ. Կանխարգելիչ հակաբիոտիկի ընդունում՝ մոծակի խայթոցից հետո:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

305. Արևադարձային երկրից վերադարձած պացիենտի մոտ սկսվել են բարձր ջերմություն, մաշկի ցանավորում և արտահայտված սիմետրիկ հոդացավեր՝ հատկապես դաստակների և ոտնաթաթերի մանր հոդերում : Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Դենգե

Բ. Բերովի մալարիա

Գ. Չիկունգունյա

Դ. Կարմրախտ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC Yellow Book — Travel-associated Infections | https://www.cdc.gov/yellow-book/

306. Չիկունգունյայից հետո հոդային ախտանշանների ընթացքի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Հոդացավերը միշտ անցնում են տենդի կարգավորման հետ միաժամանակ

Բ. Հոդային ախտանշաններ բնորոշ չեն Չիկունգունյա տենդին:

Գ. Երկարատև հոդացավը վկայում է բակտերիալ արթրիտի մասին:

Դ. Հոդացավերը կարող են պահպանվել շաբաթներ կամ ամիսներ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Chikungunya | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya

307. Չիկունգունյայի լաբորատոր հաստատման համար ո՞ր մոտեցումն է առավել համապատասխան:

Ա. Առաջին շաբաթում ՌՆԹ-ի ՊՇՌ, ավելի ուշ՝ IgM հակամարմիններ

Բ. Արյան բակտերիոլոգիական ցանքս՝ հարուցչի անջատմամբ

Գ. Հոդային հեղուկի ցանքս՝ որպես հիմնական ախտորոշիչ մեթոդ

Դ. Շիճուկում IgG-ի մեկանգամյա որոշում՝ որպես սուր վարակի հաստատում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Chikungunya | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya

308. Ո՞րն է Չիկունգունյա տենդով հիվանդի բուժման և վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Ասպիրին՝ որպես ջերմիջեցման առաջին ընտրություն

Բ. Հեղուկներ և պարացետամոլ՝ ՈՍՀԲԴ-ներից խուսափելով

Գ. ՈՍՀԲԴ-ների վաղ նշանակում՝ առանց Դենգե տենդի բացառման

Դ. Հակաբիոտիկ՝ վիրուսային հոդացավի բուժման համար

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Chikungunya | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya

309. Ծննդաբերության պահին մոր մոտ Չիկունգունյա վարակի դեպքում նորածնի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Նորածնին վարակը չի փոխանցվում՝ անկախ մոր վիրեմիայից

Բ. Փոխանցման դեպքում ընթացքը միշտ թեթև է և հսկողություն չի պահանջում

Գ. Ներծննդաբերական փոխանցման ռիսկը բարձր է, ընթացքը՝ ծանր:

Դ. Վարակի փոխանցման Ռիսկը վերացնում է պլանային կեսարյան հատումով ծննդալուծումը:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Chikungunya | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya

310. Էնդեմիկ գոտի ուղևորվող ընտանիքի երեխայի համար Չիկունգունյա տենդի կանխարգելման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Կանխարգելիչ հակաբիոտիկի ընդունում՝ ուղևորությունից առաջ

Բ. Պաշտպանական միջոցառումներ միայն գիշերային ժամերին՝ ցանցերով:

Գ. Կանխարգելիչ հակամալարիային դեղի ընդունում:

Դ. Ցերեկային ակտիվ Aedes մոծակներից պաշտպանություն՝ ռեպելենտի և հագուստի միջոցով:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Chikungunya | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya

311. Պացիենտն ունի տենդ, հազ և կոկորդի ցավ, վերջերս շփվել է SARS-CoV-2 հաստատված վարակով անձի հետ: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. COVID-19

Բ. Սուր բրոնխիտ

Գ. Գրիպ

Դ. Լեգիոնելային թոքաբորբ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Presentation: COVID-19 | https://www.cdc.gov/covid/hcp/clinical-care/covid19-presentation.html

312. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ COVID-19-ին:

Ա. Սուր սկիզբ, տենդ և արտահայտված մկանացավեր

Բ. Նոպայաձև երկարատև հազ՝ հետհազային փսխումով

Գ. Տենդ, հազ, կոկորդի ցավ, համի/հոտի կորուստ, ծանր դեպքերում՝ հիպօքսեմիա

Դ. Երկարատև հազ, քաշի կորուստ և գիշերային քրտնարտադրություն

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Presentation: COVID-19 | https://www.cdc.gov/covid/hcp/clinical-care/covid19-presentation.html

313. COVID-19-ի լաբորատոր հաստատման համար ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար:

Ա. SARS-CoV-2-ի շճային IgG-ի մեկանգամյա որոշում՝ սուր վարակը հաստատելու համար

Բ. Կրծքավանդակի ՀՏ պատկեր՝ առանց վիրուսաբանական հաստատման

Գ. SARS-CoV-2 հակածնային թեստ կամ ՊՇՌ հետազոտություն՝ կլինիկական իրավիճակին համապատասխան

Դ. ՑՈՒ (CRP)-ի բարձրացում՝ որպես SARS-CoV-2-ի տեսակային հաստատում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Presentation: COVID-19 | https://www.cdc.gov/covid/hcp/clinical-care/covid19-presentation.html

314. 65-ամյա պացիենտն ունի տենդ, ցավ թիկունքում և բլթային ինֆիլտրատ: Որակյալ խորխի՝ Գրամի եղանակով ներկված քսուքում առկա են լանցետաձև գրամդրական դիպլոկոկեր: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Լեգիոնելային թոքաբորբ

Բ. Միկոպլազմային թոքաբորբ

Գ. Ստաֆիլոկոկային թոքաբորբ

Դ. Պնևմոկոկային թոքաբորբ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

315. Արտահիվանդանոցային թոքաբորբի կասկածով մեծահասակի մոտ թոքային ինֆիլտրատը հաստատելու համար ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար:

Ա. Վերին շնչուղիների նմուշի գրիպի ՊՇՌ հետազոտություն՝ երբ արդյունքը փոխում է վարումը

Բ. SARS-CoV-2 հակածնային թեստ կամ ՊՇՌ հետազոտություն՝ կլինիկական իրավիճակին համապատասխան

Գ. Կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն

Դ. Մեզում Legionella pneumophila սերոխումբ 1-ի հակածին

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

316. Պնևմոկոկային թոքաբորբի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Բլթային թոքաբորբի դեպքում սահմանափակվել հազը ճնշող դեղով

Բ. Հաստատված պնևմոկոկային թոքաբորբը բուժել մետրոնիդազոլային մոնոթերապիայով

Գ. Հավանական արտահիվանդանոցային թոքաբորբի ուղեցույցային հակաբակտերիալ բուժում

Դ. Հակաբիոտիկի ընտրությունը կատարել խորխի գույնի հիման վրա

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

317. Պնևմոկոկի առաջացրած ինվազիվ վարակների վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Ինվազիվ պնևմոկոկային վարակը սահմանափակվում է միայն թոքերով

Բ. Պնևմոկոկի հայտնաբերումն արյունից չի համարվում ինվազիվ վարակ

Գ. Պնևմոկոկային մենինգիտ չի կարող զարգանալ առանց նախորդ թոքաբորբի

Դ. Պնևմոկոկը կարող է նաև առաջացնել ինվազիվ մենինգիտ և բակտերիեմիա

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

318. 25-ամյա երիտասարդը շաբաթներով ունի չոր հազ, համեմատաբար սակավ աուսկուլտատիվ փոփոխություններ և թոքաբորբի պատկեր: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Պնևմոկոկային թոքաբորբ

Բ. Միկոպլազմային թոքաբորբ

Գ. Լեգիոնելային թոքաբորբ

Դ. Կապույտ հազ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

319. Թոքաբորբի դեպքում Mycoplasma pneumoniae-ի պատճառագիտական հաստատման անհրաժեշտության ժամանակ ո՞ր հետազոտությունն է նպատակահարմար:

Ա. Շնչուղիների նմուշում Mycoplasma pneumoniae-ի ՊՇՌ հետազոտում

Բ. Mycoplasma-ի շճային IgG-ի որոշում

Գ. Խորխի սովորական բակտերիոլոգիական ցանքս

Դ. Ռենտգեն պատկերով հարուցչի տեսակային հաստատում

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

320. Միկոպլազմային թոքաբորբի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ :

Ա. Ցուցման դեպքում մակրոլիդային կամ այլ զգայուն հակաբիոտիկ՝ ըստ տարիքի/զգայունության

Բ. Ամոքսիցիլինային մոնոթերապիա՝ հաստատված Mycoplasma-ի դեմ

Գ. Ցեֆտրիաքսոնային մոնոթերապիա՝ հաստատված Mycoplasma-ի դեմ

Դ. Բենզիլպենիցիլին՝ որպես Mycoplasma-ի նպատակային առաջին ընտրություն

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

321. Հյուրանոցից վերադարձած պացիենտն ունի ծանր թոքաբորբ, լուծ և հիպոնատրեմիա: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Պնևմոկոկային թոքաբորբ

Բ. Միկոպլազմային թոքաբորբ

Գ. Լեգիոնելային թոքաբորբ

Դ. Q տենդով պայմանավորված թոքաբորբ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

322. Ծանր արտահիվանդանոցային թոքաբորբի և Legionella-ի կասկածի դեպքում ո՞ր նպատակային հետազոտությունն է առավել համապատասխան:

Ա. Մեզի հակածնի բացասական արդյունքով բոլոր Legionella տեսակների բացառում

Բ. Կրծքավանդակի ռենտգենով պատճառագիտական հաստատում

Գ. Մեզի Legionella pneumophila սերոխումբ 1-ի հակածին և ստորին շնչուղիների նմուշի ՊՇՌ հետազոտություն կամ ցանքս

Դ. Խորխի սովորական ցանքս՝ առանց հատուկ միջավայրի կամ մոլեկուլային թեստի

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Legionella Infections | https://www.cdc.gov/legionella/hcp/clinical-guidance/index.html

323. Լեգիոնելային թոքաբորբի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Ամոքսիցիլինային մոնոթերապիա՝ հաստատված Legionella-ի դեմ

Բ. Լեգիոնելայի նկատմամբ զգայուն հակաբիոտիկ՝ ազիտրոմիցին կամ լևոֆլոքսացին ըստ ցուցման

Գ. Ցեֆազոլինային մոնոթերապիա՝ հաստատված Legionella-ի դեմ

Դ. Բենզիլպենիցիլինային մոնոթերապիա՝ հաստատված Legionella-ի դեմ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Legionella Infections | https://www.cdc.gov/legionella/hcp/clinical-guidance/index.html

324. Լեգիոնելոզի հիմնական փոխանցման ուղու վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Հիմնական փոխանցումը սովորական շնչառական շփումն է հիվանդից առողջին

Բ. Փոխանցումը սովորաբար կապված է ջրային աերոզոլի, ոչ թե մարդուց մարդուն տարածման հետ

Գ. Հիմնական աղբյուրը վարակված մարդու կղանքն է՝ ֆեկալ-օրալ փոխանցմամբ

Դ. Ջրային համակարգերից առաջացած աերոզոլը փոխանցման մեջ դեր չունի

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Legionella Infections | https://www.cdc.gov/legionella/hcp/clinical-guidance/index.html

325. Ձմռանը 48-ամյա պացիենտը ժամերի ընթացքում ունեցել է բարձր տենդ, մկանացավ, գլխացավ և չոր հազ: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. COVID-19

Բ. Պնևմոկոկային թոքաբորբ

Գ. Գրիպ

Դ. Սուր բրոնխիտ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

326. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ գրիպին:

Ա. Երկարատև հազ, քաշի կորուստ և գիշերային քրտնարտադրություն

Բ. Թոքաբորբ՝ հնարավոր գաստրոինտեստինալ ու նյարդաբանական ախտանշաններով

Գ. Սուր սկիզբ, տենդ և արտահայտված մկանացավեր

Դ. Շնչառական գանգատների փոփոխական պատկեր՝ հնարավոր հիպօքսեմիայով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Influenza Antiviral Medications: Summary for Clinicians | https://www.cdc.gov/flu/hcp/antivirals/summary-clinicians.html

327. Գրիպի պատճառագիտական հաստատման անհրաժեշտության դեպքում վերին շնչուղիների նմուշի ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար:

Ա. Գրիպի վիրուսի նկատմամբ շճաբանական հետազոտություն՝ IgG-ի մեկանգամյա որոշումով

Բ. Վերին շնչուղիների նմուշի ՊՇՌ հետազոտություն գրիպի վերաբերյալ

Գ. Արյան ընդհանուր քննությամբ հարուցչի հաստատում

Դ. Քիթըմպանի սովորական բակտերիոլոգիական ցանքս

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Influenza Antiviral Medications: Summary for Clinicians | https://www.cdc.gov/flu/hcp/antivirals/summary-clinicians.html

328. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ սուր շնչական վարակներին:

Ա. Շնչառական գանգատների փոփոխական պատկեր՝ հնարավոր հիպօքսեմիայով

Բ. Ռինորեա ու քթի փակվածություն՝ առանց ծանր համակարգային նշանների

Գ. Սուր սկիզբ, տենդ և արտահայտված մկանացավեր

Դ. Երկարատև հազ, քաշի կորուստ և գիշերային քրտնարտադրություն

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

329. Առանց բարդացման կամ լրացուցիչ ռիսկի մեծահասակի սովորական սուր շնչական վիրուսային վարակի դեպքում ախտորոշման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Սովորաբար կլինիկական ախտորոշում՝ առանց պարտադիր հարուցչի հայտնաբերման

Բ. Բոլոր թեթև դեպքերում պարտադիր բազմավիրուսային ՊՇՌ պանել

Գ. Բոլոր դեպքերում պարտադիր սինուսների ՀՏ

Դ. Քթարտադրության գույնով վիրուսի տեսակային կասկած

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

330. Q տենդի կասկածով մեծահասակի առաջին շաբաթվա շճաբանական քննությունը բացասական է: Ո՞ր մեկնաբանությունն է ճիշտ:

Ա. Վաղ իրականացված շճաբանական հետազոտության բացասական արդյունքը չի բացառում վարակը. ցուցված է հետագա լաբորատոր գնահատում

Բ. Առաջին շաբաթվա բացասական արդյունքը բավարար է Q տենդը բացառելու համար

Գ. Մեկ բացասական արդյունքը նշանակում է, որ ՊՇՌ-ի կարիք այլևս չկա

Դ. Բուժումը պետք է միշտ հետաձգել մինչև հակամարմինների հայտնվելը

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

331. Q տենդի կասկածով մեծահասակի հիվանդության հինգերորդ օրը՝ հակաբիոտիկը սկսելուց առաջ, ո՞ր հետազոտությունն է առավել օգտակար վաղ լաբորատոր հաստատման համար:

Ա. Արյան նմուշում Coxiella burnetii-ի ՊՇՌ

Բ. Փուլ II IgG-ի մեկանգամյա որոշում

Գ. Արյան սովորական բակտերիոլոգիական ցանքս

Դ. Խորխի սովորական բակտերիոլոգիական ցանքս

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

332. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ լիստերիոզին:

Ա. Իմունաճնշումը նվազեցնում է ինվազիվ վարակի հավանականությունը

Բ. Իմունաճնշվածների մոտ բակտերիեմիա կամ մենինգիտ

Գ. Վարակի նյարդաբանական դրսևորումները սահմանափակվում են ծայրամասային պարեզով

Դ. Լիստերիոզը չի կարող առաջացնել բակտերիեմիա

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

333. Ինվազիվ լիստերիոզի՝ բակտերիեմիայի կամ մենինգիտի, հարուցիչը հաստատելու համար ո՞ր հետազոտությունն է նպատակահարմար:

Ա. Կղանքի սովորական ցանքս՝ ինվազիվ վարակի հաստատման համար

Բ. Շճային հակամարմինների մեկ որոշում

Գ. Լեյկոցիտոզի առկայություն՝ առանց մանրէաբանական քննության

Դ. Արյան կամ ողնուղեղային հեղուկի ցանքսով Listeria-ի հայտնաբերում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

334. Ո՞ր հարուցիչն է առավել հաճախ կապված մեծահասակների սպորադիկ էնցեֆալիտի ծանր, բուժելի ձևերից մեկի հետ:

Ա. Herpes simplex վիրուս 1-ին տեսակ

Բ. Ռինովիրուս

Գ. Ռոտավիրուս

Դ. Հեպատիտ Ա-ի վիրուս

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

335. Հերպեսային էնցեֆալիտի կլինիկական կասկածի դեպքում ո՞րն է առավել ճիշտ անհետաձգելի մոտեցումը:

Ա. Սպասել ողնուղեղային հեղուկի ՊՇՌ արդյունքին՝ մինչև բուժում սկսելը

Բ. Սկսել ներերակային ացիկլովիր՝ չսպասելով լաբորատոր հաստատմանը

Գ. Նշանակել միայն ջերմիջեցնողներ

Դ. Սկսել միայն հակասնկային բուժում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

**Մանկական վարակային հիվանդություններ**

336. Ո՞ր կլինիկահամաճարակաբանական տվյալների համակցությունն է առավելապես հիմք տալիս երեխայի մոտ կասկածելու բրուցելոզ:

Ա. Սուր սկսված բարձր ջերմություն, կոկորդի ցավ և պարանոցային ավշահանգույցների մեծացում

Բ. Երկարատև կամ ալիքաձև տենդ, առատ քրտնարտադրություն, հոդացավեր և չպաստերիզացված կաթնամթերքի օգտագործման անամնեզ

Գ. Բարձր ջերմություն, որովայնային ցավեր և լորձարյունային լուծ՝ հիվանդության առաջին օրերից

Դ. Երկարատև տենդ, հազ, գիշերային քրտնարտադրություն և տուբերկուլոզով հիվանդի հետ շփման անամնեզ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Brucellosis, 2026. https://www.cdc.gov/brucellosis/hcp/clinical-overview/index.html

337. 4-ամյա երեխան ունի բարձր ջերմություն, հաճախակի փոքրածավալ արյունալորձային կղանք և կեղծ կանչեր (տենեզմներ): Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. ETEC-ով հարուցված կոլիտ երեխաների մոտ

Բ. Ամեոբային կոլիտ

Գ. Ռոտավիրուսային գաստրոէնտերիտ

Դ. Շիգելյոզ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

338. Երեխայի մոտ շիգելյոզի պատճառագիտական հաստատման համար ո՞ր մոտեցումն է առավել համապատասխան:

Ա. Կղանքի լեյկոցիտների քանակով հարուցչի որոշում

Բ. ՑՈՒ (CRP)-ի մակարդակով հակաբիոտիկազգայունության գնահատում

Գ. Կղանքի ցանքս/ՊՇՌ հետազոտություն

Դ. Կղանքի թաքնված արյան թեստով Shigella-ի հաստատում

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

339. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ կամպիլոբակտերիոզին երեխաների մոտ:

Ա. Մեկուսացված փսխում՝ սննդի ընդունումից մեկ ժամ անց

Բ. Սովորաբար ճարպային լուծ՝ առանց տենդի և որովայնացավի

Գ. Սովորաբար երկարատև անախտանշան կրություն՝ առանց աղիքային բորբոքման

Դ. Լուծ և որովայնային ցավ՝ երբեմն կեղծ ապենդիցիտի պատկերով

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

340. Երեխայի արյունային լուծից օրեր անց ի հայտ են եկել օլիգուրիա, թրոմբոցիտոպենիա և հեմոլիտիկ անեմիա: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. STEC-ասոցացված ՀՈՒՀ

Բ. Դիսեմինացված ներանոթային մակարդում

Գ. Իմունային թրոմբոցիտոպենիա

Դ. Աուտոիմուն հեմոլիտիկ անեմիա

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

341. STEC-ով վարակված երեխայի մոտ հակաբիոտիկի և ՀՈՒՀ-ի ռիսկի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Shiga տոքսին արտադրող E. coli-ի դեպքում հակաբիոտիկը կարող է մեծացնել ՀՈՒՀ-ի ռիսկը

Բ. Հակաբիոտիկը պարտադիր է բոլոր STEC դեպքերում՝ ՀՈՒՀ-ը կանխելու համար

Գ. Հակաբիոտիկի նշանակումը կախված է միայն կղանքի գույնից

Դ. Հակաբիոտիկը վերացնում է արդեն ձևավորված Shiga տոքսինի ազդեցությունը

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

342. Երեխայի մոտ կամպիլոբակտերիոզի հարուցիչը հաստատելու համար ո՞ր հետազոտությունն է նպատակահարմար:

Ա. Կղանքի լեյկոցիտների հայտնաբերում

Բ. Կղանքի ՊՇՌ հետազոտություն կամ Campylobacter-ի նպատակային ցանքս

Գ. Կղանքում թաքնված արյան որոշում

Դ. Campylobacter-ի արյան մեջ IgG-ի մեկանգամյա որոշում

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

343. Կամպիլոբակտերիոզի դեպքում ո՞րն է վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Բերանով ընդունվող վանկոմիցին՝ Campylobacter-ի դեմ

Բ. Մետրոնիդազոլ՝ որպես Campylobacter-ի առաջին ընտրության միջոց

Գ. Համակարգային կորտիկոստերոիդ՝ վարակային կոլիտի հիմնական բուժման համար

Դ. Հիմնականում հեղուկների լրացում, ծանր ընթացքի կամ բարձր ռիսկի դեպքում՝ ազիտրոմիցին՝ ըստ ցուցման

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

344. Հնդկաստանից վերադարձած երեխայի մոտ սկսվել է առատ, գրեթե անգույն ջրային, առանց որովայնացավի փորլուծություն և բերել է արագ ջրազրկման: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Սալմոնելոզ

Բ. Խոլերա

Գ. Շիգելյոզ

Դ. Կամպիլոբակտերիոզ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

345. Ո՞րն է Խոլերայի վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Անհապաղ ակտիվ ռեհիդրատացիա՝ հիվանդության ծանրությանը համապատասխան

Բ. Ծանր ջրազրկման բուժում միայն պերօս տարբերակով

Գ. Աղային լուծույթների փոխարեն հակափսխումային մոնոթերապիա

Դ. Հակաբիոտիկի մեկնարկ՝ ռեհիդրատացիան հետաձգելով

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

346. Դպրոցահասակ երեխան տևական լուծից հետո նիհարել է, ունի փքվածություն և տհաճ հոտով կղանք: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Լյամբլիոզ

Բ. Ցելիակիա

Գ. Ամեոբային կոլիտ

Դ. C. difficile վարակ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

347. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ Clostridioides difficile վարակին:

Ա. Սովորաբար նորմալ ձևավորված կղանք

Բ. Հակաբիոտիկի հետ կապված ջրային լուծ և կոլիտ

Գ. Մեկուսացված փսխում՝ առանց լուծի կամ կոլիտի

Դ. Տիպիկ ճարպային կղանք և երկարատև մալաբսորբցիա

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/SHEA — C. difficile Clinical Practice Guideline | https://www.idsociety.org/practice-guideline/clostridium-difficile/

348. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ լյամբլիոզին երեխաների մոտ:

Ա. Հիմնականում կարճատև փսխում՝ առանց լուծի կամ քաշի փոփոխության

Բ. Ձգձգվող մալաբսորբցիոն լուծ՝ աճի և քաշի հնարավոր խանգարմամբ

Գ. Տիպիկ բարձր տենդով դիզենտերիա և տենեզմներ

Դ. Գերակշռող հեմոռագիկ կոլիտ՝ առանց մալաբսորբցիայի

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Feve

349. Լյամբլիոզի հարուցիչը հաստատելու համար կղանքի ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար:

Ա. Կղանքում թաքնված արյան որոշում

Բ. Կղանքի բակտերիոլոգիական սովորական ցանքս

Գ. Կղանքում Shiga տոքսինի հայտնաբերում

Դ. Կղանքում Giardia-ի հակածնի հայտնաբերում կամ ՊՇՌ հետազոտություն

Սկզբնաղբյուր՝ CDC DPDx — Laboratory Identification of Parasites | https://www.cdc.gov/dpdx/index.html

350. Ո՞րն է Լյամբլիոզի վարման առավել ճիշտ մոտեցումը երեխաների մոտ:

Ա. Բերանով ընդունվող վանկոմիցին՝ Giardia-ի դեմ

Բ. Ախտանշանային վարակի դեպքում համապատասխան հակապրոտոզոային բուժում և ջրազրկման շտկում

Գ. Պրազիքվանտել՝ որպես Giardia-ի առաջին ընտրության բուժում

Դ. Հակաբիոտիկի ընտրություն միայն կղանքի լեյկոցիտների հիման վրա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC DPDx — Laboratory Identification of Parasites | https://www.cdc.gov/dpdx/index.html

351. Լյամբլիոզի ջրային փոխանցման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Giardia-ն հաճախ վարակում է ջրային ֆեկալ-օրալ ուղիով

Բ. Փոխանցման հիմնական ուղին վարակված մոծակի խայթոցն է

Գ. Վարակման համար անհրաժեշտ է մաշկի վնասվածք և ջրի հետ շփում

Դ. Ցիստերով աղտոտված ջուրը վարակման աղբյուր չէ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC DPDx — Laboratory Identification of Parasites | https://www.cdc.gov/dpdx/index.html

352. 2 ամսական երեխան սալմոնելոզով պայմանավորված լուծից օրեր անց ունի բարձր տենդ, անտարբերություն և սնվելու դժվարացում: Ո՞ր վիճակն է առավել հավանական:

Ա. STEC-ասոցացված հեմոլիտիկ-ուրեմիկ համախտանիշ

Բ. Ռեյի համախտանիշ՝ լյարդի վնասմամբ

Գ. Սալմոնելոզի գեներալիզացիա՝ բակտերիեմիայով

Դ. Աղիքային ինվագինացիա

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

353. Մինչև 3 ամսական երեխայի մոտ ինվազիվ սալմոնելոզի դեպքում ո՞ր օջախային բարդությունը պետք է հատկապես բացառել:

Ա. Բակտերիալ մենինգիտ

Բ. Սուր միջին օտիտ

Գ. Բարակ աղու ոլորում

Դ. Սուր բրոնխիոլիտ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

354. Երեխաների մոտ սալմոնելոզի հակաբակտերիալ բուժման ցուցումների վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Հակաբիոտիկը պարտադիր է բոլոր տարիքային խմբերում՝ անկախ ծանրությունից և ուղեկցող վիճակներից

Բ. Մինչև 1 տարեկաններին և իմունաճնշվածներին հակաբիոտիկ ցուցված է նաև չբարդացած դեպքում

Գ. Հակաբիոտիկի ցուցումը որոշվում է կղանքի գույնով և հոտով՝ անկախ տարիքից

Դ. Իմունաճնշված երեխաներին հակաբիոտիկը հակացուցված է՝ դիսբակտերիոզի ռիսկի պատճառով

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

355. 8 ամսական չպատվաստված երեխայի մոտ ձմռանը սկսվել են փսխում, առատ ջրային լուծ և ոչ բարձր ջերմություն: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Շիգելյոզ

Բ. Կամպիլոբակտերիոզ

Գ. Ռոտավիրուսային գաստրոէնտերիտ

Դ. Ստաֆիլոկոկային սննդային տոքսիկոինֆեկցիա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

356. Երեխայի մոտ տիպիկ ռոտավիրուսային գաստրոէնտերիտի դեպքում ախտորոշման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Կլինիկական ախտորոշում, ըստ ցուցման՝ կղանքի ռոտավիրուսային թեստ

Բ. Ամեն դեպքում պարտադիր կղանքի բակտերիոլոգիական ցանքս

Գ. Արյան մեջ IgG-ի դրական արդյունքով սուր վարակի հաստատում

Դ. Կղանքի լեյկոցիտների առկայությամբ հարուցչի որոշում

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

357. Ո՞րն է ռոտավիրուսային գաստրոէնտերիտով, թեթև կամ միջին ջրազրկմամբ երեխայի վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Ջրազրկման գնահատում և բերանային ռեհիդրատացիա

Բ. Անհապաղ սկսել պարէնտերալ ռեհիդրատացիա

Գ. Լոպերամիդ՝ երեխայի լուծը դադարեցնելու նպատակով

Դ. Հակաբիոտիկ՝ որպես ռոտավիրուսային վարակի նպատակային բուժում

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

358. Կրծքի հասակի երեխայի ռոտավիրուսային պատվաստման հիմնական կլինիկական օգուտի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Պատվաստումը կիրառվում է արդեն սկսված գաստրոէնտերիտը բուժելու համար

Բ. Պատվաստումը վերացնում է բոլոր պատճառներով մանկական լուծի հավանականությունը

Գ. Պատվաստված երեխայի ջրազրկման գնահատումն այլևս անհրաժեշտ չէ

Դ. Ռոտավիրուսային պատվաստումը նվազեցնում է ծանր գաստրոէնտերիտի հավանականությունը

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

359. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ նորովիրուսային գաստրոէնտերիտին:

Ա. Ամիսներով ձգվող ճարպային լուծ՝ որպես բնորոշ ընթացք

Բ. Գերակշռող տենեզմներ և սակավածավալ արյունային կղանք

Գ. Հիմնականում միայն երկարատև տենդ՝ առանց գաստրոէնտերիտի

Դ. Կարճատև սուր գաստրոէնտերիտ՝ փակ հաստատություններում հեշտ տարածումով

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Feve

360. Մանկապարտեզում գաստրոէնտերիտի բռնկման դեպքում նորովիրուսի հարուցիչը հաստատելու համար ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար:

Ա. Կղանքի սովորական բակտերիոլոգիական ցանքս

Բ. Կղանքի ՊՇՌ նորովիրուսի վերաբերյալ

Գ. Արյան լեյկոցիտների որոշում

Դ. Արյան մեջ IgG-ի մեկանգամյա որոշում

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

361. Նորովիրուսային գաստրոէնտերիտի դեպքում ո՞րն է բուժման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Լայն սպեկտրի հակաբիոտիկ՝ նորովիրուսի վերացման համար

Բ. Հիմնականում բերանացի ռեհիդրատացիա և տարիքին համապատասխան սնուցում

Գ. Լոպերամիդային մոնոթերապիա՝ փոքր երեխայի մոտ

Դ. Սնուցման երկարատև դադարեցում՝ մինչև կղանքի ձևավորվելը

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Yellow Book: Norovirus https://www.cdc.gov/yellow-book/hcp/travel-associated-infections-diseases/norovirus.html

362. Մանկապարտեզում նորովիրուսի փոխանցման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Նորովիրուսը կարող է փոխանցվել նաև աղտոտված մակերեսներից

Բ. Աղտոտված մակերեսները վտանգավոր են միայն տեսանելի կղանքի առկայությամբ

Գ. Վիրուսը չի կարող պահպանվել օրգանիզմից դուրս մակերեսների վրա

Դ. Մակերեսային փոխանցումը բացառվում է հիվանդի փսխման դադարելուց անմիջապես հետո

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

363. 6-ամյա երեխայի մոտ գիշերն ուժեղանում է հետանցքի շրջանի քորը, երբեմն խանգարվում է քունը: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Էնտերոբիոզ

Բ. Պերիանալ կոնտակտային դերմատիտ

Գ. Ասկարիդոզ

Դ. Պերիանալ ստրեպտոկոկային դերմատիտ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

364. Երեխայի ասկարիդոզի թոքային փուլի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Թոքային միգրացիան սովորաբար չի ուղեկցվում էոզինոֆիլիայով

Բ. Թոքային նշանները պայմանավորված են բրոնխներում հասուն որդերի բազմացմամբ

Գ. Թրթուրներն աղիքից անմիջապես արտազատվում են՝ առանց թոքային փուլի

Դ. Թրթուրների միգրացիայի ընթացքում անցողիկ թոքային ախտանշաններ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Soil-transmitted helminth infections | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections

365. Աղիքային փուլում ասկարիդոզը հաստատելու համար ո՞ր հետազոտությունն է նպատակահարմար:

Ա. Աչքի համակարգչային հետազոտության միջոցով

Բ. Պերիանալ կպչուն ժապավենի թեստ

Գ. Կղանքում Ասկարիդիի ձվերի հայտնաբերում աղիքային փուլում

Դ. Արյան մեջ հակամարմինների մեկ որոշում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Soil-transmitted helminth infections | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections

366. Ո՞րն է երեխայի մոտ ասկարիդոզի բուժման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Մետրոնիդազոլ՝ աղիքային Ascaris-ի դեմ

Բ. Բերանով ընդունվող վանկոմիցին՝ աղիքային Ascaris-ի դեմ

Գ. Պրազիքվանտել՝ որպես չբարդացած ասկարիդոզի ստանդարտ առաջին ընտրություն

Դ. Չբարդացած աղիքային ասկարիդոզի դեպքում ալբենդազոլ՝ ըստ տարիքային ցուցման

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Soil-transmitted helminth infections | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections

367. Երեխայի ծանր ասկարիդային ճիճվաբեռնվածության մեխանիկական բարդությունների վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Ծանր ճիճվաբեռնվածությունը չի կարող խցանել աղու լուսանցքը

Բ. Մեխանիկական բարդության ռիսկը կապված չէ որդերի քանակի հետ

Գ. Ծանր ճիճվաբեռնվածության դեպքում հնարավոր է աղիքային անանցանելիություն

Դ. Անանցանելիության կասկածի դեպքում վիրաբուժական գնահատման կարիք չկա

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Soil-transmitted helminth infections | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections

368. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ սուր ջրազրկմանը երեխաների մոտ:

Ա. Խոնավ լորձաթաղանթներ, լավ միզարտադրություն և արագ հարթվող մաշկային ծալք

Բ. Ներս ընկած աչքեր, ծարավի զգացում և մաշկային ծալքի դանդաղ հարթում

Գ. Կղանքի հաճախացում՝ առանց ծարավի կամ ընդհանուր վիճակի փոփոխության

Դ. Այտուցներ, քաշի ավելացում և պահպանված մաշկային տուրգոր

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Feve

369. Սուր լուծով երեխայի մոտ ջրազրկման ծանրությունը գնահատելու համար ո՞ր մոտեցումն է առաջնային:

Ա. Կլինիկական գնահատում՝ ընդհանուր վիճակ, խմելու ունակություն, աչքեր ու մաշկային ծալք

Բ. Ծանրությունը որոշել օրական կղանքի քանակով՝ առանց կլինիկական նշանների

Գ. Ծանրությունը որոշել տենդի բարձրությամբ

Դ. Ծանրությունը որոշել կղանքի մանրէաբանական քննությամբ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

370. Ո՞րն է սուր ջրազրկման բուժման և վարման առավել ճիշտ մոտեցումը երեխաների մոտ:

Ա. Առանց գնահատման միանգամից սկսել պարէնտերալ թերապիա

Բ. Ոչ ծանր ջրազրկման դեպքում բերանացի ռեհիդրատացիայի կիրառում և շարունակական սնուցում

Գ. Աղիքային սնուցման դադարեցում՝ մինչև լուծի լիարժեք ավարտը

Դ. Բերանային ռեհիդրատացիոն լուծույթի փոխարինում գազավորված ըմպելիքով

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

371. Սուր լուծով երեխայի մոտ ծանր ջրազրկման կամ շոկի դեպքում ռեհիդրատացիայի ո՞ր սկզբունքն է ճիշտ:

Ա. Շոկի դեպքում շարունակել միայն փոքր ծավալով հեղուկների բերանացի ընդունումը

Բ. Ծանր ջրազրկման կամ շոկի դեպքում անհրաժեշտ է անհետաձգելի ներերակային ռեհիդրատացիա

Գ. Ներերակային հեղուկը հետաձգել մինչև կղանքի հետազոտության պատասխանը

Դ. Շոկի դեպքում հեղուկները սահմանափակել՝ անկախ հեմոդինամիկայից

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

372. 6 տարեկան աղջիկը դիմել է մանկաբույժ-վարակաբանին՝ հետանցքի շրջանում արտահայտված քորի գանգատով, որն ուժեղանում է գիշերային ժամերին և ուղեկցվում քնի խանգարումներով: Գանգատները շարունակվում են շուրջ երեք շաբաթ: Երեխայի ընդհանուր վիճակը բավարար է, մարմնի ջերմաստիճանը՝ նորմալ: Կղանքի մակաբուծաբանական հետազոտությամբ հելմինթների ձվիկներ չեն

հայտնաբերվել: Ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար՝ ենթադրվող ախտորոշումը հաստատելու համար:

Ա. Կղանքի երեք նմուշների մանրադիտակային հետազոտություն:

Բ. Հարհետանցքային շրջանից կպչուն ժապավենով նմուշառում՝ երեք հաջորդական առավոտ:

Գ. Արյան շճաբանական հետազոտություն՝ հակամակաբուծային հակամարմինների որոշմամբ:

Դ. Արյան ընդհանուր հետազոտություն՝ էոզինոֆիլների քանակի գնահատմամբ:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Soil-transmitted helminth infections | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections

373. 18 ամսական, 10 կգ քաշով երեխան ընդունվել է հիվանդանոց՝ 36 ժամ շարունակվող ջրային լուծի և կրկնվող փսխումների պատճառով: Զննման պահին երեխան անհանգիստ է, աչքերը՝ ներընկած, ջուրը խմում է ագահորեն, մաշկային ծալքը հարթվում է դանդաղ: Գիտակցությունը պահպանված է, վերջույթները տաք են, մազանոթային լեցման ժամանակը՝ 2 վայրկյան: Շոկի նշաններ չկան: Բերանացի օնդանսետրոնի մեկանգամյա կիրառումից և փոքր չափաբաժիններով բերանացի ռեհիդրատացիայի վերահսկվող փորձից հետո փսխումները շարունակվել են, և անհրաժեշտ հեղուկի ծավալը չի հաջողվել ապահովել: Ո՞րն է երեխայի ռեհիդրատացիայի առավել նպատակահարմար հաջորդ քայլը:

Ա. Անմիջապես սկսել 0,9% նատրիումի քլորիդի լուծույթի ներերակային արագ ներմուծում՝ 20 մլ/կգ չափաբաժնով:

Բ. Սկսել բերանացի ռեհիդրատացիոն լուծույթի ներմուծում նազոգաստրալ զոնդով՝ կլինիկական վիճակի վերահսկմամբ:

Գ. Սկսել 5% գլյուկոզայի լուծույթի ներերակային ներմուծում՝ որպես ռեհիդրատացիայի միակ միջոց:

Դ. Դադարեցնել հեղուկների ներմուծումը մինչև փսխումների լիարժեք դադարելը:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

374. 7 տարեկան երեխան ընդունվել է հիվանդանոց՝ որովայնի նոպայաձև ցավերի, կրկնվող լեղային փսխումների և որովայնի փքվածության գանգատներով: Գանգատները սկսվել են նախորդ օրը: Մոր խոսքով՝ մեկ շաբաթ առաջ երեխայի կղանքում նկատվել է երկարավուն, սպիտակավուն որդ: Զննման պահին երեխան հեմոդինամիկ կայուն է: Որովայնը փքված է, շոշափելիս՝ չափավոր ցավոտ, պերիտոնեալ գրգռման նշաններ չկան: Գազերի արտազատումը պահպանված է: Որովայնի ուլտրաձայնային հետազոտությամբ հայտնաբերվել են բարակ աղու լայնացած գալարներ և դրանց լուսանցքում՝ ասկարիդների կուտակում: Առկա են աղիքային մասնակի անանցանելիության նշաններ՝ առանց աղու իշեմիայի կամ պերֆորացիայի տվյալների: Ո՞րն է բուժման առավել նպատակահարմար սկզբնական մարտավարությունը:

Ա. Անմիջապես նշանակել ալբենդազոլ՝ 400 մգ միանվագ, և շարունակել երեխայի բերանացի սնուցումը:

Բ. Հոսպիտալացնել, ժամանակավորապես դադարեցնել բերանացի սնուցումը, իրականացնել նազոգաստրալ դեկոմպրեսիա, ներերակային հեղուկների ներմուծում և ապահովել մանկական վիրաբույժի հսկողություն:

Գ. Անհապաղ կատարել լապարոտոմիա՝ առանց պահպանողական բուժման փորձի:

Դ. Նշանակել լուծողական միջոցներ՝ աղիքային պարունակության և ասկարիդների արտազատումն արագացնելու նպատակով:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Soil-transmitted helminth infections | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections

375. 10 ամսական երեխան հոսպիտալացվել է տենդի, բազմակի փսխումների և ջրային լուծի պատճառով: Կղանքի հետազոտությամբ հայտնաբերվել է ռոտավիրուսի հակածինը: Իրականացվել է ռեհիդրատացիոն բուժում, որի արդյունքում երեխայի ընդհանուր վիճակը բարելավվել է, փսխումները դադարել են: Հիվանդության 8-րդ օրը, չնայած ընդհանուր վիճակի բարելավմանը, պահպանվում է ջրային լուծը՝ օրական 7–8 անգամ: Մոր խոսքով՝ յուրաքանչյուր անգամ սովորական կաթնախառնուրդով կերակրելուց հետո լուծը զգալիորեն հաճախանում է: Նկատվում է նաև հարհետանցքային շրջանի մաշկի գրգռվածություն: Երեխան հեմոդինամիկ կայուն է, ջրազրկման նշաններ չունի: Կղանքում արյուն չի հայտնաբերվել: Ո՞րն է տվյալ իրավիճակում առավել նպատակահարմար սնուցման մարտավարությունը:

Ա. Շարունակել սովորական կաթնախառնուրդով սնուցումը՝ անկախ կերակրումից հետո լուծի արտահայտված հաճախացումից:

Բ. Դադարեցնել կաթնախառնուրդով սնուցումը և 48 ժամ երեխային տալ միայն բերանացի ռեհիդրատացիոն լուծույթ:

Գ. Ժամանակավորապես անցնել լակտոզ չպարունակող կաթնախառնուրդի՝ շարունակելով տարիքին համապատասխան սնուցումը և գնահատելով կլինիկական պատասխանը:

Դ. Անցնել ամբողջությամբ հիդրոլիզացված սպիտակուցներով կաթնախառնուրդի՝ ենթադրելով կովի կաթի սպիտակուցների նկատմամբ ալերգիա:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

376. 8 ամսական երեխան հոսպիտալացվել է ջրային լուծի, փսխումների և մինչև 38,5°C տենդի պատճառով: Հիվանդությունից մեկ շաբաթ առաջ երեխան ստացել է ամոքսիցիլին/կլավուլանատ՝ սուր միջին օտիտի կապակցությամբ: Հիվանդության երկրորդ օրը կղանքի հետազոտությամբ հայտնաբերվել է ռոտավիրուսի հակածինը: Միաժամանակ կղանքում հայտնաբերվել է Clostridioides difficile-ի GDH հակածինը, մինչդեռ A և B տոքսինների որոշման արդյունքները բացասական են: Երեխայի ընդհանուր վիճակը բավարար է, որովայնը փափուկ է, շոշափելիս՝ անցավ: Ծանր կոլիտի նշաններ չկան: Ո՞րն է լաբորատոր արդյունքների առավել ճիշտ մեկնաբանությունը և հետագա մարտավարությունը:

Ա. C. difficile-ի GDH հակածնի դրական արդյունքը հաստատում է կլոստրիդիոիդային էնտերոկոլիտը՝ անկախ տոքսինների բացասական արդյունքներից:

Բ. Առավել հավանական է ռոտավիրուսային գաստրոէնտերիտը, իսկ C. difficile-ի GDH հակածնի հայտնաբերումը կարող է արտացոլել աղիքային բակտերիակրություն և ինքնին նպատակային բուժման ցուցում չէ:

Գ. Հակաբիոտիկի նախորդող կիրառումը և C. difficile-ի GDH հակածնի դրական արդյունքը բավարար են ռոտավիրուսային վարակը որպես լուծի պատճառ բացառելու համար:

Դ. Անհրաժեշտ է ամեն օր կրկնել C. difficile-ի GDH հակածնի և տոքսինների որոշումը՝ մինչև բացասական արդյունքներ ստանալը:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/SHEA — C. difficile Clinical Practice Guideline | https://www.idsociety.org/practice-guideline/clostridium-difficile/

377. 8 ամսական երեխան հոսպիտալացվել է մինչև 39,5°C տենդի, ջրային լուծի, փսխումների և արտահայտված թուլության պատճառով: Հիվանդության սկզբում երեխան ունեցել է ջրազրկման նշաններ, որոնց կապակցությամբ իրականացվել է ռեհիդրատացիոն բուժում: Հիվանդության 4-րդ օրը լուծի հաճախականությունը նվազել է, ջրազրկման նշանները վերացել են, սակայն պահպանվում է բարձր տենդը: Կղանքի մանրէաբանական հետազոտությամբ անջատվել է Salmonella Enteritidis: Արյան ցանքսով նույնպես հայտնաբերվել է նույն հարուցիչը, որը զգայուն է ցեֆտրիաքսոնի նկատմամբ: Երեխան հեմոդինամիկ կայուն է: Մենինգիտի և արտաղիքային օջախային վարակի կլինիկական նշաններ չկան: Ո՞րն է տվյալ երեխայի բուժման առավել նպատակահարմար մարտավարությունը:

Ա. Դադարեցնել հակաբակտերիալ բուժումը, քանի որ լուծի հաճախականությունը նվազել է, և շարունակել միայն ախտանշանային բուժումը:

Բ. Նշանակել ազիթրոմիցին՝ բերանացի, 3 օր տևողությամբ՝ հաշվի առնելով աղիքային ախտանիշների բարելավումը:

Գ. Իրականացնել ներերակային ցեֆտրիաքսոնով բուժում՝ ըստ հարուցիչի զգայունության, 7 օր տևողությամբ՝ կլինիկական վիճակի հսկողությամբ:

Դ. Հետաձգել հակաբակտերիալ բուժումը մինչև կղանքի կրկնակի մանրէաբանական հետազոտության արդյունքի ստացումը:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

378. 4 տարեկան երեխան հոսպիտալացվել է սուր սկսված բազմակի փսխումների, ջրային լուծի և որովայնի կծկանքանման ցավերի պատճառով: Հիվանդությունը սկսվել է մանկապարտեզում նմանատիպ ախտանիշներով մի քանի դեպքերի արձանագրումից 24–36 ժամ անց: Կղանքի ՊՇՌ հետազոտությամբ հաստատվել է նորովիրուսային վարակը: Իրականացված ռեհիդրատացիոն բուժման արդյունքում երեխայի վիճակը բարելավվել է: Վերջին 24 ժամվա ընթացքում փսխում և լուծ չեն արձանագրվել, սակայն երեխան այլ բժշկական ցուցումով շարունակում է գտնվել հիվանդանոցում: Հիվանդանոցի բաժանմունքում միաժամանակ արձանագրվել են նորովիրուսային գաստրոէնտերիտի այլ դեպքեր: Ո՞րն է տվյալ երեխայի նկատմամբ

կոնտակտային մեկուսացման միջոցառումների դադարեցման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Դադարեցնել մեկուսացումը ախտանիշների վերացումից 24 ժամ անց:

Բ. Շարունակել կոնտակտային մեկուսացումը ախտանիշների լիարժեք վերացումից հետո առնվազն 48 ժամ:

Գ. Շարունակել մեկուսացումը մինչև կղանքի կրկնակի ՊՇՌ հետազոտությամբ բացասական արդյունքի ստացումը:

Դ. Շարունակել մեկուսացումը հիվանդության սկզբից առնվազն 14 օր՝ անկախ ախտանիշների վերացման ժամկետից:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

379. 4 տարեկան երեխան ընդունվել է հիվանդանոց՝ մինչև 39,5°C տենդի, որովայնի կծկանքանման ցավերի և հաճախակի, սակավածավալ, լորձաարյունային կղանքի գանգատներով: Վերջին 24 ժամվա ընթացքում ունեցել է 12 դեֆեկացիա, որոնք ուղեկցվել են ցավոտ նքոցներով (տենեզմներով): Երեխան հաճախում է մանկապարտեզ, որտեղ վերջին օրերին արձանագրվել են նմանատիպ հիվանդության մի քանի դեպքեր: Զննման պահին երեխան թուլացած է, ջերմում է, սակայն հեմոդինամիկ կայուն է: Ջրազրկման ծանր նշաններ չկան: Կղանքի նմուշն ուղարկվել է մանրէաբանական հետազոտության և հակաբիոտիկազգայունության որոշման: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար բուժական մարտավարությունը՝ մինչև մանրէաբանական հետազոտության արդյունքների ստացումը:

Ա. Իրականացնել ռեհիդրատացիա և հակաբակտերիալ բուժում սկսել միայն հարուցիչի լաբորատոր հաստատումից հետո:

Բ. Իրականացնել ռեհիդրատացիա և սկսել էմպիրիկ հակաբակտերիալ բուժում՝ հաշվի առնելով տեղային հակաբիոտիկազգայունության տվյալները:

Գ. Իրականացնել ռեհիդրատացիա և սկսել տրիմետոպրիմ-սուլֆամետոքսազոլով բուժում՝ առանց հակաբիոտիկազգայունության տվյալների:

Դ. Իրականացնել ռեհիդրատացիա և հակաբակտերիալ բուժում սկսել միայն արյան ցանքսի դրական արդյունքի դեպքում:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

380. 7 տարեկան երեխան դիմել է հիվանդանոց՝ ստորին վերջույթների աստիճանաբար հարաճող թուլության և քայլելու դժվարության գանգատներով: Երկու շաբաթ առաջ երեխան ունեցել է սուր գաստրոէնտերիտ՝ տենդով, որովայնի կծկանքանման ցավերով և արյունային լուծով: Կղանքի մանրէաբանական հետազոտությամբ անջատվել է Campylobacter jejuni: Աղիքային ախտանիշները վերացել են մեկ շաբաթ առաջ: Վերջին երեք օրերին երեխան սկսել է դժվարությամբ բարձրանալ աստիճաններով, իսկ այսօր արդեն դժվարանում է ինքնուրույն քայլել: Զննման պահին մարմնի ջերմաստիճանը նորմալ է, գիտակցությունը՝ պարզ: Հայտնաբերվում են ստորին վերջույթների համաչափ մկանային թուլություն և ջլային

խոր ռեֆլեքսների արտահայտված նվազում: Շնչառական խանգարումներ առայժմ չկան: Ո՞րն է տվյալ իրավիճակում առավել նպատակահարմար հետագա մարտավարությունը:

Ա. Նշանակել ազիթրոմիցին՝ ենթադրելով Campylobacter jejuni-ով պայմանավորված վարակի շարունակական ընթացք:

Բ. Կասկածել Գիյեն–Բարեի համախտանիշ և անհապաղ հոսպիտալացնել երեխային՝ նյարդաբանական գնահատման, շնչառական ֆունկցիայի և վեգետատիվ խանգարումների հսկողության նպատակով:

Գ. Կրկնել կղանքի մանրէաբանական հետազոտությունը և հետագա մարտավարությունը որոշել միայն բացասական արդյունք ստանալուց հետո:

Դ. Նշանակել ամբուլատոր հսկողություն և վերագնահատել երեխայի վիճակը 5–7 օր անց՝ հաշվի առնելով աղիքային ախտանիշների վերացումը:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

381. Ո՞ր մանկական աղիքային բակտերիալ վարակի դեպքում է բնորոշ մեզենտերիալ լիմֆադենիտի զարգացումը, որը կարող է նմանվել սուր ապենդիցիտին:

Ա. Խոլերա

Բ. Լյամբլիոզ (Giardiasis)

Գ. Իերսինիոզ (հարուցված Yersinia enterocolitica)

Դ. Ռոտավիրուսային վարակ

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Clinical Overview of Yersiniosis (2026) https://www.cdc.gov/yersinia/hcp/clinical-overview/index.html

382. 4-ամյա երեխան 5 օր ունեցել է որովայնացավ և արյունային լուծ: Այժմ կղազատման հաճախությունը նվազել է, սակայն առաջացել են գունատություն և օլիգուրիա: Կատարված լաբորատոր հետազոտություններով՝ Hb 78 գ/լ, թրոմբոցիտներ 58×10⁹/լ, կրեատինինը բարձրացած է, արյան քսուքում՝ շիստոցիտներ: Ո՞ր բարդությունն է առավել հավանական:

Ա. Դիսեմինացված ներանոթային մակարդում

Բ. Սուր վիրուսային հեպատիտ

Գ. STEC-ասոցացված հեմոլիտիկ-ուրեմիկ համախտանիշ (HUS)

Դ. Հետվարակային իմունային թրոմբոցիտոպենիա

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Information for Clinicians: E. coli and HUS https://www.cdc.gov/ecoli/hcp/guidance/

383. 5-ամյա երեխայի մոտ գաստրոէնտերիտի սկզբից 4 օր անց կղանքի բակ քննությամբ հայտնաբերվել է Salmonella: Առկա է թեթև գաստրոէնտերիտ, ջրազրկումն արտահայտված չէ, ջերմությունը նորմավորվել է, ընդհանուր վիճակում կա դրական դինամիկա: Բակտերիեմիայի կամ վարակի արտաաղիքային դրսևորումներ չկան: Ո՞րն է ճիշտ մարտավարությունը:

Ա. Անպայման նշանակել ցեֆտրիաքսոն՝ բակտերիակրությունը վերացնելու համար

Բ. Սկսել ազիթրոմիցին՝ ցանկացած դրական կղանքի ցանքի դեպքում

Գ. Նշանակել լոպերամիդ՝ լուծը դադարեցնելու համար

Դ. Կիրառել աջակցող բուժում և հեղուկների վերահսկում՝ առանց ռուտին հակաբակտերիալ բուժման

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Clinical Overview of Salmonellosis • IDSA — Clinical Practice Guidelines: Infectious Diarrhea (2017)
https://www.cdc.gov/salmonella/hcp/clinical-overview/index.html ;
https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

384. Ո՞ր կլինիկահամաճարակաբանական բնութագիրն է առավել բնորոշ էնտերովիրուսներով պայմանավորված «ձեռք–ոտք–բերան» հիվանդությանը երեխաների շրջանում:

Ա. Հիմնականում ձմռան ամիսներին հանդիպող վարակ՝ բարձր ջերմությամբ, հազով, կոնյուկտիվիտով և տարածուն մակուլոպապուլյոզ ցանով:

Բ. Առավել հաճախ ամռան և աշնան ամիսներին հանդիպող վարակ՝ բերանի խոռոչի ցավոտ բշտիկներով կամ խոցերով և ափերի ու ներբանների ցանով:

Գ. Գարնանը առավել հաճախ հանդիպող վարակ՝ բարձր ջերմությամբ, կոկորդի ցավով և մարմնի վրա տարածուն մանրակետային ցանով:

Դ. Հիմնականում ձմռան ամիսներին հանդիպող վարակ՝ ջերմությամբ և իրանից սկսվող, աստիճանաբար վերջույթներին տարածվող բազմաձև վեզիկուլյոզ ցանով:

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — About Hand, Foot, and Mouth Disease

385. Ո՞ր արտաաղիքային բարդության զարգացման ռիսկն է առավել կարևոր հաշվի առնել կրծքի հասակի երեխաների մոտ սալմոնելոզի դեպքում:

Ա. Երկրորդային լակտազային անբավարարություն

Բ. Բակտերեմիա՝ հնարավոր մենինգիտով կամ այլ օջախային վարակի զարգացումով

Գ. Հեմոլիտիկ-ուրեմիկ համախտանիշ

Դ. Լեղաքարային հիվանդություն՝ առանց բակտերիեմիայի

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Clinical Overview of Salmonellosis
https://www.cdc.gov/salmonella/hcp/clinical-overview/index.html

386. Մինչև 1 տարեկան երեխայի կղանքում տոքսիգեն C. difficile-ի հայտնաբերումը, սովորական լուծի դեպքում, ինչո՞ւ ինքնին չի հաստատում կլինիկական վարակը:

Ա. Այս տարիքում հաճախակի է առանց ախտանիշների գաղութացումը

Բ. C. difficile-ն այս տարիքում ընդհանրապես չի կարող հայտնաբերվել

Գ. ՊՇՌ մեթոդով դրական պատասխանը միշտ լաբորատոր սխալ է

Դ. Կրծքի հասակի երեխաներն ունենում են պարտադիր ծանր կոլիտ

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ IDSA/SHEA — C. difficile Infection in Adults and Children (2017) https://www.idsociety.org/practice-guideline/clostridium-difficile/

387. Ո՞րն է սալմոնելային գաստրոէնտերիտով երեխաների մոտ հակաբիոտիկների չհիմնավորված կիրառման հնարավոր հետևանքը:

Ա. Հիվանդության ինկուբացիոն շրջանի երկարացում:

Բ. Աղիքային լորձաթաղանթի խոցոտման առաջացում:

Գ. Սալմոնելաների կղանքով արտազատման տևողության երկարացում:

Դ. Շիգայի տոքսինի արտադրության ուժեղացում:

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea

388. Սալմոնելային գաստրոէնտերիտից 2 շաբաթ անց 12 տարեկան երեխան գանգատվում է ծնկահոդերի ցավից և այտուցից: Սինովյալ հեղուկի մանրէաբանական ցանքսը բացասական է: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:

Ա. Սեպտիկ արթրիտ

Բ. Ռեակտիվ արթրիտ

Գ. Ռևմատոիդ արթրիտ

Դ. Օստեոմիելիտ

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea

389. 5 տարեկան, նախկինում առողջ երեխան դիմել է մանկաբույժ-վարակաբանի՝ 3 օր շարունակվող ջրային լուծի, որովայնի կծկանքանման ցավերի և տենդի գանգատներով: Հիվանդության սկզբում մարմնի ջերմաստիճանը հասել է 38,7°C-ի: Համաճարակաբանական անամնեզից պարզվել է, որ հիվանդության նախորդ օրը երեխան օգտագործել է ոչ բավարար ջերմային մշակման ենթարկված հավի միս: Զննման պահին երեխան ակտիվ է, մարմնի ջերմաստիճանը՝ 37,2°C: Ջրազրկման և համակարգային վարակի նշաններ չկան: Լուծի հաճախականությունը նվազել է՝ հասնելով օրական 3–4 անգամի: Երեխան հեղուկներ ընդունում է բավարար քանակությամբ:
Կղանքի մանրէաբանական հետազոտությամբ անջատվել է Salmonella Enteritidis, որը զգայուն է ցեֆտրիաքսոնի և ազիթրոմիցինի նկատմամբ:
Ո՞րն է տվյալ երեխայի բուժման առավել նպատակահարմար մարտավարությունը:

Ա. Նշանակել ազիթրոմիցին՝ 5 օր տևողությամբ, քանի որ կղանքում հաստատվել է բակտերիալ հարուցիչ:

Բ. Նշանակել ներերակային ցեֆտրիաքսոն՝ ինվազիվ սալմոնելոզի զարգացումը կանխելու նպատակով:

Գ. Շարունակել բերանացի ռեհիդրատացիան և տարիքին համապատասխան սնուցումը՝ առանց հակաբակտերիալ բուժման:

Դ. Նշանակել տրիմետոպրիմ-սուլֆամետոքսազոլ՝ կղանքում սալմոնելաների արտազատման տևողությունը կրճատելու նպատակով:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

390. 3 տարեկան երեխան ընդունվել է հիվանդանոց՝ արտահայտված թուլության, մաշկի գունատության և մեզի քանակի նվազման գանգատներով:
Վեց օր առաջ հիվանդությունը սկսվել է որովայնի կծկանքանման ցավերով և ջրային լուծով, որը հաջորդ օրը դարձել է արյունային: Վերջին երկու օրերին լուծի հաճախականությունը նվազել է, սակայն երեխայի ընդհանուր վիճակը վատթարացել է:
Կղանքի հետազոտությամբ հայտնաբերվել է շիգա տոքսին 2 (Stx2) արտադրող Escherichia coli (STEC):
Լաբորատոր հետազոտությունների արդյունքները՝
Հեմոգլոբին՝ 82 գ/լ
Թրոմբոցիտներ՝ 45 × 10⁹/լ
Կրեատինին՝ 170 մկմոլ/լ
Լակտատդեհիդրոգենազա (ԼԴՀ)՝ 1100 ՄՄ/լ
Ծայրամասային արյան քսուքում՝ շիստոցիտներ
Երեխան հեմոդինամիկ կայուն է, կլինիկորեն՝ էուվոլեմիկ: Առկա է օլիգուրիա: Ակտիվ արյունահոսության նշաններ չկան: Ինվազիվ միջամտություն այս պահին չի նախատեսվում:
Նշված բուժական միջոցառումներից բոլորը նպատակահարմար են, ԲԱՑԻ՝

Ա. Հեղուկների հաշվեկշռի ճշգրիտ վերահսկում և ռեհիդրատացիոն մարտավարության անհատականացում՝ ըստ դիուրեզի և կլինիկական վիճակի:

Բ. Շիճուկային էլեկտրոլիտների, կրեատինինի, հեմոգլոբինի և թրոմբոցիտների քանակի պարբերական հսկողություն:

Գ. Թրոմբոցիտար զանգվածի կանխարգելիչ փոխներարկում՝ թրոմբոցիտների քանակը նորմալացնելու և արյունահոսությունը կանխելու նպատակով:

Դ. Մանկական նեֆրոլոգի անհապաղ ներգրավում՝ երիկամների սուր վնասման գնահատման և անհրաժեշտության դեպքում դիալիզի ցուցումների որոշման նպատակով:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

391. 6 տարեկան երեխան դիմել է մանկաբույժ-վարակաբանին՝ որովայնի փքվածության, գարշահոտ, չձևավորված կղանքի և քաշի անբավարար ավելացման գանգատներով:
Երեք շաբաթ առաջ երեխայի մոտ կղանքում Giardia duodenalis-ի հակածնի հայտնաբերմամբ հաստատվել է լյամբլիոզ: Նշանակվել է մետրոնիդազոլով բուժում՝ համապատասխան դեղաչափով և տևողությամբ: Բուժման ավարտից հետո ախտանիշները զգալիորեն նվազել են, սակայն մեկ շաբաթ անց կրկին առաջացել են լուծը և որովայնի փքվածությունը:
Համաճարակաբանական անամնեզից պարզվել է, որ ընտանիքն օգտագործում է չմշակված աղբյուրի ջուր, իսկ երեխայի կրտսեր եղբայրը նույնպես վերջին օրերին ունեցել է լուծ:

Երեխայի ընդհանուր վիճակը բավարար է, ջրազրկման նշաններ չկան:
Ո՞րն է տվյալ իրավիճակում առավել նպատակահարմար հաջորդ քայլը:

Ա. Անմիջապես նշանակել մետրոնիդազոլի կրկնակի դեղաչափով բուժում՝ ենթադրելով դեղակայուն յամբլիոզ:

Բ. Նշանակել այլ խմբի հակամակաբուծային դեղամիջոց՝ առանց կրկնակի հետազոտության, քանի որ նախորդ բուժումն անարդյունավետ է եղել:

Գ. Կրկնել կղանքի հետազոտությունը Giardia-ի հայտնաբերման նպատակով՝ տարբեր օրերին հավաքված երեք նմուշում, և գնահատել կրկնավարակման հնարավոր աղբյուրները:

Դ. Ախտանիշները վերագրել հետվարակային լակտազային անբավարարությանը և բացառել կրկնակի մակաբուծաբանական հետազոտության անհրաժեշտությունը:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC DPDx — Laboratory Identification of Parasites | https://www.cdc.gov/dpdx/index.html

392. 9 տարեկան երեխան ընդունվել է հիվանդանոց՝ մինչև 39°C տենդի, որովայնի աջ զստափոսի արտահայտված ցավի և սրտխառնոցի գանգատներով: Հիվանդությունը սկսվել է չորս օր առաջ՝ տենդով, որովայնի տարածուն ցավերով և ջրային լուծով: Վերջին 24 ժամվա ընթացքում ցավը տեղակայվել է աջ զստափոսում: Համաճարակաբանական անամնեզից պարզվել է, որ հիվանդանալուց մոտ մեկ շաբաթ առաջ երեխան օգտագործել է ոչ բավարար ջերմային մշակման ենթարկված խոզի միս:
Զննման պահին երեխան հեմոդինամիկ կայուն է, որովայնը շոշափելիս ցավոտ է աջ զստափոսում, պերիտոնեալ գրգռման նշաններ չկան:
Լաբորատոր հետազոտություններով՝ լեյկոցիտներ՝ 13,5 × 10⁹/լ, C-ռեակտիվ սպիտակուց՝ 48 մգ/լ:
Որովայնի ուլտրաձայնային հետազոտությամբ որդանման ելունը տեսանելի է, ունի նորմալ տրամագիծ և սեղմելի է: Հայտնաբերվել են մեծացած միջընդերային ավշահանգույցներ և զստաղու տերմինալ հատվածի պատի հաստացում: Մանկական վիրաբույժի գնահատմամբ՝ տվյալ պահին հրատապ վիրահատության ցուցումներ չկան:
Ո՞րն է առավել նպատակահարմար հաջորդ ախտորոշիչ քայլը:

Ա. Կատարել միայն Yersinia-ի նկատմամբ IgM հակամարմինների որոշում՝ որպես սուր վարակի հաստատման առավել հուսալի մեթոդ:

Բ. Իրականացնել կղանքի նպատակային մանրէաբանական հետազոտություն Yersinia enterocolitica-ի հայտնաբերման համար՝ լաբորատորիային տեղեկացնելով հատուկ սննդային միջավայրի անհրաժեշտության մասին:

Գ. Կատարել միայն արյան ցանքս, քանի որ միջընդերային լիմֆադենիտի դեպքում կղանքի մանրէաբանական հետազոտությունը ախտորոշիչ նշանակություն չունի:

Դ. Հետաձգել բոլոր մանրէաբանական հետազոտությունները մինչև լուծի լիարժեք դադարելը:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

393. 2 տարեկան երեխան դիմել է մանկաբույժ-վարակաբանին՝ չորս օր շարունակվող ջրային լուծի, ախորժակի նվազման և մինչև 37,8°C ջերմության գանգատներով: Երեխան հաճախում է մանկապարտեզ, որտեղ արձանագրվել են սուր գաստրոէնտերիտի մի քանի դեպքեր:
Զննման պահին ընդհանուր վիճակը բավարար է, երեխան ակտիվ է, հեղուկներ ընդունում է ինքնուրույն, ջրազրկման նշաններ չկան: Կողանքում արյուն և լորձ չեն հայտնաբերվել:
Բռնկման շրջանակում կատարված կղանքի բազմապլեքս ՊՇՌ հետազոտությամբ հայտնաբերվել է աստրովիրուս: Այլ աղիքային հարուցիչներ չեն հայտնաբերվել:
Ո՞րն է երեխայի բուժման առավել նպատակահարմար մարտավարությունը:

Ա. Նշանակել ազիթրոմիցին՝ բակտերիալ համավարակի զարգացումը կանխելու նպատակով:

Բ. Շարունակել տարիքին համապատասխան սնուցումը, ապահովել բավարար հեղուկների ընդունում և անհրաժեշտության դեպքում կիրառել բերանացի ռեհիդրատացիոն լուծույթ:

Գ. Դադարեցնել սնուցումը 24 ժամով՝ աղիքային լորձաթաղանթի վերականգնումն արագացնելու նպատակով:

Դ. Նշանակել ներերակային ռեհիդրատացիա՝ անկախ ջրազրկման նշանների բացակայությունից:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

394. 10 տարեկան երեխան դիմել է բժշկի՝ հանկարծակի սկսված որովայնի կծկանքանման ցավերի և ջրային լուծի գանգատներով: Հիվանդությունը սկսվել է դպրոցական միջոցառումից մոտ 12 ժամ անց, որի ընթացքում երեխաներն օգտագործել են նախորդ օրը պատրաստված և երկար ժամանակ սենյակային ջերմաստիճանում պահված մսային ուտեստ:
Նույնատիպ գանգատներ առաջացել են միջոցառման ևս ութ մասնակցի մոտ: Հիվանդների մեծ մասը ունեցել է որովայնացավ և լուծ՝ առանց փսխման և տենդի:
Երեխայի ընդհանուր վիճակը բավարար է, ջրազրկման նշաններ չկան:
Ո՞ր հարուցիչն է առավել հավանական տվյալ սննդային բռնկման պատճառը:

Ա. Staphylococcus aureus:

Բ. Salmonella Enteritidis:

Գ. Campylobacter jejuni:

Դ. Clostridium perfringens:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

395. Ո՞ր կլինիկական դրսևորումն է առավել բնորոշ երեխաների մոտ աստրովիրուսային գաստրոէնտերիտին:

Ա. Արյունային լուծ և արտահայտված տենեզմներ

Բ. Ջրային լուծ, երբեմն՝ փսխում և թույլ արտահայտված տենդ

Գ. Դեղնուկ և լյարդի մեծացում

Դ. Երկարատև փորկապություն և որովայնի փքվածություն

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

396. 5 տարեկան երեխան ընդունվել է հիվանդանոց՝ սուր սկսված, առատ ջրային լուծի և կրկնվող փսխումների պատճառով: Ընտանիքը երկու օր առաջ վերադարձել է Հնդկաստանից:
Վերջին 12 ժամվա ընթացքում երեխան ունեցել է բազմաթիվ, մեծածավալ, ջրային կղազատումներ: Կղանքը բաց գույնի է, պղտոր, բրնձաջուր հիշեցնող:
Զննման պահին երեխան արտահայտված թուլացած է, աչքերը՝ ներընկած, վերջույթները՝ սառը: Մազանոթային լեցման ժամանակը՝ 4 վայրկյան, պուլսը՝ հաճախացած և թույլ լեցուն: Երեխան դժվարությամբ է հեղուկ ընդունում, դիուրեզը՝ կտրուկ նվազած:
Ո՞րն է առաջնահերթ բուժական միջոցառումը:

Ա. Անհապաղ սկսել ներերակային ռեհիդրատացիա իզոտոնիկ բյուրեղային լուծույթով՝ նախընտրելի է Ռինգերի լակտատով:

Բ. Սպասել կղանքի մանրէաբանական հետազոտության արդյունքին և ապա սկսել ռեհիդրատացիան:

Գ. Սկսել միայն բերանացի ռեհիդրատացիա՝ առանց ներերակային հեղուկների ներմուծման:

Դ. Առաջին հերթին նշանակել հակաբակտերիալ բուժում և դրա ավարտից հետո գնահատել ռեհիդրատացիայի անհրաժեշտությունը:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

397. 11 տարեկան երեխան դիմել է հիվանդանոց՝ վեց օր շարունակվող տենդի, արտահայտված թուլության, գլխացավի և որովայնի ցավերի գանգատներով:
Տենդն աստիճանաբար բարձրացել է՝ հասնելով 39,5°C-ի: Երեխան ունի ախորժակի նվազում և փորկապություն: Համաճարակաբանական անամնեզից պարզվել է, որ երկու շաբաթ առաջ ընտանիքը վերադարձել է տարածաշրջանից, որտեղ տարածված են որովայնային տիֆի դեպքերը:
Զննմամբ հայտնաբերվում է չափավոր հեպատոսպլենոմեգալիա: Հակաբակտերիալ բուժում դեռ չի իրականացվել:
Բժիշկը կասկածում է որովայնային տիֆ:
Ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար ախտորոշման լաբորատոր հաստատման համար հիվանդության տվյալ փուլում:

Ա. Վիդալի շճաբանական ռեակցիա:

Բ. Արյան մանրէաբանական հետազոտություն՝ Salmonella Typhi-ի անջատման նպատակով:

Գ. Մեզի ընդհանուր հետազոտություն:

Դ. Կղանքի մանրադիտակային հետազոտություն՝ մակաբույծների ձվիկների հայտնաբերման նպատակով:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

398. Սուր լուծի ընթացքում կրծքով սնուցվող երեխայի սնուցման վերաբերյալ ո՞րն է ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Շարունակել կրծքով սնուցումը՝ պահպանելով սովորական հաճախականությունը կամ անհրաժեշտության դեպքում ավելացնելով այն:

Բ. Ժամանակավորապես անցնել միայն օրալ ռեհիդրատացիոն լուծույթի ընդունման:

Գ. Կրճատել կրծքով սնուցման հաճախականությունը՝ աղիքային ծանրաբեռնվածությունը նվազեցնելու նպատակով:

Դ. Ժամանակավորապես փոխարինել կրծքի կաթը լակտոզազուրկ կաթնախառնուրդով:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

399. Երեխաների սուր լուծի բուժման մեջ ցինկի հավելումների հիմնական նպատակն ո՞րն է:

Ա. Լուծի տևողության և ծանրության նվազեցումը

Բ. Աղիքային միկրոֆլորայի ամբողջական վերականգնումը

Գ. Աղիքային պերիստալտիկայի անմիջական ընկճումը

Դ. Աղիքային հարուցիչների բազմացման անմիջական արգելակումը

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA 2017 — Infectious Diarrhea | https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/

400. Ո՞րն է կրիպտոսպորիդիոզի կլինիկական ընթացքի առավել բնորոշ առանձնահատկությունը երեխաների շրջանում:

Ա. Իմունային անբավարարություն չունեցող երեխաների մոտ սովորաբար առաջացնում է ինքնասահմանափակվող ջրային լուծ, իսկ իմունային անբավարարության դեպքում կարող է ունենալ ծանր և երկարատև ընթացք:

Բ. Հիվանդությունը սովորաբար ուղեկցվում է արյունային լուծով

Գ. Հիվանդությունը բոլոր դեպքերում պահանջում է հակաբակտերիալ բուժում:

Դ. Կրիպտոսպորիդիոզին բնորոշ է միայն փորկապությունը՝ առանց լուծի:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC DPDx — Laboratory Identification of Parasites | https://www.cdc.gov/dpdx/index.html

401. Ո՞ր տարիքային խմբի երեխաների մոտ խորհուրդ չի տրվում Clostridioides difficile-ի վարակի ախտորոշման նպատակով կղանքի հետազոտության սովորական իրականացումը՝ հաշվի առնելով ասիմպտոմատիկ գաղութացման բարձր հաճախականությունը:

Ա. Մինչև 12 ամսական երեխաներին

Բ. 5–10 տարեկան երեխաների

Գ. 10–15 տարեկան երեխաների

Դ. 15 տարեկանից բարձր դեռահասների

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/SHEA — C. difficile Clinical Practice Guideline | https://www.idsociety.org/practice-guideline/clostridium-difficile/

402. Ո՞րն է Clostridioides difficile-ով պայմանավորված վարակի տարածումը կանխելու առավել արդյունավետ միջոցառումների մանկական ստացիոնարում:

Ա. Միայն ալկոհոլային հիմքով ձեռքերի ախտահանիչների կիրառում և սովորական մաքրում:

Բ. Պացիենտի օդային մեկուսացում և բուժանձնակազմի դիմակների պարտադիր կիրառում:

Գ. Միայն հակաբակտերիալ բուժման վաղ սկսում՝ առանց լրացուցիչ մեկուսացման միջոցառումների:

Դ. Կոնտակտային մեկուսացում, ձեռնոցների և պաշտպանիչ խալաթի կիրառում, ձեռքերի օճառով լվացում և սպորների նկատմամբ արդյունավետ ախտահանիչներով շրջակա միջավայրի մաքրում:

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/SHEA — C. difficile Clinical Practice Guideline | https://www.idsociety.org/practice-guideline/clostridium-difficile/

403. 4 տարեկան երեխան դիմել է մանկաբույժ-վարակաբանին՝ պարբերական տենդի, չոր հազի, որովայնի ցավերի և ախորժակի նվազման գանգատներով: Անամնեզից պարզվել է, որ երեխան հաճախ խաղում է տան բակում՝ հողի հետ, որտեղ պահվում են նաև չհելմինթազերծված շներ:
Ընդհանուր հայտնաբերվում է լյարդի չափավոր մեծացում: Արյան ընդհանուր հետազոտությամբ՝ լեյկոցիտներ՝ 15,2 × 10⁹/լ, էոզինոֆիլներ՝ 24%:
Կղանքի մակաբուծաբանական հետազոտությամբ հելմինթների ձվիկներ չեն հայտնաբերվել: Բժիշկը կասկածում է վիսցերալ տոքսոկարոզ:
Ո՞ր լաբորատոր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար ենթադրվող վիսցերալ տոքսոկարոզի ախտորոշումը հիմնավորելու համար:

Ա. Կղանքի կրկնակի մանրադիտակային հետազոտություն՝ Toxocara-ի ձվիկների հայտնաբերման նպատակով:

Բ. Արյան ընդհանուր հետազոտություն՝ էոզինոֆիլների քանակի կրկնակի որոշմամբ:

Գ. Արյան շիճուկում Toxocara-ի նկատմամբ հակամարմինների որոշում՝ ELISA մեթոդով:

Դ. Կղանքի մանրէաբանական հետազոտություն:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Soil-transmitted helminth infections | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections

404. Ո՞ր կլինիկական նշանների համակցությունն է առավել բնորոշ սննդային բոտուլիզմին:

Ա. Բարձր տենդ, գիտակցության խանգարում և սպաստիկ կաթված

Բ. Երկտեսություն, կլման խանգարում և վայրընթաց թորշոմած կաթված

Գ. Արյունային լուծ, տենեզմներ և որովայնի ցավ

Դ. Ասիմետրիկ կաթված և զգացողության արտահայտված խանգարում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Botulism | https://www.cdc.gov/botulism/hcp/clinical-overview/index.html

405. Ո՞րն է սննդային բոտուլիզմի կասկածի դեպքում առավել ճիշտ բուժական մոտեցումը:

Ա. Սպասել լաբորատոր հաստատմանը՝ մինչև բուժումը սկսելը

Բ. Նշանակել միայն լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ

Գ. Հնարավորինս վաղ կիրառել բոտուլինային հակատոքսին՝ չսպասելով լաբորատոր հաստատմանը, և ապահովել շնչառական ֆունկցիայի հսկողություն

Դ. Բուժումը սահմանափակել օրալ ռեհիդրատացիայով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Botulism | https://www.cdc.gov/botulism/hcp/clinical-overview/index.html

406. Ինչո՞ւ չի խորհուրդ տրվում մեղր տալ մինչև 12 ամսական երեխաներին:

Ա. Մեղրը կարող է պարունակել Clostridium botulinum-ի սպորներ, որոնք երեխայի աղիքներում կարող են բազմանալ և արտադրել բոտուլինային տոքսին

Բ. Մեղրը պարունակում է մեծ քանակությամբ արդեն պատրաստի բոտուլինային տոքսին

Գ. Մեղրը բոլոր երեխաների մոտ առաջացնում է ծանր ալերգիկ ռեակցիա

Դ. Մեղրը խանգարում է կալցիումի ներծծմանը

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Botulism | https://www.cdc.gov/botulism/hcp/clinical-overview/index.html

407. Ո՞ր կլինիկական դրսևորումն է առավել բնորոշ կրծքի հասակի երեխաների բոտուլիզմին:

Ա. Բարձր տենդ, պարանոցի մկանների կարկամություն և ցնցումներ

Բ. Արյունային լուծ և արտահայտված ջրազրկում

Գ. Սուր սկսվող սպաստիկ կաթված և հիպերռեֆլեքսիա

Դ. Փորկապություն, թույլ ծծում, թույլ լաց և տարածուն մկանային հիպոտոնիա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Botulism | https://www.cdc.gov/botulism/hcp/clinical-overview/index.html

408. Ո՞ր կլինիկական դրսևորումն է առավել բնորոշ աղիքային ամեոբիազին (Entamoeba histolytica):

Ա. Առատ ջրային լուծ՝ առանց որովայնային ցավերի

Բ. Արյունալորձային լուծ, որովայնի ցավեր և տենեզմներ

Գ. Փորկապություն և արտահայտված դեղնուկ

Դ. Փսխում և շնչառական անբավարարություն՝ առանց աղիքային ախտանիշների

Սկզբնաղբյուր՝ CDC DPDx — Laboratory Identification of Parasites | https://www.cdc.gov/dpdx/index.html

409. Ո՞րն է ինվազիվ աղիքային ամեոբիազի բուժման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Միայն օրալ ռեհիդրատացիա՝ առանց հակապարազիտային բուժման

Բ. Միայն մետրոնիդազոլի կիրառում՝ առանց հետագա բուժման

Գ. Մետրոնիդազոլի կամ տինիդազոլի կիրառում, որին հաջորդում է աղիքային լուսանցքում ազդող ամեոբասպան դեղամիջոցը

Դ. Միայն ազիտրոմիցինի կիրառում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC DPDx — Laboratory Identification of Parasites | https://www.cdc.gov/dpdx/index.html

410. Ո՞րն է գրիպի վարման առավել ճիշտ մոտեցումը երեխաների մոտ:

Ա. Հակավիրուսային բուժումը հետաձգել մինչև ՊՇՌ-ի պատասխանը՝ նույնիսկ ծանր դեպքում

Բ. Հակավիրուսային բուժում չնշանակել 48 ժամից ավելի հիվանդ ծանր երեխային

Գ. Օզելտամիվիրը փոխարինել կանխարգելիչ լայն սպեկտրի հակաբիոտիկով

Դ. Ծանր կամ բարձր ռիսկի դեպքում օզելտամիվիրի վաղ նշանակում՝ առանց լաբորատոր պատասխանի սպասելու

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Influenza Antiviral Medications: Summary for Clinicians | https://www.cdc.gov/flu/hcp/antivirals/summary-clinicians.html

411. Գրիպով հիվանդ երեխայի սկզբնական լավացումից հետո վիճակի կրկնակի վատացման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Կրկնակի տենդն ու նոր թոքային նշանները բացառում են բակտերիալ բարդացումը

Բ. Գրիպից հետո երկրորդային բակտերիալ թոքաբորբի մասին է հուշում վիճակի կրկնակի վատացումը

Գ. Սկզբնական բարելավումից հետո վատացումը միշտ բնական ապաքինման նշան է

Դ. Նոր հևոցի և տենդի դեպքում կրկնակի գնահատումը պետք է հետաձգել մինչև հազի ավարտը

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Influenza Antiviral Medications: Summary for Clinicians | https://www.cdc.gov/flu/hcp/antivirals/summary-clinicians.html

412. 3 ամսական երեխան ընդունվել է հիվանդանոց՝ հազի, քթահոսության և դժվարաշնչության գանգատներով:

Հիվանդության առաջին երկու օրերին գերակշռել են քթահոսությունը և հազը: Երրորդ օրը առաջացել են հաճախաշնչություն և կերակրման դժվարություն: Զննման պահին շնչառության հաճախությունը՝ 64/րոպե, առկա են միջկողային և ենթակողային ներքաշումներ: Թոքերում լսվում են տարածուն մանր բշտիկավոր խզզոցներ և արտաշնչական սուլոցներ:
Սենյակային օդի պայմաններում $SpO_2$-ը կայուն պահպանվում է 88% մակարդակում: Երեխան գիտակից է, հեմոդինամիկ կայուն: Քթըմպանային հետազոտությամբ հայտնաբերվել է RSV (ռեսպիրատոր-սինցիտիալ վիրուս):
Ո՞րն է առավել նպատակահարմար սկզբնական բուժական մարտավարությունը:

Ա. Սկսել սալբուտամոլի պարբերական ինհալացիաներ՝ որպես առաջին ընտրության բուժում:

Բ. Սկսել ցածր հոսքով թթվածնաթերապիա քթային կանյուլայով և ապահովել բավարար հիդրատացիա՝ շարունակական կլինիկական հսկողությամբ:

Գ. Նշանակել համակարգային կորտիկոստերոիդներ՝ բրոնխային օբստրուկցիան նվազեցնելու նպատակով:

Դ. Նշանակել ներերակային հակաբակտերիալ բուժում՝ որպես RSV բրոնխիոլիտի ստանդարտ բուժում:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

413. 7 տարեկան երեխան դիմել է մանկաբույժ-վարակաբանին՝ երեք օր շարունակվող տենդի, կոկորդացավի, քթահոսության և աչքերի կարմրության գանգատներով:
Մարմնի ջերմաստիճանը հասել է 39°C-ի: Զննմամբ հայտնաբերվում են ըմպանի արտահայտված հիպերեմիա, նշագեղձերի չափավոր մեծացում, երկկողմանի ոչ թարախային շաղկապենաբորբ և առաջականջային ավշահանգույցների մեծացում: Երեխան հաճախում է լողի պարապմունքների: Նույն խմբի մի քանի երեխաների մոտ վերջին օրերին արձանագրվել են նմանատիպ ախտանիշներ:
A խմբի ստրեպտոկոկի արագ հակածնային թեստի արդյունքը բացասական է:
Ո՞ր հարուցիչն է առավել հավանական տվյալ կլինիկական պատկերի պատճառը:

Ա. Ադենովիրուս:

Բ. Streptococcus pyogenes:

Գ. Mycoplasma pneumoniae:

Դ. Էպշտեյն–Բարի վիրուս:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

414. 4 տարեկան երեխան դիմել է մանկաբույժ-վարակաբանի՝ երեք օր շարունակվող տենդի, հազի և արագացած շնչառության գանգատներով: Մարմնի ջերմաստիճանը հասել է 39°C-ի: Զննման պահին շնչառության հաճախությունը 46/րոպե է, սենյակային օդի պայմաններում $SpO_2$-ը՝ 95%: Թոքերի աուսկուլտացիայով աջ

ստորին հատվածում լսվում են տեղային կրեպիտացիոն խզզոցներ և շնչառական աղմուկի թուլացում: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:

Ա. Սուր վիրուսային վերին շնչուղիների վարակ:

Բ. Արտահիվանդանոցային թոքաբորբ:

Գ. Սուր բրոնխիոլիտ:

Դ. Սուր լարինգոտրախեիտ:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

415. 2 տարեկան երեխան գիշերը բերվել է շտապ օգնության բաժանմունք՝ հանկարծակի ուժեղացած հազի և աղմկոտ շնչառության պատճառով: Երկու օր առաջ երեխան ունեցել է քթահոսություն և մինչև 37,8°C ջերմություն: Վերջին գիշերվա ընթացքում հազը դարձել է կոպիտ, «հաչոցանման», ձայնը՝ խռպոտ: Զննման պահին երեխան գիտակից է, ընդհանուր վիճակը՝ բավարար: Լացի ժամանակ լսվում է ներշնչական ստրիդոր: Թքահոսություն և կլման դժվարություն չկան:
Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:

Ա. Սուր էպիգլոտիտ:

Բ. Սուր բրոնխիոլիտ:

Գ. Բակտերիալ տրախեիտ:

Դ. Սուր վիրուսային լարինգոտրախեիտ (կրուպ):

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

416. 7 տարեկան երեխան դիմել է մանկաբույժ-վարակաբանի՝ սուր սկսված բարձր տենդի, գլխացավի, մկանացավերի, արտահայտված թուլության և չոր հազի գանգատներով: Հիվանդությունը սկսվել է նախորդ օրը՝ մարմնի ջերմաստիճանի կտրուկ բարձրացմամբ մինչև 39,5°C: Երեխան գանգատվում է ամբողջ մարմնի ցավերից և հրաժարվում է սովորական ակտիվությունից:
Համաճարակաբանական անամնեզից պարզվել է, որ դպրոցում վերջին շաբաթվա ընթացքում արձանագրվել են նմանատիպ դեպքեր: Զննման պահին երեխան ջերմում է, ունի չափավոր քթահոսություն և ըմպանի հիպերեմիա: Թոքերում ախտաբանական աուսկուլտատիվ փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:

Ա. Գրիպ:

Բ. Ռինովիրուսային վարակ:

Գ. Ադենովիրուսային ֆարինգոկոնյունկտիվալ տենդ:

Դ. Պարագրիպային վարակ:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

417. 4 ամսական երեխան մրսածությունից հետո ունի սուլող շնչառություն, հաճախաշնչություն և դժվարացած կերակրում: Նշված հիվանդություններից ո՞րն է ավելի հավանական:

Ա. RSV(ռեսպիրատոր-սինցիտիալ վիրուս) բրոնխիոլիտ

Բ. Ադենովիրուսային ֆարինգոկոնյուկտիվալ տենդ

Գ. Գրիպ

Դ. Կրուպ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

418. Կրծքի հասակի երեխայի տիպիկ բրոնխիոլիտի դեպքում ախտորոշման և ռենտգեն հետազոտության վերաբերյալ ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Բոլոր տիպիկ դեպքերում պարտադիր կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն

Բ. Բոլոր երեխաների մոտ պարտադիր մանրէաբանական ցանքս՝ նախքան ախտորոշումը

Գ. Տիպիկ դեպքերում կլինիկական ախտորոշում՝ առանց կրծքավանդակի պարտադիր ռենտգեն հետազոտության

Դ. Ախտորոշումը բացառել միայն RSV-ի արագ թեստի բացասական պատասխանի դեպքում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

419. Կրծքի հասակի երեխայի մոտ RSV (ռեսպիրատոր-սինցիտիալ վիրուս) բրոնխիոլիտի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Թթվածնի ու հեղուկների աջակցություն՝ ըստ ցուցումների, առանց հակաբիոտիկի պարտադիր նշանակման

Բ. Սալբուտամոլի պլանային կարգով շարունակում՝ առանց արձագանքի գնահատման

Գ. Համակարգային կորտիկոստերոիդ՝ տիպիկ բրոնխիոլիտի պլանային կարգով բուժման համար

Դ. Պլանային կարգով հակաբիոտիկ՝ տիպիկ, բակտերիալ բարդացում չունեցող բրոնխիոլիտի համար

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

420. RSV (ռեսպիրատոր-սինցիտիալ վիրուս) բրոնխիոլիտով կրծքի հասակի երեխայի համար վտանգի նշանների վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Ապնոէի բացակայությունը բացառում է ծանր բրոնխիոլիտը

Բ. Նորմալ ջերմությունը բացառում է ապնոէի վտանգը

Գ. Վատ կերակրումը և շնչառական աշխատանքի ավելացումը հսկողություն չեն պահանջում

Դ. Ապնոէն հատկապես կարևոր է կյանքի առաջին ամիսների երեխաների դեպքում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

421. 2-ամյա երեխայի մոտ գիշերը զարգացել են հաչոցանման հազ, խռպոտություն և ներշնչական ստրիդոր: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Էպիգլոտիտ

Բ. Բակտերիալ տրախեիտ

Գ. Կրուպ

Դ. Շնչուղիների օտար մարմին

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

422. Երեխաների մոտ տիպիկ վիրուսային կրուպն առավել հաճախ ո՞ր վիրուսի հետ է կապված:

Ա. Ադենովիրուս

Բ. Շնչառական սինցիտիալ վիրուս՝ RSV

Գ. Պարագրիպի վիրուս

Դ. Ռինովիրուս

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

423. 3-ամյա երեխայի մոտ առկա են տենդ, հաճախաշնչություն և ենթակողային ներքաշումներ: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Վիրուսային կրուպ

Բ. Բրոնխիալ ասթմայի սրացում

Գ. Սուր չբարդացած բրոնխիտ

Դ. Արտահիվանդանոցային թոքաբորբ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

424. Արտահիվանդանոցային թոքաբորբի կասկածով երեխայի շնչական դիսֆունկցիայի ծանրությունը և գործիքային հետազոտությունների ցուցումը գնահատելու համար ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Ծանրությունը որոշել տենդի բարձրությամբ

Բ. Ռ-գրաֆիայի ցուցումը որոշել հազի տևողությամբ՝ առանց զննման

Գ. Թթվածնով հագեցվածությունը գնահատել միայն արտաքին ցիանոզի առկայության դեպքում

Դ. Կլինիկական գնահատում ու պուլսօքսիմետրիա՝ անհրաժեշտության դեպքում գործիքային հետազոտության իրականացում

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

425. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ կրծքի հասակի երեխայի մոտ կապույտ հազի ընթացքին:

Ա. Հաչոցանման հազ և ներշնչական ստրիդոր

Բ. Հաճախաշնչություն և շնչառական աշխատանքի ավելացում

Գ. Սուր տենդային շնչառական հիվանդություն՝ արտահայտված ընդհանուր ախտանշաններով

Դ. Ապնոէ կամ ցիանոզ, նույնիսկ առանց բնորոշ հազային ռեպրիզի

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Features of Pertussis | https://www.cdc.gov/pertussis/hcp/clinical-signs/index.html

426. Կրծքի հասակի երեխայի մոտ կապույտ հազ հիվանդությունը վաղ շաբաթներին հաստատելու համար ո՞ր հետազոտությունն է նպատակահարմար:

Ա. Կրծքավանդակի ռենտգեն՝ որպես պատճառագիտական հաստատում

Բ. Արյան մեջ IgG-ի մեկանգամյա որոշում՝ հիվանդության առաջին օրերին

Գ. Մակերեսային կոկորդային քսուքի սովորական ցանքս

Դ. Քիթըմպանի նմուշի ՊՇՌ հետազոտություն՝ հատկապես հիվանդության վաղ շաբաթներին

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Features of Pertussis | https://www.cdc.gov/pertussis/hcp/clinical-signs/index.html

427. Կապույտ հազի վարման ո՞ր մոտեցում է առավել ճիշտ կրծքի հասակի երեխայի մոտ:

Ա. Ամոքսիցիլինային մոնոթերապիա

Բ. Նոպաների նվազման սպասում՝ առանց շնչառական հսկողության

Գ. Մակրոլիդ և հոսպիտալացում/հսկողություն՝ ծանրության գնահատմամբ

Դ. Հազը ճնշող դեղ՝ ապնոէ ունեցող կրծքի հասակի երեխայի համար

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Features of Pertussis | https://www.cdc.gov/pertussis/hcp/clinical-signs/index.html

428. 2 ամսական երեխան ընդունվել է հիվանդանոց՝ հազի նոպաների և դրանց ընթացքում շնչառության կարճատև դադարների պատճառով:
Հիվանդությունը սկսվել է յոթ օր առաջ՝ քթահոսությամբ և հազվադեպ հազով:
Վերջին երկու օրերին հազը դարձել է նոպայաձև, երբեմն ուղեկցվում է դեմքի կապտությամբ: Բարձր տենդ չի արձանագրվել:
Մոր խոսքով՝ ընտանիքի անդամներից մեկը շուրջ երեք շաբաթ ունի երկարատև

նոպայաձև հազ:
Երեխայի մոտ կասկածվում է կապույտ հազ: Քթըմպանային նմուշն ուղարկվել է ՊՇՌ հետազոտության:
Ո՞րն է առավել նպատակահարմար մարտավարությունը:

Ա. Սպասել ՊՇՌ հետազոտության արդյունքին և միայն դրական պատասխանի դեպքում սկսել հակաբակտերիալ բուժում:

Բ. Նշանակել միայն ախտանշանային բուժում, քանի որ երեխան բարձր տենդ չունի:

Գ. Նշանակել համակարգային կորտիկոստերոիդներ՝ հազի նոպաները կանխելու նպատակով:

Դ. Ապահովել ստացիոնար հսկողություն, սկսել տարիքին համապատասխան մակրոլիդային հակաբակտերիալ բուժում՝ չսպասելով ՊՇՌ արդյունքին:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Features of Pertussis | https://www.cdc.gov/pertussis/hcp/clinical-signs/index.html

429. Արտահիվանդանոցային թոքաբորբով երեխայի գնահատման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Հիպօքսեմիան ծանրության կարևոր չափորոշիչ է

Բ. Արտաքին ցիանոզի բացակայությունը լիովին բացառում է հիպօքսեմիան

Գ. Նորմալ աուսկուլտացիան միշտ բացառում է օքսիգենացիայի խանգարումը

Դ. Օքսիգենացիան պետք է գնահատել միայն բարձր տենդ ունեցող երեխայի մոտ

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

430. Ադենովիրուսային վարակով երեխայի մոտ ո՞ր գործոնն է առավել բարձրացնում ծանր ընթացքի ռիսկը:

Ա. Նախկինում առանց բարդությունների տարած թեթև ադենովիրուսային վարակը

Բ. Դպրոցական տարիքը՝ առանց ուղեկցող հիվանդության

Գ. Սեզոնային ալերգիկ ռինիտը՝ առանց սրտաթոքային հիվանդության

Դ. Արտահայտված իմունաճնշումը՝ օրգանի փոխպատվաստումից հետո

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

431. Ադենովիրուսային թոքաբորբի կասկածով հոսպիտալացված երեխայի մոտ անհրաժեշտ է պատճառագիտական հաստատում: Ո՞ր հետազոտության իրականացումն է առավել համապատասխան:

Ա. Շնչուղիների նմուշում ադենովիրուսի ՊՇՌ իրականացում՝ առանձին կամ բազմահարուցիչ թեստով

Բ. Ադենովիրուսի նկատմամբ IgG-ի որոշում արյան շիճուկում

Գ. Արյան լեյկոցիտոզով հարուցչի հաստատում

Դ. Կրծքավանդակի ռենտգենով վիրուսի տեսակային հաստատում

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

432. Իմունային անբավարարություն չունեցող երեխայի ադենովիրուսային շնչառական վարակը թեթև է, առանց բակտերիալ բարդության նշանների: Ո՞րն է վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Բոլոր թեթև դեպքերում կանխարգելիչ հակաբիոտիկ՝ առանց բակտերիալ բարդացման

Բ. Պլանային կարգով ներերակային ցիդոֆովիր՝ անկախ իմունային վիճակից և ծանրությունից

Գ. Հեղուկների և սնուցման սահմանափակում՝ մինչև ՊՇՌ-ի բացասական դառնալը

Դ. Ախտանշանային բուժում, բավարար հեղուկներ և վիճակի հսկողություն

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

433. Ադենովիրուսային հիվանդությունից ապաքինված, նոր ախտանշաններ չունեցող երեխայի քթըմպանի նմուշի ՊՇՌ-ն կրկին դրական է: Ո՞ր մեկնաբանությունն է ճիշտ:

Ա. Դրական ՊՇՌ-ն բավարար է ծանր ակտիվ վարակ ախտորոշելու համար

Բ. Դրական ՊՇՌ-ն ինքնին ապացուցում է նոր բակտերիալ կոինֆեկցիա

Գ. Դրական ՊՇՌ-ն ինքնին նշանակում է, որ անհրաժեշտ է համակարգային հակավիրուսային բուժում

Դ. Երկարատև վիրուսազատումը հնարավոր է. արդյունքը գնահատվում է կլինիկական պատկերի հետ համադրելով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

434. Ո՞րն է ռինովիրուսային վարակի առավել բնորոշ կլինիկական դրսևորումը երեխաների շրջանում:

Ա. Բարձր տենդով և հեմոռագիկ ցանով ընթացող հիվանդություն

Բ. Սուր գաստրոէնտերիտ՝ արյունային լուծով

Գ. Վերին շնչուղիների վարակ՝ քթահոսությամբ, քթի փակվածությամբ, փռշտոցով և կոկորդի ցավով

Դ. Սուր հեպատիտ՝ դեղնուկով և լյարդի մեծացմամբ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

435. Արտահիվանդանոցային թոքաբորբի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ կրծքի հասակի երեխայի մոտ:

Ա. Հաստատված բակտերիալ թոքաբորբի դեպքում սահմանափակվել բրոնխալայնիչով

Բ. Ծանրության գնահատում, թթվածնային թերապիա ըստ կարիքի, բակտերիալ վարակի հավանականության դեպքում հակաբիոտիկի նշանակում

Գ. Հակաբիոտիկը հետաձգել մինչև թթվածնահագեցվածության լիակատար նորմալացումը

Դ. Հակաբիոտիկի ընտրությունը կատարել տենդի բարձրությամբ՝ առանց ծանրության գնահատման

Սկզբնաղբյուր՝ IDSA/ATS — Community-acquired Pneumonia Guidelines | https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults/

436. Ո՞րն է COVID-19-ի կլինիկական ընթացքի առանձնահատկությունը երեխաների շրջանում:

Ա. Երեխաների մոտ հիվանդությունը միշտ ընթանում է ծանր թոքաբորբով

Բ. Երեխաների մոտ վարակը հաճախ ընթանում է անախտանիշ կամ թեթև, սակայն որոշ դեպքերում կարող է զարգանալ բազմահամակարգային բորբոքային համախտանիշ (MIS-C)

Գ. Երեխաների մոտ COVID-19-ը դրսևորվում է բացառապես աղիքային ախտանիշներով

Դ. Երեխաների մոտ COVID-19-ը չի կարող առաջացնել ծանր բարդություններ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Presentation: COVID-19 | https://www.cdc.gov/covid/hcp/clinical-care/covid19-presentation.html

437. Ո՞րն է երեխաների մոտ COVID-19-ից հետո զարգացող բազմահամակարգային բորբոքային համախտանիշի առավել բնորոշ առանձնահատկությունը:

Ա. Միայն վերին շնչուղիների ախտահարում՝ առանց ընդհանուր բորբոքային փոփոխությունների

Բ. Երկարատև ջրային լուծ՝ առանց այլ օրգանների ախտահարման

Գ. Տենդ, արտահայտված բորբոքային փոփոխություններ և միաժամանակ մի քանի օրգան-համակարգերի, այդ թվում՝ սրտանոթային համակարգի ախտահարում

Դ. Միայն մաշկային ցան՝ առանց տենդի և բորբոքային ցուցանիշների բարձրացման

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Presentation: COVID-19 | https://www.cdc.gov/covid/hcp/clinical-care/covid19-presentation.html

438. Մինչև 1 տարեկան երեխայի մոտ կապույտ հազի դեպքում հազի սկսվելուց հետո առավելագույնը ի՞նչ ժամանակահատվածում է նպատակահարմար դիտարկել հակաբիոտիկային բուժումը:

Ա. Միայն առաջին 48 ժամը

Բ. Միայն առաջին 7 օրը

Գ. Մինչև 6 շաբաթ

Դ. Միայն առաջին 14 օրը

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Treatment of Pertussis (2026) https://www.cdc.gov/pertussis/hcp/clinical-care/index.html

439. Չպատվաստված 3-ամյա երեխայի մոտ բարձր տենդ, կոնյուկտիվիտ և հազից հետո դեմքից սկսվել է ցանավորում: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Պարվովիրուս B19-ի հինգերորդ հիվանդություն

Բ. Կարմրուկ

Գ. Ձեռք-ոտք-բերան հիվանդություն

Դ. Ջրծաղիկ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

440. Կարմրուկի կասկածի դեպքում լաբորատոր հաստատման համար ո՞ր մոտեցումն է առավել համապատասխան:

Ա. Քիթըմպանային/կոկորդային նմուշի կարմրուկի վերաբերյալ ՊՇՌ հետազոտություն կամ արյան շիճուկում IgM որոշում՝ համապատասխան հիվանդության ժամկետներին

Բ. Արյան շիճուկում կարմրուկի նկատմամբ IgG-ի մեկանգամյա որոշմամբ հիվանդության հաստատում

Գ. Ցանի առաջին օրվա մեկ բացասական IgM-ով վարակի վերջնական բացառում

Դ. Արյան ընդհանուր քննությամբ կարմրուկի տեսակային հաստատում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Measles | https://www.cdc.gov/measles/hcp/clinical-overview/index.html

441. Ո՞րն է կարմրուկի վարման առավել ճիշտ մոտեցումը երեխաների մոտ:

Ա. Օդային մեկուսացում, աջակցող բուժում և վիտամին A՝ ըստ տարիքային ցուցումների

Բ. Մեկուսացումը սահմանափակել միայն կաթիլային միջոցներով

Գ. Պլանային կարգով հակաբիոտիկ նշանակել առանց բակտերիալ բարդացման ցուցման

Դ. Վիտամին A-ն համարել մեկուսացման և աջակցող բուժման փոխարինող

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Measles | https://www.cdc.gov/measles/hcp/clinical-overview/index.html

442. Երեխաների մոտ կարմրուկի պատվաստմամբ կանխարգելման և հնարավոր նյարդաբանական/թոքային բարդությունների վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Կարմրուկը մաշկային հիվանդություն է՝ առանց համակարգային բարդությունների

Բ. Պատվաստումով կանխարգելվող (կառավարելի) վարակ է, որը կարող է առաջացնել թոքաբորբ ու էնցեֆալիտ

Գ. Կարմրուկի պատվաստումն արդեն սկսված էնցեֆալիտի բուժման միջոց է

Դ. Ծանր թոքային բարդություններ կարող են լինել միայն իմունաճնշված երեխաների մոտ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Measles | https://www.cdc.gov/measles/hcp/clinical-overview/index.html

443. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ կարմրախտին:

Ա. Կոպլիկի բծեր և գլխից դեպի մարմին տարածվող մակուլոպապուլոզ ցան

Բ. Միակողմանի դերմատոմային ցավոտ վեզիկուլոզ ցան

Գ. Հստակ սահմաններով բարձրացած էրիթեմա՝ տեղային տաքությամբ

Դ. Հետին պարանոցային և ծոծրակային ավշահանգույցների մեծացում՝ թեթև ցանով

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Feve

444. Կարմրախտի կասկածի դեպքում լաբորատոր հաստատման համար ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Մեկ դրական IgG արդյունքով սուր կարմրախտի հաստատում

Բ. Արյան ընդհանուր քննությամբ հարուցչի հաստատում

Գ. Նախկին պատվաստման փաստով սուր վարակի բացառում

Դ. Կարմրախտի վերաբերյալ ՊՇՌ հետազոտություն կամ արյան շճաբանական հետազոտություն՝ համաճարակաբանական համատեքստում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

445. Հղիության վաղ շրջանում կարմրախտով վարակվելու դեպքում պտղի վրա հնարավոր ազդեցության վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Առաջին եռամսյակում վարակումը պտղի համար վտանգ չի ներկայացնում

Բ. Մոր թեթև ցանը լիովին բացառում է պտղի ախտահարումը

Գ. Հղիության վաղ շրջանում վարակը կարող է հանգեցնել բնածին կարմրախտային համախտանիշի զարգացման

Դ. Մոր ախտանշանների մեղմ լինելը բավարար է բնածին վարակի ռիսկը բացառելու համար

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

446. 6-ամյա երեխայի մոտ քորով ցանի տարբեր տարրեր կան միաժամանակ՝ նոր բշտիկներից մինչև կեղևներ: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Ջրծաղիկ

Բ. Պարվովիրուս B19-ի հինգերորդ հիվանդություն

Գ. Ձեռք-ոտք-բերան հիվանդություն

Դ. Ռոզեոլա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

447. Իմունային անբավարարություն չունեցող երեխայի մոտ տիպիկ ջրծաղիկի դեպքում ախտորոշման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Բշտիկների պատճառի որոշում ՑՈՒ (CRP)-ի մակարդակով

Բ. Հաստատում արյան բակտերիոլոգիական ցանքսով

Գ. Սուր վարակի հաստատում VZV IgG-ի մեկ դրական արդյունքով

Դ. Սովորաբար կլինիկական ախտորոշում, անհրաժեշտության դեպքում VZV վերաբերյալ ՊՇՌ հետազոտություն

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Chickenpox | https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-overview/index.html

448. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ գոտևորող որքինին:

Ա. Հետականջային և հետծոծրակային ավշահանգույցների մեծացում՝ թեթև ցանով

Բ. Պետեխիաներ/պուրպուրա՝ շոկի արագ զարգացման վտանգով

Գ. Հստակ սահմաններով բարձրացած էրիթեմա՝ տեղային տաքությամբ

Դ. Միակողմանի ցավոտ բշտիկային ցան

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Feve

449. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ քութեշին:

Ա. Պետեխիաներ/պուրպուրա՝ շոկի արագ զարգացման վտանգով

Բ. Հետականջային և հետծոծրակային ավշահանգույցների մեծացում՝ թեթև ցանով

Գ. Հստակ սահմաններով բարձրացած էրիթեմա՝ տեղային տաքությամբ

Դ. Առատ մանրակետային ցան և մորենման լեզու

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Feve

450. Քութեշի կասկածով տոնզիլոֆարինգիտի դեպքում ախտորոշման հաստատման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Բարձր հակաստրեպտոլիզին O՝ ընթացիկ ֆարինգիտը հաստատելու համար

Բ. Արյան ընդհանուր քննությամբ A խմբի ստրեպտոկոկի հաստատում

Գ. A խմբի ստրեպտոկոկի արագ հակածնային թեստ կամ բկանցքի ցանքս

Դ. Կոպիտ ցանի առկայությամբ ստրեպտոկոկային պատճառի վերջնական հաստատում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Fever | https://www.cdc.gov/group-a-strep/hcp/clinical-guidance/scarlet-fever.html

451. Քութեշի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Մետրոնիդազոլ՝ որպես A խմբի ստրեպտոկոկի դեմ առաջին ընտրության մոնոթերապիա

Բ. Ջերմիջեցնող և տեղային օգնություն՝ առանց հաստատված A խմբի ստրեպտոկոկի բուժման

Գ. Ամինոգլիկոզիդային մոնոթերապիա՝ որպես սովորական առաջին ընտրություն

Դ. Հաստատված A խմբի ստրեպտոկոկային վարակի դեպքում պենիցիլին կամ ամոքսիցիլին

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Fever | https://www.cdc.gov/group-a-strep/hcp/clinical-guidance/scarlet-fever.html

452. 3 տարեկան երեխան ընդունվել է հիվանդանոց՝ բարձր տենդի, հազի, քթահոսության և ցանի գանգատներով: Հիվանդությունը սկսվել է չորս օր առաջ՝ մինչև 39,5°C տենդով, չոր հազով և արտահայտված շաղկապենաբորբով: Հիվանդության երրորդ օրը դեմքին և ականջների հետևում առաջացել է բծահանգուցավոր/մակուլոպապուլոզ ցան, որը հաջորդ օրը տարածվել է իրանի և վերջույթների վրա:
Բերանի խոռոչի զննմամբ այտերի լորձաթաղանթին՝ փոքր աղորիքների դիմաց, հայտնաբերվում են մանր սպիտակավուն բծեր՝ կարմիր հիմքի վրա:
Երեխան պատվաստումներ չի ստացել:
Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:

Ա. Կարմրախտ

Բ. Կարմրուկ

Գ. Ռոզեոլա

Դ. Քութեշ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

453. 6 տարեկան երեխան դիմել է մանկաբույժ-վարակաբանին՝ դեմքի և վերջույթների մաշկի վրա առաջացած ցանի պատճառով:
Հիվանդությունը սկսվել է հինգ օր առաջ՝ ընդհանուր թուլությամբ, քթահոսությամբ և մինչև 37,8°C ջերմության բարձրացմամբ: Երրորդ օրը երեխայի երկու այտերի վրա առաջացել է արտահայտված կարմրություն, իսկ հաջորդ օրը իրանի և վերջույթների մաշկի վրա հայտնվել է ցանցանման, բծահանգուցավոր ցան:
Զննման պահին երեխան ակտիվ է, մարմնի ջերմաստիճանը՝ նորմալ: Այտերի մաշկի կարմրությունը պահպանվում է: Իրանի և վերջույթների վրա առկա է ցանցանման պատկերով ցան:
Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:

Ա. Կարմրախտ

Բ. Պարվովիրուս B19-ով պայմանավորված հիվանդություն (վարակային էրիթեմա)

Գ. Կարմրուկ

Դ. Ռոզեոլա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

454. 20 օրական նորածինը ներկայացվել է մանկաբույժ-վարակաբանի խորհրդատվության՝ բնածին սրտային արատի և տեսողության խանգարման պատճառով:
Հետազոտությամբ հայտնաբերվել են երկկողմանի կատարակտ և բաց զարկերակային ծորան: Աուդիոլոգիական հետազոտությամբ կասկածվում է նաև լսողության նեյրոսենսորային խանգարում:
Անամնեզից պարզվել է, որ հղիության 10-րդ շաբաթում մայրը ունեցել է տենդ, մանր բծապապուլային ցան և պարանոցային ավշահանգույցների մեծացում:
Ո՞ր հետազոտությունների համակցությունն է առավել նպատակահարմար բնածին կարմրախտի համախտանիշի ախտորոշման համար:

Ա. Նորածնի շիճուկում կարմրախտի նկատմամբ IgM հակամարմինների որոշում և քթըմպանային կամ մեզի նմուշում վիրուսային ՌՆԹ-ի հայտնաբերում RT-PCR մեթոդով

Բ. Մոր շիճուկում կարմրախտի նկատմամբ IgG և IgM հակամարմինների որոշում

Գ. Նորածնի շիճուկում միայն կարմրախտի նկատմամբ IgG հակամարմինների որոշում

Դ. Նորածնի շիճուկում ընդհանուր IgM-ի և IgG-ի մակարդակների որոշում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

455. 6-ամյա երեխան ունի 39°C ջերմություն, կոկորդի սուր ցավ, մեծացած առաջային պարանոցային ավշահանգույցներ և նշիկաբորբ, սակայն չունի հազ կամ հարբուխ: A խմբի ստրեպտոկոկի արագ հակածնային թեստը բացասական է: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:

Ա. Համարել վիրուսային վարակ և չկատարել այլ հետազոտություն

Բ. Սկսել հակաբակտերիալ բուժում՝ բացառապես կլինիկական նշանների հիման վրա

Գ. Կատարել բկանցքի քսուքի մանրէաբանական հետազոտություն՝ բացասական արագ թեստը չհամարելով վերջնական ժխտում

Դ. Ստուգել միայն հակաստրեպտոլիզին O-ի (ASO) մակարդակը՝ սուր վարակը հաստատելու համար

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Clinical Guidance for GAS Pharyngitis (2025) https://www.cdc.gov/group-a-strep/hcp/clinical-guidance/strep-throat.html

456. Կարմրուկով հիվանդ երեխան ե՞րբ է համարվում վարակիչ:

Ա. Միայն ցանի առաջացման օրվանից մինչև դրա անհետացումը

Բ. Ցանի առաջացումից 1 օր առաջ մինչև ցանի առաջացումից 2 օր հետո

Գ. Ցանի առաջացումից 4 օր առաջ մինչև ցանի առաջացումից 4 օր հետո

Դ. Միայն նախանշանային շրջանում՝ մինչև ցանի առաջացումը

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Clinical Overview of Measles

457. Ջրծաղկով հիվանդ երեխայի ջերմիջեցման նպատակով ո՞ր դեղամիջոցի կիրառումն է հակացուցված և ինչո՞ւ:

Ա. Իբուպրոֆեն՝ լյարդի սուր անբավարարության զարգացման բարձր ռիսկի պատճառով

Բ. Ասպիրին (ացետիլսալիցիլաթթու)՝ Ռեյի համախտանիշի զարգացման ռիսկի պատճառով

Գ. Պարացետամոլ՝ կենտրոնական նյարդային համակարգի ծանր ախտահարման ռիսկի պատճառով

Դ. Մետամիզոլ՝ ջրծաղկի վիրուսի բազմացման ակտիվացման պատճառով

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — How to Treat Chickenpox
https://www.cdc.gov/chickenpox/treatment/index.html

458. Ժառանգական հեմոլիտիկ անեմիա ունեցող երեխայի մոտ Parvovirus B19 վարակի ո՞ր բարդությունն է հատկապես բնորոշ:

Ա. Անցողիկ ապլաստիկ ճգնաժամ՝ արտահայտված ռետիկուլոցիտների քանակի նվազմամբ

Բ. Մշտական պոլիցիտեմիա՝ բարձր հեմատոկրիտով

Գ. Մեգակարիոցիտների գերաճ՝ առանց անեմիայի

Դ. Ռետիկուլոցիտների քանակի ավելացմամբ ուղեկցվող էրիթրոցիտների զանգվածային արտադրություն

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Parvovirus B19: Infection Control
https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/healthcare-personnel-epidemiology-control/parvovirus.html

459. Ջրծաղկով հիվանդ երեխան ո՞ր ժամանակահատվածում է համարվում վարակիչ:

Ա. Գանգատների սկզբից հաշված 21 օր

Բ. Ջերմության բարձրացման առաջին օրից մինչև նոր ցանային տարրերի առաջացման դադարը

Գ. Ցանի առաջացման պահից մինչև 5-րդ օրը՝ անկախ ցանային տարրերի վիճակից

Դ. Ցանի առաջացումից 1–2 օր առաջ մինչև բոլոր բշտիկային տարրերի կեղևակալումը

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Clinical Overview of Chickenpox

460. Մանկապարտեզ հաճախող երեխայի մոտ տենդի հետ կան բերանի ցավոտ խոցեր և ափերին ու ներբաններին վեզիկուլներ: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Կարմրուկ

Բ. Ձեռք-ոտք-բերան հիվանդություն

Գ. Ռոզեոլա

Դ. Ջրծաղիկ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

461. Իմունային անբավարարություն չունեցող երեխայի տիպիկ ձեռք-ոտք-բերան հիվանդության դեպքում ախտորոշման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Տիպիկ դեպքերում կլինիկական ախտորոշում

Բ. Բոլոր տիպիկ թեթև դեպքերում պարտադիր էնտերովիրուսային ՊՇՌ

Գ. Ախտորոշումը հաստատել կղանքի էնտերովիրուսային դրականությամբ՝ առանց կլինիկական գնահատման

Դ. Տիպիկ թեթև դեպքը հաստատել վիրուսի նկատմամբ արյան մեջ IgG-ով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

462. Երեխաների ձեռք-ոտք-բերան հիվանդությունն առավել հաճախ ո՞ր խմբի վիրուսներով է հարուցվում:

Ա. Պարվովիրուս B19

Բ. Էնտերովիրուսներ, ներառյալ Coxsackie վիրուսները

Գ. Մարդու հերպեսվիրուս 6B

Դ. Varicella-zoster վիրուս

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

463. Դպրոցական երեխայի այտերը վառ կարմիր են, իսկ հետո զարգացել է ցանցանման ցան վերջույթներին: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Մանկական ռոզեոլա

Բ. Կարմրուկ

Գ. Պարվովիրուս B19-ի հինգերորդ հիվանդություն

Դ. Ջրծաղիկ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

464. «Ապտակված այտով» և ցանցանման ցանով իմունային անբավարարություն չունեցող երեխայի տիպիկ հինգերորդ հիվանդության դեպքում ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Բոլոր տիպիկ թեթև դեպքերում պարտադիր արյան B19 ՊՇՌ

Բ. Սուր վարակը հաստատել B19 IgG-ի մեկ դրական արժեքով

Գ. Ախտորոշումը հաստատել արյան լեյկոցիտների քանակով

Դ. Տիպիկ իմունային անբավարարություն չունեցող երեխայի մոտ կլինիկական գնահատում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

465. Իմունային անբավարարություն չունեցող երեխայի չբարդացած B19 պարվովիրուսային հինգերորդ հիվանդությունն ո՞րն է բուժման և վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Չբարդացած դեպքում աջակցող բուժում

Բ. Իմունային անբավարարություն չունեցող երեխայի ամեն թեթև դեպքին իմունոգլոբուլին

Գ. Արյան փոխներարկում՝ առանց անեմիայի կամ հատուկ ցուցման

Դ. Պլանային կարգով հակաբիոտիկ՝ B19-ի արտազատումը դադարեցնելու համար

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

466. 4 տարեկան երեխան դիմել է մանկաբույժ-վարակաբանին՝ սուր սկսված տենդի, կոկորդացավի և կլման դժվարության գանգատներով: Հիվանդության երկրորդ օրը երեխան հրաժարվել է պինդ սննդից՝ կլման ժամանակ ցավերի պատճառով: Զննման պահին մարմնի ջերմաստիճանը 38,7°C է: Փափուկ քիմքի, քմային աղեղների և ըմպանի հետին պատի վրա հայտնաբերվում են բազմաթիվ մանր բշտիկներ և մակերեսային խոցիկներ՝ կարմրած եզրերով:
Լնդերի արտահայտված բորբոքում չկա: Ափերի, ներբանների և մարմնի այլ հատվածների վրա ցան չի հայտնաբերվում: Երեխայի ընդհանուր վիճակը բավարար է, ջրազրկման նշաններ չկան: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:

Ա. Հերպեսային գինգիվոստոմատիտ:

Բ. A խմբի ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտ:

Գ. Էնտերովիրուսային վեզիկուլյար ֆարինգիտ (հերպանգինա):

Դ. Բերանի խոռոչի կանդիդոզ:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

467. Տենդի կարգավորումից հետո իրանի ցանով, լավ ընդհանուր վիճակով երեխայի տիպիկ ռոզեոլայի ախտորոշման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Տիպիկ դեպքում կլինիկական ախտորոշում՝ առանց պարտադիր ՊՇՌ հետազոտության

Բ. Բոլոր տիպիկ թեթև դեպքերում պարտադիր HHV-6 ՊՇՌ

Գ. Սուր հիվանդությունը հաստատել միայն HHV-6 IgG-ի մեկ դրական արդյունքով

Դ. Մեկ դրական HHV-6 ՊՇՌ-ն գնահատել առանց կլինիկական պատկերի հաշվառման

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

468. Մանկական ռոզեոլայի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Պլանային կարգով ներերակային գանցիկլովիր՝ իմունային անբավարարություն չունեցող անձի մոտ թեթև ռոզեոլայի համար

Բ. Բոլոր դեպքերում համակարգային կորտիկոստերոիդ՝ ցանը կանխելու համար

Գ. Աջակցող բուժում և ջերմության/հեղուկների վերահսկում

Դ. Բակտերիալ բարդացման բացակայությամբ պարտադիր լայն սպեկտրի հակաբիոտիկ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

469. Ո՞րն է մանկական ռոզեոլայի առավել հաճախ հանդիպող հարուցիչը:

Ա. Մարդու պարվովիրուս B19

Բ. Մարդու herpesvirus 6B՝ HHV-6B

Գ. Կարմրուկի վիրուս

Դ. Varicella-zoster վիրուս՝ VZV

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

470. Էնդեմիկ գոտում ապրող երեխայի մոտ տզի խայթոցի էպիզոդից ամիսներ անց զարգացել է ծնկան հոդի կրկնվող, արտահայտված այտուց՝ առանց բարձր տենդի և ծանր ընդհանուր վիճակի: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա. Լայմի հիվանդության արթրիտ

Բ. Թարախային (սեպտիկ) արթրիտ

Գ. Սուր ռևմատիկ տենդ՝ հոդաբորբով

Դ. Ոսկրածուծի սուր բորբոքում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Testing and Diagnosis for Lyme Disease | https://www.cdc.gov/lyme/hcp/diagnosis-testing/index.html

471. 11 ամսական երեխան դիմել է մանկաբույժ-վարակաբանին՝ մարմնի վրա առաջացած ցանի պատճառով:
Հիվանդությունը սկսվել է չորս օր առաջ՝ մարմնի ջերմաստիճանի հանկարծակի բարձրացմամբ մինչև 39,5–40°C: Տենդը պահպանվել է երեք օր, սակայն երեխան մնացել է համեմատաբար ակտիվ: Հազ, արտահայտված քթահոսություն և այլ տեղային ախտանիշներ չեն արձանագրվել:
Հիվանդության չորրորդ օրը մարմնի ջերմաստիճանը կտրուկ նորմալացել է, որից մի քանի ժամ անց իրանի մաշկի վրա հայտնվել է մանր բծապապուլային, վարդագույն ցան, որը հետագայում տարածվել է պարանոցի և վերջույթների վրա:
Զննման պահին երեխան ակտիվ է, աֆեբրիլ: Ցանը սեղմելիս գունատվում է, քորով

չի ուղեկցվում:
Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:

Ա. Կարմրուկ:

Բ. Կարմրախտ:

Գ. Պարվովիրուս B19-ով պայմանավորված վարակային էրիթեմա:

Դ. Մանկական ռոզեոլա (վեցերորդ հիվանդություն):

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

472. 8 տարեկան երեխան, ով սուր լիմֆոբլաստային լեյկեմիայի կապակցությամբ ստանում է քիմիաթերապիա, հոսպիտալացվել է մինչև 39°C տենդի և տարածուն բշտիկային ցանի պատճառով:
Հիվանդությունը սկսվել է երեք օր առաջ՝ տենդով և ընդհանուր թուլությամբ: Հաջորդ օրը առաջացել է քորով ուղեկցվող ցան, որի տարրերը գտնվում են զարգացման տարբեր փուլերում՝ բծեր, պապուլաներ, բշտիկներ և կեղևներ: Վերջին 24 ժամվա ընթացքում շարունակում են առաջանալ նոր բշտիկներ:
Բշտիկի պարունակության ՊՇՌ հետազոտությամբ հայտնաբերվել է Varicella-zoster վիրուսը (VZV): Զննման պահին երեխան հեմոդինամիկ կայուն է, շնչառական խանգարումներ չկան:
Ո՞րն է տվյալ երեխայի բուժման առավել նպատակահարմար մարտավարությունը:

Ա. Շարունակել միայն ախտանշանային բուժումը՝ հաշվի առնելով հեմոդինամիկ կայուն վիճակը:

Բ. Նշանակել բերանացի ացիկլովիր և երեխային դուրս գրել ամբուլատոր հսկողության:

Գ. Սկսել ներերակային ացիկլովիրով բուժում՝ ապահովելով ստացիոնար հսկողություն և օդային ու կոնտակտային մեկուսացում:

Դ. Նշանակել միայն հակավարիցելային իմունոգլոբուլին՝ առանց հակավիրուսային բուժման:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Chickenpox | https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-overview/index.html

473. 2 տարեկան երեխան հոսպիտալացվել է տենդի, բերանի խոռոչում ցավոտ խոցիկների և ձեռքերի ու ոտքերի մաշկի վրա բշտիկային ցանի պատճառով:
Հիվանդության սկզբում ախտորոշվել է ձեռք-ոտք-բերան հիվանդություն:
Հիվանդության երրորդ օրը, չնայած տենդի որոշակի նվազմանը, երեխան դարձել է արտահայտված քնկոտ և դյուրագրգիռ: Ծնողները նկատել են վերջույթների կրկնվող կարճատև, հանկարծակի ցնցումանման շարժումներ, որոնք առաջանում են նաև արթուն վիճակում:
Զննմամբ հայտնաբերվում է քայլքի անկայունություն, երեխան դժվարանում է պահպանել հավասարակշռությունը: Ջրազրկման նշաններ չկան, արյան գլյուկոզայի և էլեկտրոլիտների մակարդակները նորմալ են:

Ո՞րն է առավել հավանական բարդությունը և համապատասխան մարտավարությունը:

Ա. Հետվարակային ասթենիա, որի դեպքում բավարար է ամբուլատոր հսկողությունը:

Բ. Էնտերովիրուսային կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարում՝ էնցեֆալիտի հնարավոր զարգացմամբ, որը պահանջում է անհապաղ նյարդաբանական գնահատում և ստացիոնար հսկողություն:

Գ. Աղիքային վարակի հետևանքով առաջացած ջրազրկում, որի դեպքում ցուցված է միայն բերանացի ռեհիդրատացիա:

Դ. Դեղորայքային ալերգիկ ռեակցիա, որի դեպքում անհրաժեշտ է նշանակել հակահիստամինային բուժում:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

474. 8 տարեկան երեխան դիմել է բժշկի՝ ձախ ազդրի մաշկի վրա առաջացած կարմիր բծի պատճառով:
Երկու շաբաթ առաջ երեխան ընտանիքի հետ եղել է անտառային տարածաշրջանում, որտեղ նրա ազդրի մաշկից հեռացվել է տիզ:
Տիզը հեռացնելուց մոտ մեկ շաբաթ անց խայթոցի շրջանում առաջացել է կարմիր բիծ, որն աստիճանաբար մեծացել է՝ հասնելով 9 սմ տրամագծի:
Ընդամենը հայտնաբերվում է օղակաձև, հարթ, չթեփոտվող կարմրություն՝ կենտրոնական հատվածի մասնակի գունաթափմամբ: Ախտահարումը ցավոտ չէ, քոր չի առաջացնում: Երեխայի ընդհանուր վիճակը բավարար է:
Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:

Ա. Մաշկի սնկային վարակ (տինեա կորպորիս):

Բ. Տիզի խայթոցի տեղային ալերգիկ ռեակցիա:

Գ. Վաղ տեղայնացված Լայմի հիվանդություն՝ միգրացվող էրիթեմայով:

Դ. Բակտերիալ ցելյուլիտ:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

475. Երեխայի մաշկի վրա տիզ հայտնաբերելու դիպքում ի՞նչ է անհրաժեշտ անել:

Ա. Տիզը հեռացնել մի քանի օր անց՝ ինքնուրույն ընկնելու սպասումով

Բ. Տիզը հեռացնել հնարավորինս շուտ՝ պինցետով, մաշկին մոտ բռնելով

Գ. Բոլոր խայթոցներից հետո նշանակել հակաբիոտիկի լրիվ բուժական կուրս

Դ. Խայթոցից հետո անմիջապես որոշել հակամարմինները՝ որպես վարման հիմք

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

476. Անասնապահը հիվանդ կենդանու մորթին մշակելուց օրեր անց ձեռքին ունի անցավ խոց՝ սև կենտրոնով և շրջակա արտահայտված այտուցով: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Կարմիր քամի (էրիզիպել)

Բ. Ստաֆիլոկոկային ֆուրունկուլ

Գ. Սիբիրյան խոցի մաշկային ձև

Դ. Տզի խայթոցի տեղային ռեակցիա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

477. Ո՞ր բնութագիրն է առավել բնորոշ մաշկային սիբիրյան խոցին:

Ա. Արտահայտված ցավով, հստակ սահմաններով բարձրացած էրիթեմա

Բ. Քորով ուղեկցվող բշտիկներ՝ զարգացման տարբեր փուլերում

Գ. Ցանցանման ցան վերջույթներին՝ «ապտակված այտի» տեսքով

Դ. Անցավ խոց՝ սև կեղևով և շրջակա անհամաչափ մեծ այտուցով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Anthrax | https://www.cdc.gov/anthrax/hcp/clinical-overview/index.html

478. Մաշկային սիբիրյան խոցի լաբորատոր հաստատման համար ո՞ր մոտեցումն է առավել համապատասխան:

Ա. Խոցի եզրից վերցված նմուշի մանրադիտում և ցանքս

Բ. Կղանքի բակտերիոլոգիական ցանքս՝ հարուցչի անջատմամբ

Գ. Շիճուկում հակամարմինների մեկանգամյա որոշում՝ որպես միակ հաստատում

Դ. Մեզի հակածնային թեստ՝ հարուցչի հաստատման համար

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Anthrax | https://www.cdc.gov/anthrax/hcp/clinical-overview/index.html

479. Ո՞րն է չբարդացած մաշկային սիբիրյան խոցի վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Տեղային հակաբիոտիկային քսուք՝ առանց համակարգային բուժման

Բ. Համակարգային հակաբակտերիալ բուժում՝ վերքի խնամքով

Գ. Խոցի վաղ լայն վիրահատական հեռացում՝ որպես հիմնական բուժում

Դ. Համակարգային կորտիկոստերոիդ՝ որպես պատճառագիտական բուժում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Anthrax | https://www.cdc.gov/anthrax/hcp/clinical-overview/index.html

480. Գյուղական համայնքում ապրող երեխայի մոտ սիբիրյան խոցի փոխանցման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Վարակը հիմնականում փոխանցվում է մարդուց մարդ՝ օդակաթիլային ուղով

Բ. Հիվանդ կենդանու միսն անվտանգ է ցանկացած ջերմային մշակումից հետո

Գ. Վարակը ձեռք է բերվում հիվանդ կենդանիների և աղտոտված հողի հետ շփմամբ

Դ. Աղտոտված հողը դեր չունի՝ անկախ շփման տևողությունից

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Anthrax | https://www.cdc.gov/anthrax/hcp/clinical-overview/index.html

481. Մաշկային սիբիրյան խոցով երեխային հիվանդանոց ընդունելիս վարակի վերահսկման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Օդային փոխանցման մեկուսացում՝ բացասական ճնշման սենյակում

Բ. Կաթիլային մեկուսացում՝ հակաբիոտիկի ամբողջ կուրսի ընթացքում

Գ. Մեկուսացման միջոցներ չեն պահանջվում՝ վերքի խնամքի ժամանակ նույնպես

Դ. Ստանդարտ նախազգուշական միջոցներ՝ վերքի ծածկմամբ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Anthrax | https://www.cdc.gov/anthrax/hcp/clinical-overview/index.html

482. Դեղնուկով և թուլությամբ 9-ամյա երեխայի մոտ հայտնաբերվել է հակա-HAV IgM: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Սուր հեպատիտ B

Բ. Սուր հեպատիտ E

Գ. Հեպատիտ A

Դ. EBV-ասոցացված հեպատիտ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Viral Hepatitis | https://www.cdc.gov/hepatitis/

483. Մինչև 6 տարեկան երեխայի հեպատիտ A-ի բնական ընթացքի վերաբերյալ ո՞ր բնութագիրն է առավել համապատասխան:

Ա. Սովորաբար զարգանում է երկարատև քրոնիկ վիրեմիա

Բ. Հաճախ անախտանշան կամ առանց դեղնուկի սուր վարակ՝ առանց քրոնիզացիայի

Գ. Դեղնուկը պարտադիր է բոլոր վարակված երեխաների մոտ

Դ. Անախտանշան ընթացքը նշանակում է, որ երեխան վարակված չի եղել

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Viral Hepatitis | https://www.cdc.gov/hepatitis/

484. Հեպատիտ A-ով հիվանդի հետ ընտանեկան շփում ունեցած, չպատվաստված առողջ 4-ամյա երեխայի համար ո՞ր հետկոնտակտային կանխարգելումն է առաջնահերթ:

Ա. Հսկողություն՝ առանց կանխարգելման, մինչև դեղնուկի ի հայտ գալը

Բ. Կանխարգելիչ հակաբիոտիկ՝ 7 օր

Գ. HAV պատվաստանյութ՝ շփումից հետո հնարավորինս շուտ, 2 շաբաթվա ընթացքում

Դ. Պատվաստման հետաձգում մինչև շփումից 2 ամիս անց՝ հակա-HAV IgG-ի որոշումից հետո

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Viral Hepatitis | https://www.cdc.gov/hepatitis/

485. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ A խմբի ստրեպտոկոկային ֆարինգիտին երեխաների մոտ:

Ա. Կոկորդացավ՝ արտահայտված հազով, հարբուխով և խռպոտությամբ

Բ. Դպրոցահասակ երեխայի սուր կոկորդի ցավ, տենդ և ցավոտ առաջային պարանոցային հանգույցներ՝ առանց հազի

Գ. Կոկորդացավ՝ կոնյուկտիվիտով և բերանի խոցերով

Դ. Տոնզիլիտ՝ արտահայտված հետին պարանոցային լիմֆադենոպաթիայով և սպլենոմեգալիայով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Fever | https://www.cdc.gov/group-a-strep/hcp/clinical-guidance/scarlet-fever.html

486. 8-ամյա երեխան ունի տոնզիլոֆարինգիտ՝ առանց հստակ վիրուսային նշանների: A խմբի ստրեպտոկոկի արագ հակածնային թեստը բացասական է: Ո՞ր հաջորդ քայլն է ճիշտ:

Ա. A խմբի ստրեպտոկոկային վարակը վերջնական բացառել՝ առանց հաստատող ցանքսի

Բ. Ընթացիկ A խմբի ստրեպտոկոկային ֆարինգիտը հաստատել հակաստրեպտոլիզին O-ի բարձր տիտրով

Գ. Բկանցքի ցանքս՝ բացասական արագ հակածնային թեստից հետո

Դ. Բկանցքի ցանքսը փոխարինել ՑՈՒ (CRP)-ի որոշմամբ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Pocket Book of Hospital Care for Children | https://www.who.int/publications/i/item/9789241548373

487. Հաստատված A խմբի ստրեպտոկոկային ֆարինգիտով 8-ամյա երեխան սկսել է համապատասխան հակաբիոտիկով բուժում: Ե՞րբ կարող է վերադառնալ դպրոց:

Ա. Տենդն անցնելուց և հակաբիոտիկը սկսելուց առնվազն 12–24 ժամ անց

Բ. Տենդն անցնելուց հետո՝ անկախ հակաբիոտիկը սկսելու ժամից

Գ. Առաջին դեղաչափից անմիջապես հետո՝ անկախ տենդի առկայությունից

Դ. Բուժման ամբողջ կուրսից և պարտադիր բացասական բկանցքի ցանքսից հետո

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Fever | https://www.cdc.gov/group-a-strep/hcp/clinical-guidance/scarlet-fever.html

488. Վարակային մոնոնուկլեոզի դեպքում առաջնային EBV վարակը շճաբանորեն գնահատելու համար ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար իրականացնել:

Ա. EBNA IgG-ի մեկանգամյա որոշում

Բ. VCA IgG-ի մեկանգամյա որոշում

Գ. Արյան լեյկոցիտների քանակի որոշում

Դ. EBV VCA IgM/IgG և EBNA համադրություն՝ ըստ հիվանդության փուլերի

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Laboratory Testing for Epstein-Barr Virus | https://www.cdc.gov/epstein-barr/php/laboratories/index.html

489. Էպշտեյն–Բարր վիրուսով պայմանավորված ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզի վարման ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա. Ամոքսիցիլին՝ որպես EBV մոնոնուկլեոզի էթիոտրոպ բուժում

Բ. Կորտիկոստերոիդ՝ չբարդացած մոնոնուկլեոզի պլանային կարգով բուժման համար

Գ. Աջակցող բուժում, կոնտակտային սպորտից զերծ մնալ՝ փայծաղի պատռման ռիսկի պատճառով

Դ. Կոնտակտային սպորտի անհապաղ վերսկսում՝ միայն տենդի իջնելու հիման վրա

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — About Infectious Mononucleosis https://www.cdc.gov/epstein-barr/about/mononucleosis.html

490. EBV վարակային մոնոնուկլեոզի ժամանակ ամոքսիցիլինի կիրառման հետ կապված մաշկային ռեակցիայի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Ամոքսիցիլինի ֆոնին ցանը միշտ նշանակում է ցմահ IgE-միջնորդավորված պենիցիլինային ալերգիա

Բ. Ամոքսիցիլինի ֆոնին ցանի բացակայությունը բացառում է EBV վարակը

Գ. Ամոքսիցիլինը կանխում է EBV-ով պայմանավորված ցանի զարգացումը

Դ. Ամոքսիցիլինի ֆոնին EBV մոնոնուկլեոզի ժամանակ հաճախ կարող է զարգանալ ցան

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Laboratory Testing for Epstein-Barr Virus | https://www.cdc.gov/epstein-barr/php/laboratories/index.html

491. 18 ամսական երեխան ունի տենդ, գրգռվածություն և փսխում: Ողնուղեղային հեղուկում՝ մեծ նեյտրոֆիլային պլեոցիտոզ և ցածր գլյուկոզա: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա. Էնտերովիրուսային մենինգիտ

Բ. Բակտերիալ մենինգիտ

Գ. Հերպեսային էնցեֆալիտ

Դ. Պարզ տենդային ցնցում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Pocket Book of Hospital Care for Children | https://www.who.int/publications/i/item/9789241548373

492. Երեխայի բակտերիալ մենինգիտը և պատճառագիտությունը հաստատելու համար ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ՝ բուժումը չուշացնելով:

Ա. Գլխուղեղի ՀՏ-ով պատճառագիտական հաստատում

Բ. Արյան ընդհանուր քննությամբ մենինգիտի հաստատում

Գ. Անվտանգ լյումբալ պունկցիան հետաձգել մինչև ամբողջ հակաբիոտիկային կուրսի ավարտը

Դ. Արյան ցանքս և ողնուղեղային հեղուկի հետազոտում՝ երբ չկան հակացուցումներ և առանց բուժման ուշացման

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

493. Կրծքի հասակի երեխայի բակտերիալ մենինգիտի ժամանակ դասական պարանոցային մկանների կարկամության բացակայությունն ինչպե՞ս պետք է մեկնաբանել:

Ա. Կրծքի հասակի երեխայի մոտ դասական պարանոցային մկանների կարկամությունը կարող է բացակայել

Բ. Վզի կարկամության բացակայությունը հուսալիորեն բացառում է մենինգիտը

Գ. Մենինգիտի գնահատումն անհրաժեշտ է միայն արդեն առկա ցնցումների դեպքում

Դ. Գրգռվածությունն ու վատ կերակրումը չեն կարող լինել մենինգիտի դրսևորումներ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

494. Մինչև 3 ամսական երեխայի ռեկտալ ջերմաստիճանի ո՞ր նվազագույն շեմն է համարվում տենդ և պահանջում համապատասխան գնահատում:

Ա. 37,0 °C

Բ. 37,5 °C

Գ. 39,5 °C

Դ. 38,0 °C

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Pocket Book of Hospital Care for Children | https://www.who.int/publications/i/item/9789241548373

495. Լավ ընդհանուր վիճակով տենդով մինչև 3 ամսական երեխայի լուրջ բակտերիալ վարակի ռիսկի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Լավ արտաքին տեսքը բավարար է լուրջ բակտերիալ վարակը բացառելու համար

Բ. Վիրուսային դրական թեստը վերացնում է միզուղիների վարակի գնահատման կարիքը

Գ. Այս տարիքում լուրջ բակտերիալ վարակի ռիսկը պետք է գնահատել համակարգված՝ անկախ լավ արտաքին տեսքից

Դ. Մինչև 3 ամսական բոլոր երեխաների ռիսկը նույնն է՝ անկախ օրերով տարիքից

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Pocket Book of Hospital Care for Children | https://www.who.int/publications/i/item/9789241548373

496. Լավ ընդհանուր վիճակով 6 շաբաթական երեխան ունի ≥38 °C տենդ՝ առանց օջախի: Ո՞ր նախնական հետազոտությունների համադրությունն է առավել նպատակահարմար:

Ա. Մեզի քննություն՝ առանց արյան կամ բորբոքային մարկերների գնահատման

Բ. Շնչառական վիրուսային ՊՇՌ՝ բակտերիալ վարակը բացառելու համար

Գ. Մեզի և արյան քննություն/ցանքս, բորբոքային մարկերներ. լյումբալ պունկցիա՝ ըստ ռիսկի

Դ. Բոլոր երեխաների պարտադիր գլխուղեղի ՀՏ՝ նախքան այլ գնահատումը

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Pocket Book of Hospital Care for Children | https://www.who.int/publications/i/item/9789241548373

497. Տենդով մինչև 3 ամսական երեխային ո՞րն է բուժման և վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Լուրջ բակտերիալ վարակի բացառում երեխայի լավ արտաքին տեսքով

Բ. Տարիքին հատուկ գնահատում՝ առանց լավ արտաքին տեսքի հիման վրա լուրջ վարակը բացառելու

Գ. Հակաբիոտիկի կամ դուրսգրման որոշում տենդի թվով

Դ. Մեզի և արյան գնահատման փոխարինում շնչառական վիրուսային թեստով

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Pocket Book of Hospital Care for Children | https://www.who.int/publications/i/item/9789241548373

498. Կյանքի առաջին ամիսներին առանց օջախի տենդով երեխայի ռիսկի գնահատման կազմակերպման ո՞ր սկզբունքն է ճիշտ:

Ա. Լավ ընդհանուր վիճակի դեպքում բավարար է գնահատել միայն տենդի բարձրությունը

Բ. Նորմալ արտաքին տեսքը թույլ է տալիս կիրառել դեռահասների նույն ալգորիթմը

Գ. Առանց օջախի տենդն այս տարիքում չի պահանջում մեզի վարակի գնահատում

Դ. Կյանքի առաջին ամիսների տենդը պահանջում է առանձին կլինիկական ալգորիթմ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Pocket Book of Hospital Care for Children | https://www.who.int/publications/i/item/9789241548373

499. Չպատվաստված 6-ամյա երեխան ունի կոկորդի ցավ, ցածր տենդ, իսկ նշիկներին՝ գորշասպիտակավուն փառ, որը դժվար է հեռացվում և հեռացնելիս արյունահոսում է: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. A խմբի ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտ

Բ. Էպշտեյն–Բարի վարակային մոնոնուկլեոզ

Գ. Դիֆթերիայի ըմպանային (նշիկային) ձև

Դ. Հերպեսային գինգիվոստոմատիտ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

500. Ո՞ր նշանն է առավել բնորոշ դիֆթերիայի տոքսիկ ձևին:

Ա. Ափերի և ներբանների վեզիկուլոզ ցան՝ բերանի խոցերով

Բ. Հետծոծրակային ավշահանգույցների մեծացում՝ մանրաբծային ցանով

Գ. Միակողմանի դերմատոմային ցավոտ վեզիկուլոզ ցան

Դ. Պարանոցի կարծր այտուց՝ «եզան պարանոցի» տեսքով

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Guidance for Diphtheria | https://www.cdc.gov/diphtheria/hcp/clinical-guidance/index.html

501. 3-ամյա չպատվաստված երեխայի մոտ տենդից և լուծից հետո ժամերի ընթացքում զարգացել է ասիմետրիկ թորշոմած կաթված ոտքում՝ պահպանված զգացողությամբ: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա. Պարալիտիկ պոլիոմիելիտ

Բ. Գիյեն–Բարեի համախտանիշ

Գ. Սննդային բոտուլիզմ

Դ. Պարզ տենդային ցնցում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

502. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր է բնորոշ պարալիտիկ պոլիոմիելիտին:

Ա. Սիմետրիկ վերընթաց թուլություն՝ զգացողության խանգարմամբ

Բ. Ասիմետրիկ թորշոմած կաթված՝ զգայական պահպանվածությամբ

Գ. Սպաստիկ պարեզ՝ հիպերռեֆլեքսիայով և ախիլյան կլոնուսով

Դ. Վայրընթաց թորշոմած կաթված՝ ակնաբիբների լայնացմամբ

Սկզբնաղբյուր՝ Հղում՝ CDC — Clinical Guidance for Scarlet Feve

503. Չպատվաստված 9-ամյա երեխան հողով աղտոտված վերք ստանալուց 8 օր անց ունի ծամիչ մկանների ջղաձգական կծկում (տրիզմ), պարանոցային մկանների կարկամություն և ջղաձգական նոպաներ՝ պահպանված գիտակցությամբ: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա. Կատաղության ախտանշանային փուլ

Բ. Սուր բակտերիալ մենինգիտ

Գ. Գեներալիզացված փայտացում

Դ. Հիպոկալցեմիկ տետանիա

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

504. Ո՞ր նշանների համակցությունն է առավել բնորոշ գեներալիզացված փայտացմանը:

Ա. Վայրընթաց թորշոմած կաթված՝ ակնաբբերի լայնացմամբ և չոր բերանով

Բ. Սիմետրիկ վերընթաց թուլություն՝ զգացողության խանգարմամբ

Գ. Ասիմետրիկ թորշոմած կաթված՝ ջլային ռեֆլեքսների անկմամբ

Դ. Տրիզմ, կեղծ ծիծաղ և օպիսթոտոնուս՝ պահպանված գիտակցությամբ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Tetanus | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tetanus

505. Փայտացման ախտորոշման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Ախտորոշումը կլինիկական է, և բուժումը չի հետաձգվում հաստատման սպասումով

Բ. Ախտորոշման պարտադիր պայմանը վերքի ցանքսի դրական արդյունքն է

Գ. Ախտորոշումը հաստատվում է շիճուկում հակամարմինների որոշմամբ՝ զույգ նմուշներով

Դ. Ախտորոշումը հաստատվում է գլխուղեղի ՀՏ հետազոտությամբ

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Tetanus | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tetanus

506. Ո՞րն է գեներալիզացված փայտացման բուժման և վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Ախտանշանային բուժում տնային պայմաններում՝ առանց իմունոգլոբուլինի

Բ. Վերքի մշակում, իմունոգլոբուլին, մետրոնիդազոլ և ջղաձգությունների ճնշում

Գ. Հակափայտացումային իմունոգլոբուլինի ներարկում՝ ցանքսի պատասխանից հետո

Դ. Հակաբիոտիկային մոնոթերապիա՝ առանց ջղաձգությունների հսկողության

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Tetanus | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tetanus

507. Նորածնային փայտացման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա. Նորածնային փայտացում հանդիպում է բացառապես պատվաստված մայրերի երեխաների մոտ

Բ. Նորածնային փայտացումը փոխանցվում է օդակաթիլային ուղով՝ ծննդատան պայմաններում

Գ. Կապված է պորտալարի ոչ ստերիլ մշակման և մոր անբավարար պատվաստված լինելու հետ

Դ. Կրծքով սնվելու դժվարացումը նորածնի փայտացման հետ կապ չունի

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Tetanus | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tetanus

508. Երեխայի հողով աղտոտված խորը վերքի դեպքում փայտացման արտակարգ կանխարգելման ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Վերքի մշակում՝ առանց պատվաստվածության ճշտման և իմունոգլոբուլինի դիտարկման

Բ. Հակափայտացումային իմունոգլոբուլին բոլոր վերքերի դեպքում՝ անկախ պատվաստվածությունից

Գ. Կանխարգելման հետաձգում՝ մինչև տրիզմի կամ ջղաձգությունների ի հայտ գալը

Դ. Վերքի մշակում, պատվաստման կարգավիճակի գնահատում և ըստ ցուցման՝ անատոքսինի կամ իմունոգլոբուլինի կիրառում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Tetanus | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tetanus

509. 7-ամյա երեխային անծանոթ շունը կծել է ձեռքը՝ արյունահոսող վերքով: Ո՞ր միջոցառումն է անմիջականորեն առաջնահերթ:

Ա. Վերքի անհապաղ լվացում առատ ջրով և օճառով՝ շուրջ 15 րոպե

Բ. Վերքի անմիջական կարում՝ առանց լվացման և կանխարգելման

Գ. Սպասել կենդանու 10-օրյա դիտարկման արդյունքին՝ առանց վերքի մշակման

Դ. Հակաբիոտիկային բուժում՝ որպես կատաղության կանխարգելման փոխարինող

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

510. 4 տարեկան երեխան ունի տևական տենդ, մեծացած փայծաղ և պանցիտոպենիա: Ոսկրածուծում հայտնաբերվել են ամաստիգոտներ պարունակող մակրոֆագեր: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:

Ա. Սուր լեյկոզ

Բ. Ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ

Գ. Վիսցերալ լեյշմանիոզ

Դ. Բրուցելոզ

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

511. Վիսցերալ լեյշմանիոզը հաստատելու համար ո՞ր նպատակային մոտեցումն է ճիշտ:

Ա. Պանցիտոպենիայի հիման վրա պատճառագիտական հաստատում

Բ. Leishmania-ի ՊՇՌ/շճաբանական հետազոտություն կամ մակաբույծի հայտնաբերում՝ ըստ հասանելիության

Գ. Մեծացած փայծաղի ՈՒՁՀ պատկեր

Դ. Իմունաճնշված պացիենտի մոտ մեկ բացասական սերոլոգիայով լեյշմանիոզի վերջնական բացառում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Leishmaniasis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis

512. Վիսցերալ լեյշմանիոզի դեպքում ո՞րն է վարման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա. Տեղային հակալեյշմանիային միջոց՝ ներքին օրգանների վարակի դեպքում

Բ. Բուժումը հետաձգել մինչև պանցիտոպենիայի ինքնաբերաբար վերացումը

Գ. Սպեցիֆիկ հակալեյշմանիային բուժում, հաճախ՝ լիպոսոմալ ամֆոտերիցին B-ով:

Դ. Համակարգային կորտիկոստերոիդային մոնոթերապիա՝ առանց հակամակաբուծային բուժման

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Leishmaniasis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis

513. Վիսցերալ լեյշմանիոզի հարուցիչը հիմնականում ո՞ր վեկտորի խայթոցով է փոխանցվում:

Ա. Anopheles մոծակի

Բ. Phlebotomus/ Lutzomiya վարակված մլակի

Գ. Aedes մոծակի

Դ. Culex մոծակի

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Leishmaniasis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis

514. 4 տարեկան երեխան հոսպիտալացվել է չորս շաբաթ շարունակվող տենդի, ընդհանուր թուլության, ախորժակի նվազման և որովայնի մեծացման պատճառով: Երեխան բնակվում է լեյշմանիոզի էնդեմիկ տարածաշրջանում:
Զննմամբ հայտնաբերվում են արտահայտված սպլենոմեգալիա, չափավոր հեպատոմեգալիա և մաշկի գունատություն:
Արյան հետազոտությամբ՝
Հեմոգլոբին՝ 78 գ/լ
Լեյկոցիտներ՝ 2,8 × 10⁹/լ
Թրոմբոցիտներ՝ 85 × 10⁹/լ
Կենսաքիմիական հետազոտությամբ հայտնաբերվել է հիպերգամագլոբուլինեմիա:
Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:

Ա. Բրուցելյոզ:

Բ. Սուր լիմֆոբլաստային լեյկեմիա:

Գ. Վիսցերալ լեյշմանիոզ:

Դ. Մալարիա:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Leishmaniasis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis

515. Կատվի ճանկռոցի հիվանդության ժամանակ երեխաների մոտ տեղային ավշահանգույցների մեծացումը սովորաբար ե՞րբ է ի հայտ գալիս:

Ա. Ճանկռոցից մի քանի ժամ անց՝ նախքան առաջնային հանգուցիկի առաջացումը

Բ. Ճանկռոցից 1–2 օր անց՝ առանց զարգացման միջանկյալ փուլի

Գ. Միշտ 4–6 ամիս անց՝ անկախ առաջնային վնասումից

Դ. Վարակված կենդանու հետ շփումից մոտավորապես 1–3 շաբաթ անց

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

516. 12 տարեկան երեխան դիմել է մանկաբույժ-վարակաբանին՝ բարձր տենդի, արտահայտված հոդացավերի և մաշկային ցանի պատճառով: Երեք օր առաջ երեխան վերադարձել է Չիկունգունյա վիրուսի շրջանառությամբ տարածաշրջանից: Հիվանդությունը սկսվել է հանկարծակի՝ մինչև 39,5°C տենդով:
Զննմամբ հայտնաբերվում են դաստակների, կոճերի և մատների մանր հոդերի երկկողմանի ցավոտություն, շարժումների սահմանափակում և տարածուն բծապապուլային ցան:
Բժիշկը կասկածում է Չիկունգունյա վիրուսային վարակ:
Ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար հիվանդության երրորդ օրը պատճառագիտական ախտորոշման համար:

Ա. Արյան շիճուկում Չիկունգունյա վիրուսի ՌՆԹ-ի հայտնաբերում RT-PCR մեթոդով:

Բ. Շիճուկում Չիկունգունյայի նկատմամբ IgG հակամարմինների միանվագ որոշում:

Գ. Շիճուկում միայն IgM հակամարմինների որոշում՝ վաղ բացասական արդյունքով վարակը բացառելու նպատակով:

Դ. Արյան մանրէաբանական ցանքս՝ Չիկունգունյա վիրուսի հայտնաբերման նպատակով:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Chikungunya | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya

517. 11 տարեկան երեխան օգոստոս ամսին հոսպիտալացվել է բարձր տենդի, արտահայտված գլխացավի, փսխումների և պարանոցի կարկամության պատճառով: Անամնեզից պարզվել է, որ հիվանդանալուց մոտ 10 օր առաջ երեխան գտնվել է Արևմտյան Նեղոսի վիրուսի շրջանառությամբ տարածաշրջանում և ունեցել բազմաթիվ մոծակների խայթոցներ:
Գոտկային պունկցիայի արդյունքներով՝ ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկում լեյկոցիտներ՝ 180/մկլ, լիմֆոցիտներ՝ 78%, գլյուկոզայի մակարդակը՝ պահպանված:
Բժիշկը կասկածում է Արևմտյան Նեղոսի վիրուսով պայմանավորված մենինգիտ:
Երեխան չունի իմունային անբավարարություն:
Ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար առաջնային պատճառագիտական ախտորոշման համար:

Ա. Ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկում Արևմտյան Նեղոսի վիրուսի նկատմամբ միայն IgG հակամարմինների որոշում:

Բ. Ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկում և/կամ շիճուկում Արևմտյան Նեղոսի վիրուսի նկատմամբ IgM հակամարմինների որոշում:

Գ. Արյան մանրէաբանական ցանքս՝ Արևմտյան Նեղոսի վիրուսի հայտնաբերման նպատակով:

Դ. Ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկում էնտերովիրուսային ՌՆԹ-ի բացասական արդյունքի ստացում՝ որպես Արևմտյան Նեղոսի վարակի հաստատում:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Meningitis | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis

518. 13 տարեկան երեխան դիմել է հիվանդանոց՝ չորս օր շարունակվող տենդի, գլխացավի և ստորին վերջույթների արտահայտված մկանացավերի պատճառով: Մեկ շաբաթ առաջ երեխան գտնվել է ջրիեղեղից տուժած տարածքում և քայլել կանգնած ջրի միջով:
Ընդունման պահին մարմնի ջերմաստիճանը՝ 39°C: Հայտնաբերվում են սրունքների մկանների արտահայտված ցավոտություն և երկկողմանի շաղկապենու կարմրություն՝ առանց թարախային արտադրության: Բժիշկը կասկածում է լեպտոսպիրոզ: Ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար հիվանդության տվյալ՝ վաղ փուլում պատճառագիտական ախտորոշման համար:

Ա. Մեզի մանրէաբանական սովորական ցանքս:

Բ. Միայն Leptospira-ի նկատմամբ IgG հակամարմինների որոշում:

Գ. Միայն մեզի ՊՇՌ հետազոտություն՝ որպես առաջին շաբաթվա նախընտրելի նմուշ:

Դ. Արյան մեջ Leptospira-ի ԴՆԹ-ի հայտնաբերում ՊՇՌ մեթոդով:

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

519. 8 տարեկան երեխան հոսպիտալացվել է տենդի, դողի, գլխացավի և արտահայտված թուլության պատճառով: Երկու շաբաթ առաջ երեխան ընտանիքի հետ վերադարձել է Գանայից, որտեղ գտնվել է երեք շաբաթ: Զննմամբ հայտնաբերվում են մաշկի գունատություն և փայծաղի չափավոր մեծացում: Արյան հետազոտությամբ հեմոգլոբինը՝ 95 գ/լ, թրոմբոցիտները՝ 110 × 10⁹/լ:
Մալարիայի կասկածով կատարված արյան հաստ կաթիլի և բարակ քսուքի առաջին մանրադիտակային հետազոտությամբ մակաբույծներ չեն հայտնաբերվել:
Երեխան հեմոդինամիկ կայուն է, ծանր մալարիայի նշաններ չկան, սակայն կլինիկական և համաճարակաբանական կասկածը պահպանվում է:
Ո՞րն է առավել նպատակահարմար հաջորդ ախտորոշիչ քայլը:

Ա. Բացառել մալարիան՝ հիմնվելով առաջին բացասական մանրադիտակային հետազոտության վրա:

Բ. Կրկնել արյան հաստ կաթիլի և բարակ քսուքի մանրադիտակային հետազոտությունները 12–24 ժամ ընդմիջումներով՝ մինչև ընդհանուր առմամբ երեք հետազոտության իրականացումը:

Գ. Կատարել միայն մալարիայի նկատմամբ IgG հակամարմինների որոշում:

Դ. Սպասել տենդի բնորոշ պարբերականության ձևավորմանը և միայն դրանից հետո կրկնել հետազոտությունը:

Սկզբնաղբյուր՝ WHO — Malaria | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria

520. Ո՞րն է հեպատիտ Բ-ի դեմ նորածնային պատվաստման հիմնական երկարաժամկետ նշանակությունը:

Ա. Միայն սուր հեպատիտի ժամանակ դեղնուկի տևողության կրճատումը

Բ. Հեպատիտ Ա-ով վարակման կանխարգելումը

Գ. Քրոնիկ հեպատիտ Բ-ի, լյարդի ցիռոզի և հեպատոցելյուլյար քաղցկեղի ռիսկի նվազեցումը

Դ. Արդեն ձևավորված քրոնիկ հեպատիտ Բ-ի բուժումը

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

521. ՀՀ պատվաստումների ազգային օրացույցի համաձայն՝ ո՞ր տարիքում է իրականացվում կարմրուկի, կարմրախտի և խոզուկի դեմ առաջին պլանային պատվաստումը:

Ա. 6 ամսականում

Բ. 9 ամսականում

Գ. 12 ամսականում

Դ. 18 ամսականում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Clinical Overview of Measles | https://www.cdc.gov/measles/hcp/clinical-overview/index.html

522. ՀՀ պատվաստումների ազգային օրացույցի համաձայն՝ ո՞ր տարիքում են նախատեսված պնևմոկոկային կոնյուգացված պատվաստանյութի պլանային դեղաչափերը:

Ա. 2, 4 և 6 ամսականում

Բ. 6 և 12 ամսականում

Գ. 12 և 18 ամսականում

Դ. 6, 12 և 18 շաբաթականում

Սկզբնաղբյուր՝ CDC — Child and Adolescent Immunization Schedule | https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html

523. Ինչո՞ւ է հատկապես կարևոր վիրուսային հեպատիտ Բ-ի դեմ պատվաստումը նորածնային և վաղ մանկական տարիքում:

Ա. Քանի որ երեխաների մոտ սուր հեպատիտ Բ-ն միշտ ընթանում է ծանր դեղնուկով

Բ. Քանի որ վաղ տարիքում վարակվելու դեպքում քրոնիկ հեպատիտ Բ-ի զարգացման ռիսկը զգալիորեն բարձր է

Գ. Քանի որ պատվաստանյութն արդյունավետ է միայն մինչև 1 տարեկանը

Դ. Քանի որ հեպատիտ Բ-ն փոխանցվում է բացառապես մանկական տարիքում

Սկզբնաղբյուր՝ WHO 2024 — Chronic hepatitis B guidelines | https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

524. Ո՞ր միջամտությունն է առավել կարևոր հղիության ընթացքում ՄԻԱՎ-ի մորից երեխային փոխանցման ռիսկը նվազեցնելու համար:

Ա. Հղիության ընթացքում միայն հակաբիոտիկների կանխարգելիչ կիրառումը

Բ. Հղիի արդյունավետ հակառետրովիրուսային բուժումը և վիրուսային ծանրաբեռնվածության ճնշումը

Գ. Նորածնի միայն պլանային պատվաստումների իրականացումը

Դ. Հղիության ընթացքում իմունոգլոբուլինի պարբերական ներարկումները

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Pediatric HIV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/pediatric-arv

525. 6 շաբաթական երեխան ներկայացվել է մանկաբույժ-վարակաբանի խորհրդատվության: Մայրը ՄԻԱՎ-դրական է և հղիության ընթացքում ստացել է հակառետրովիրուսային բուժում:
Ծնվելուց հետո երեխան ստացել է սահմանված կանխարգելիչ բուժումը: Ծննդյան պահին կատարված ՄԻԱՎ-ի վիրուսաբանական հետազոտության արդյունքը բացասական է:
Կյանքի վեցերորդ շաբաթում կատարված չորրորդ սերնդի ՄԻԱՎ հակածին/հակամարմին համակցված թեստի արդյունքը դրական է: Երեխան կլինիկորեն առողջ է:
Ո՞րն է տվյալ երեխայի ՄԻԱՎ կարգավիճակի որոշման առավել նպատակահարմար մոտեցումը:

Ա. Հաստատել ՄԻԱՎ վարակը՝ հիմնվելով հակածին/հակամարմին համակցված թեստի դրական արդյունքի վրա:

Բ. Կատարել ՄԻԱՎ-ի ՌՆԹ-ի կամ ԴՆԹ-ի հայտնաբերման նուկլեինաթթվային հետազոտություն (NAT) և դրական արդյունքի դեպքում կազմակերպել կրկնակի վիրուսաբանական հաստատում:

Գ. Սպասել մինչև երեխայի 18 ամսականը և կրկնել հակամարմինների որոշումը:

Դ. Բացառել ՄԻԱՎ վարակը՝ հիմնվելով ծննդյան պահին ստացված բացասական վիրուսաբանական արդյունքի վրա:

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Pediatric HIV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/pediatric-arv

526. 5 տարեկան երեխայի մոտ հաստատվել է ՄԻԱՎ վարակ: Երեխան նախկինում հակառետրովիրուսային բուժում չի ստացել:
Զննման պահին կլինիկական վիճակը բավարար է, օպորտունիստական վարակների նշաններ չեն հայտնաբերվում:
Լաբորատոր հետազոտությամբ՝
CD4 բջիջներ՝ 780/մկլ
ՄԻԱՎ ՌՆԹ՝ 42 000 պատճեն/մլ
Ծնողները հարցնում են՝ արդյո՞ք անհրաժեշտ է սկսել բուժումը, եթե երեխան չունի ախտանիշներ և CD4 բջիջների քանակը պահպանված է:
Ո՞րն է առավել ճիշտ բուժական մարտավարությունը:

Ա. Հետաձգել բուժումը մինչև CD4 բջիջների քանակի արտահայտված նվազումը:

Բ. Սկսել բուժումը միայն կլինիկական ախտանիշների առաջացման դեպքում:

Գ. Սկսել հակառետրովիրուսային բուժումը հնարավորինս շուտ՝ անկախ CD4 բջիջների քանակից և կլինիկական ախտանիշների բացակայությունից:

Դ. Իրականացնել միայն վիրուսային ծանրաբեռնվածության պարբերական հսկողություն՝ մինչև հիվանդության կլինիկական առաջընթացը:

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Pediatric HIV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/pediatric-arv

527. Ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար մինչև 18 ամսական ՄԻԱՎ-ի պերինատալ ազդեցության ենթարկված երեխայի մոտ ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշման համար:

Ա. Միայն ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հակամարմինների որոշումը

Բ. ՄԻԱՎ-ի ՌՆԹ-ի կամ ԴՆԹ-ի հայտնաբերման նուկլեինաթթվային թեստը

Գ. Միայն CD4+ T-լիմֆոցիտների քանակի որոշումը

Դ. Միայն ընդհանուր արյան հետազոտությունը

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Pediatric HIV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/pediatric-arv

528. Ինչո՞ւ մինչև 18 ամսական երեխաների մոտ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հակամարմինների դրական արդյունքը բավարար չէ ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշման համար:

Ա. Քանի որ երեխաների մոտ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հակամարմիններ երբեք չեն առաջանում

Բ. Քանի որ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հակամարմինները հայտնաբերվում են միայն ՁԻԱՀ-ի փուլում

Գ. Քանի որ հակամարմինների դրական արդյունքը միշտ լաբորատոր սխալ է

Դ. Քանի որ երեխայի արյան մեջ կարող են պահպանվել մորից պլացենտայով փոխանցված հակամարմինները

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Pediatric HIV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/pediatric-arv

529. Ո՞րն է ՄԻԱՎ վարակով երեխաների հակառետրովիրուսային բուժման սկսման վերաբերյալ ժամանակակից մոտեցումը:

Ա. Բուժումը սկսել ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշումից հետո հնարավորինս շուտ՝ անկախ կլինիկական փուլից և CD4+ բջիջների քանակից

Բ. Բուժումը սկսել միայն ՁԻԱՀ-ին բնորոշ հիվանդությունների զարգացման դեպքում

Գ. Բուժումը սկսել միայն CD4+ բջիջների քանակի արտահայտված նվազման դեպքում

Դ. Բուժումը հետաձգել մինչև երեխայի 5 տարեկան դառնալը

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Pediatric HIV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/pediatric-arv

530. Ո՞ր օպորտունիստական վարակն է հատկապես բնորոշ ՄԻԱՎ վարակով փոքր երեխաներին արտահայտված իմունային անբավարարության դեպքում:

Ա. Ռոտավիրուսային գաստրոէնտերիտ

Բ. Կարմրուկ

Գ. Պնևմոցիստային թոքաբորբ (Pneumocystis jirovecii)

Դ. Սուր հեպատիտ Ա

Սկզբնաղբյուր՝ NIH — Pediatric HIV Guidelines | https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/pediatric-arv