ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԱՆԵՍԹԵԶԻՈԼՈԳԻԱ ԵՎ ԻՆՏԵՆՍԻՎ ԹԵՐԱՊԻԱ

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԱՆԵՍԹԵԶԻՈԼՈԳԻԱ

1.Կրծքի հասակի երեխայի մակկոկորդի համար բնորոշ է՝
Ա-Կարճ, լայն և հորիզոնական է, ուստի Macintosh շեղբը միշտ նախընտրելի է
Բ-Լիովին ոսկրացած է մինչև 6 ամսականը
Գ-Սերտաճած է լեզվի արմատին և անշարժ է
Դ-Երկար, նեղ, Ω-ձև է և անկյան տակ թեքված դեպի հետ, ինչի պատճառով հաճախ անհրաժեշտ է այն ուղղակիորեն բարձրացնել ուղիղ շեղբով

2.Երեխաների մոտ ինհալացիոն ինդուկցիան մեծահասակներից ավելի արագ է, որովհետև՝
Ա-Ալվեոլային օդափոխության և մնացորդային ծավալի FRC-ի հարաբերակցությունը մեծ է (≈5:1, մեծահասակի մոտ ≈1,5:1)
Բ-Կենտրոնական նյարդային համակարգը ստանում է սրտի արտամղման ավելի փոքր մասը
Գ-Սրտի արտամղումը, կգ-ի հաշվով, ավելի ցածր է
Դ-Ճարպային հյուսվածքն երեխաների մոտ ավելի շատ է

3.Նորածնի մոտ անցումային շրջանառությունից պտղային շրջանառությանը վերադարձ (թոքային հիպերտենզիայի ճգնաժամ) առավել հավանական է՝
Ա-Խոր ցավազրկման և սեդացիայի դեպքում
Բ-Հիպերվենտիլյացիայի և հիպոկապնիայի դեպքում
Գ-Ներշնչվող NO-ի կիրառման դեպքում
Դ-Հիպօքսեմիայի, ացիդոզի, հիպերկապնիայի և հիպոթերմիայի դեպքում

4.Կծիկային ֆիլտրացիայի արագությունը հասնում է մեծահասակի արժեքների մոտավորապես՝
Ա-1 ամսականում
Բ-1–2 տարեկանում
Գ-5–6 տարեկանում
Դ-Սեռական հասունացման շրջանում

5.Անհաս նորածնի (<32 շաբաթ) երիկամային ֆունկցիայի առանձնահատկությունն է՝
Ա-Նատրիումի ավելցուկային ռեաբսորբցիան և հիպերնատրեմիան
Բ-Նատրիումի բարձր ֆրակցիոն արտազատումը և հիպոնատրեմիայի հակվածությունը
Գ-Կալիումի ավելցուկային արտազատումը և հիպոկալիեմիան
Դ-Բիկարբոնատի վերծծման բարձր շեմը

6.Վիրահատարանում նորածնի ջերմության կորստի գերակշռող մեխանիզմն է՝
Ա-Կոնդուկցիան
Բ-Գոլորշիացումը մաշկից
Գ-Ճառագայթումը
Դ-Կոնվեկցիան

7.Հասուն երեխայի ֆիզիոլոգիական անեմիայի՝ հեմոգլոբինի ամենացածր մակարդակը դիտվում է՝
Ա-12–18 ամսականում
Բ-2–3 շաբաթականում
Գ-Կյանքի 3–5-րդ օրը
Դ-8–12 շաբաթականում

8.Կենդանիների վրա հետազոտություններում անեսթետիկների նեյրոտոքսիկության (նեյրոապոպտոզի) հետ առավել կապված են համարվում՝
Ա-α2-ագոնիստները (դեքսմեդետոմիդին)
Բ-Տեղային անեսթետիկները՝ նեյրոաքսիալ ներմուծմամբ
Գ-NMDA-ընկալիչների անտագոնիստները և GABA_A-ընկալիչների ագոնիստները՝ ուղեղի արագ աճի (սինապտոգենեզի) շրջանում
Դ-Միայն ոչ դեպոլյարիզացնող մկանային ռելաքսանտները

9.Կրծքի հասակի երեխաների մոտ ներքին միջկողային մկանների և դիաֆրագմայի առանձնահատկություններից է՝
Ա-Կրծքավանդակի պատի ցածր ձգողականությունը
Բ-Դիաֆրագմայում հոգնածությանը դիմացկուն I տիպի (դանդաղ, օքսիդատիվ) մանրաթելերի ցածր պարունակությունը
Գ-I տիպի մանրաթելերի ավելի բարձր պարունակությունը, քան մեծահասակի մոտ
Դ-Կողերի ուղղահայաց դիրքը

10.Նորածնի գլյուկոզային հոմեոստազի մասին ո՞ր պնդումն է ճիշտ.
Ա-Վաղաժամ նորածիններն ունեն գլիկոգենի առավել մեծ պաշարներ
Բ-Նորածնի գլյուկոզի պահանջը (≈1 մգ/կգ/րոպե) մեծահասակից ցածր է
Գ-Գլյուկոնեոգենեզը լիովին հասուն է ծննդյան պահին
Դ-Գլիկոգենի պաշարները սահմանափակ են, և նորածնի գլյուկոզի պահանջը (≈4–6 մգ/կգ/րոպե) մեծ է մեծահասակից

11.Հասուն նորածնի արյան շրջանառող ծավալը մոտավոր կազմում է՝
Ա-80–90 մլ/կգ
Բ-55–60 մլ/կգ
Գ-65–70 մլ/կգ
Դ-100–110 մլ/կգ

12.Սևոֆլուրանի MAC-ն ամենաբարձրն է՝
Ա-Նորածինների և մինչև 6 ամսական կրծքի հասակի երեխաների մոտ (≈3,2–3,3%)
Բ-3–5 տարեկան երեխաների մոտ (≈3,8%)
Գ-Վաղաժամ նորածինների մոտ (≈4,5%)
Դ-Դեռահասների մոտ (≈3,0%)

13.Դեսֆլուրանը չի առաջարկվում երեխաների ինհալացիոն ինդուկցիայի համար, որովհետև՝
Ա-Այն նեֆրոտոքսիկ է «A միացության» պատճառով
Բ-Այն ունի արյուն/գազ բաշխման ամենաբարձր գործակիցը
Գ-Այն հնարավոր չէ ներմուծել սովորական գոլորշացուցիչով
Դ-Այն գրգռում է շնչուղիները և առաջացնում է հազ, շնչառության պահում և լարինգոսպազմի բարձր հաճախականություն

14.Վաղ հետվիրահատական շրջանում դելիրիումի ամենամեծ ռիսկ ունեն՝
Ա-Դպրոցական տարիքի երեխաները՝ հալոտանով անզգայացումից հետո
Բ-Նախադպրոցական տարիքի (2–5 տարեկան) երեխաները, որոնք ստացել են սևոֆլուրան կամ դեսֆլուրան
Գ-Դեռահասները՝ ռեգիոնալ անզգայացումից հետո
Դ-Նորածինները՝ կետամինով ինդուկցիայից հետո

15.Ազոտի ենթօքսիդը (N2O) հակացուցված է հետևյալ վիճակում՝
Ա-Ինհալացիոն ինդուկցիա առողջ 4 տարեկանի մոտ
Բ-Անոթային մուտքի տեղադրում անհանգիստ երեխայի մոտ
Գ-Չդրենավորված պնևմոթորաքս
Դ-Ձեռքի կոտրվածքի

16.Առողջ 3 տարեկան երեխայի մոտ պրոպոֆոլի ինդուկցիոն դեղաչափը մեծահասակից բարձր է և սովորաբար կազմում է՝
Ա-1–1,5 մգ/կգ
Բ-0,5–1 մգ/կգ
Գ-8–10 մգ/կգ
Դ-2,5–3,5 մգ/կգ

17.Պրոպոֆոլային ինֆուզիոն համախտանիշի (PRIS) համար բնորոշ չէ՝
Ա-Մետաբոլիկ ալկալոզը
Բ-Լիպեմիան և հիպերտրիգլիցերիդեմիան
Գ-Սրտի ռիթմի խանգարումները և սրտային անբավարարությունը
Դ-Հիպերկալիեմիան

18.Չհամագործակցող 4 տարեկան երեխայի մոտ, առանց երակային մուտքի, անզգայացման ինդուկցիայի համար կետամինի միջմկանային դեղաչափը սովորաբար կազմում է՝
Ա-1 մգ/կգ
Բ-4–5 մգ/կգ
Գ-10–12 մգ/կգ
Դ-0,25–0,5 մգ/կգ

19.Ադենոտոնզիլէկտոմիայից հետո երեխաների մոտ կոդեինի կիրառմամբ մահացու շնչառական ընկճման դեպքերը կապված են՝

Ա-Կոդեինի ուղղակի μ-ագոնիստ ազդեցության հետ՝ առանց մետաբոլիզմի
Բ-Պսևդոխոլինէսթերազի դեֆիցիտի հետ
Գ-CYP2D6-ի գերարագ մետաբոլիզատոր ֆենոտիպի հետ, որի դեպքում կոդեինն արագ վերածվում է մորֆինի
Դ-UGT2B7-ի գերակտիվության հետ, որն առաջացնում է նալոքսոնի նկատմամբ կայունություն

20.Ռեմիֆենտանիլի ֆարմակոկինետիկ առանձնահատկությունն է՝
Ա-Լյարդային CYP3A4 մետաբոլիզմ՝ նորածինների մոտ զգալիորեն դանդաղած
Բ-Մետաբոլիզմ պսևդոխոլինէսթերազով, որի դեֆիցիտն երկարացնում է ազդեցությունը
Գ-Կոնտեքստ-զգայուն կիսաարտազատման ժամանակն աճում է ինֆուզիայի տևողության հետ, ինչպես ֆենտանիլինը
Դ-Մետաբոլիզմ ոչ սպեցիֆիկ հյուսվածքային և պլազմայի էսթերազներով, կոնտեքստ-զգայուն կիսաարտազատման ժամանակը ≈3–4 րոպե է՝ անկախ ինֆուզիայի տևողությունից

21.Ֆենտանիլի կիսաարտազատման ժամանակը նորածնի մոտ կարող է զգալիորեն երկարել հետևյալ դեպքում՝
Ա-Ֆուրոսեմիդով դիուրեզ
Բ-Որովայնային ներճնշման բարձրացում (օր.՝ օմֆալոցելեի կամ գաստրոշիզիսի առաջնային փակում)՝ լյարդային արյան հոսքի նվազմամբ
Գ-Ռեսպիրատոր ալկալոզ
Դ-Ֆենոբարբիտալով նախնական բուժում

22.Սուքցինիլխոլինի ն/ե դեղաչափը կրծքի հասակի երեխաների մոտ (≈2 մգ/կգ) ավելի բարձր է, քան մեծահասակների մոտ, որովհետև՝
Ա-Կրծքի հասակի երեխաներն ունեն արտաբջջային հեղուկի և բաշխման ծավալի ավելի մեծ մաս կգ-ի հաշվով
Բ-Նրանց ացետիլխոլինային ընկալիչները չեն արձագանքում դեպոլյարիզացիային
Գ-Նրանք ունեն HbF-ի ավելի բարձր տոկոս
Դ-Նորածիններն արտազատում են սուքցինիլխոլինն երիկամներով անփոփոխ

23.8 տարեկան տղայի մոտ, ով նախկինում առողջ է համարվել, սևոֆլուրանով ինդուկցիայից և սուքցինիլխոլինի ներմուծումից հետո առաջացել է հիպերկալիեմիկ սրտի կանգ: Առավել հավանական չախտորոշված հիվանդությունն է՝
Ա-Միասթենիա գրավիս
Բ-Նեյրոֆիբրոմատոզ տիպ 1
Գ-Դյուշենի մկանային դիստրոֆիա
Դ-Ողնաշարի մկանային ատրոֆիա, տիպ 3

24.Նորածինների մոտ ոչ դեպոլյարիզացնող մկանային ռելաքսանտների ազդեցության մասին ճիշտ է՝
Ա-Ազդեցության տևողությունը նորածինների մոտ միշտ ավելի կարճ է

Բ-NMJ-ն ավելի զգայուն է, բայց բաշխման մեծ ծավալի շնորհիվ նախնական դեղաչափը (մգ/կգ) մոտավորապես նույնն է, իսկ ազդեցության տևողությունը հաճախ երկարում է
Գ-Միայն ատրակուրիումն է կիրառելի նորածինների մոտ
Դ-Նորածինները կայուն են բոլոր ոչ դեպոլյարիզացնող ռելաքսանտների նկատմամբ և պահանջում են կրկնակի դոզա

25.Լյարդային և երիկամային անբավարարություն ունեցող երեխայի մոտ ամենանախընտրելի մկանային ռելաքսանտը, որի արտազատումը կախված չէ օրգանային ֆունկցիայից, հետևյալն է՝
Ա-Ցիսատրակուրիում (Հոֆմանի էլիմինացիա)
Բ-Պանկուրոնիում
Գ-Միվակուրիում
Դ-Վեկուրոնիում

26.Սուգամադեքսի գործողության մեխանիզմն է՝
Ա-Նիկոտինային ընկալիչների ուղղակի խթանում
Բ-Ռոկուրոնիումի հիդրոլիզ պլազմայի էսթերազներով
Գ-Ացետիլխոլինի ազատման ուժեղացում պրեսինապտիկ մակարդակում
Դ-Ռոկուրոնիումի (և ավելի քիչ՝ վեկուրոնիումի) մոլեկուլների ինկապսուլյացիա γ-ցիկլոդեքստրինով՝ պլազմայում

27.Նորածնի մոտ բուպիվակաինի համակարգային տոքսիկության ռիսկը բարձր է, քանի որ՝
Ա-Նորածինների մոտ ալբումինի մակարդակը մեծահասակներից բարձր է
Բ-Նորածինների մոտ բուպիվակաինի մետաբոլիզմը տեղի է ունենում պլազմայի էսթերազներով
Գ-α1-թթվային գլիկոպրոտեինի ցածր մակարդակի պատճառով դեղի ազատ (չկապված) ֆրակցիան ավելի բարձր է
Դ-Նորածինների մոտ Na անցուղիները կայուն են տեղային անեսթետիկների նկատմամբ

28.Ռոպիվակաինի առավելությունը բուպիվակաինի համեմատ է՝
Ա-Ավելի երկար ազդեցություն և ավելի ուժեղ շարժողական պաշարում
Բ-Մետաբոլիզմ պլազմայի էսթերազներով
Գ-Մեթհեմոգլոբինեմիա առաջացնելու ունակություն
Դ-Ավելի ցածր կարդիոտոքսիկություն և ավելի թույլ շարժողական պաշարում՝ նման անալգետիկ արդյունավետության դեպքում

29.ԷՄԼԱ քսուքի (լիդոկաինի և պրիլոկաինի խառնուրդ) կիրառումը վաղ նորածնային շրջանում պահանջում է զգուշություն, քանի որ՝
Ա-ԷՄԼԱ-ն ներթափանցում է մաշկ միայն 4 ժամ հետո
Բ-ԷՄԼԱ-ն պարունակում է բենզոկաին, որը հակացուցված է նորածինների մոտ
Գ-Պրիլոկաինի մետաբոլիտը (o-տոլուիդին) կարող է առաջացնել մեթհեմոգլոբինեմիա, իսկ նորածնի մոտ NADH-մեթհեմոգլոբին ռեդուկտազն անհաս է
Դ-ԷՄԼԱ-ն առաջացնում է ուղղակի նեֆրոտոքսիկություն

30.Միդազոլամի բերանացի պրեմեդիկացիայի ստանդարտ դեղաչափը և ազդեցության սկիզբն երեխաների մոտ հետևյալն է՝
Ա-0,5 մգ/կգ (առավելագույնը ≈15 մգ), ազդեցությունը՝ 10–20 րոպեում
Բ-5 մգ/կգ, ազդեցությունը՝ 45 րոպեում
Գ-2 մգ/կգ, ազդեցությունը՝ 5 րոպեում
Դ-0,1 մգ/կգ, ազդեցությունը՝ 60–90 րոպեում

31.Էտոմիդատի կիրառումը սեպտիկ շոկով երեխաների մոտ վիճելի է, որովհետև այն՝
Ա-Առաջացնում է չարորակ հիպերթերմիա
Բ-Արգելակում է 11β-հիդրօքսիլազը և առաջացնում է մակերիկամային ֆունկցիայի ճնշում
Գ-Առաջացնում է ծանր բրոնխոսպազմ
Դ-Հակացուցված է հիպերկալիեմիայի ռիսկի պատճառով

32.Պլանային անզգայացումից առաջ կրծքի հասակի երեխայի համար կրծքի կաթով կերակրումից հետո քաղցի նվազագույն առաջարկվող ժամանակահատվածն է՝
Ա-2 ժամ
Բ-6 ժամ
Գ-8 ժամ
Դ-4 ժամ

33.Նախավիրահատական զննման ժամանակ 4 տարեկան երեխայի մոտ լսվում է սիստոլիկ աղմուկ: Ո՞ր հատկանիշն է առավել բնորոշ անվնաս (ֆունկցիոնալ) աղմուկին
Ա-Թույլ (≤2/6), «երաժշտական/թրթռացող» սիստոլիկ աղմուկ, որը փոխվում է մարմնի դիրքի հետ, առանց այլ ախտանշանների
Բ-Աղմուկ, որը զուգորդվում է աճի հապաղման և կերակրման ժամանակ քրտնարտադրության հետ
Գ-Ամբողջ սիստոլայի ընթացքում լսվող 4/6 աղմուկ՝ թրթիռով
Դ-Դիաստոլիկ աղմուկ

34.Դաունի համախտանիշով երեխայի մոտ սևոֆլուրանով ինհալացիոն ինդուկցիայի ժամանակ ամենահաճախ հանդիպող հեմոդինամիկ բարդությունն է՝
Ա-Բրադիկարդիան
Բ-Փորոքային ֆիբրիլյացիան
Գ-Նախասրտերի ֆիբրիլյացիան
Դ-Փորոքային տախիկարդիան

35.Երեխաների մոտ մանժետով ներշնչափողային խողովակի մանժետի ճնշումը պետք է պահպանել՝
Ա-≥60 սմ ջ.ս.՝ ասպիրացիան կանխելու համար
Բ-30–35 սմ ջ.ս.՝ միշտ առանց չափման
Գ-≤20 սմ ջ.ս. (կամ ≤20–25)՝ մոնիտորինգով, հատկապես N2O-ի կիրառման դեպքում
Դ-Մանժետը պետք է լցվի միշտ 5 մլ օդով

36.Երեխաների մոտ օրոտրախեալ խողովակի մոտավոր խորությունը (շրթունքների մակարդակում) որոշվում է հետևյալ սկզբունքով՝
Ա-ինտուբացիոն խողովակի համարը x3 սմ
Բ-ինտուբացիոն խողովակի համարը +3 սմ
Գ-հիվանդի տարիքը +3սմ
Դ-ինտուբացիոն խողովակի համարը x4 սմ

37.15 կգ զանգվածով երեխայի համար լարինգեալ դիմակի (LMA) համապատասխան չափսն է՝
Ա-Չափս 1,5
Բ-Չափս 2
Գ-Չափս 4
Դ-Չափս 1

38.Մուկոպոլիսախարիդոզներով երեխաների մոտ շնչուղիների դժվար վարումը հիմնականում պայմանավորված է՝
Ա-Ստորին ծնոտի հիպոպլազիայով, որը լավանում է տարիքի հետ
Բ-Միայն լարինգոմալացիայով
Գ-Գլիկոզամինոգլիկանների կուտակմամբ վերին շնչուղիների փափուկ հյուսվածքներում, լեզվում, նշիկներում և պարանոցի շարժունակության սահմանափակմամբ
Դ-Քթի խոռոչների ատրեզիայով

39.Երեխայի մոտ կանխատեսվող դժվար ինտուբացիայի դեպքում առավել անվտանգ մոտեցումն է՝
Ա-Ինհալացիոն ինդուկցիա՝ ինքնուրույն շնչառության պահպանմամբ, մինչև շնչուղիների ապահովումը
Բ-Արթուն ֆիբրոօպտիկ ինտուբացիա՝ առանց սեդացիայի
Գ-Անհապաղ շնչափողահատում տեղային անզգայացմամբ
Դ-Ռոկուրոնիումով լիարժեք միոռելաքսացիա՝ դիմակային օդափոխության գնահատումից առաջ

40.Մանգաղաբջջային անեմիայով երեխայի մոտ միջին ռիսկի պլանային վիրահատությունից առաջ ամենաարդյունավետ կանխարգելիչ միջոցառումն է՝
Ա-Փոխանակային տրանսֆուզիա՝ HbS-ը 0% հասցնելու համար
Բ-Հիպերվենտիլյացիա՝ ալկալոզի նպատակով
Գ-Հեղուկի սահմանափակում՝ թոքային այտուցից խուսափելու համար
Դ-Նախավիրահատական պարզ հեմոտրանսֆուզիա՝ հեմոգլոբինը ≈10 գ/դլ բարձրացնելու համար, ինչպես նաև հիդրատացիայի, թթվածնավորման և նորմոթերմիայի ապահովում

41.Կրծքի հասակի երեխայի (1 տարեկանից փոքր) մոտ ուղիղ լարինգոսկոպի (Miller) համապատասխան շեղբն է՝
Ա-Macintosh 3
Բ-Miller 2՝ բոլոր նորածինների համար, ներառյալ անհասների

Գ-Miller 1 (անհասների մոտ՝ Miller 0)
Դ-Macintosh 4

42.1 տարեկանից մեծ երեխաների ինտուբացիոն խողովակի մոտավոր համարը որոշվում է հետևյալ սկզբունքով՝
Ա-հիվանդի տարիքը ÷4+4
Բ-հիվանդի տարիքը +2
Գ-հիվանդի տարիքը +3
Դ-հիվանդի տարիքը ÷5+3

43.2 տարեկան երեխայի մոտ աճուկային ճողվածքահատման համար կաուդալ պաշարման ծավալն է՝
Ա-0,25 մլ/կգ
Բ-1,0 մլ/կգ
Գ-2,0 մլ/կգ
Դ-0,5 մլ/կգ

44.Առնանդամի դորսալ նյարդի պաշարման (penile block) ժամանակ անթույլատրելի է՝
Ա-Էպինեֆրին (ադրենալին) պարունակող տեղային անեսթետիկի կիրառումը
Բ-Ենթացայլային մոտեցումը
Գ-Ասպիրացիոն թեստը ներարկումից առաջ
Դ-Կարճ թեքվածքով ասեղի կիրառումը

45.Ազդրոսկրի կոտրվածքով 7 տարեկան երեխայի մոտ ընդունարանում ցավազրկման համար առաջնային ընտրության ռեգիոնալ պաշարումն է՝
Ա-Զստային ֆասցիայի (fascia iliaca) կամ ազդրային նյարդի պաշարում
Բ-Իլիոինգվինալ պաշարում
Գ-Ծնկափոսային (popliteal) նստանյարդի պաշարում
Դ-Հարողնաշարային պաշարում T4 մակարդակում

46.Վիրահատված երեխաների մոտ հետվիրահատական ծանր հիպոնատրեմիայի (և հիպոնատրեմիկ էնցեֆալոպաթիայի) հիմնական պատճառներից է՝
Ա-Իզոտոնիկ բալանսավորված լուծույթների կիրառումը
Բ-Ալդոստերոնի դեֆիցիտը
Գ-Հիպոտոնիկ պահպանողական լուծույթների կիրառումը ADH-ի ոչ օսմոտիկ արտազատման պայմաններում
Դ-Հիպերգլիկեմիան

47.Կրծքի հասակի երեխաների մոտ մեծ ծավալի հեմոտրանսֆուզիայի ժամանակ սրտի կանգի կանխարգելման համար առաջարկվում է՝
Ա-Միշտ ճառագայթված և երկար պահված արյուն օգտագործել
Բ-Օգտագործել թարմ (≈5–7 օրից ոչ հին) կամ լվացված էրիթրոցիտներ և ներմուծել դանդաղ

Գ-Օգտագործել ամենաիին հասանելի արյունը՝ 2,3-DPG-ի բարձր մակարդակի պատճառով
Դ-Ավելացնել կալիումի քլորիդ արյան պարկի մեջ

48.Կրանիոսինոստոզի կամ սկոլիոզի վիրահատության ժամանակ արյան կորուստը և տրանսֆուզիայի պահանջը նվազեցնելու ապացուցված ֆարմակոլոգիական միջոցն է՝
Ա-Ալբումինը
Բ-Դեսմոպրեսինը բոլոր հիվանդների մոտ
Գ-Տրանեքսամաթթուն
Դ-Հեպարինը

49.Ընդհանուր անզգայացումից արթնացման ժամանակ 3 տարեկան երեխայի մոտ զարգացել է լրիվ լարինգոսպազմ (ներշնչման աղմուկ չկա, կրծքավանդակի պարադոքսալ շարժումներ, SpO2-ը նվազում է): Առաջին քայլը պետք է լինի՝
Ա-Կատարել անհապաղ կրիկոթիրեոտոմիա
Բ-Ներմուծել նեոստիգմին
Գ-Հեռացնել դիմակը և սպասել ինքնաբերական լուծմանը
Դ-100% O2-ով CPAP դիմակով, ստորին ծնոտի առաջ տեղաշարժ և ճնշում «լարինգոսպազմի փոսիկում» (Larson-ի մանևր)

50.Լարինգոսպազմի ժամանակ կիրառվող Larson-ի մանևրի ժամանակ ճնշումը գործադրվում է՝
Ա-Ականջի բլթակի հետևում գտնվող փոսիկում՝ ստորին ծնոտի ճյուղի հետին եզրի և պտկաձև ելունի միջև, ներս և առաջ ուղղությամբ
Բ-Ենթալեզվային ոսկրի վրա՝ ներքև ուղղությամբ
Գ-Կրիկոիդ աճառի վրա՝ հետին ուղղությամբ
Դ-Կրծոսկրի վրա՝ սրտի մերսման նման

51.Չարորակ հիպերթերմիայի ժամանակ դանտրոլենի նախնական դեղաչափն է՝
Ա-10 մգ/կգ բերանացի
Բ-25 մգ/կգ ն/ե շիթային
Գ-2,5 մգ/կգ ն/ե, կրկնել մինչև ախտանշանների վերացում (ընդհանուր մինչև 10 մգ/կգ և ավելի)
Դ-0,25 մգ/կգ ն/ե մեկանգամյա

52.Ո՞ր հիվանդությունն է հաստատապես կապված չարորակ հիպերթերմիայի նկատմամբ հակվածության հետ
Ա-Դաունի համախտանիշը
Բ-Կենտրոնական առանցքի հիվանդությունը (Central core disease)
Գ-Ողնաշարի մկանային ատրոֆիան
Դ-Դյուշենի մկանային դիստրոֆիան

53.Շլության վիրահատության ժամանակ ակնամկանի ձգումից հետո զարգացել է բրադիկարդիա (60 զ/րոպե): Ակնասրտային ռեֆլեքսի աֆերենտ և էֆերենտ ուղիներն են՝

Ա-Աֆերենտ՝ ակնաշարժ նյարդ, էֆերենտ՝ սիմպաթիկ շղթա
Բ-Աֆերենտ՝ թափառող նյարդ, էֆերենտ՝ եռվորյակ նյարդ
Գ-Աֆերենտ՝ եռվորյակ նյարդ (V1, թարթչավոր հանգույց), էֆերենտ՝ թափառող նյարդ
Դ-Աֆերենտ՝ տեսողական նյարդ, էֆերենտ՝ դեմքի նյարդ

54.Տեղային անեսթետիկի համակարգային տոքսիկության (LAST) դեպքում 20% լիպիդային էմուլսիայի նախնական շիթային դեղաչափն է՝
Ա-0,1 մլ/կգ ն/ե
Բ-1,5 մլ/կգ ն/ե 1 րոպեի ընթացքում, ապա ինֆուզիա 0,25 մլ/կգ/րոպե
Գ-5 մլ/կգ ն/ե, ապա 2 մլ/կգ/րոպե
Դ-20 մլ/կգ արագ շիթային

55.Ընդհանուր անզգայացման ժամանակ երեխայի մոտ տեղային անեսթետիկի համակարգային տոքսիկության առաջին դրսևորումը սովորաբար լինում է՝
Ա-ԷՍԳ փոփոխություններ և առիթմիաներ (T ատամիկի բարձրացում, QRS-ի լայնացում, բրադիկարդիա, փորոքային առիթմիաներ)
Բ-Ականջներում աղմուկը
Գ-Գրգռվածությունը և զառանցանքը
Դ-Մետաղի համը բերանում

56.Սպինա բիֆիդայով (միելոմենինգոցելե) երեխայի մոտ վիրահատության ժամանակ անբացատրելի հիպոտենզիա, բրոնխոսպազմ և եղնջացան է զարգանում: Ամենահավանական ալերգենն է՝
Ա-NaCl 0.9% լուծույթը
Բ-Սևոֆլուրանը
Գ-Լատեքսը
Դ-Ֆենտանիլը

57.Կրծքի հասակի երեխայի մոտ ինդուկցիայի ժամանակ զարգացած բրադիկարդիայի ամենահաճախ պատճառը, որը պետք է առաջնահերթ բացառել և շտկել, հետևյալն է՝
Ա-Հիպօքսեմիան
Բ-Հիպերկապնիան
Գ-Հիպերթերմիան
Դ-Հիպերտենզիան

58.Երեխաների պերիօպերատիվ սրտի կանգի ռեգիստրի (POCA) տվյալներով՝ ժամանակակից պրակտիկայում սրտի կանգի ամենահաճախ պատճառների խումբը հետևյալն է՝
Ա-Հալոտանով պայմանավորված միոկարդի ընկճումը
Բ-Սրտանոթային պատճառներ, հատկապես արյան կորստից հիպովոլեմիան և տրանսֆուզիայից հիպերկալիեմիան
Գ-Անաֆիլաքսիան մկանային ռելաքսանտների նկատմամբ
Դ-Էլեկտրական անվտանգության խախտումները

59.Լարինգոսպազմի լուծումից անմիջապես հետո երեխայի մոտ առաջացել են վարդագույն փրփրոտ խորխ, դեսատուրացիա և երկկողմանի խզզոցներ: Ամենահավանական ախտորոշումն է՝
Ա-Ասպիրացիոն պնևմոնիտ
Բ-Պնևմոթորաքս
Գ-Կարդիոգեն թոքային այտուց սրտի ձախ փորոքի անբավարարության պատճառով
Դ-Բացասական ճնշման թոքային այտուց

60.Բնածին դիաֆրագմալ ճողվածքի ամենահաճախ ձևը հետևյալն է՝
Ա-Ձախակողմյան հետին-կողմնային (Bochdalek) ճողվածք
Բ-Կերակրափողային անցքի ճողվածք
Գ-Աջակողմյան առաջային (Morgagni) ճողվածք
Դ-Կենտրոնական ջլային մասի դեֆեկտ

61.Տրախեոէզոֆագեալ խուղակի վիրահատության ժամանակ ներշնչափողային խողովակի իդեալական դիրքն է՝
Ա-Աջ գլխավոր բրոնխում
Բ-Խուղակից դիստալ, բայց կարինայից վեր, թեքված կտրվածքը՝ առաջ ուղղված
Գ-Կերակրափողի պրոքսիմալ կույր պարկում
Դ-Խուղակից անմիջապես պրոքսիմալ

62.Օմֆալոցելեի և գաստրոշիզիսի տարբերակման մեջ ճիշտ է՝
Ա-Գաստրոշիզիսը միշտ ծածկված է պարկով
Բ-Օմֆալոցելեի դեպքում հեղուկի և ջերմության կորուստն ավելի մեծ է, քան գաստրոշիզիսի դեպքում
Գ-Օմֆալոցելեն ծածկված է պարկով և հաճախ զուգորդվում է այլ անոմալիաների (սրտային, քրոմոսոմային, Բեքվիթ-Վիդեմանի համախտանիշ) հետ
Դ-Գաստրոշիզիսը հաճախ զուգորդվում է տրիսոմիա 13/18-ի հետ

63.Գաստրոշիզիսի առաջնային փակման ժամանակ ո՞ր ցուցանիշն է վկայում ներորովայնային ճնշման վտանգավոր բարձրացման մասին և պահանջում է փուլային փակում
Ա-EtCO2-ի նվազումը 2 մմ ս.ս.-ով
Բ-Դիուրեզը >2 մլ/կգ/ժ
Գ-Ստորին վերջույթների վարդագույն երանգը
Դ-Ներստամոքսային կամ միզապարկային ճնշումը >20 մմ ս.ս. և/կամ օդափոխության պիկային ճնշման զգալի աճ

64.Պիլորոստենոզով 5 շաբաթական տղայի մոտ բնորոշ էլեկտրոլիտային շեղումն է՝
Ա-Ռեսպիրատոր ալկալոզ՝ նորմալ էլեկտրոլիտներով
Բ-Հիպերքլորեմիկ մետաբոլիկ ացիդոզ
Գ-Հիպոքլորեմիկ, հիպոկալիեմիկ մետաբոլիկ ալկալոզ՝ պարադոքսալ թթու մեզով
Դ-Հիպերկալիեմիկ մետաբոլիկ ացիդոզ

65.Պիլորոստենոզով կրծքի հասակի երեխային վիրահատության կարելի է ընդունել, երբ՝
Ա-Երբ մեզի pH-ը <5 է
Բ-Ջրաէլեկտրոլիտային խանգարումները շտկված են (Cl^- ≥100 մմոլ/լ, $HCO3^-$ <28–30 մմոլ/լ, նորմալ K^+, բավարար դիուրեզ)
Գ-Միայն 2 շաբաթ պարենտերալ սնուցումից հետո
Դ-Անմիջապես ախտորոշումից հետո՝ որպես վիրաբուժական շտապ դեպք

66.Նեկրոզացնող էնտերոկոլիտով (NEC) Անհաս նորածնի լապարոտոմիայի ժամանակ ո՞ր մոտեցումն է սխալ.
Ա-Ազոտի ենթօքսիդի կիրառումն անզգայացման պահպանման համար
Բ-Ջերմային պաշտպանություն և SpO2-ի վերահսկում ըստ անհասության ռետինոպաթիայի (ROP) ռիսկի
Գ-Ագրեսիվ հեղուկային վերականգնում (կոլոիդներ, արյան պատրաստուկներ)
Դ-Ինոտրոպ աջակցություն

67.Անհաս նորածնի անզգայացման ժամանակ անհասների ռետինոպաթիայի (ROP) ռիսկը նվազեցնելու համար նախընտրելի նպատակային SpO2-ը հետևյալն է՝
Ա-100%՝ ցանկացած պահի
Բ-≥98%՝ FiO2 1,0-ով
Գ-70–75%
Դ-≈90–95% (խուսափել ինչպես հիպերօքսիայից, այնպես էլ հիպօքսեմիայից)

68.Միելոմենինգոցելեով նորածնի մոտ անզգայացման պլանավորման ժամանակ ճիշտ է՝
Ա-Ինտուբացիան միշտ կատարվում է փորի վրա դիրքում առանց պարկի պաշտպանության
Բ-Սուքցինիլխոլինը հակացուցված է հիպերկալիեմիայի ռիսկի պատճառով
Գ-Ինտուբացիան կատարվում է կողքի դիրքում կամ պարկը պաշտպանող օղակով մեջքի վրա, ապահովվում է լատեքսից զերծ միջավայր, և հաշվի է առնվում Chiari II մալֆորմացիան
Դ-Լատեքսի նկատմամբ զգուշություններ անհրաժեշտ չեն նորածնային շրջանում

69.Տոնզիլէկտոմիայից 6 ժամ անց 5 տարեկան երեխան վերադարձվում է վիրահատարան արյունահոսության պատճառով: Ո՞ր պնդումն է ճիշտ.
Ա-Արյան կորստի ծավալը ճշգրիտ գնահատվում է ըստ արտաքին արյունահոսության
Բ-Երեխան պետք է համարվի «լիքը ստամոքսով» և հիպովոլեմիկ. անհրաժեշտ է նախնական վոլեմիկ վերականգնում և RSI, ավելի փոքր ներշնչափողային խողովակ պատրաստ պահած
Գ-Անհրաժեշտ է խորը սեդացիա միդազոլամով ինդուկցիայից առաջ
Դ-Հիպովոլեմիան բացառվում է, եթե զարկերակային ճնշումը նորմալ է

70.Ծանր քնի օբստրուկտիվ ապնոեով (OSA) (գիշերային SpO2 <85%) երեխաների մոտ ադենոտոնզիլէկտոմիայից հետո օփիոիդների կիրառման մասին ճիշտ է՝
Ա-Կրկնվող հիպօքսեմիան մեծացնում է զգայունությունն օփիոիդների նկատմամբ, ուստի դեղաչափը պետք է նվազեցնել ≈50%-ով և ապահովել հետվիրահատական մոնիտորինգ

Բ-Այդ երեխաները պահանջում են օփիոիդների կրկնակի դեղաչափեր տոլերանտության պատճառով
Գ-OSA-ն անհետանում է անմիջապես վիրահատությունից հետո, ուստի մոնիտորինգ անհրաժեշտ չէ
Դ-Կոդեինը նախընտրելի օփիոիդն է այդ խմբում

71.Օտար մարմնի ասպիրացիայի մասին երեխաների մոտ ճիշտ է՝
Ա-Ճկուն բրոնխոսկոպիան միշտ նախընտրելի է հեռացման համար
Բ-Օտար մարմինը միշտ տեսանելի է ռենտգենով
Գ-Ամենահաճախ հանդիպում է դեռահասների մոտ
Դ-Ամենահաճախ հանդիպում է 1–3 տարեկանում, իսկ օտար մարմինն ավելի հաճախ տեղակայվում է աջ գլխավոր բրոնխում. հեռացվում է ռիգիդ բրոնխոսկոպիայով

72.4 տարեկան երեխան ունի բարձր տենդ, թքահոսություն, խուլ ձայն, առանց հաչող հազի, տեսքը տոքսիկ է: Ճիշտ գործողությունն է՝
Ա-Չանհանգստացնել երեխային, տեղափոխել վիրահատարան ծնողի ուղեկցությամբ, կատարել ինհալացիոն ինդուկցիա նստած դիրքում՝ պահպանված ինքնուրույն շնչառությամբ, ԼՕՌ վիրաբույժի ներկայությամբ՝ շտապ շնչափողահատման պատրաստ
Բ-Կատարել պարանոցի կողային ռենտգեն ռադիոլոգիական բաժանմունքում առանց ուղեկցության
Գ-Կատարել RSI սուքցինիլխոլինով ընդունարանում
Դ-Անմիջապես զննել կոկորդը ընդունարանում

73.Առաջային միջնորմի մեծ զանգվածով (լիմֆոմա) 12 տարեկան երեխայի մոտ, որի ՀՇ-ում շնչափողի լայնական կտրվածքի մակերեսը նվազած է 60%-ով, ամենաանվտանգ մոտեցումն է՝
Ա-Ռուտին ինտուբացիա և հետվիրահատական էքստուբացիա առանց հատուկ պատրաստության
Բ-Միոռելաքսացիա և դրական ճնշումով օդափոխություն՝ շնչուղիները բացելու համար
Գ-Հնարավորության դեպքում ախտորոշումը կատարել տեղային անզգայացմամբ կամ նվազագույն սեդացիայով. ընդհանուր անզգայացման դեպքում՝ պահպանել ինքնուրույն շնչառությունը, խուսափել միոռելաքսանտներից, պատրաստ ունենալ ռիգիդ բրոնխոսկոպ
Դ-Արագ ինդուկցիա պրոպոֆոլով և սուքցինիլխոլինով մեջքի վրա պառկած դիրքում

74.Ֆոնտենի շրջանառությամբ (single ventricle) երեխայի մոտ ոչ սրտային վիրահատության ժամանակ ճիշտ է՝
Ա-Հիպերկապնիան նվազեցնում է թոքային անոթների դիմադրությունը
Բ-Թոքային արյան հոսքը պասիվ է և կախված է համակարգային երակային ճնշումից, ուստի պետք է պահպանել նախածանրաբեռնվածությունը, խուսափել ներկրծքային բարձր ճնշումից և նախընտրել ինքնուրույն շնչառությունը, եթե հնարավոր է
Գ-Թոքային անոթների դիմադրությունը նշանակություն չունի այդ շրջանառության համար
Դ-Պետք է ապահովել բարձր PEEP (>10 սմ ջ.ս.)՝ թոքերի բացման համար

75.Ձախ փորոքի հիպոպլազիայի համախտանիշով նորածնի մոտ, որը ստանում է ալպրոստադիլ, ինտուբացիայից հետո FiO2 1,0-ով և հիպերվենտիլյացիայով SpO2-ը բարձրացել է 98%, իսկ զարկերակային ճնշումը նվազել է, առաջացել են մետաբոլիկ ացիդոզ և օլիգուրիա: Պատճառն է՝
Ա-Լարված պնևմոթորաքսը
Բ-Զարկերակային ծորանի փակումը
Գ-Չարորակ հիպերթերմիան
Դ-Թոքային գերշրջանառությունը (Qp:Qs-ի կտրուկ աճը) և համակարգային հիպոպերֆուզիան

76.Մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիայի սենյակում երեխայի սեդացիայի/անզգայացման ժամանակ առանձնահատուկ վտանգ է՝
Ա-Կոնտրաստային նյութի (գադոլինիում) նեֆրոտոքսիկությունը բոլոր երեխաների մոտ
Բ-Ջերմաստիճանի կտրուկ նվազումը մինչև 30°C
Գ-Ֆերոմագնիսական առարկաների շարժումը և հիվանդի մատչելիության սահմանափակումը
Դ-Էլեկտրական հոսանքի հարվածի բարձր ռիսկը

77.Մարմնի մակերեսի 35%-ի այրվածքով 6 տարեկան երեխան ունի մաշկային փոխպատվաստման վիրահատություն այրվածքից 10 օր անց: Ճիշտ է՝
Ա-Սուքցինիլխոլինը հակացուցված է (հիպերկալիեմիայի ռիսկ արտասինապտիկ ընկալիչների պատճառով), իսկ ոչ դեպոլյարիզացնող ռելաքսանտների նկատմամբ կա կայունություն
Բ-Այրվածքից հետո մետաբոլիզմը նվազում է
Գ-Ոչ դեպոլյարիզացնող ռելաքսանտների նկատմամբ զգայունությունը մեծացած է, ուստի դեղաչափը պետք է նվազեցնել
Դ-Սուքցինիլխոլինն անվտանգ է առաջին 6 ամիսներին

78.Շրթունքի/քիմքի ճեղքի վերականգնումից հետո ամենահաճախ հանդիպող վաղ հետվիրահատական բարդությունն է՝
Ա-Երիկամային անբավարարությունը
Բ-Ողնուղեղային իշեմիան
Գ-Չարորակ հիպերթերմիան
Դ-Վերին շնչուղիների օբստրուկցիան (լեզվի և քթըմպանի այտուց, արյուն, քիմքի նեղացում)

79.Մանկական ուղեղային կաթվածով երեխայի անզգայացման առանձնահատկությունն է՝
Ա-Օփիոիդների նկատմամբ բարձր տոլերանտությունը
Բ-Ոչ դեպոլյարիզացնող ռելաքսանտների նկատմամբ բարձր զգայունությունը
Գ-Ինհալացիոն անեսթետիկների MAC-ի նվազումը, հիպոթերմիայի և գաստրոէզոֆագալ ռեֆլյուքսի/ասպիրացիայի բարձր ռիսկը
Դ-Սուքցինիլխոլինից հետո ծանր հիպերկալիեմիայի բարձր ռիսկը

80.Ուիլյամսի համախտանիշով երեխայի մոտ անզգայացման ժամանակ սրտի հանկարծակի կանգի հիմնական պատճառն է՝
Ա-Վոլֆ-Պարկինսոն-Ուայթի համախտանիշը

Բ-Վերփականային աորտալ ստենոզը և կորոնար զարկերակների ներգրավումը՝ միոկարդի իշեմիայով
Գ-Չարորակ հիպերթերմիան
Դ-Ատլանտոաքսիալ անկայունությունը

81.4 տարեկան երեխայի մոտ պլանային վիրահատությունից առաջ հայտնաբերվում են 38.6°C ջերմություն, խորխային հազ և քթային արտահայտված արտադրություն: Նախատեսվում է էնդոտրախեալ ինտուբացիա: Ո՞րն է առավել հիմնավորված մոտեցումը:
Ա-Իրականացնել վիրահատությունը՝ նախապես կիրառելով բրոնխոդիլատատ
Բ-Հետաձգել պլանային վիրահատությունը և վերագնահատել երեխային առողջանալուց հետո
Գ-Անցկացնել ինդուկցիան միայն ինհալացիոն եղանակով
Դ-Կիրառել հակաբիոտիկի մեկ դեղաչափ իրականացնել վիրահատությունը

82.5 տարեկան առողջ երեխան (ASA I) ենթարկվելու է փոքր ծավալի պլանային վիրահատության: Անամնեզով և զննմամբ շեղումներ չկան: Ո՞րն է լաբորատոր հետազոտությունների ընտրության առավել ճիշտ սկզբունքը:
Ա-Բոլոր դեպքերում նշանակել արյան ընդհանուր և կենսաքիմիական քննություն
Բ-Բոլոր դեպքերում կատարել կոագուլոգրամա
Գ-Հետազոտությունները նշանակել նպատակային՝ ըստ անամնեզի, զննման և վիրահատական ռիսկի
Դ-Կատարել պարտադիր արյան գազերի հետազոտություն

83.6 տարեկան առողջ երեխան պլանային վիրահատությունից 3 ժամ առաջ խմել է փոքր քանակությամբ թափանցիկ ջուր: Այլ սնունդ չի ընդունել ըստ սահմանված ժամկետների: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար որոշումը:
Ա-Պարտադիր հետաձգել վիրահատությունը 6 ժամով
Բ-Ինդուկցիայից առաջ տեղադրել ստամոքսի զոնդ
Գ-Շարունակել պլանավորված անեսթեզիան՝ հաստատելով, որ ընդունվածը թափանցիկ հեղուկ էր և այլ ռիսկ չկա
Դ-Անցկացնել արագ հաջորդականությամբ ինդուկցիա

84.7 տարեկան երեխայի մոտ պլանային վիրահատությունից առաջ արձանագրվում են հաճախակի սուլող շնչառություն և գիշերային հազ՝ չնայած նշանակված բուժմանը: Ո՞րն է առավել հիմնավորված քայլը:
Ա-Անմիջապես կատարել վիրահատությունը՝ ավելացնելով ինհալացիոն անեսթետիկի դոզան
Բ-Հետաձգել պլանային միջամտությունը և նախ օպտիմալացնել ասթմայի վերահսկումը
Գ-Սահմանափակվել հակահիստամինային դեղով
Դ-Չփոխել պլանը՝ եթե SpO_2-ը նորմալ է

85.3 տարեկան երեխան ծանր օբստրուկտիվ քնի ապնոէով ենթարկվում է ադենոտոնզիլէկտոմիայի: Ո՞ր հանգամանքը պետք է առաջնահերթ հաշվի առնել հետվիրահատական հսկողությունն ու ծավալը որոշելիս :

Ա-Հետվիրահատական հսկողության անհրաժեշտությունը որոշել բացառապես երեխայի տարիքի հիման վրա
Բ-Վիրահատության ժամանակ օգտագործված օփիոիդների քանակը
Գ-Հետվիրահատական շնչառական բարդությունների բարձր ռիսկը և համապատասխան մոնիթորինգի անհրաժեշտությունը
Դ-Հետվիրահատական հսկողության ծավալը որոշել միայն արթնացման պահին գրանցված Sao2-ցուցանիշով

86.Պիեռ Ռոբենի համախտանիշով նորածնի մոտ պլանավորվում է ընդհանուր անեսթեզիա: Առկա են միկրոգնաթիա և դիրքային շնչուղային օբստրուկցիա: Ո՞րն է առավել կարևոր նախապատրաստական քայլը:
Ա-Կատարել ն/ե ինդուկցիա և մկանային ռելաքսացիա՝ նախատեսել
Բ-Նախապես մշակել դժվար շնչուղիների հիմնական և պահուստային պլան՝ գնահատելով ինքնուրույն շնչառության պահպանման անհրաժեշտությունը
Գ-Բացառել օգնության անհրաժեշտությունը, եթե SpO_2-ը նորմալ է
Դ-Պարտադիր կատարել արագ հաջորդականությամբ ինդուկցիա

87.Երեխայի առաջին աստիճանի ազգականն ունեցել է անեսթեզիայի ընթացքում հաստատված չարորակ հիպերթերմիա: Նախատեսվում է պլանային վիրահատություն: Ո՞րն է առավել անվտանգ ռազմավարությունը:
Ա-Կիրառել սևոֆլուրան՝ փոքր կոնցենտրացիայով
Բ-Կիրառել սուկցինիլխոլին՝ կարճ ազդեցության պատճառով
Գ-Օգտագործել ոչ հրահրող անեսթեզիա՝ խուսափելով ցնդող անեսթետիկներից և սուկցինիլխոլինից
Դ-Ռիսկը համարել աննշան, եթե երեխան նախկինում անեսթեզիա չի ստացել

88.Նախկինում անհաս ծնված երեխան այժմ ունի 47 շաբաթ հետդաշտանային տարիք և ենթարկվում է աճուկային ճողվածքի վիրահատության: Ո՞րն է հետվիրահատական հսկողության առավել ճիշտ կազմակերպումը:
Ա-Դուրս գրել առաջին նորմալ SpO_2-ի դեպքում
Բ-Կազմակերպել հետվիրահատական սրտաշնչառական մոնիթորինգ՝ ապնոէի ռիսկի պատճառով
Գ-Հսկել միայն մարմնի ջերմաստիճանը
Դ-Չկիրառել մոնիթորինգ, եթե կիրառվել է տարածաշրջանային անեսթեզիա

89.8 տարեկան երեխայի մոտ պլանային վիրահատությունից առաջ պարզվում են կրկնվող երկարատև քթային արյունահոսություններ և ընտանիքում արյունահոսական հիվանդության դեպք: Ո՞րն է առավել հիմնավորված որոշումը:
Ա-Կատարել վիրահատությունը, եթե թրոմբոցիտների քանակը նորմալ է
Բ-Նշանակել միայն պրոթրոմբինային ժամանակ և անմիջապես սկսել անեսթեզիան

Գ-Հետաձգել պլանային վիրահատությունը՝ նպատակային հեմատոլոգիական գնահատման համար
Դ-Բացառել հեմոստազի խանգարումը նորմալ հեմոգլոբինի դեպքում

90.6 ամսական երեխան ունի մեծ փորոքային միջնապատի դեֆեկտ, թոքային գերհոսքի և սրտային անբավարարության նշաններ: Նախատեսվում է ոչ սրտային պլանային վիրահատություն: Ո՞րն է առավել հիմնավորված մոտեցումը:
Ա-Կատարել անեսթեզիան՝ առանց լրացուցիչ նախավիրահատական գնահատման
Բ-Նախ իրականացնել սրտաբանական և հեմոդինամիկ օպտիմալացում, ապա պլանավորել անեսթեզիան
Գ-Նվազեցնել համակարգային անոթային դիմադրությունը՝ առանց հսկողության
Դ-Կիրառել միայն բարձր FiO_2՝ որպես լիարժեք բուժում

91.3 ամսական երեխան ունի Պիեռ Ռոբենի հաջորդականություն (Pierre Robin sequence)՝ արտահայտված միկրոգնաթիայով և գլոսոպտոզով: Նախատեսվում է քիմքի ճեղքի վիրահատական շտկում: Նախավիրահատական զննման ժամանակ մեջքի վրա պառկած դիրքում նկատվում են վերին շնչուղիների օբստրուկցիայի նշաններ: Ո՞րն է անեսթեզիայի ինդուկցիայի առավել նպատակահարմար սկզբունքը:
Ա-Կատարել արագ հաջորդականությամբ ինդուկցիա՝ նախապես կիրառելով մկանային ռելաքսանտ:
Բ-Պլանավորել ինդուկցիան՝ հնարավորության դեպքում պահպանելով ինքնուրույն շնչառությունը մինչև շնչուղիների հուսալի ապահովումը:
Գ-Կատարել ինդուկցիան՝ կիրառելով վիդեոլարինգոսկոպիա և մկանային ռելաքսացիա՝ ինտուբացիայի պայմանները բարելավելու նպատակով:
Դ-Նախապես կատարել խոր սեդացիա՝ շնչուղիների օբստրուկցիան նվազեցնելու նպատակով:

92.2 տարեկան երեխայի մոտ ադենոիդէկտոմիայից հետո, էքստուբացիայի ընթացքում, զարգանում է արտահայտված ներշնչական օբստրուկցիա: Դիմակով վենտիլյացիան դժվարացած է, կրծքավանդակի շնչառական շարժումները պահպանված են, սակայն օդի մուտքը թոքեր խիստ սահմանափակ է: SpO_2-ը նվազում է մինչև 88%: Ո՞րն է սկզբնական առավել նպատակահարմար միջամտությունը:
Ա-Կիրառել 100% թթվածին, ծնոտի առաջբերում և շարունակական դրական ճնշում՝ միաժամանակ վերացնելով գրգռիչ գործոնը:
Բ-Անմիջապես կատարել կրկնակի լարինգոսկոպիա՝ առանց դիմակային օքսիգենացիան վերականգնելու փորձի:
Գ-Ներարկել բրոնխոդիլատատ՝ ենթադրելով ստորին շնչուղիների օբստրուկցիա:
Դ-Սպասել ինքնուրույն վերականգնմանը՝ առանց շնչուղային միջամտության:

93.4 տարեկան երեխան ներկայացել է պլանային օրթոպեդիկ վիրահատության: Վերջին երկու օրվա ընթացքում ունի 38.5°C ջերմություն, խորխային հազ և արտահայտված քթային

արտադրություն: Նախատեսվում է էնդոտրախեալ ինտուբացիա: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:
Ա-Անցկացնել վիրահատությունը՝ նախապես կիրառելով ինհալացիոն բրոնխոդիլատատ:
Բ-Հետաձգել պլանային վիրահատությունը՝ հաշվի առնելով պերիօպերացիոն շնչառական բարդությունների բարձր ռիսկը:
Գ-Կատարել անեսթեզիան՝ ընտրելով միայն ինհալացիոն ինդուկցիա:
Դ-Կատարել վիրահատությունը՝ նախապես կիրառելով կորտիկոստերոիդ՝ շնչուղիների ռեակտիվությունը կանխելու համար:

94.6 ամսական երեխան ունի չշտկված Ֆալոյի տետրադա: Անեսթեզիայի ինդուկցիայից հետո դիտվում են արտահայտված ցիանոզ, SpO_2-ի նվազում 82%-ից մինչև 55% և զարկերակային ճնշման անկում: Կասկածվում է հիպերցիանոտիկ նոպա: Ո՞ր հեմոդինամիկ փոփոխությունն առավել արդյունավետ կնպաստի աջից ձախ շունտավորման նվազեցմանը:
Ա-Համակարգային անոթային դիմադրության նվազեցում:
Բ-Թոքային անոթային դիմադրության բարձրացում:
Գ-Համակարգային անոթային դիմադրության բարձրացում և աջ փորոքի նախաբեռնվածության պահպանում:
Դ-Սրտի հաճախության զգալի բարձրացում՝ β-ադրեներգիկ խթանմամբ:

95.8 ամսական երեխան ծանր թոքային հիպերտենզիայով ենթարկվում է ոչ սրտային վիրահատության: Ինտուբացիայից հետո առաջանում են ծանր հիպոքսեմիա, համակարգային հիպոտենզիա և աջ փորոքի ֆունկցիայի վատթարացման նշաններ: Ո՞ր միջամտությունների համակցությունն է առավել նպատակահարմար:
Ա-Բարձրացնել PEEP-ը մինչև առավելագույն արժեքներ և սահմանափակել թթվածնի ներշնչվող կոնցենտրացիան:
Բ-Ապահովել օքսիգենացիան և նորմոկապնիան, շտկել ացիդոզն ու հիպոտենզիան, կիրառել ինհալացիոն թոքային վազոդիլատատ՝ ըստ հասանելիության:
Գ-Առաջացնել վերահսկվող հիպերկապնիա՝ թոքային արյան հոսքը նվազեցնելու համար:
Դ-Կիրառել համակարգային վազոդիլատատ՝ առանց զարկերակային ճնշման լրացուցիչ աջակցության:

96.7 տարեկան երեխայի մոտ հայտնաբերվել է առաջային միջնորմի մեծ գոյացություն: Երեխան չի կարողանում պառկել մեջքի վրա՝ շնչահեղձության պատճառով: Նախատեսվում է ախտորոշիչ բիոպսիա: Ո՞ր անեսթեզիոլոգիական մարտավարությունն է առավել հիմնավորված:
Ա-Արագ ինդուկցիա՝ մկանային ռելաքսացիայով, քանի որ դա վերացնում է շնչուղիների կոմպրեսիան:
Բ-Ընտրել հնարավորինս նվազ ինվազիվ բիոպսիայի եղանակ, անհրաժեշտության դեպքում պահպանել ինքնուրույն շնչառությունը և նախապես մշակել շնչուղային ու հեմոդինամիկ փրկարար պլան:
Գ-Կատարել խոր սեդացիա՝ երեխային պարտադիր մեջքի վրա տեղադրելով:

Դ-Նախապես ինտուբացնել երեխային և ենթադրել, որ էնդոտրախեալ խողովակը կվերացնի բոլոր մակարդակների շնչուղային կոմպրեսիան:

97.Նախկինում անհաս ծնված երեխան (գեստացիոն տարիք՝ 30 շաբաթ) այժմ ունի 48 շաբաթ հետդաշտանային տարիք: Նախատեսվում է աճուկային ճողվածքի վիրահատություն: Հեմոգլոբինը՝ 9 գ/դլ: Ո՞րն է հետվիրահատական հսկողության առավել նպատակահարմար կազմակերպումը:
Ա-Դուրս գրել արթնանալուց անմիջապես հետո, եթե SpO_2-ը նորմալ է:
Բ-Հսկել միայն առաջին 30 րոպեի ընթացքում՝ ապնոէի բացակայության դեպքում:
Գ-Ապահովել առնվազն 12-ժամյա սրտաշնչառական մոնիթորինգ՝ հետվիրահատական ապնոէի ռիսկի պատճառով:
Դ-Սահմանափակվել միայն պարբերական պուլսօքսիմետրիայով՝ առանց ապնոէի կամ սրտի հաճախության մոնիթորինգի:

98.3 շաբաթական, 3.2 կգ քաշով նորածինը ենթարկվում է երեքժամյա որովայնային վիրահատության: Նախավիրահատական շրջանում ստացել է գլյուկոզա պարունակող ինֆուզիա: Անեսթեզիայի ընթացքում նախատեսվում է շարունակական հեղուկային թերապիա: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:
Ա-Դադարեցնել գլյուկոզայի ներմուծումը և օգտագործել միայն գլյուկոզա չպարունակող բյուրեղային լուծույթ:
Բ-Շարունակել տարիքին և կլինիկական վիճակին համապատասխան գլյուկոզայի մատակարարումը՝ արյան գլյուկոզայի պարբերական վերահսկմամբ:
Գ-Կիրառել բարձր կոնցենտրացիայի գլյուկոզա՝ առանց գլիկեմիայի մոնիթորինգի:
Դ-Գլյուկոզայի ներմուծման անհրաժեշտությունը որոշել միայն վիրահատության վերջում:

99.5 տարեկան, 20 կգ քաշով երեխայի մոտ ընդհանուր անեսթեզիայի պայմաններում կատարվում է ուլտրաձայնային հսկողությամբ պերիֆերիկ նյարդային բլոկադա՝ ռոպիվակաինով: Ներարկումից անմիջապես հետո առաջանում են փորոքային առիթմիա և ծանր հիպոտենզիա: Կասկածվում է տեղային անեսթետիկի համակարգային թունավորություն: Ստանդարտ վերակենդանացման միջոցառումներին զուգահեռ, 20% լիպիդային էմուլսիայի կիրառման ո՞ր սխեման է առավել ճիշտ:
Ա-20% լիպիդային էմուլսիա՝ 1.5 մլ/կգ բոլյուս 2–3 րոպեի ընթացքում, այնուհետև 0.25 մլ/կգ/րոպե շարունակական ինֆուզիա:
Բ-20% լիպիդային էմուլսիա՝ 0.5 մլ/կգ բոլյուս, այնուհետև 0.1 մլ/կգ/րոպե շարունակական ինֆուզիա:
Գ-20% լիպիդային էմուլսիա՝ 1.5 մլ/կգ բոլյուս, այնուհետև 0.05 մլ/կգ/րոպե շարունակական ինֆուզիա:
Դ-20% լիպիդային էմուլսիա՝ 3 մլ/կգ բոլյուս, այնուհետև 0.5 մլ/կգ/րոպե շարունակական ինֆուզիա:

100.6 տարեկան երեխայի մոտ ռոկուրոնիումի ներարկումից կարճ ժամանակ անց զարգանում են արտահայտված հիպոտենզիա, բրոնխոսպազմ և մաշկային հիպերեմիա: Կասկածվում է ծանր պերիօպերացիոն անաֆիլաքսիա: Ո՞ր դեղամիջոցն է առաջին ընտրությունը հեմոդինամիկ խանգարումների բուժման համար:
Ա-Հիդրոկորտիզոն:
Բ-Դիֆենհիդրամին:
Գ-Ադրենալին:
Դ-Սալբուտամոլ:

101.9 տարեկան երեխան Դյուշենի մկանային դիստրոֆիայով ենթարկվելու է ազդրոսկրի վիրահատության: Նախատեսվում է ընդհանուր անեսթեզիա: Ո՞ր անեսթեզիոլոգիական ռազմավարությունն է առավել հիմնավորված:
Ա-Օգտագործել սուկցինիլխոլին՝ մկանային ռելաքսացիայի կարճ տևողության պատճառով:
Բ-Նախընտրել ներերակային անեսթեզիայի տեխնիկա և խուսափել սուկցինիլխոլինից ու ցնդող ինհալացիոն անեսթետիկներից՝ հաշվի առնելով ռաբդոմիոլիզի և հիպերկալիեմիայի վտանգը:
Գ-Օգտագործել սևոֆլուրան բարձր կոնցենտրացիայով՝ մկանային տոնուսը նվազեցնելու նպատակով:
Դ-Չկատարել նախավիրահատական սրտաբանական գնահատում, եթե կլինիկորեն սրտային անբավարարություն չի հայտնաբերվում:

102.2 տարեկան երեխան որովայնային վիրահատությունից հետո ստանում է հիպոտոնիկ պահպանողական ինֆուզիոն լուծույթ: Հետվիրահատական առաջին 18 ժամում զարգանում են քնկոտություն, կրկնվող փսխումներ և գեներալիզացված ցնցումներ: Շիճուկային Na^+՝ 119 մմոլ/լ: Ո՞րն է առավել հավանական մեխանիզմը և բուժման առաջնահերթությունը:
Ա-Հիպովոլեմիկ հիպերնատրեմիա, որի համար անհրաժեշտ է մեծացնել ազատ ջրի ներմուծումը:
Բ-Սուր սիմպտոմատիկ հիպոնատրեմիա՝ ուղեղային այտուցի վտանգով, որը պահանջում է անհապաղ 3% NaCl-ի վերահսկվող կիրառություն:
Գ-Հիպոկալցեմիա, որի դեպքում անհրաժեշտ է կալցիումի գլյուկոնատ՝ առանց էլեկտրոլիտների լրացուցիչ գնահատման:
Դ-Հիպերգլիկեմիկ հիպերօսմոլյար վիճակ, որը պահանջում է ինսուլինի անհապաղ ներմուծում:

103.12 տարեկան երեխան տիպ 1 շաքարային դիաբետով ներկայացել է պլանային վիրահատության: Նախավիրահատական հետազոտությամբ՝ գլյուկոզա՝ 340 մգ/դլ, pH՝ 7.18, HCO_3^-՝ 11 մմոլ/լ, արյան կետոններ՝ բարձր: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար մոտեցումը:
Ա-Կատարել պլանային վիրահատությունը՝ անեսթեզիայի ընթացքում շտկելով հիպերգլիկեմիան:
Բ-Հետաձգել վիրահատությունը և սկսել դիաբետիկ կետոացիդոզի համապատասխան բուժումը:
Գ-Նվազեցնել գլյուկոզայի մակարդակը ինսուլինի մեկ բոլյուսով և անմիջապես սկսել վիրահատությունը:

Դ-Կատարել վիրահատությունը՝ նախապես ներարկելով նատրիումի բիկարբոնատ:

104.10 տարեկան երեխան մանգաղաբջջային հիվանդությամբ ենթարկվում է պլանային խոլեցիստէկտոմիայի: Նախավիրահատական շրջանում վիճակը կայուն է, սակայն նախկինում ունեցել է սուր կրծքային համախտանիշ: Ո՞րն է պերիօպերացիոն կառավարման առավել հիմնավորված սկզբունքը:
Ա-Պահպանել նորմոթերմիա, բավարար օքսիգենացիա և հիդրատացիա՝ խուսափելով ացիդոզից ու հիպովենտիլյացիայից և անհատապես գնահատելով տրանսֆուզիոն պլանը:
Բ-Կիրառել վերահսկվող հիպոքսիա՝ HbS-ի քանակը նվազեցնելու համար:
Գ-Նվազեցնել ինֆուզիոն թերապիան՝ անկախ ծավալային կարգավիճակից:
Դ-Խուսափել նախավիրահատական հեմատոլոգիական խորհրդատվությունից՝ եթե հեմոգլոբինը կայուն է:

105.8 տարեկան երեխայի մոտ սևոֆլուրանով ընդհանուր անեսթեզիայի ընթացքում առաջանում են $EtCO_2$-ի արագ բարձրացում՝ չնայած րոպեական վենտիլյացիայի ավելացմանը, տախիկարդիա և մկանային ռիգիդություն: Ո՞րն է ամենահիմնավորված անհապաղ մոտեցումը:
Ա-Շարունակել սևոֆլուրանը և միայն ավելացնել թոքերի վենտիլյացիան:
Բ-Դադարեցնել հրահրող անեսթետիկները, ապահովել 100% O_2-ով հիպերվենտիլյացիա և անհապաղ սկսել դանտրոլենի կիրառումը:
Գ-Ներարկել միայն կալցիումի գլյուկոնատ և շարունակել վիրահատությունը:
Դ-Սպասել մարմնի ջերմաստիճանի ≥40°C բարձրացմանը՝ մինչև բուժում սկսելը:

106.2 ամսական երեխան ընդունվել է հիպերտրոֆիկ պիլորոստենոզի կապակցությամբ: Նշվում են կրկնվող փսխումներ, քլորի կոնցենտրացիան՝ 88 մմոլ/լ, HCO_3^-՝ 36 մմոլ/լ: Նախատեսվում է պիլորոմիոտոմիա: Ո՞րն է անեսթեզիոլոգի առավել ճիշտ մոտեցումը:
Ա-Անմիջապես սկսել անեսթեզիան՝ հաշվի առնելով ստամոքսի ելքի օբստրուկցիան
Բ-Վիրահատությունից առաջ կատարել հեղուկային և էլեկտրոլիտային խանգարումների շտկում, ստամոքսի դեկոմպրեսիա և հետո պլանավորել անեսթեզիան
Գ-Սկսել անեսթեզիան՝ միայն ստամոքսի դեկոմպրեսիայից հետո՝ առանց ալկալոզի շտկման
Դ-Անցկացնել անեսթեզիան՝ միայն ներշնչական ինդուկցիայի կիրառմամբ

107.4 տարեկան երեխան ծանր օբստրուկտիվ քնի ապնոէի պատճառով ենթարկվել է ադենոտոնզիլէկտոմիայի: Նախավիրահատական պոլիսոմնոգրաֆիայով AHI-ն 24/ժամ է, SpO_2-ի նվազագույն արժեքը՝ 76%: Վիրահատության ավարտին երեխան կայուն է: Ո՞րն է հետվիրահատական վարման առավել հիմնավորված տարբերակը:
Ա-Սովորական կարճատև հսկողությունից հետո տուն դուրս գրել, եթե երեխան արթուն է
Բ-Անցկացնել շարունակական շնչառական մոնիթորինգով գիշերային ստացիոնար հսկողություն
Գ-Բոլոր դեպքերում նախատեսել առնվազն 24-ժամյա մեխանիկական վենտիլյացիա
Դ-Հետվիրահատական հսկողության ծավալը որոշել միայն վիրահատության տևողությամբ

108.3 տարեկան երեխայի մոտ նախատեսվում է աճուկային ճողվածքի վիրահատություն՝ ընդհանուր անեսթեզիայի և կաուդալ էպիդուրալ բլոկադայի համակցմամբ: Նախավիրահատական զննման ժամանակ սրբանային շրջանում հայտնաբերվում է մաշկի տեղային թարախային բորբոքում՝ նախատեսվող պունկցիայի հատվածում: Ո՞րն է առավել ճիշտ որոշումը:
Ա-Կատարել կաուդալ բլոկադան՝ նախապես կիրառելով հակաբիոտիկ
Բ-Կատարել պունկցիան բորբոքված հատվածի հարևանությամբ՝ առանց լրացուցիչ գնահատման
Գ-Հրաժարվել կաուդալ բլոկադայից և ընտրել ցավազրկման այլ եղանակ
Դ-Կաուդալ բլոկադան կատարել՝ նվազեցնելով տեղային անեսթետիկի դեղաչափը

109.Ժամանակից շուտ ծնված նորածնի մոտ ախտորոշվել է բնածին դիաֆրագմալ ճողվածք՝ թոքային հիպերտենզիայի նշաններով: Անհրաժեշտ է զարկերակային արյան գազերի նախադուկտալ գնահատում: Ո՞ր անոթի կատետերիզացիան է առավել նպատակահարմար:
Ա-Ձախ ազդրային զարկերակ
Բ-Պորտային զարկերակ
Գ-Աջ ճաճանչային զարկերակ
Դ-Աջ ազդրային զարկերակ

110.6 տարեկան երեխայի ստրաբիզմի վիրահատության ընթացքում, արտաքին ակնաշարժ մկանի ձգման պահին, սրտի հաճախությունը 110-ից նվազում է մինչև 48 զարկ/րոպե: SpO_2-ն և $EtCO_2$-ը մնում են նորմալ սահմաններում, զարկերակային ճնշումը պահպանված է: Ո՞րն է անեսթեզիոլոգի առաջին գործողությունը:
Ա-Անմիջապես ներարկել ատրոպին՝ առանց վիրաբուժական միջամտության փոփոխության
Բ-Խնդրել վիրաբույժին անմիջապես դադարեցնել մկանի ձգումը և գնահատել սրտի ռիթմի վերականգնումը
Գ-Բարձրացնել ներշնչվող անեսթետիկի կոնցենտրացիան՝ շարունակելով վիրահատությունը
Դ-Ներարկել ադրենալին՝ առանց վիրաբուժական խթանի դադարեցման

Սկզբնաղբյուրներ՝

Bissonnette B. (ed.) Pediatric Anesthesia: Basic Principles, State of the Art, Future. PMPH-USA, 2011: ՝ Miller's Anesthesia, 8th ed. «Regional Anesthesia in Children», 93 «Pediatric Anesthesia», 94 «Anesthesia for Pediatric Cardiac Surgery», 95 «Pediatric and Neonatal Intensive Care», 108 «CPR», Ebrahim H. et al. 1000 Practice MTF MCQs for the Primary and Final FRCA, 2019:

APAGBI — Exam Preparation Resources: https://www.apagbi.org.uk/trainee-hub/exam-preparation-resources

OpenAnesthesia — Clinical keywords and quizzes: https://www.openanesthesia.org/quizzes/

ASRA — Local Anesthetic Systemic Toxicity (LAST) checklist: https://www.asra.com/checklist

Oxford — Pediatric Anesthesiology: A Comprehensive Board Review (2015): https://academic.oup.com/book/31809

Springer — Pediatric Anesthesiology Review: Clinical Cases for Self-Assessment (2021): https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-60656-5

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱԿԵՆԴԱՆԱՑՈՒՄ ԵՎ ԻՆՏԵՆՍԻՎ ԹԵՐԱՊԻԱ

111.Համաձայն 2024 թ. Phoenix միջազգային կոնսենսուսային չափանիշների՝ ո՞ր պայմանն է բավարար մանկական սեպսիսի ախտորոշման համար:
Ա-Կասկածվող վարակ և SOFA սանդղակով ≥2 միավոր
Բ-Կասկածվող վարակ և Phoenix Sepsis Score ≥2 միավոր
Գ-Մարմնի ջերմաստիճան >38.5°C և լեյկոցիտոզ
Դ-Կասկածվող վարակ և CRP-ի բարձրացում՝ անկախ օրգանային դիսֆունկցիայից

112.Phoenix չափանիշներով սեպտիկ շոկի ախտորոշման համար անհրաժեշտ է՝
Ա-Հիպոտենզիա և լակտատի բարձրացում
Բ-Վազոպրեսորների կիրառման անհրաժեշտություն
Գ-Սեպսիսի առկայություն՝ զուգակցված առնվազն 1 սրտանոթային միավորի հետ
Դ-Լակտատ >4 mmol/L՝ անկախ մյուս ցուցանիշներից

113.Phoenix Sepsis Score-ի ո՞ր համակարգերն են ընդգրկված գնահատման մեջ:
Ա-Շնչառական, սրտանոթային, կոագուլյացիոն և նյարդաբանական
Բ-Շնչառական, երիկամային, լյարդային և սրտանոթային
Գ-Սրտանոթային, երիկամային, լյարդային և իմունաբանական
Դ-Շնչառական, մարսողական, նյարդաբանական և երիկամային

114.6 տարեկան երեխայի մոտ կասկածվում է բակտերիալ վարակ: Phoenix գնահատման ժամանակ գրանցվել են՝ լակտատ 6 mmol/L, MAP (միջին զարկերակային ճնշում)՝ 45 mmHg, առանց վազոակտիվ դեղերի: Մյուս համակարգերի ցուցանիշները նորմալ են: Ո՞րն է Phoenix սրտանոթային գնահատականը:
Ա-0 միավոր
Բ-1 միավոր
Գ-2 միավոր
Դ-3 միավոր

115.Ո՞ր պնդումն է առավել ճիշտ արյան լակտատի վերաբերյալ սեպսիսի գնահատման ժամանակ:
Ա-Լակտատի նորմալ արժեքը բացառում է սեպտիկ շոկը
Բ-Լակտատը պետք է որոշել միայն հիպոտենզիայի առկայության դեպքում
Գ-Լակտատի որոշումը խորհուրդ է տրվում որպես սկզբնական գնահատման և վարման բաղադրիչ
Դ-Լակտատի մակարդակը միայնակ բավարար է սեպսիսի ախտորոշման համար

116.Սեպտիկ շոկի կասկածով երեխայի մոտ հակաբիոտիկային բուժումը պետք է սկսել՝
Ա-Առաջին 3 ժամվա ընթացքում
Բ-Հնարավորինս շուտ, իդեալական՝ սեպսիսի ճանաչումից հետո առաջին 1 ժամվա ընթացքում
Գ-Միայն արյան ցանքի պատասխանը ստանալուց հետո

Դ-Միայն լակտատի երկրորդ չափումից հետո

117.Սեպսիսի հետ կապված օրգանային դիսֆունկցիա ունեցող, սակայն շոկ չունեցող երեխայի դեպքում 2026 թ. Surviving Sepsis Campaign ուղեցույցը հակաբիոտիկների մեկնարկի ի՞նչ մոտեցում է առաջարկում:
Ա-Բոլոր դեպքերում անհապաղ, առանց ախտորոշիչ գնահատման
Բ-Առաջին 1 ժամվա ընթացքում՝ անկախ կլինիկական իրավիճակից
Գ-Արագ, ժամանակով սահմանափակված ախտորոշիչ գնահատումից հետո, եթե սեպսիսի կասկածը հաստատվում է՝ իդեալականորեն առաջին 3 ժամվա ընթացքում
Դ-Միայն մանրէաբանական հաստատումից հետո

118.Արյան ցանքս վերցնելու վերաբերյալ ո՞ր մոտեցումն է համապատասխանում ուղեցույցին:
Ա-Ցանքսը պարտադիր է վերցնել հակաբիոտիկի առաջին դեղաչափից հետո
Բ-Ցանքսը պետք է վերցնել մինչև հակաբիոտիկի նշանակումը, եթե դա էականորեն չի ուշացնում բուժումը
Գ-Ցանքսի վերցնելը պարտադիր չէ, եթե առկա է բարձր պրոկալցիտոնին
Դ-Ցանքսը պետք է վերցնել միայն կենտրոնական երակային կաթետերից

119.Սեպտիկ շոկով երեխայի մոտ հայտնաբերվել է վարակի վիրաբուժական վերահսկում պահանջող օջախ: Ո՞րն է ճիշտ մոտեցումը:
Ա-Վիրաբուժական միջամտությունը հետաձգել մինչև հեմոդինամիկ բոլոր ցուցանիշների լիարժեք նորմալացումը
Բ-Սկզբում կիրառել միայն հակաբիոտիկներ և սպասել 48 ժամ
Գ-Ապահովել վարակի աղբյուրի վերահսկումը հնարավորինս շուտ՝ ախտորոշումից հետո
Դ-Վիրաբուժական միջամտությունը կատարել միայն արյան ցանքի դրական պատասխանից հետո

120.Հակաբիոտիկային բուժման ընթացքում հայտնաբերվել է հարուցիչը և նրա զգայունությունը հակամանրէային դեղերի նկատմամբ: Ո՞րն է հետագա ճիշտ քայլը:
Ա-Շարունակել սկզբնական լայն սպեկտրի բուժումը մինչև բուժման ավարտը
Բ-Անցնել նպատակային, նեղ սպեկտրի հակաբիոտիկային բուժման՝ ըստ հարուցչի զգայունության
Գ-Ավելացնել երկրորդ լայն սպեկտրի հակաբիոտիկ
Դ-Հակաբիոտիկը դադարեցնել անկախ կլինիկական վիճակից

121.Ինտենսիվ թերապիայի հասանելիություն ունեցող բուժհաստատությունում սեպտիկ շոկով երեխայի հեղուկների լրացման համար 2026 թ. ուղեցույցով առաջարկվող առավելագույն ծավալը առաջին ժամվա ընթացքում կազմում է՝
Ա-10–20 մլ/կգ
Բ-20–30 մլ/կգ
Գ-Մինչև 40–60 մլ/կգ՝ 10–20 մլ/կգ առանձին բոլյուսներով
Դ-80–100 մլ/կգ՝ անկախ հեմոդինամիկ պատասխանից

122.Սեպտիկ շոկով երեխային հեղուկի յուրաքանչյուր բոլյուսից հետո ի՞նչ պետք է կատարել:
Ա-Անմիջապես կրկնել նույն ծավալի բոլյուսը
Բ-Վերագնահատել հեմոդինամիկ վիճակը և շարունակել հեղուկի ներարկումը միայն ըստ կլինիկական պատասխանի
Գ-Չափել միայն զարկերակային ճնշումը
Դ-Հեղուկի ներարկումը շարունակել մինչև կենտրոնական երակային ճնշման 12–15 mmHg հասնելը

123.Սեպտիկ շոկով երեխայի սկզբնական հեղուկների դեֆիցիտի լրացման համար ո՞ր լուծույթն է նախընտրելի:
Ա-5% ալբումին
Բ-Հիպերտոնիկ NaCl 3%
Գ-Բալանսավորված կամ բուֆերացված բյուրեղային լուծույթ
Դ-5% գլյուկոզա

124.Սեպտիկ շոկով երեխայի մոտ հեղուկները լրացնելու ընթացքում ի հայտ են եկել լյարդի մեծացում, թոքերում թաց խզզոցներ և դեսատուրացիա: Ո՞րն է ճիշտ քայլը:
Ա-Շարունակել հեղուկի բոլյուսները մինչև պերֆուզիայի լիարժեք նորմալացումը
Բ-Դադարեցնել հեղուկային բոլյուսները և վերագնահատել հեմոդինամիկան՝ հաշվի առնելով հեղուկային գերբեռնվածությունը
Գ-Ավելացնել ալբումին
Դ-Անմիջապես անցնել արյան պլազմայի փոխներարկման

125.Սեպտիկ շոկով երեխայի հեմոդինամիկ գնահատման համար ո՞ր ցուցանիշների համակցված գնահատումն է առավել ճիշտ:
Ա-Միայն սիստոլիկ զարկերակային ճնշում
Բ-Միայն կենտրոնական երակային ճնշում
Գ-Սրտի հաճախություն, մազանոթային լցման ժամանակ, վերջույթների ջերմաստիճան, պուլսի որակ, գիտակցություն և դիուրեզ
Դ-Միայն լակտատ և թթվածնային սատուրացիա

126.Սեպտիկ շոկով երեխայի մոտ, չնայած հեղուկների դեֆիցիտի լրացմանը, վազոակտիվ բուժմանը, պահպանվում են հյուսվածքային հիպոպերֆուզիայի նշաններ: Ո՞ր ցուցանիշն է առավել նպատակահարմար գնահատել որպես սրտի արտամղման և համակարգային թթվածնային մատակարարման հարաբերակցության լրացուցիչ ցուցիչ:
Ա-Կենտրոնական երակային ճնշում (CVP)
Բ-Կենտրոնական երակային արյան թթվածնային հագեցվածություն ($ScvO_2$)
Գ-Միջին զարկերակային ճնշում (MAP)
Դ-Դիուրեզ (մլ/կգ/ժ)

127.Սեպտիկ շոկով երեխայի մոտ վազոակտիվ բուժման անհրաժեշտություն կա, սակայն կենտրոնական երակային կաթետեր դեռ տեղադրված չէ: Ո՞րն է ուղեցույցին համապատասխան մոտեցումը:
Ա-Սպասել կենտրոնական կաթետերի տեղադրմանը
Բ-Վազոակտիվ բուժումը սկսել ծայրամասային երակային հասանելիությամբ՝ չուշացնելով բուժումը
Գ-Սկսել միայն հեղուկային ռեանիմացիան
Դ-Վազոակտիվ բուժումը հակացուցված է ծայրամասային երակով

128.2026 թ. մանկական Surviving Sepsis Campaign ուղեցույցի համաձայն՝ սեպտիկ շոկի ժամանակ էպինեֆրինի և նորէպինեֆրինի առաջին գծի ընտրության վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:
Ա-Էպինեֆրինը պարտադիր նախընտրելի է բոլոր երեխաների մոտ:
Բ-Նորեպինեֆրինը պարտադիր նախընտրելի է բոլոր երեխաների մոտ:
Գ-Առկա ապացույցները բավարար չեն դրանցից որևէ մեկի համընդհանուր նախապատվությունը սահմանելու համար:
Դ-Դոպամինը պարտադիր առաջին ընտրությունն է:

129.Բարձր դեղաչափերով կատեխոլամիններ ստացող սեպտիկ շոկով երեխայի մոտ պահպանվում է հեմոդինամիկ անկայունությունը: Ո՞ր մոտեցումն է ընդունելի ըստ ուղեցույցի:
Ա-Պարտադիր դադարեցնել բոլոր կատեխոլամինները
Բ-Դիտարկել վազոպրեսինի ավելացումը կամ կատեխոլամինների հետագա տիտրումը
Գ-Անմիջապես նշանակել միայն դեքսամետազոն
Դ-Դադարեցնել վազոակտիվ բուժումը և շարունակել հեղուկային բոլյուսները

130.Սեպտիկ շոկով երեխայի մոտ, որի հեմոդինամիկ կայունությունը վերականգնվել է հեղուկային և վազոակտիվ բուժմամբ, ներերակային հիդրոկորտիզոնի կիրառման վերաբերյալ ո՞ր մոտեցումն է առաջարկվում:
Ա-Կիրառել բոլոր երեխաների մոտ՝ անկախ հեմոդինամիկ վիճակից
Բ-Կիրառել միայն լակտատի բարձրացման դեպքում
Գ-Չկիրառել հիդրոկորտիզոն որպես սովորական ռուտինային բուժում
Դ-Կիրառել բոլոր երեխաների մոտ՝ առաջին ժամվա ընթացքում

131.Սեպսիսով կամ սեպտիկ շոկով երեխայի ինտուբացիայի ժամանակ ո՞ր դեղամիջոցից խորհուրդ է տրվում խուսափել:
Ա-Կետամին
Բ-Էտոմիդատ
Գ-Ֆենտանիլ
Դ-Ռոկուրոնիում

132.Սեպսիսով կամ սեպտիկ շոկով երեխայի վերակենդանացումից հետո լրացուցիչ թթվածնի կիրառման պայմաններում 2026 թ. ուղեցույցն ի՞նչ SpO_2 թիրախային միջակայք է առաջարկում:

Ա-95–100%
Բ-88–92%
Գ-92–96%
Դ-80–85%

133.Սեպտիկ շոկով երեխայի մոտ առկա է ծանր մետաբոլիկ ացիդոզ՝ pH 7.08, HCO_3^- 8 mmol/L, լակտատ՝ 6 mmol/L: Նատրիումի բիկարբոնատի կիրառման վերաբերյալ ո՞ր մոտեցումն է առավել համապատասխանում ժամանակակից ուղեցույցներին:
Ա-Կիրառել բոլոր դեպքերում, երբ pH-ը 7.2-ից ցածր է
Բ-Կիրառել պարտադիր, եթե լակտատը գերազանցում է 4 mmol/L-ը
Գ-Չկիրառել ռուտինային կերպով միայն սեպտիկ շոկի հետ կապված լակտատացիդոզի շտկման նպատակով
Դ-Կիրառել բոլոր դեպքերում՝ անկախ երիկամային ֆունկցիայից և հեմոդինամիկ վիճակից

134.Սեպսիսով կամ սեպտիկ շոկով երեխայի մոտ ներերակային իմունոգլոբուլինի (IVIG) ռուտինային կիրառման վերաբերյալ ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:
Ա-Խորհուրդ է տրվում բոլոր սեպտիկ շոկով երեխաներին
Բ-Խորհուրդ է տրվում բոլոր գրամ-բացասական սեպսիսների դեպքում
Գ-Ռուտինային կիրառումը խորհուրդ չի տրվում
Դ-Պարտադիր է կիրառել բազմաօրգանային անբավարարության դեպքում

135.Ո՞րն է 2500կգ քաշով նորածնին առաջարկվող ինտուբացիոն խողովակի համարը.
Ա-խողովակի ներքին տրամաչափ 2.5 մմ
Բ-խողովակի ներքին տրամաչափ 2 մմ
Գ-խողովակի ներքին տրամաչափ 3.5 մմ
Դ-խողովակի ներքին տրամաչափ 4.5 մմ

136.4 տարեկան երեխային տեղափոխել են ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք՝ շարունակվող տոնիկ-կլոնիկ ցնցումներով: Ցնցումները տևում են 7 րոպե: Երեխայի քաշը՝ 16 կգ: Արյան գլյուկոզան նորմալ է: Ո՞րն է առաջին գծի դեղորայքային բուժումը:
Ա-Լևետիրացետամ 60 մգ/կգ ներերակային
Բ-Դիազեպամ 0.1-0.2 մգ/կգ ներերակային
Գ-Ֆենոբարբիտալ 20 մգ/կգ ներերակային
Դ-Վալպրոատ 40 մգ/կգ ներերակային

137.8 տարեկան երեխայի մոտ շարունակվում են գեներալիզացված ցնցումները՝ չնայած դիազեպամի երկու համապատասխան դեղաչափերին: Հեմոդինամիկան կայուն է: Ո՞րն է հաջորդ առավել նպատակահարմար քայլը:
Ա-Սպասել 30 րոպե՝ առանց լրացուցիչ բուժման
Բ-Սկսել երկրորդ գծի հակացնցումային դեղամիջոց, օրինակ՝ լևետիրացետամ
Գ-Նշանակել միայն դեքսամետազոն
Դ-Սկսել մանիտոլ

138.6 տարեկան երեխա՝ էպիլեպտիկ ստատուսով: Բենզոդիազեպինից և լևետիրացետամից հետո ցնցումները շարունակվում են: Ո՞րն է առավել ճիշտ հաջորդ մոտեցումը:
Ա-Շարունակել նույն դեղաչափերով բենզոդիազեպինների անվերջ կրկնումը
Բ-Գնահատել ռեֆրակտեր էպիլեպտիկ ստատուսի առկայությունը, ապահովել շնչուղիների պաշտպանությունը և կազմակերպել ինտենսիվ անզգայացնող բուժում՝ շարունակական էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիա հսկողությամբ
Գ-Դադարեցնել հակացնցումային բոլոր դեղերը
Դ-Նշանակել հակաբիոտիկ

139.10 տարեկան երեխա՝ գիտակցության խանգարմամբ: Տեսանելի ցնցումներ չկան, սակայն էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիայով հայտնաբերվում է շարունակական էպիլեպտիֆորմ ակտիվություն՝ համապատասխան կլինիկական պատկերի հետ: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա-Վեգետատիվ դիսֆունկցիա
Բ-Ոչ կոնվուլսիվ էպիլեպտիկ ստատուս
Գ-Միգրենային աուրա
Դ-Ուղեղային մահ

140.Ինչ սկզբունքով է որոշվում նորածին երեխաների մոտ ինտուբացիոն խողովակի խորությունը հաշված շրթունքի եզրից.
Ա-Հեստացիոն տարիքը (շաբաթներ) ÷4 սմ
Բ-Երեխայի քաշ(կգ) +6 սմ
Գ-Երեխայի քաշ(կգ) +9 սմ
Դ-Հեստացիոն տարիքը (շաբաթներ) ÷6 սմ

141.9 տարեկան երեխա՝ ծանր գանգուղեղային վնասվածքից հետո: Ներգանգային ճնշումը (ներգանգային ճնշում) 28 մմ սնդ. ս. է: Ո՞րն է առավել ճիշտ սկզբնական մոտեցումը:
Ա-Գլուխը պահել հորիզոնական դիրքում
Բ-Գլխի ծայրը բարձրացնել մոտ 30°, պահել գլուխը միջին դիրքում և սկսել ներգանգային ճնշումի վերահսկման համապատասխան միջոցառումները
Գ-Անմիջապես նշանակել հիպոտոնիկ լուծույթներ
Դ-Ակտիվորեն բարձրացնել զարկերակային ածխաթթու գազի մասնակի ճնշումը մինչև 60 մմ սնդ.ս.

142.7 տարեկան երեխա՝ ծանր ԳՈՒՎ-ով: ներգանգային ճնշումը 25 մմ սնդ. ս. է, պահպանվում է ուղեղային պերֆուզիայի ճնշման (ուղեղային պերֆուզիայի ճնշում) նվազում: Ո՞ր բանաձևն է ճիշտ ուղեղային պերֆուզիայի ճնշումի հաշվարկման համար:
Ա-ուղեղային պերֆուզիայի ճնշում = ներգանգային ճնշում – միջին զարկերակային ճնշում
Բ-ուղեղային պերֆուզիայի ճնշում = միջին զարկերակային ճնշում – ներգանգային ճնշում
Գ-ուղեղային պերֆուզիայի ճնշում = միջին զարկերակային ճնշում + ներգանգային ճնշում
Դ-ուղեղային պերֆուզիայի ճնշում = միջին զարկերակային ճնշում / ներգանգային ճնշում

143.Բոլոր տարիքային խմբերում տուժածների կրծքավանդակի սեղմումների(սրտի փակ մերսում) հանձնարարվող հաճախությունը կազմում է.
Ա-40-60 սեղմում րոպեում
Բ-60-80 սեղմում րոպեում
Գ-80-100 սեղմում րոպեում
Դ-100-120 սեղմում րոպեում

144.5 տարեկան երեխա՝ գլխուղեղի ծանր վնասվածքով: Զարգացել է սուր ներգանգային հիպերտենզիա: Ո՞ր հիպերօսմոլյար միջոցն է կիրառելի ներգանգային ճնշումի նվազեցման համար:
Ա-3% հիպերտոնիկ նատրիումի քլորիդ
Բ-0.45% նատրիումի քլորիդ
Գ-5% գլյուկոզա
Դ-10% հիպերտոնիկ նատրիումի քլորիդ

145.8 տարեկան երեխա՝ ԳՈՒՎ-ով: Զարգացել են անիզոկորիա, բրադիկարդիա և հիպերտենզիա: Ո՞րն է այս կլինիկական պատկերի առավել հավանական բացատրությունը:
Ա-Հիպոգլիկեմիա
Բ-Ուղեղի սեպում (հերնացիա) ՝ Կուշինգի ռեակցիայով
Գ-Սեպտիկ շոկ
Դ-Սուր երիկամային անբավարարություն

146.6 տարեկան երեխա՝ ծանր ԳՈՒՎ-ով: Ո՞ր մոտեցումն է առավել նպատակահարմար զարկերակային ածխաթթու գազի մասնակի ճնշումի կառավարման համար՝ ներգանգային ճնշումի վերահսկման նպատակով:
Ա-պրոֆիլակտիկ ծանր հիպերվենտիլյացիա բոլոր երեխաների մոտ
Բ-պահպանել նորմոկապնիան՝ խուսափելով երկարատև պրոֆիլակտիկ հիպերվենտիլյացիայից
Գ-զարկերակային ածխաթթու գազի մասնակի ճնշում-ը բարձրացնել մինչև 70 մմ սնդ. ս.
Դ-զարկերակային ածխաթթու գազի մասնակի ճնշում-ը նվազեցնել մինչև 15 մմ սնդ. ս. բոլոր դեպքերում

147.11 տարեկան երեխա՝ ծանր ԳՈՒՎ-ով, ներգանգային ճնշումի բարձրացումով: Կիրառվել են դիրքային և հիպերօսմոլյար միջոցառումներ, սակայն ներգանգային ճնշումը շարունակում է բարձր մնալ: Ո՞րն է հաջորդ հնարավոր ռազմավարությունը:
Ա-սեդացիայի և անալգեզիայի օպտիմալացում, հեմոդինամիկայի վերահսկում և մասնագիտացված թիմի կողմից հաջորդ փուլի ներգանգային ճնշման բուժման քննարկում
Բ-հեղուկների անվերահսկելի ներմուծում
Գ-հիպոտոնիկ հեղուկների նշանակում
Դ-զարկերակային ածխաթթու գազի մասնակի ճնշում-ը բարձրացնել մինչև 70 մմ սնդ. ս.

148.3 տարեկան երեխա՝ սուր էնցեֆալիտով, զարգացել է գիտակցության անկում և ցնցումներ: Ո՞ր հետազոտությունն է ցուցված:

Ա-Շարունակական էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիա մոնիտորինգ
Բ-Գլխուղեղի ՀՇ
Գ-Կրծքավանդակի ռենտգեն
Դ-Որովայնի ուլտրաձայնային հետազոտություն

149.9 տարեկան երեխա՝ ԳՈՒՎ-ից հետո: Ունի ցածր միջին զարկերակային ճնշում և բարձր ներգանգային ճնշում: Ո՞րն է ուղեղային երկրորդային վնասման հիմնական մեխանիզմը:
Ա-Ուղեղային պերֆուզիայի ճնշման նվազում և ուղեղային իշեմիա
Բ-Ուղեղային պերֆուզիայի բարձրացում
Գ-Միայն ջերմության բարձրացում
Դ-Միզարտադրության ավելացում

150.Հետևյալ տարբերակներից որն է ցույց տալիս կրծքավանդակի սեղմումների և շնչառության ճշգրիտ հարաբերությունը երկու մասնակիցներով ՍԹՎ իրականացնելիս
Ա-4:1
Բ-15:2
Գ-15:1
Դ-30:1

151.10 տարեկան երեխա՝ ծանր ԳՈՒՎ-ով: Գլազգոյի կոմայի սանդղակով (Գլազգոյի կոմայի սանդղակ) գնահատականը 7 է: Ո՞րն է առավել ճիշտ մոտեցումը:
Ա-Միայն բերանացի հեղուկների նշանակում
Բ-Շնչուղիների պաշտպանության անհապաղ գնահատում և անհրաժեշտության դեպքում ինտուբացիա
Գ-Երեխային ուղարկել տուն
Դ-Սեդացիայի լրիվ արգելում

152.4 տարեկան երեխա՝ գլխուղեղի վնասվածքից հետո: Գիտակցությունը նվազել է, առկա է կրկնվող փսխում: Ո՞րն է առաջնային ախտորոշիչ հետազոտությունը սուր ներգանգային ախտահարման գնահատման համար:
Ա-Գլխուղեղի անհապաղ համակարգչային շերտագրություն՝ առանց կոնտրաստի, համապատասխան կլինիկական ցուցումներով
Բ-Էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիա
Գ-Գլխուղեղի մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիա
Դ-Գոտկային պունկցիա

153.7 տարեկան երեխա՝ ԳՈՒՎ-ով, ունի հիպոտենզիա: Ո՞րն է առավել կարևոր սկզբունքը:
Ա-Հիպոտենզիան ընդունելի է, եթե ներգանգային ճնշումը նորմալ է
Բ-Կանխել և շտկել հիպոտենզիան՝ տարիքին համապատասխան միջին զարկերակային ճնշում և ուղեղային պերֆուզիայի ճնշում ապահովելու նպատակով
Գ-Հեղուկային բուժումը պետք է ամբողջությամբ բացառել
Դ-Բացառել հակացնցումային դեղորայքի նշանակումը

154.6 տարեկան երեխա՝ ԳՈՒՎ-ով: Առաջանում է պոլիուրիա, հիպերնատրեմիա (Na^+ 160 մմոլ/լ), պլազմայի օսմոլյարությունը բարձր է, մեզի օսմոլյարությունը՝ ցածր: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա-Հակամիզամուղ հորմոնի ոչ ադեկվատ արտազատման համախտանիշ (SIADH)
Բ-Կենտրոնական ոչ շաքարային դիաբետ (կենտրոնական անշաքար դիաբետ)
Գ-Սուր գլոմերուլոնեֆրիտ
Դ-Օսմոտիկ դիուրեզ՝ հիպերգլիկեմիայի հետևանքով

155.12 տարեկան երեխա՝ ԳՈՒՎ-ով: Զարգացել են հիպոնատրեմիա, ցածր պլազմային օսմոլյարություն և մեզի բարձր օսմոլյարություն: Երեխան էուվոլեմիկ է: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա-Հակամիզամուղ հորմոնի ոչ ադեկվատ արտազատման համախտանիշ (SIADH)
Բ-Կենտրոնական անշաքար դիաբետ
Գ-Հիպերալդոստերոնիզմ
Դ-Դիաբետիկ կետոացիդոզ

156.5 տարեկան երեխա՝ էնցեֆալիտով, ունի բարձր ջերմություն, գիտակցության ընկճում և ցնցումներ: Ո՞ր վիրուսային հարուցիչը պետք է առաջնահերթ հաշվի առնել հետագա վարման համար:
Ա-Herpes simplex virus
Բ-Ռոտավիրուս
Գ-Ռինովիրուս
Դ-Նորովիրուս

157.8 տարեկան երեխա՝ հերպեսի հասարակ վիրուս էնցեֆալիտի կասկածով: Ո՞րն է առավել ճիշտ բուժական մոտեցումը:
Ա-Սպասել պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա-ի վերջնական պատասխանին՝ բուժումը սկսելուց առաջ
Բ-Անմիջապես սկսել ներերակային ացիկլովիր՝ միաժամանակ իրականացնելով ախտորոշիչ հետազոտություններ
Գ-Նշանակել հակաբիոտիկ
Դ-Սկսել միայն հակաբակտերիալ բուժում

158.9 տարեկան երեխա՝ ծանր գանգուղեղային վնասվածքով, գտնվում է թոքերի արհեստական օդափոխության վրա: Ներգանգային ճնշումը 24–27 մմ սնդ. ս. է: Երեխան ունի զարկերակային հիպոտենզիա և կարիք ունի շարունակական սեդացիայի: Ո՞ր սեդատիվ դեղամիջոցը կարող է առավել նպատակահարմար լինել՝ հաշվի առնելով ներգանգային ճնշման և հեմոդինամիկայի վրա ազդեցությունը:
Ա-Դեքսմեդետոմիդին՝ որպես հեմոդինամիկորեն լիովին չեզոք դեղամիջոց
Բ-Պրոպոֆոլ՝ երկարատև, բարձր դեղաչափերով շարունակական ինֆուզիայի տեսքով
Գ-Կետամին՝ հեմոդինամիկայի և ներգանգային ճնշման շարունակական հսկողությամբ

Դ-Միդազոլամ՝ անկախ զարկերակային ճնշման և ուղեղային պերֆուզիայի ցուցանիշներից

159.Հետևյալ տարբերակներից որն է ցույց տալիս կրծքավանդակի սեղմումների և շնչառության ճշգրիտ հարաբերությունը մեկ փրկարարով ՍԹՎ իրականացնելիս.
Ա-4:1
Բ-30:2
Գ-15:2
Դ-15:1

160.14 տարեկան երեխա՝ ծանր ԳՈՒՎ-ով: Բուժման ընթացքում ներգանգային ճնշումը կայուն է, ուղեղային պերֆուզիայի ճնշումը բավարար է, սակայն երեխան ունի արտահայտված մկանային սպաստիկություն և երկարատև անշարժություն: Ո՞րն է ինտենսիվ խնամքի կարևոր բաղադրիչը:
Ա-Բոլոր ֆիզիոթերապևտիկ միջամտությունների արգելում:
Բ-Երկարատև անշարժության պահպանում:
Գ-Սնուցման ամբողջական դադարեցում:
Դ-Շարժողական վերականգնման և վաղ ռեաբիլիտացիայի անհատականացված ծրագրի իրականացում:

161.7 տարեկան երեխա՝ 3 օր տևող վիրուսային հիվանդությունից հետո, ընդունվել է անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունք՝ արտահայտված թուլությամբ, տախիկարդիայով և շնչահեղձությամբ: Զարկերակային ճնշումը՝ 78/45 մմ սնդ. ս., սրտի հաճախությունը՝ 165/րոպե: Էխոսրտագրությամբ՝ ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիա (ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիա)՝ 25%: Լակտատը՝ 4.8 մմոլ/լ: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա-Սեպտիկ շոկ՝ բարձր սրտային արտամղմամբ
Բ-Կարդիոգեն շոկ՝ ձախ փորոքի սիստոլիկ դիսֆունկցիայի հետևանքով
Գ-Հիպովոլեմիկ շոկ
Դ-Օբստրուկտիվ շոկ՝ թոքային էմբոլիայի հետևանքով

162.5 տարեկան երեխա՝ դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիայով, ունի թոքի այտուց, հեպատոմեգալիա և ծայրամասային այտուցներ: Ո՞րն է բուժման առավել ճիշտ սկզբունքը:
Ա-Մեծ ծավալներով իզոտոնիկ կրիստալոիդների բոլյուս
Բ-Դիուրետիկ բուժում՝ հեմոդինամիկ վիճակի գնահատմամբ և սրտային ֆունկցիայի օպտիմալացում
Գ-Հեղուկի անսահմանափակ ընդունում
Դ-Միայն հակաբիոտիկային բուժում

163.9 տարեկան երեխա՝ ծանր սրտային անբավարարությամբ: Էխոսրտագրությամբ՝ ձախ փորոքի կծկողականության արտահայտված նվազում: Արյան ճնշումը ցածր է, վերջույթները՝ սառը: Ո՞ր դեղամիջոցն է առավել նպատակահարմար սրտային կծկողականության բարելավման համար:
Ա-Դոբուտամին

Բ-Նիտրոգլիցերին
Գ-Ատենոլոլ
Դ-Ֆուրոսեմիդ

164.6 տարեկան երեխա՝ սրտային անբավարարությամբ: Առկա է թոքի այտուց և արտահայտված հիպերտենզիա, սակայն պահպանված է օրգանների պերֆուզիան: Ո՞ր բուժական մոտեցումն է առավել նպատակահարմար:
Ա-Հետբեռնվածության նվազեցում՝ համապատասխան վազոդիլատատորի և դիուրետիկի կիրառմամբ՝ հեմոդինամիկ հսկողության պայմաններում
Բ-Հեղուկի արագ ներարկում
Գ-Նորեպինեֆրինի բարձր դեղաչափ
Դ-Հեղուկային սահմանափակում՝ առանց այլ միջամտության

165.Գասպինգ շնչառությամբ ծնված նորածնին անհրաժեշտ է՝
Ա-Տալ 100% թթվածին բարձր հոսքով դիմակով
Բ-Ներարկել Ադրենալին մ/մ
Գ-Կատարել ներշնչումներ ամբուի պարկով սենյակային օդով
Դ-Կատարել Ադրենալինի ներարկում պորտային երակով տարիքային դեղաչափով

166.3 տարեկան երեխա՝ ենթադրյալ սուր միոկարդիտով, ընդունվել է մանկական ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք: Առկա են տախիկարդիա, հիպոտենզիա, սառը վերջույթներ, երկարացած կապիլյար լցման ժամանակ: Էխոսրտագրությամբ՝ ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիա 20%, ձախ փորոքի խոռոչի լայնացում: Ո՞րն է առավել ճիշտ սկզբնական հեմոդինամիկ ռազմավարությունը:
Ա-20–60 մլ/կգ կրիստալոիդի արագ բոլյուս՝ անկախ թոքային գերբեռնվածությունից
Բ-Դոբուտամինի և/կամ էպինեֆրինի կիրառման դիտարկում, հեղուկների զգուշավոր կառավարում և շարունակական վերագնահատում
Գ-Նիտրոգլիցերինի բարձր դեղաչափով ինֆուզիա՝ անկախ զարկերակային ճնշումից
Դ-Ֆուրոսեմիդի բարձր դեղաչափով ներարկում՝ որպես միակ սկզբնական բուժում

167.10 տարեկան երեխա՝ վերջերս տարած վիրուսային վարակից հետո, գանգատվում է կրծքավանդակի ցավից, սրտխփոցից և հոգնածությունից: Տրոպոնինը բարձր է, ԷՍԳ-ում՝ ST հատվածի և T ատամիկի փոփոխություններ, էխոսրտագրությամբ՝ ձախ փորոքի ֆունկցիայի նվազում: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա-Սուր միոկարդիտ
Բ-Մեկուսացված բրոնխիալ ասթմա
Գ-Սուր գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքս
Դ-Հիպերթիրեոզ՝ առանց սրտային ախտահարման

168.8 տարեկան երեխա՝ ենթադրյալ սուր միոկարդիտով: Հեմոդինամիկան կայուն է: Ո՞ր հետազոտությունն է առավել օգտակար սրտամկանի բորբոքային ախտահարման ոչ ինվազիվ բնութագրման համար:

Ա-Էխոկարդիոգրաֆիա
Բ-Կրծքավանդակի ռենտգեն
Գ-Սրտի մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիա
Դ-Կրծքավանդակի համակարգչային շերտագրություն

169.12 տարեկան երեխա՝ սուր պերիկարդիտով: Գանգատվում է կրծքավանդակի սուր ցավից, որն ուժեղանում է պառկած դիրքում և թեթևանում՝ առաջ թեքվելիս: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա-Միտրալ ստենոզ
Բ-Թոքային ֆիբրոզ
Գ-Սուր պերիկարդիտ
Դ-Բրոնխիալ ասթմա

170.9 տարեկան երեխա՝ պերիկարդում մեծ քանակի հեղուկով: Ունի տախիկարդիա, հիպոտենզիա, պարանոցային երակների լայնացում և սրտի տոների խլացում: Էխոսրտագրությամբ՝ աջ նախասրտի և աջ փորոքի դիաստոլիկ կոլապս: Ո՞րն է առավել ճիշտ ախտորոշումը:
Ա-Սրտային տամպոնադա
Բ-Սուր միոկարդիտ՝ առանց հեմոդինամիկ ազդեցության
Գ-Թոքային հիպերտենզիա
Դ-Միտրալ անբավարարություն

171.7 տարեկան երեխա՝ սրտի տամպոնադայով և հեմոդինամիկ անկայունությամբ: Ո՞րն է առաջնային բուժական միջամտությունը:
Ա-Հեղուկի լիակատար սահմանափակում՝ առանց միջամտության
Բ-Միայն ֆուրոսեմիդ
Գ-Բարձր դեղաչափով բետա-պաշարիչ
Դ-Պերիկարդի շտապ դրենավորում՝ համապատասխան մասնագիտացված թիմի կողմից

172.13 տարեկան երեխա՝ միոկարդիտով: ԷՍԳ-ով հայտնաբերվել է բարձր աստիճանի նախասիրտ-փորոքային բլոկադա, սրտի հաճախությունը՝ 38/րոպե, առկա է հիպոտենզիա: Ո՞րն է առավել ճիշտ մոտեցումը:
Ա-Անտեսել բրադիկարդիան:
Բ-Շտապ գնահատել հեմոդինամիկ նշանակությունը և կազմակերպել ժամանակավոր էլեկտրական ստիմուլյացիայի անհրաժեշտության գնահատում
Գ-Նշանակել միայն հակաառիթմիկ դեղորայք
Դ-Նշանակել միայն բերանացի մագնեզիում

173.4 տարեկան երեխա՝ սրտի հաճախությամբ 240/րոպե, նեղ QRS համալիր կոմպլեքսներով կանոնավոր տախիկարդիա: Երեխան գունատ է, սակայն պահպանված է գիտակցությունը և պերիֆերիայում պուլսը լեցուն է: ԷՍԳ-ում P ալիքները չեն տարբերակվում: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:

Ա-Սինուսային տախիկարդիա
Բ-Պարոքսիզմալ վերփորոքային տախիկարդիա
Գ-Փորոքային տախիկարդիա
Դ-Նախասրտերի ֆիբրիլյացիա

174.6 տարեկան երեխա՝ հանկարծակի սկսված կանոնավոր նեղ QRS համալիր տախիկարդիայով, սրտի հաճախությունը՝ 220/րոպե: Երեխան հեմոդինամիկորեն կայուն է: Ո՞րն է առավել ճիշտ սկզբնական մոտեցումը
Ա-Վագուսային մանևրներ՝ համապատասխան մոնիտորինգի պայմաններում
Բ-Անմիջապես նշանակել ամիոդարոն
Գ-Նշանակել դիգոքսին՝ առանց ռիթմի լրացուցիչ գնահատման
Դ-Կիրառել բետա-պաշարիչ՝ առանց հակացուցումների գնահատման

175.8 տարեկան երեխա՝ կանոնավոր նեղ QRS համալիր տախիկարդիայով: Վագուսային մանևրներն անարդյունավետ են: Երեխան հեմոդինամիկորեն կայուն է: Ո՞ր դեղամիջոցն է առավել նպատակահարմար:
Ա-Ատրոպին
Բ-Ադենոզին
Գ-Դիգոքսին
Դ-Ֆուրոսեմիդ

176.10 տարեկան երեխա՝ լայն QRS համալիր կոմպլեքսներով կանոնավոր տախիկարդիայով, սրտի հաճախությունը՝ 190/րոպե: Էխոսրտագրությամբ հայտնաբերվում է սրտամկանի դիսֆունկցիա: Ո՞րն է առավել հավանական ռիթմային խանգարումը:
Ա-Սինուսային տախիկարդիա
Բ-Փորոքային տախիկարդիա
Գ-Նախասրտային ֆլատեր
Դ-Սինուսային բրադիկարդիա

177.12 տարեկան երեխա՝ հանկարծակի սրտխփոցով և լայն QRS համալիր տախիկարդիայով: Երեխան հեմոդինամիկորեն անկայուն է, առկա է հիպոտենզիա և գիտակցության ընկճում: Ո՞րն է առավել ճիշտ բուժական սկզբունքը:
Ա-Հետաձգել միջամտությունը մինչև ԷՍԳ-ի երկարատև մոնիտորինգի ավարտը
Բ-Շտապ իրականացնել համաժամանակեցված էլեկտրական կարդիովերսիա՝ համապատասխան էներգիայով
Գ-Նշանակել միայն բերանացի բետա-պաշարիչ
Դ-Սպասել ինքնաբուխ ռիթմի վերականգնմանը

178.9 տարեկան երեխա՝ երկարատև փսխումներից հետո: ԷՍԳ-ում հայտնաբերվել է QT միջակայքի երկարացում, լաբորատոր քննությամբ՝ հիպոկալեմիա և հիպոմագնեզեմիա: Ո՞րն է առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա-Կորեկցել կալիումի և մագնեզիումի պակասը և խուսափել QT միջակայքը երկարացնող դեղամիջոցներից
Բ-Նշանակել QT միջակայք-ը երկարացնող հակաառիթմիկներ
Գ-Սահմանափակել կալիումի ընդունումը
Դ-Դադարեցնել ԷՍԳ մոնիտորինգը

179.5 տարեկան երեխա՝ բնածին երկար QT միջակայք համախտանիշով: Ունի կրկնվող ուշագնացություններ, իսկ ընտանեկան պատմության մեջ առկա է հանկարծամահություն: Ո՞րն է առավել ճիշտ երկարաժամկետ բուժական մոտեցումը:
Ա-Էլեկտրոլիտների կորեկցիա
Բ-Միայն դիուրետիկների նշանակում
Գ-Բոլոր ֆիզիկական ակտիվությունների մշտական արգելում՝ առանց այլ բուժման
Դ-Բետա-պաշարիչի կիրառման և մասնագիտացված էլեկտրաֆիզիոլոգիական գնահատման իրականացում

180.11 տարեկան երեխա՝ կարդիոգեն շոկով: Կենտրոնական երակային ճնշումը բարձր է, լակտատը՝ 5 մմոլ/լ, միզարտադրությունը՝ 0.3 մլ/կգ/ժամ: Ո՞րն է առավել ճիշտ կլինիկական մեկնաբանությունը:
Ա-Բարձր կենտրոնական երակային ճնշումը հաստատում է բավարար հյուսվածքային պերֆուզիան
Բ-Բարձր կենտրոնական երակային ճնշումը հիպոպերֆուզիայի մյուս նշանների հետ կարող է վկայել երակային կանգի և սրտային անբավարարության մասին
Գ-Դիուրեզը տվյալ պացիենտի մոտ նորմալ է
Դ-Անհրաժեշտ է անպայման մեծացնել հեղուկային բոլյուսները

181.8 տարեկան երեխա՝ ծանր թոքային հիպերտենզիայով: Զարգացել է հիպօքսեմիա, համակարգային հիպոտենզիա և աջ փորոքի դիսֆունկցիա: Ո՞ր բուժական մոտեցումն է առավել նպատակահարմար:
Ա-Աջ փորոքի հետբեռնվածության նվազեցում՝ թոքային անոթային դիմադրության վերահսկմամբ և համակարգային պերֆուզիայի պահպանումով
Բ-Հեղուկի մեծ ծավալների ներմուծում
Գ-Հիպօքսեմիայի խորացում
Դ-Հակահիպերտենզիվների կիրառում

182.3 տարեկան երեխա՝ ծանր թոքային հիպերտենզիայով, գտնվում է թոքերի արհեստական օդափոխության վրա: Ո՞ր գործոններն են առավել նպաստում թոքային անոթային դիմադրության բարձրացմանը և կարող են հրահրել թոքային հիպերտենզիվ կրիզ:
Ա-Հիպերօքսիա, հիպոկապնիա և ալկալոզ
Բ-Նորմօքսեմիա, նորմոկապնիա և նորմալ pH
Գ-Հիպօքսեմիա, հիպերկապնիա և ացիդոզ
Դ-Նորմոթերմիա, բավարար սեդացիա և ադեկվատ անալգեզիա

183.9 տարեկան երեխա՝ սուր դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիայով և ցածր ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայով: Քննարկվում է դոբուտամինի կիրառումը: Ո՞րն է դրա հիմնական ֆարմակոդինամիկ ազդեցությունը:
Ա-Հիմնականում β1-ադրեներգիկ ընկալիչների խթանում՝ սրտամկանի կծկողականության բարձրացմամբ
Բ-Ալֆա-1 ընկալիչների լիարժեք պաշարում
Գ-Սրտի հաճախության պարտադիր նվազեցում
Դ-Կալցիումական անցուղիների պաշարում

184.14 տարեկան երեխա՝ ծանր կարդիոգեն շոկով: Չնայած օպտիմալ դեղորայքային բուժմանը՝ պահպանվում են հիպոպերֆուզիան, օլիգուրիան և բարձր լակտատը: Էխոսրտագրությամբ՝ ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիա 15%: Ո՞րն է առավել ճիշտ հաջորդ քայլը:
Ա-Շարունակել նույն բուժումը՝ առանց վերագնահատման:
Բ-Շտապ ներգրավել մանկական սրտային անբավարարության և մեխանիկական շրջանառության աջակցության մասնագիտացված թիմ՝ արտամարմնային թաղանթային թթվածնավորում կամ այլ աջակցող համակարգի անհրաժեշտությունը գնահատելու համար
Գ-Դադարեցնել վազոակտիվ դեղամիջոցները
Դ-Սկսել միայն բերանացի դիուրետիկ

185.6 ամսական երեխա՝ 2 օր շարունակվող փսխումներով և լուծով: Զննման պահին լորձաթաղանթները չոր են, արցունքներ չկան, մաշկային ծալքը հարթվում է դանդաղ, մազանոթային լցման ժամանակը՝ 3 վայրկյան: Ո՞րն է առավել հավանական վիճակը:
Ա-Թեթև ջրազրկում՝ առանց շրջանառության ծավալի նվազման
Բ-Միջինից ծանր ջրազրկում՝ շրջանառվող արյան ծավալի նվազմամբ
Գ-Հիպերվոլեմիա
Դ-Կարդիոգեն շոկ

186.4 տարեկան երեխա՝ գաստրոէնտերիտի ֆոնին: Սրտի հաճախությունը՝ 160/րոպե, վերջույթները՝ սառը, մազանոթային լցման ժամանակը՝ 4 վայրկյան, զարկերակը՝ թույլ, սակայն զարկերակային ճնշումը դեռ տարիքային նորմայի սահմաններում է: Ո՞րն է առավել ճիշտ մեկնաբանությունը:
Ա-Շոկ չկա, քանի որ զարկերակային ճնշումը նորմալ է
Բ-Կոմպենսացված հիպովոլեմիկ շոկ
Գ-Դեկոմպենսացված կարդիոգեն շոկ
Դ-Հիպերտենզիվ ճգնաժամ

187.7 տարեկան երեխա՝ առատ արյունահոսությունից հետո: Առկա են տախիկարդիա, գունատություն, սառը վերջույթներ, գիտակցության խանգարում և թույլ ծայրամասային զարկերակ: Ո՞րն է առաջնահերթ մոտեցումը:
Ա-Սպասել հեմոգլոբինի պատասխանի ստացմանը

Բ-Անմիջապես վերահսկել արյունահոսությունը, ապահովել անոթային մուտք և սկսել արյան բաղադրիչներով վերակենդանացում՝ ըստ կլինիկական պատկերի
Գ-Սկսել միայն բերանացի ռեհիդրատացիա
Դ-Կատարել ն/ե շիթային կրիստալոիդներ 5-10մլ/կգ հաշվարկով

188.Երեխայի մոտ ենթադրվում է հիպովոլեմիկ շոկ՝ ոչ հեմոռագիկ հեղուկային կորստի հետևանքով: Ո՞րն է սկզբնական հեղուկային վերակենդանացման առավել ընդունված մոտեցումը:
Ա-Իզոտոնիկ կրիստալոիդ լուծույթի 20 մլ/կգ բոլյուս՝ արագ ներմուծմամբ և յուրաքանչյուր բոլյուսից հետո վերագնահատմամբ
Բ-Հիպոտոնիկ լուծույթի 40 մլ/կգ միանվագ ներմուծում
Գ-Միայն 5% գլյուկոզայի ներարկում
Դ-Հեղուկների ներմուծման հետաձգում մինչև լաբորատոր բոլոր արդյունքների ստացումը

189.Հիպովոլեմիկ շոկով երեխային տրվել է իզոտոնիկ կրիստալոիդ լուծույթի սկզբնական բոլյուս: Ո՞ր ցուցանիշների համակցված գնահատումն է առավել կարևոր հաջորդ քայլը որոշելու համար:
Ա-Միայն զարկերակային ճնշումը
Բ-Միայն հեմոգլոբինը
Գ-Գիտակցությունը, սրտի հաճախությունը, զարկերակի որակը, մազանոթային լցումը, միզարտադրությունը և շնչառական վիճակը
Դ-Միայն մարմնի ջերմաստիճանը

190.6 տարեկան երեխա՝ բազմակի վնասվածքներով, ընդունվել է ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք: Զարկերակային ճնշումը՝ 80/45 մմ սնդ. ս., սրտի հաճախությունը՝ 160 զարկ/րոպե, մազանոթային լցման ժամանակը՝ 5 վայրկյան: Կասկածվում է հեմոռագիկ շոկ: Ո՞ր լաբորատոր ցուցանիշը կարող է առավել օգտակար լինել հյուսվածքային հիպոպերֆուզիայի ծանրության և ռեանիմացիայի արդյունավետության դինամիկ գնահատման համար:
Ա-Շիճուկային նատրիումի մակարդակը
Բ-Արյան լակտատի մակարդակը և դրա դինամիկան
Գ-Շիճուկային ընդհանուր բիլիռուբինի մակարդակը
Դ-Էրիթրոցիտների նստեցման արագությունը (ԷՆԱ)

191.10 տարեկան երեխա՝ վնասվածքից հետո, ունի արտաքին ուժեղ արյունահոսություն վերջույթից: Ո՞ր միջամտությունն է պետք իրականացնել անմիջապես՝ միաժամանակ կազմակերպելով հետագա վերակենդանացումը:
Ա-Վերքի երկարատև զննում՝ առանց ճնշման կիրառման
Բ-Արյունահոսության ուղղակի սեղմում, անհրաժեշտության դեպքում՝ ճնշող վիրակապ կամ վերջույթային լարան՝ համապատասխան ցուցումներով
Գ-Վերջույթի տաք մերսում
Դ-Սկզբում կատարել համակարգչային շերտագրություն

192.Երեխայի մոտ առկա է հիպովոլեմիկ շոկ: Ո՞րն է միզարտադրության նվազման հիմնական նշանակությունը շոկի գնահատման ժամանակ:
Ա-Այն կարող է լինել երիկամային հիպոպերֆուզիայի վաղ կամ շարունակվող ցուցիչ
Բ-Այն հաստատում է երիկամների գերծանրաբեռնվածությունը հեղուկով
Գ-Այն բացառում է շոկը
Դ-Այն միայն միզուղիների վարակի նշան է

193.Ծանր ջրազրկմամբ երեխայի մոտ առկա են հիպովոլեմիկ շոկի նշաններ և գիտակցության ընկճում: Ո՞րն է առավել ճիշտ առաջնահերթությունը:
Ա-Միայն բերանացի հեղուկներ տալ
Բ-Ապահովել շնչուղիների անցանելիությունը, շնչառությունն ու շրջանառությունը, միաժամանակ սկսել շտապ անոթային մուտքի և հեղուկների լրացման գործընթացը
Գ-Սպասել մինչև երեխան ինքնուրույն խմի
Դ-Սկսել հակաբիոտիկ՝ առանց առաջնային գնահատման

194.Երեխայի մոտ հիպովոլեմիկ շոկի բուժման ընթացքում զարկերակային ճնշումը բարելավվել է, սակայն վերջույթները մնում են սառը, մազանոթային լցումը՝ երկարացած, լակտատը՝ բարձր: Ո՞րն է առավել ճիշտ մոտեցումը:
Ա-Շոկը լիովին շտկված է, քանի որ ճնշումը նորմալացել է
Բ-Շարունակել հյուսվածքային պերֆուզիայի բազմագործոն գնահատումը և փնտրել պահպանվող շոկի պատճառը
Գ-Դադարեցնել մոնիտորինգը
Դ-Նշանակել հակահիպերտենզիվ դեղամիջոց

195.Երեխայի մոտ կասկածվում է հիպովոլեմիկ շոկ, սակայն առկա են նաև թաց խզզոցներ և լյարդի մեծացում: Ի՞նչ պետք է անել հեղուկային բոլյուսների հետ:
Ա-Շարունակել մեծ ծավալներով բոլյուսներ՝ առանց վերագնահատման
Բ-Դադարեցնել կլինիկական գնահատումը
Գ-Զգուշորեն վերագնահատել շոկի պատճառը և սրտային ֆունկցիան՝ խուսափելով հեղուկային գերբեռնվածությունից
Դ-Անմիջապես նշանակել հիպոտոնիկ լուծույթ

196.Երեխան ունի ծանր հիպովոլեմիա՝ հիպերնատրեմիկ ջրազրկմամբ և հեմոդինամիկ անկայունությամբ: Ո՞րն է հեղուկային բուժման ճիշտ սկզբունքը:
Ա-Սկզբում շտկել շրջանառության անբավարարությունը իզոտոնիկ լուծույթով, ապա վերահսկվող արագությամբ ուղղել ջրի դեֆիցիտը՝ նատրիումի դինամիկ հսկողությամբ
Բ-Միանգամից արագ իջեցնել նատրիումը մինչև նորմա
Գ-Սկսել միայն հիպոտոնիկ լուծույթով բոլյուս
Դ-Սահմանափակել բոլոր հեղուկները

197.5 տարեկան երեխա՝ ծանր շոկով, ընդունվել է ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք: Չնայած սկզբնական ռեանիմացիոն միջոցառումներին՝ երեխան շարունակում է ունենալ

տախիկարդիա, մազանոթային լցման ժամանակը՝ 5 վայրկյան, օլիգուրիա և գիտակցության ընկճում: Զարկերակային ճնշումը տարիքային նորմայի սահմաններում է: Ո՞ր պնդումն է առավել ճիշտ:
Ա-Նորմալ զարկերակային ճնշումը բացառում է շարունակվող շոկը
Բ-Շոկը կարող է պահպանվել նորմալ զարկերակային ճնշման պայմաններում, և անհրաժեշտ է շարունակել պերֆուզիայի գնահատումն ու պատճառին ուղղված բուժումը
Գ-Հիպոտենզիայի բացակայության դեպքում հյուսվածքային պերֆուզիան բավարար է
Դ-Շոկի ծանրությունը գնահատելու համար բավարար է միայն սրտի հաճախության որոշումը

198.Շոկով երեխայի մոտ պերիֆերիկ երակային մուտք հնարավոր չէ ապահովել արագ փորձերից հետո: Ո՞րն է առավել ճիշտ հաջորդ քայլը:
Ա-Հետաձգել հեղուկների և դեղերի ներմուծումը:
Բ-Անհապաղ ապահովել ներմուծման ներոսկրային մուտք՝ ըստ ցուցումների
Գ-Սպասել անեսթեզիոլոգի գալուն՝ առանց այլ գործողության
Դ-Փորձել միայն բերանացի դեղորայք

199.Երեխայի մոտ շոկի ֆոնին զարգացել է շնչառական անբավարարություն և գիտակցության խոր ընկճում: Ինտուբացիա է նախատեսվում: Ո՞ր սկզբունքն է կարևոր:
Ա-Ինտուբացիան կատարել առանց նախնական հեմոդինամիկ գնահատման:
Բ-Նախապես օպտիմալացնել թթվածնավորումը և հնարավորինս կայունացնել շրջանառությունը՝ հաշվի առնելով ինդուկցիայի և դրական ճնշմամբ օդափոխության հեմոդինամիկ ազդեցությունը:
Գ-Խուսափել մոնիտորինգից:
Դ-Ինտուբացիայից հետո չվերագնահատել զարկերակային ճնշումը:

200.Շոկով երեխայի մոտ հայտնաբերվել է ծանր հիպոգլիկեմիա՝ արյան գլյուկոզան 1.8 մմոլ/լ: Ո՞րն է առավել ճիշտ բուժական մոտեցումը:
Ա-Սկսել 5% գլյուկոզայի շարունակական ինֆուզիա՝ առանց սկզբնական բոլյուսային ներարկման:
Բ-Անհապաղ ներերակային ներմուծել 10% գլյուկոզա՝ 2 մլ/կգ դեղաչափով, շարունակել գլյուկոզայի մակարդակի հսկողությունը և անհրաժեշտության դեպքում ապահովել պահպանողական ինֆուզիա:
Գ-Ներարկել 40% գլյուկոզա՝ 2 մլ/կգ դեղաչափով՝ հիպոգլիկեմիայի արագ շտկման նպատակով:
Դ-Սկսել 10% գլյուկոզայի շարունակական ինֆուզիա՝ 2 մլ/կգ/ժ արագությամբ՝ առանց սկզբնական բոլյուսի:

201.Երեխայի մոտ շոկի ընթացքում հայտնաբերվել է ծանր հիպոկալցեմիա՝ սրտամկանի կծկողականության խանգարման նշաններով: Ո՞րն է առավել ճիշտ մոտեցումը:
Ա-Անտեսել կալցիումի ցուցանիշը:
Բ-Գնահատել կլինիկական նշանակությունը և ցուցումների դեպքում կատարել ներերակային կալցիումի վերահսկվող ներմուծում՝ սրտային մոնիտորինգով:

Գ-Նշանակել կալիում:
Դ-Սահմանափակել կալցիում պարունակող սնունդը:

202.8 տարեկան երեխա՝ ավտովթարից հետո, ընդունվել է ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք՝ բազմակի վնասվածքներով: Երեխայի մոտ առկա են տախիկարդիա, հիպոտենզիա և որովայնի ցավ: Նախնական FAST հետազոտությամբ որովայնի խոռոչում ազատ հեղուկ չի հայտնաբերվել: Ո՞ր պնդումն է առավել ճիշտ:
Ա-Բացասական FAST հետազոտությունը լիովին բացառում է ներորովայնային արյունահոսությունը:
Բ-FAST հետազոտության բացասական արդյունքը չի բացառում ներորովայնային վնասվածքը կամ արյունահոսությունը, և անհրաժեշտ է շարունակել կլինիկական գնահատումն ու համապատասխան ախտորոշիչ և բուժական միջոցառումները:
Գ-Բացասական FAST հետազոտության դեպքում հեմոռագիկ շոկի հավանականությունը բացառվում է
Դ-Բացասական FAST հետազոտությունը բավարար հիմք է հեմոդինամիկ անկայուն երեխային առանց լրացուցիչ գնահատման տուն ուղարկելու համար:

203.Մեխանիկական օդափոխության վրա գտնվող երեխայի մոտ հանկարծակի զարգացել են հիպոտենզիա, հիպօքսեմիա, միակողմանի շնչառական ձայների բացակայություն և կրծքավանդակի նույն կողմի հիպերռեզոնանս: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա-Թոքաբորբ:
Բ-Լարված պնևմոթորաքս:
Գ-Թոքային այտուց:
Դ-Բրոնխիոլիտ:

204.Երեխայի մոտ առկա են լարված պնևմոթորաքսի կլինիկական նշաններ և հեմոդինամիկ անկայունություն: Ո՞րն է առավել ճիշտ գործողությունը:
Ա-Սպասել կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտությանը:
Բ-Անհապաղ կատարել կրծքավանդակի դեկոմպրեսիա՝ առանց պատկերային հետազոտության սպասելու, ապա ապահովել վերջնական դրենավորում:
Գ-Բարձրացնել թթվածնի հոսքը:
Դ-Նշանակել միզամուղ:

205.Լարված պնևմոթորաքսի կասկածով երեխայի մոտ ո՞ր կլինիկական հանգամանքն է հիմնավորում անհապաղ դեկոմպրեսիան՝ մինչև ռենտգեն հետազոտությունը:
Ա-Տանջող հազը:
Բ-Շնչառական և շրջանառական արագ վատացումը՝ համապատասխան միակողմանի կրծքային նշաններով:
Գ-Երկկողմանի տարածուն խզզոցները:
Դ-Հեկտիկ տենդը:

206.Կրծքավանդակի վնասվածքից հետո երեխայի մոտ հայտնաբերվել է փոքր, կայուն պնևմոթորաքս՝ առանց շնչառական խանգարման: Ո՞րն է առավել ճիշտ մոտեցումը:
Ա-Բոլոր դեպքերում անհապաղ կրծքավանդակի դրենավորում:
Բ-Կլինիկական վիճակի, չափի և օդափոխության անհրաժեշտության հիման վրա որոշել հսկողության կամ դրենավորման մարտավարությունը՝ շարունակական վերագնահատմամբ:
Գ-Անմիջապես կատարել թորակոտոմիա:
Դ-Սկսել հակամակարդիչ:

207.Երեխայի մոտ պերիկարդի խոռոչում հեղուկի կուտակման ֆոնին առկա են տախիկարդիա, հիպոտենզիա, և պարանոցային երակների լայնացում: Ո՞րն է առավել հավանական հեմոդինամիկ մեխանիզմը:
Ա-Ձախ փորոքի հետբեռնվածության նվազում:
Բ-Սրտի խոռոչների դիաստոլիկ լցման սահմանափակում՝ սրտային արտամղման նվազմամբ:
Գ-Ծայրամասային անոթային դիմադրության մեկուսացված բարձրացում:
Դ-Արյան շրջանառվող ծավալի ավելացում:

208.7 տարեկան երեխա՝ կրծքավանդակի բութ վնասվածքից հետո, ընդունվել է ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք: Երեխան ունի տախիկարդիա, հիպոտենզիա, պարանոցային երակների արտահայտված լեցունություն և սրտի խլացած տոներ: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա-Լարված պնևմոթորաքս:
Բ-Սրտի տամպոնադա:
Գ-Սուր ձախփորոքային անբավարարություն:
Դ-Զանգվածային հեմոթորաքս:

209.Երեխայի մոտ սրտի տամպոնադայի կասկած կա, և նա արագ վատանում է: Ո՞ր հետազոտությունն է առավել օգտակար՝ ախտորոշումը հաստատելու համար, եթե այն հասանելի է առանց միջամտությունը հետաձգելու:
Ա-Անկողնային էխոկարդիոգրաֆիա:
Բ-Որովայնի ռենտգեն:
Գ-Գլխուղեղի էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիա:
Դ-Սպիրոմետրիա:

210.8 տարեկան երեխա ընդունվել է ԻԹԲ՝ փսխումներով, որովայնային ցավերով, արտահայտված ջրազրկմամբ և Կուսմաուլի շնչառությամբ: Լաբորատոր հետազոտությամբ՝ գլյուկոզա՝ 28 մմոլ/լ, pH՝ 7.08, HCO_3^-՝ 6 մմոլ/լ, կետոնեմիա՝ 5.5 մմոլ/լ: Ո՞րն է առաջնահերթ բուժական մոտեցումը:
Ա-Ինսուլինի բոլյուսային ներարկում՝ 0.2 Մ/կգ
Բ-Ինֆուզիոն հեղուկային թերապիայի մեկնարկ՝ իզոտոնիկ կրիստալոիդներով, ապա ինսուլինի շարունակական ներերակային ներարկում
Գ-Նատրիումի բիկարբոնատի անհապաղ ներարկում

Դ-Հիպոտոնիկ լուծույթների արագ ներարկում

211.Դիաբետիկ կետոացիդոզով երեխայի բուժման ընթացքում արյան գլյուկոզայի մակարդակը նվազել է մինչև 13 մմոլ/լ, սակայն մետաբոլիկ ացիդոզը և կետոզը պահպանվում են: Ո՞րն է ճիշտ հաջորդ քայլը:
Ա-Դադարեցնել ինսուլինի ներարկումը
Բ-Նվազեցնել ինսուլինի դեղաչափը մինչև զրո
Գ-Ավելացնել ներերակային հեղուկին 5–10% գլյուկոզա՝ շարունակելով ինսուլինաթերապիան
Դ-Ներարկել նատրիումի բիկարբոնատ

212.Դիաբետիկ կետոացիդոզով երեխայի մոտ բուժման ընթացքում առաջացել է գլխացավ, գիտակցության մակարդակի նվազում, բրադիկարդիա և զարկերակային ճնշման բարձրացում: Ո՞ր բարդությունն է առավել հավանական:
Ա-Հիպոկալցեմիա
Բ-Ուղեղի այտուց
Գ-Հիպոգլիկեմիա
Դ-Սեպտիկ շոկ

213.Դիաբետիկ կետոացիդոզով երեխայի մոտ կալիումի սկզբնական մակարդակը 5.8 մմոլ/լ է: Ո՞ր պնդումն է ճիշտ:
Ա-Օրգանիզմում կալիումի ընդհանուր պաշարները բարձրացած են
Բ-Չնայած շիճուկային կալիումի բարձր մակարդակին՝ օրգանիզմում կալիումի ընդհանուր պակաս կա
Գ-Կալիումի կորուստ չի լինում կետոացիդոզի ժամանակ
Դ-Անհրաժեշտ է անմիջապես սկսել հիպերկալեմիայի դեմ միջոցառումներ

214.Դիաբետիկ կետոացիդոզով երեխայի մոտ իրականացվող ինսուլինաթերապիայի ընթացքում կալիումի մակարդակը նվազել է մինչև 2.7 մմոլ/լ: Ո՞րն է ճիշտ բուժական մոտեցումը:
Ա-Շարունակել ինսուլինը՝ առանց փոփոխության
Բ-Բարձրացնել ինսուլինի ներարկման արագությունը
Գ-Իրականացնել կալիումի շտկում՝ սրտային մոնիտորինգի պայմաններում
Դ-Ներարկել նատրիումի բիկարբոնատ

215.Երեխան ընդունվել է վերակենդանացման բաժանմունք՝ արտահայտված թուլությամբ, փսխումով, զարկերակային հիպոտենզիայով և հիպոնատրեմիայով: Կասկածվում է սուր մակերիկամային անբավարարություն: Ո՞րն է առաջնահերթ դեղորայքային միջամտությունը:
Ա-Լևոթիրոքսինի ներերակային ներարկում
Բ-Հիդրոկորտիզոնի անհապաղ ներարկում
Գ-Դեքսամետազոնի բանավոր ընդունում
Դ-Ֆլուդրոկորտիզոնի բանավոր ընդունում

216.Մակերիկամային սուր անբավարարության կասկածի դեպքում ո՞րն է ճիշտ մոտեցումը կորտիզոլի և ադրենոկորտիկոտրոպ հորմոնի հետազոտության վերաբերյալ:
Ա-Հետազոտությունները պետք է կատարվեն միայն բուժման ավարտից հետո
Բ-Հնարավորության դեպքում արյան նմուշները վերցնել մինչև հիդրոկորտիզոնի ներարկումը՝ առանց բուժումը հետաձգելու
Գ-Հետազոտություններն անհրաժեշտ չեն որևէ դեպքում
Դ-Բուժումը սկսել միայն կորտիզոլի պատասխանը ստանալուց հետո

217.Երեխայի մոտ առկա են արտահայտված պոլիուրիա, հիպերնատրեմիա և պլազմայի բարձր օսմոլյարություն: Մեզի օսմոլյարությունը ցածր է: Ո՞ր ախտաբանությունն է առավել հավանական:
Ա-Կենտրոնական անշաքար դիաբետ
Բ-Հակամիզամուղ հորմոնի ավելցուկային արտադրություն
Գ-Նեֆրոտիկ համախտանիշ
Դ-Սուր գլոմերուլոնեֆրիտ

218.Կենտրոնական անշաքար դիաբետի դեպքում դեսմոպրեսինի կիրառումից հետո ի՞նչ փոփոխություն է ակնկալվում:
Ա-Մեզի քանակի ավելացում և օսմոլյարության նվազում
Բ-Մեզի քանակի նվազում և օսմոլյարության բարձրացում
Գ-Պլազմայի նատրիումի կտրուկ բարձրացում
Դ-Մեզի օսմոլյարության անփոփոխ մնալ

219.Երեխայի մոտ առկա են հիպոնատրեմիա, ցածր պլազմային օսմոլյարություն, մեզի համեմատաբար բարձր օսմոլյարություն և կլինիկորեն նորմալ շրջանառվող արյան ծավալ: Ո՞ր վիճակն է առավել հավանական:
Ա-Անշաքար դիաբետ
Բ-Հակամիզամուղ հորմոնի ոչ պատշաճ արտազատման համախտանիշ
Գ-Առաջնային հիպերալդոստերոնիզմ
Դ-Մակերիկամային հիպերֆունկցիա

220.Հակամիզամուղ հորմոնի ոչ պատշաճ արտազատման համախտանիշի դեպքում հիպոնատրեմիայի շտկման հիմնական մոտեցումը ո՞րն է՝ նյարդաբանական ծանր ախտանշանների բացակայության պայմաններում:
Ա-Հիպոտոնիկ լուծույթների ներարկում
Բ-Հեղուկի ընդունման սահմանափակում՝ պատճառի գնահատմամբ և նատրիումի դինամիկ հսկողությամբ
Գ-Անսահմանափակ հեղուկային բեռնվածություն
Դ-Կալիումի քլորիդի ներերակային ներարկում

221.Երեխայի մոտ առկա են տետանիա, մկանային սպազմեր և էլեկտրասրտագրությամբ QT միջակայքի երկարացում: Հայտնաբերվել է արտահայտված հիպոկալցեմիա: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար բուժումը:
Ա-Կալցիումի գլյուկոնատի ներերակային ներարկում՝ սրտի ռիթմի հսկողությամբ
Բ-Միայն բանավոր կալցիումի նշանակում
Գ-Ֆուրոսեմիդի ներերակային ներարկում
Դ-Նատրիումի բիկարբոնատի ներերակային ներարկում

222.Հիպոկալցեմիայի շտկումից հետո կալցիումի մակարդակը կրկին նվազում է: Միաժամանակ հայտնաբերվել է հիպոմագնեզեմիա: Ո՞րն է կրկնվող հիպոկալցեմիայի հավանական մեխանիզմը և ճիշտ մոտեցումը:
Ա-Մագնեզիումի պակասը բարձրացնում է պարաթիրեոիդ հորմոնի արտադրությունը
Բ-Մագնեզիումի պակասը կարող է խանգարել պարաթիրեոիդ հորմոնի արտազատմանը և ազդեցությանը. անհրաժեշտ է շտկել մագնեզիումը
Գ-Հիպոմագնեզեմիան չի ազդում կալցիումի մակարդակի վրա
Դ-Անհրաժեշտ է սահմանափակել կալցիումի ընդունումը

223.Ո՞ր էլեկտրասրտագրային փոփոխությունն է առավել բնորոշ հիպերկալցեմիային:
Ա-QT միջակայքի կարճացում
Բ-QT միջակայքի երկարացում
Գ-Արտահայտված ST սեգմենտի բարձրացում
Դ-QRS համալիրի պարտադիր լայնացում

224.Երեխայի մոտ հայտնաբերվել է արտահայտված հիպոֆոսֆատեմիա: Ո՞ր բարդությունն է առավել հավանական ծանր հիպոֆոսֆատեմիայի դեպքում:
Ա-Բջջային էներգետիկ պաշարների նվազում՝ մկանային թուլության և ռաբդոմիոլիզի հնարավոր զարգացմամբ
Բ-Հիպերկալցեմիա՝ բոլոր դեպքերում
Գ-Արտահայտված հիպերնատրեմիա
Դ-Մեզի արտադրության պարտադիր ավելացում

225.Քիմիաթերապիայի մեկնարկից հետո երեխայի մոտ հայտնաբերվել են հիպերկալիեմիա, հիպերֆոսֆատեմիա, հիպոկալցեմիա և հիպերուրիկեմիա: Ո՞ր բարդությունն է առավել հավանական:
Ա-Ուռուցքի լիզիսի համախտանիշ
Բ-Շաքարային դիաբետ
Գ-Հիպերօսմոլյար համախտանիշ
Դ-Առաջնային հիպերպարաթիրեոզ

226.Ո՞րն է ալոպուրինոլի ազդեցության հիմնական մեխանիզմը ուռուցքի լիզիսի համախտանիշի կանխարգելման ժամանակ:
Ա-Արդեն գոյացած միզաթթվի քայքայում

Բ-Քսանտինօքսիդազի արգելակում և նոր միզաթթվի առաջացման նվազեցում
Գ-Ֆոսֆատի արտազատման ուղղակի խթանում
Դ-Կալիումի ներբջջային տեղափոխման խթանում

227.Ուռուցքի լիզիսի համախտանիշի ժամանակ առկա է հիպերֆոսֆատեմիա և առանց ախտանշանների հիպոկալցեմիա: Ո՞րն է առավել ճիշտ մոտեցումը:
Ա-Խուսափել կալցիումի սովորական ներարկումից, եթե չկան կլինիկական ցուցումներ, քանի որ հնարավոր է կալցիում-ֆոսֆատային նստվածքների առաջացում
Բ-Կալցիումի մակարդակը պարտադիր բարձրացնել մինչև վերին նորման
Գ-Բոլոր դեպքերում նշանակել կալցիումի մեծ դեղաչափեր
Դ-Դադարեցնել բոլոր հեղուկների ներարկումը

228.Ուռուցքի լիզիսի համախտանիշով երեխայի մոտ զարգացել են կայուն հիպերկալիեմիա, ծանր նյութափոխանակային խանգարումներ և օլիգուրիա՝ չնայած դեղորայքային բուժմանը: Ո՞ր միջամտությունը կարող է անհրաժեշտ լինել:
Ա-Միայն բանավոր ալոպուրինոլ
Բ-Երիկամային փոխարինող բուժում
Գ-Միայն կալցիումի բանավոր ընդունում
Դ-Հեղուկային բուժման ամբողջական դադարեցում՝ անկախ վիճակից

229.Սուր լեյկոզով երեխայի մոտ լեյկոցիտների քանակը չափազանց բարձր է: Ո՞ր բարդության զարգացումն է անհրաժեշտ կանխատեսել:
Ա-Լեյկոստազ՝ միկրոշրջանառության խանգարմամբ
Բ-Հիպոկալցեմիկ տետանիա
Գ-Անշաքար դիաբետ
Դ-Հեմոֆիլիա

230.Ուռուցքի լիզիսի համախտանիշի բարձր ռիսկ ունեցող երեխայի մոտ կանխարգելման հիմնական բաղադրիչներից է՝
Ա-Համապատասխան ներերակային հիդրատացիան և էլեկտրոլիտների ու երիկամային ֆունկցիայի հաճախակի հսկողությունը
Բ-Հեղուկների սահմանափակումը բոլոր դեպքերում
Գ-Կալցիումի կանխարգելիչ բարձր դեղաչափերի ներարկումը
Դ-Կալիումի հավելյալ ներմուծումը

231.Սուր լեյկոզով 8 տարեկան երեխայի մոտ լեյկոցիտների քանակը 280×10^9/լ է: Երեխան ունի արտահայտված հևոց, հիպօքսեմիա և գիտակցության խանգարում: Ո՞րն է այս կլինիկական պատկերի առավել հավանական պատճառը:
Ա-Լեյկեմիկ բջիջների կուտակման հետևանքով միկրոշրջանառության խանգարում՝ թոքային և ուղեղային անոթներում:
Բ-Ծանր անեմիայի հետևանքով հյուսվածքային հիպօքսիա՝ առանց միկրոշրջանառության խանգարման:

Գ-Թրոմբոցիտոպենիայի հետևանքով զարգացած արյունահոսական համախտանիշ:
Դ-Լեյկոցիտների բարձր քանակով պայմանավորված արյան թթվածնատար ունակության բարձրացում:

232.Նեֆրոտիկ համախտանիշով երեխայի մոտ առաջացել են ջերմություն, որովայնի ցավ և ասցիտ: Ո՞ր բարդությունն է անհրաժեշտ առաջնահերթ բացառել:
Ա-Ինքնաբուխ բակտերիալ պերիտոնիտ
Բ-Սուր ապենդիցիտ՝ որպես միակ հնարավոր պատճառ
Գ-Անշաքար դիաբետ
Դ-Հիպերթիրեոզ

233.Նեֆրոտիկ համախտանիշով երեխայի մոտ հանկարծակի առաջացել են գոտկային ցավ, հեմատուրիա և երիկամի ֆունկցիայի վատացում: Ո՞ր բարդությունն է հնարավոր:
Ա-Երիկամային կիստաների պատռում
Բ-Երիկամային քարերի պարտադիր առկայություն
Գ-Միզապարկի ատոնիա
Դ-Երիկամային երակի թրոմբոզ

234.Նեֆրոտիկ համախտանիշով երեխայի մոտ առկա են արտահայտված այտուցներ և օլիգուրիա: Միզամուղների նշանակումից առաջ ո՞րն է կարևոր գնահատել:
Ա-Միայն լեյկոցիտների քանակը
Բ-Միայն մարմնի ջերմաստիճանը
Գ-Շրջանառվող արյան ծավալը և ներանոթային ծավալային վիճակը
Դ-Միայն շիճուկային խոլեստերինը

235.Վերջերս ստրեպտոկոկային վարակ տարած երեխայի մոտ զարգացել են այտուցներ, հեմատուրիա և զարկերակային հիպերտենզիա: Ո՞ր լաբորատոր փոփոխությունն է բնորոշ հետստրեպտոկոկային գլոմերուլոնեֆրիտին:
Ա-Կոմպլեմենտի C3 բաղադրիչի նվազում
Բ-Կոմպլեմենտի C3-ի կայուն բարձրացում
Գ-Շիճուկային ալբումինի պարտադիր բարձրացում
Դ-Հիպերկալցեմիա

236.Ռաբդոմիոլիզով երեխայի բուժման ժամանակ ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:
Ա-Անհատականացված ներերակային հեղուկային բուժում՝ երիկամային ֆունկցիայի և էլեկտրոլիտների հսկողությամբ
Բ-Հեղուկների ամբողջական սահմանափակում
Գ-Կալիումի կանխարգելիչ ներմուծում
Դ-Միզամուղների պարտադիր նշանակում՝ անկախ մեզի քանակից

237.Երեխայի մոտ առկա է երկարատև ջերմություն, երկկողմանի կոնյուկտիվիտ, շրթունքների ճաքճքում, մորեգույն լեզու և վերջույթների փոփոխություններ: Ո՞ր հիվանդությունն է առավել հավանական:
Ա-Յուվենիլ դերմատոմիոզիտ
Բ-Ռևմատիկ տենդ
Գ-Կավասակիի հիվանդություն
Դ-Սուր ռևմատոիդ արթրիտ

238.Կավասակիի հիվանդության ստանդարտ սկզբնական բուժման հիմնական բաղադրիչներն են՝
Ա-Ներերակային իմունոգլոբուլին և ացետիլսալիցիլաթթու
Բ-Միայն հակաբիոտիկներ
Գ-Միայն հակամակարդիչներ
Դ-Միայն գլյուկոկորտիկոիդներ՝ բոլոր դեպքերում

239.Կավասակիի հիվանդության դեպքում ո՞ր հետազոտությունն է կարևոր կորոնար զարկերակների ախտահարումը գնահատելու համար:
Ա-Էխոսրտագրություն
Բ-Սրտի ՄՌՏ
Գ-Էլեկտրասրտագրություն
Դ-Կրծքավանդակի ՀՇ

240.Համակարգային կարմիր գայլախտով 12 տարեկան երեխայի մոտ առաջացել են արտահայտված պրոտեինուրիա, զարկերակային հիպերտենզիա և ստորին վերջույթների այտուցներ: Լաբորատոր հետազոտությամբ հայտնաբերվել են C3 և C4 կոմպլեմենտի մակարդակների նվազում և anti-dsDNA հակամարմինների բարձր տիտր: Ո՞րն է առավել հավանական բարդությունը:
Ա-Սուր հետստրեպտոկոկային գլոմերուլոնեֆրիտ:
Բ-Լուպուսային նեֆրիտ:
Գ-Դեղորայքային ինտերստիցիալ նեֆրիտ:
Դ-Երիկամների պրերենալ սուր վնասում:

241.Համակարգային կարմիր գայլախտի ակտիվության բարձրացմանը և լուպուսային նեֆրիտին առավել բնորոշ լաբորատոր համակցությունն է՝
Ա-Հակամիջուկային հակամարմինների բացակայություն և կոմպլեմենտի բարձրացում
Բ-Հակա-երկշղթա ԴՆԹ հակամարմինների բարձրացում և կոմպլեմենտի նվազում
Գ-Միայն հեմոգլոբինի բարձրացում
Դ-Միայն շիճուկային կալցիումի նվազում

242.Յուվենիլ դերմատոմիոզիտով 10 տարեկան երեխայի մոտ զարգացել են արտահայտված պրոքսիմալ մկանային թուլություն, կլման դժվարություն, թույլ հազ և շնչառության

հաճախացում: Արյան գազերի հետազոտությամբ հայտնաբերվել է $PaCO_2$-ի բարձրացում: Ո՞րն է առավել հավանական պատճառը:
Ա-Թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիայի հետևանքով զարգացած շնչառական անբավարարություն:
Բ-Շնչառական մկանների ախտահարման հետևանքով զարգացած ալվեոլային հիպովենտիլյացիա:
Գ-Բրոնխոսպազմի հետևանքով զարգացած արտաշնչման խանգարում:
Դ-Թոքային այտուցի հետևանքով զարգացած գազափոխանակության խանգարում:

243.Մակրոֆագների ակտիվացման համախտանիշի դեպքում ո՞ր լաբորատոր համակցությունն է առավել բնորոշ:
Ա-Ֆերիտինի նվազում և ֆիբրինոգենի բարձրացում
Բ-Ֆերիտինի բարձրացում, թրոմբոցիտների և ֆիբրինոգենի նվազում
Գ-Թրոմբոցիտների և հեմոգլոբինի կայուն բարձրացում
Դ-Միայն հիպերկալցեմիա

244.Սուր լյարդային անբավարարությամբ երեխայի մոտ բարձրացել է միջազգային նորմալացված ցուցանիշի (INR), սակայն ակտիվ արյունահոսություն չկա և ինվազիվ միջամտություն չի նախատեսվում: Ո՞րն է առավել ճիշտ մոտեցումը:
Ա-Թարմ սառեցված պլազմա ներարկել բոլոր դեպքերում՝ միայն միջազգային նորմալացված հարաբերությունը նվազեցնելու համար
Բ-Խուսափել պլազմայի սովորական ներարկումից միայն լաբորատոր ցուցանիշը շտկելու նպատակով և շարունակել կոագուլյացիայի ու կլինիկական վիճակի հսկողությունը
Գ-Դադարեցնել լաբորատոր հսկողությունը
Դ-Նշանակել հակամակարդիչներ

245.Սուր լյարդային անբավարարության դեպքում հիպոգլիկեմիայի հիմնական մեխանիզմներից է՝
Ա-Գլիկոգենի պաշարների նվազումը և գլյուկոնեոգենեզի խանգարումը
Բ-Ինսուլինի մշտական բացակայությունը
Գ-Աղիքային գլյուկոզի ներծծման չափազանց բարձրացումը
Դ-Գլյուկագոնի գերարտադրությունը

246.Հիպերամոնիեմիայի կասկածի դեպքում արյան նմուշի մշակման ո՞ր պայմանն է կարևոր:
Ա-Նմուշը պահել սենյակային ջերմաստիճանում մի քանի ժամ
Բ-Նմուշը արագ տեղափոխել լաբորատորիա՝ սառը պայմաններում
Գ-Նմուշը պահել մինչև հաջորդ օրը
Դ-Նմուշը տաքացնել մինչև 37°C

247.Երեխայի մոտ սուր լյարդային անբավարարությունն ուղեկցվում է հեմոլիզով և կոագուլոպաթիայով: Վիլսոնի հիվանդության օգտին կարող է խոսել՝

Ա-Բիլիռուբինի մակարդակի համեմատ ալկալային ֆոսֆատազի անհամաչափ ցածր հարաբերակցությունը
Բ-Մշտական հիպերալբումինեմիան
Գ-Կոմպլեմենտի բարձրացումը
Դ-Միայն լեյկոցիտոզը

248.Աուտոիմուն հեպատիտով 12 տարեկան երեխայի մոտ զարգացել են գիտակցության խանգարում, դեղնուկ և արյունահոսական դրսևորումներ: Լաբորատոր հետազոտությամբ՝ INR՝ 3.2, ընդհանուր բիլիռուբին՝ 180 մկմոլ/լ, ամոնիակ՝ 145 մկմոլ/լ: Ո՞ր բարդությունն է առավել հավանական:
Ա-Հեպատիկ էնցեֆալոպաթիայով ընթացող սուր լյարդային անբավարարություն:
Բ-Հեմոլիտիկ անեմիայի հետևանքով զարգացած հիպերբիլիռուբինեմիա:
Գ-Հիպովոլեմիայի հետևանքով զարգացած պրերենալ սուր երիկամային վնասում:
Դ-Մեկուսացված խոլեստազ՝ առանց լյարդի սինթետիկ ֆունկցիայի խանգարման:

249.Կերակրափողի վարիկոզ լայնացած երակներից արյունահոսության դեպքում արյունահոսության էնդոսկոպիկ վերահսկման մեթոդներից է՝
Ա-Էնդոսկոպիկ կապում կամ սկլերոթերապիա
Բ-Միայն ստամոքսի լվացում
Գ-Միայն բանավոր երկաթի նշանակում
Դ-Միայն հակաթթվային դեղամիջոցների կիրառում

250.Սուր լյարդային անբավարարության բուժման ընթացքում արտահայտված հիպոֆոսֆատեմիան կարող է հանգեցնել՝
Ա-Ադենոզինեռֆոսֆատի պաշարների նվազման և մկանային թուլության
Բ-Մշտական հիպերկալցեմիայի
Գ-Միզաթթվի պարտադիր բարձրացման
Դ-Արյան նատրիումի պարտադիր բարձրացման

251.Լյարդային էնցեֆալոպաթիայի գնահատման ժամանակ ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:
Ա-Հիմնվել միայն ամոնիակի մակարդակի վրա
Բ-Գնահատել գիտակցության և նյարդաբանական վիճակի փոփոխությունները՝ ամոնիակի մակարդակը դիտարկելով որպես լրացուցիչ ցուցանիշ
Գ-Հիմնվել միայն տրանսամինազների մակարդակի վրա
Դ-Հիվանդի նյարդաբանական վիճակը չգնահատել

252.Հեմոֆիլիա A-ի դեպքում ո՞ր մակարդելիության գործոնի անբավարարությունն է առկա:
Ա-VIII գործոն
Բ-IX գործոն
Գ-VII գործոն
Դ-XIII գործոն

253.Հեմոֆիլիա ունեցող երեխայի մոտ կասկածվում է ներգանգային արյունազեղում: Ո՞րն է առավել ճիշտ սկզբնական մոտեցումը:
Ա-Սպասել գլխուղեղի պատկերային հետազոտության պատասխանին և հետո սկսել բուժումը
Բ-Անհապաղ սկսել համապատասխան մակարդելիության գործոնի փոխարինումը՝ չսպասելով պատկերային հետազոտության արդյունքին
Գ-Նշանակել միայն ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոց
Դ-Սահմանափակվել դիտարկմամբ

254.Վիլեբրանդի հիվանդությամբ 8 տարեկան երեխայի մոտ վիրահատությունից հետո զարգացել է արտահայտված արյունահոսություն՝ հեմոդինամիկ անկայունությամբ: Չնայած սկզբնական ռեանիմացիոն միջոցառումներին՝ արյունահոսությունը շարունակվում է: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար հեմոստատիկ բուժման մոտեցումը:
Ա-Թրոմբոցիտային զանգվածի փոխներարկում՝ անկախ թրոմբոցիտների քանակից և ֆունկցիայից:
Բ-Վիլեբրանդի գործոն և VIII գործոն պարունակող կոնցենտրատի ներարկում՝ համապատասխան հեմոստատիկ և հեմոդինամիկ աջակցությամբ:
Գ-Դեսմոպրեսինի կիրառում՝ որպես միակ բուժում՝ անկախ հիվանդության տեսակից և արյունահոսության ծանրությունից:
Դ-Թարմ սառեցված պլազմայի փոխներարկում՝ որպես առաջին ընտրության սպեցիֆիկ հեմոստատիկ բուժում:

255.Մանգաղաձև բջջային հիվանդությամբ երեխայի մոտ զարգացել է ցավային ճգնաժամ: Ո՞րն է բուժման հիմնական սկզբունքը:
Ա-Ցավազրկման հետաձգում մինչև լաբորատոր բոլոր պատասխանների ստացումը
Բ-Հեղուկների ամբողջական սահմանափակում
Գ-Բոլոր դեպքերում կանխարգելիչ հակամակարդիչների նշանակում
Դ-Համարժեք ցավազրկում և հեղուկային վիճակի անհատականացված կարգավորում՝ խուսափելով գերհիդրատացիայից

256.Երեխայի մոտ սուր երիկամային վնասման ֆոնին առկա է կայուն հիպերկալիեմիա, որը չի շտկվում դեղորայքային բուժմամբ: Միաժամանակ զարգացել են օլիգուրիա և էլեկտրասրտագրային փոփոխություններ: Ո՞րն է երիկամային փոխարինող թերապիայի անհետաձգելի ցուցումը:
Ա-Կրեատինինի չափավոր բարձրացումը՝ առանց այլ խանգարումների
Բ-Բուժման նկատմամբ կայուն, կյանքին սպառնացող հիպերկալիեմիան
Գ-Մեկուսացված պրոտեինուրիան
Դ-Անախտանիշ հեմատուրիան

257.Ծանր վիճակում գտնվող երեխայի մոտ առկա է հեմոդինամիկ անկայունություն, հեղուկային գերբեռնվածություն և սուր երիկամային վնասում: Երիկամային փոխարինող թերապիայի ո՞ր եղանակն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Ընդհատվող հեմոդիալիզ՝ առավելագույն արագությամբ
Բ-Շարունակական երիկամային փոխարինող թերապիա
Գ-Միայն պերիտոնեալ լվացում՝ առանց ցուցումների գնահատման
Դ-Երիկամային փոխարինող թերապիայի հետաձգում մինչև հեմոդինամիկայի լիարժեք կայունացումը

258.Երեխայի մոտ առկա է արտահայտված հեղուկային գերբեռնվածություն՝ թոքի այտուցով և օլիգուրիայով, չնայած համապատասխան միզամուղային բուժմանը: Ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:
Ա-Շարունակել միայն միզամուղների դեղաչափի բարձրացումը՝ անկախ պատասխանից
Բ-Դիտարկել երիկամային փոխարինող թերապիայի մեկնարկը՝ հեղուկի հեռացման անհրաժեշտությամբ պայմանավորված
Գ-Նշանակել լրացուցիչ հեղուկային բեռնվածություն
Դ-Սահմանափակվել միայն էլեկտրոլիտների հսկողությամբ

259.Երեխայի մոտ արյունային լուծից մի քանի օր անց զարգացել են գունատություն, օլիգուրիա և թրոմբոցիտոպենիա: Արյան քսուքում հայտնաբերվել են շիզոցիտներ, իսկ լաբորատոր հետազոտությամբ՝ լակտատդեհիդրոգենազի բարձրացում: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:
Ա-Իմունային թրոմբոցիտոպենիա
Բ-Հեմոլիտիկ ուրեմիկ համախտանիշ
Գ-Ապլաստիկ սակավարյունություն
Դ-Հեմոֆիլիա A

260.Դիարեայով պայմանավորված հեմոլիտիկ ուրեմիկ համախտանիշի ամենատարածված պատճառներից է՝
Ա-Շիգա-տոքսին արտադրող աղիքային ցուպիկը
Բ-Ոսկեգույն ստաֆիլոկոկը
Գ-Կապույտ թարախածին ցուպիկը
Դ-Պնևմոկոկը՝ որպես բոլոր դեպքերի պատճառ

261.Հեմոլիտիկ ուրեմիկ համախտանիշով երեխայի մոտ առկա են թրոմբոցիտոպենիա և միկրոանգիոպաթիկ հեմոլիտիկ սակավարյունություն: Ո՞րն է թրոմբոցիտների փոխներարկման առավել ճիշտ մոտեցումը:
Ա-Փոխներարկել բոլոր դեպքերում՝ անկախ կլինիկական վիճակից
Բ-Խուսափել սովորական կանխարգելիչ փոխներարկումից և կատարել միայն հստակ կլինիկական ցուցումների դեպքում, օրինակ՝ նշանակալի արյունահոսության կամ ինվազիվ միջամտության անհրաժեշտության դեպքում
Գ-Փոխներարկել ամեն օր՝ մինչև թրոմբոցիտների նորմալացումը
Դ-Փոխներարկել միայն հեմոգլոբինի նվազման դեպքում

262.Հեմոլիտիկ ուրեմիկ համախտանիշով երեխայի մոտ զարգացել է արտահայտված օլիգուրիա, հիպերկալիեմիա և հեղուկային գերբեռնվածություն: Ո՞ր բուժական մոտեցումն է ճիշտ:
Ա-Հեղուկների անսահմանափակ ներարկում
Բ-Երիկամային ֆունկցիայի և հեղուկային վիճակի գնահատում, անհրաժեշտության դեպքում՝ երիկամային փոխարինող թերապիա
Գ-Հակաբիոտիկոթերապիա
Դ-Կալիում պարունակող լուծույթների ներարկում

263.Երեխայի զարկերակային արյան գազային հետազոտությամբ ստացվել են հետևյալ տվյալները՝ pH՝ 7.20, $PaCO_2$՝ 25 մմ սնդիկի սյուն, HCO_3^-՝ 10 մմոլ/լ: Ո՞ր խանգարումն է առկա:
Ա-Առաջնային շնչառական ացիդոզ
Բ-Առաջնային մետաբոլիկ ացիդոզ՝ շնչառական փոխհատուցմամբ
Գ-Առաջնային շնչառական ալկալոզ
Դ-Մետաբոլիկ ալկալոզ

264.Երեխայի արյան գազային հետազոտությամբ հայտնաբերվել է pH՝ 7.50, $PaCO_2$՝ 48 մմ սնդիկի սյուն, HCO_3^-՝ 36 մմոլ/լ: Ո՞րն է առավել հավանական թթվահիմնային խանգարումը:
Ա-Առաջնային մետաբոլիկ ալկալոզ՝ շնչառական փոխհատուցմամբ
Բ-Առաջնային շնչառական ալկալոզ
Գ-Առաջնային մետաբոլիկ ացիդոզ
Դ-Առաջնային շնչառական ացիդոզ

265.Երեխայի լաբորատոր հետազոտությամբ հայտնաբերվել են՝ նատրիում՝ 140 մմոլ/լ, քլոր՝ 104 մմոլ/լ, բիկարբոնատ՝ 12 մմոլ/լ: Որքա՞ն է անիոնային տարբերությունը և ինչպիսի՞ խանգարման մասին է այն վկայում:
Ա-12 մմոլ/լ՝ նորմալ անիոնային տարբերությամբ մետաբոլիկ ացիդոզ
Բ-24 մմոլ/լ՝ բարձր անիոնային տարբերությամբ մետաբոլիկ ացիդոզ
Գ-36 մմոլ/լ՝ մետաբոլիկ ալկալոզ
Դ-48 մմոլ/լ՝ շնչառական ացիդոզ

266.Ո՞ր նշանների համակցությունն է առավել բնորոշ լուծիչների, անզգայացնողների և սեդատիվների (LAU/SAS) տոքսիդրոմին:
Ա-. Միդրիազ, հիպերթերմիա, տախիկարդիա
Բ-. Կենտրոնական նյարդային համակարգի ընկճում, շնչառության ընկճում, ատաքսիա
Գ-. Միոզ, թքարտադրություն, բրոնխոսպազմ
Դ-Արյունահոսություն և մակարդման խանգարում

267.Ո՞ր նշանների համակցությունն է բնորոշ խոլիներգիկ տոքսիդրոմին:
Ա-Մաշկի չորություն, միդրիազ, տախիկարդիա
Բ-Միոզ, առատ սեկրեցիա, բրոնխոսպազմ
Գ-Միայն զարկերակային հիպերտենզիա

Դ-Շնչառության ընկճում՝ առանց սեկրեցիայի ավելացման

268.Ո՞ր նշանն է առավել բնորոշ հակախոլիներգիկ տոքսիդրոմին:
Ա-Արտահայտված թքարտադրություն
Բ-Միոզ
Գ-Միդրիազ
Դ-Բրոնխային սեկրեցիայի ավելացում

269.Ո՞ր նշանների եռյակն է բնորոշ օփիոիդային տոքսիդրոմին:
Ա-Միդրիազ, գրգռվածություն, հիպերտենզիա
Բ-Միոզ, գիտակցության ընկճում, շնչառության ընկճում
Գ-Հիպերթերմիա, չոր մաշկ, տախիկարդիա
Դ-Ցնցումներ, առատ քրտնարտադրություն, փորլուծություն

270.Ո՞ր դրսևորումներն են բնորոշ գրգռիչ/քայքայիչ նյութերի ազդեցությանը:
Ա-Միայն բբերի նեղացում
Բ-Հազ, սուլող շնչառություն, շնչառական դժվարացում
Գ-Միայն արյունահոսություն
Դ-Միայն գիտակցության ընկճում

271.Ինչպե՞ս են օրգանոֆոսֆատները առաջացնում խոլիներգիկ ազդեցություն:
Ա-Արգելակում են ացետիլխոլինէսթերազը
Բ-Ակտիվացնում են վիտամին K-ի սինթեզը
Գ-Արգելակում են օփիոիդային ընկալիչները
Դ-Բարձրացնում են GABA-ի ազդեցությունը

272.Ո՞րն է ՖՕՄ-ով թունավորման խոլիներգիկ ազդեցության բուժման մեջ կիրառվող միջոցների համապատասխան համակցությունը:
Ա-Նալոքսոն և ֆլումազենիլ
Բ-Ատրոպին և օքսիմներ (օրինակ՝ 2-PAM)
Գ-Վիտամին K1 և պրոտամին
Դ-Ֆիզոստիգմին և նալոքսոն

273.Աչքերի մակերևութային վնասազերծման հիմնական միջոցը ո՞րն է:
Ա-Աչքը չոր թանզիֆով մաքրելը
Բ-Միայն տեղային հակաբիոտիկային կաթիլների կիրառումը
Գ-Մեծ ծավալով ջրի կամ իզոտոնիկ լուծույթի շիթով ողողումը
Դ-Աչքը փակ պահելը՝ առանց ողողման

274.Ի՞նչ է անհրաժեշտ կատարել ինհալյացիոն թունավորման դեպքում առաջին հերթին:
Ա-Տուժածին դուրս բերել թունավոր միջավայրից
Բ-Անմիջապես կատարել ստամոքսի լվացում
Գ-Տալ ակտիվացված ածուխ

Դ-Կատարել խթանված դիուրեզ

275.Ի՞նչ պետք է նախապես շտկել ստամոքսի լվացումից առաջ
Ա-. Միայն մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը
Բ-Խոր հիպօքսիան և ծանր սրտանոթային անբավարարությունը, ինչպես նաև ցավային ու ցնցումային համախտանիշները
Գ-Միայն փորկապությունը
Դ-Միայն օլիգուրիան

276.Հեղուկ նյութերի ընդունման դեպքում ստամոքսի լվացումը նշված է կատարել ո՞ր ժամանակահատվածում:
Ա-Առաջին 1 ժամում
Բ-Մինչև 6 ժամ անց
Գ-Միայն 24 ժամ անց
Դ-Միայն 48 ժամ անց

277.Ներկայացման մեջ թվարկված ո՞ր նյութը ակտիվացված ածուխով չի ադսորբվում:
Ա-Ասպիրինը
Բ-Լիթիումը
Գ-Էնտերոհեպատիկ շրջանառություն ունեցող որոշ թույներ
Դ-Աղեստամոքսային ուղում գտնվող ածուխով կապվող թույնը

278.Հալյուցինոգեն թմրանյութերի նկատմամբ որն է հետևյալ նշաններից ամենահաճախ հանդիպող արձագանքը?
Ա-Լուծ
Բ-Տախիկարդիա
Գ-Միոզ
Դ-Հիպոթերմիա

279.Հեպարինի չափաբաժնի գերազանցման բուժման միջոցը ո՞րն է:
Ա-Վիտամին K
Բ-Թարմ սառեցված պլազմա
Գ-Պրոտամին սուլֆատ
Դ-Կրիոպրեցիպիտատ

280.Ստորև նշվածներից դժգույն գարշասնկերի վերաբերյալ ճիշտ է բնորոշումը, բացառությամբ.
Ա-Թունավոր բաղադրիչներն են ֆալլոիդինը և ամատոքսինները
Բ-Ընտրողաբար վնասում են թոքերը
Գ-Սրտանոթային թունավորությունն է պատասխանատու մահացության համար
Դ-Թունավորումների համար հատուկ հակաթույնային բուժում գոյություն չունի

281.Ստորև նշվածներից ո՞րն է ակտիվացված ածխածնի սկզբնական դոզայի լավագույն ցուցումը.
Ա-10 հաբ յուրաքանչյուր 10 կգ-ին
Բ-100 գ
Գ-0, 5-1, 0 գ/կգ
Դ-10:1 հարաբերակցություն, այսինքն՝ ընդունված քանակի 10 անգամը

282.Հետևյալներից ո՞րը կարող է առաջացնել շնչառական խթանում:
Ա-Օփիոիդներ
Բ-Սալիցիլատներ
Գ-Ֆլունիտրազեպամ
Դ-Պրոպոֆոլ

283.Ցիկլիկ հակադեպրեսանտների թունավորման դեպքում QRS համալիրի նեղացման համար որ թերապևտիկ միջամտությունն է առավել արդյունավետ?
Ա-Ն/ե հիպերտոնիկ աղային լուծույթի ներարկում
Բ-Ն/ե հիպերտոնիկ նատրիումի բիկարբոնատի ներարկում
Գ-Հիպերվենտիլյացիա
Դ-Ն/ե լիդոկայինի ներարկում

284.Ստորև նշվածներից ո՞րն է երկաթի թունավորման հակաթույնը
Ա-Կալցիում EDTA
Բ-Դիմերկապրոլ
Գ-Սուկցիմեր
Դ-Դեսֆերօքսամին

285.Իժի կծածի դեպքում որոնք են առաջին օգնության գործառույթները, բացառությամբ՝
Ա-Անշարժացնել կծած վերջույթը ֆունկցիոնալ
Բ-Սեղմող կապ կծածից վերև
Գ-Կատարել ցավազրկում
Դ-Կծած հատվածից հեռացնել սեղմող/ճնշող հագուստ, կապեր, կոշիկ, մատանիներ, այլ...

286.Որ նյութի հակաթույնն է համարվում էթանոլը
Ա-Էթիլենգլիկոլ
Բ-մեթանոլ
Գ-ացետոն
Դ-Ֆրեոն

287.12-ամյա տղան դիմել է աջ ոտնանթաթի կողմնային հատվածում օձի կծածի կապակցությամբ, ներկայացել է կծելուց 1 ժամ հետո: Ունի ուժեղ ցավ ճառագայթվող դեպի աճուկ, տարածվող այտուց ոտնաթաթից մինչև սրունքի վերին երրորդը, դիտվել է

սրտխառնոց, փսխում, չափավոր հիպոթենզիա: Որոնք են առաջնահերթ քայլերը, բացառությամբ՝
Ա-ապահովել երակային մուտք, միացնել հեղուկների բոլյուս ներարկումներ
Բ-կատարել ցավազրկում
Գ-կատարել հեպարինի ներարկում
Դ-կատարել հակաթույնի ներարկում

288.Երեխայի մոտ սրտի կանգի (ասիստոլիա) ժամանակ էպինեֆրինի ն/ե կամ ներոսկրային դեղաչափն է՝
Ա-0,01 մգ/կգ (0,1 մլ/կգ 1:10 000 լուծույթի), յուրաքանչյուր 3–5 րոպեն մեկ
Բ-0,001 մգ/կգ մեկանգամյա
Գ-1 մգ ֆիքսված դոզա՝ անկախ զանգվածից
Դ-0,1 մգ/կգ ն/ե՝ որպես ստանդարտ առաջին դոզա

289.Փորոքային ֆիբրիլյացիայով երեխայի մոտ առաջին դեֆիբրիլյացիոն ցնցման առաջարկվող էներգիան է՝
Ա-360 Ջ ֆիքսված
Բ-0,5 Ջ/կգ
Գ-1 Ջ/կգ
Դ-2 Ջ/կգ (հաջորդները՝ 4 Ջ/կգ և ավելի, առավելագույնը 10 Ջ/կգ կամ մեծահասակի դոզա)

290.Բարձր հաճախականության օսցիլյատոր օդափոխության (HFOV) ժամանակ օքսիգենացիան հիմնականում կարգավորվում է՝
Ա-Հաճախականությամբ (Hz)
Բ-Պտղային հեմոգլոբինի տոկոսով
Գ-Ներշնչման ժամանակի հարաբերությամբ (I:E)
Դ-Միջին շնչուղային ճնշմամբ (MAP) և FiO2-ով

291.RSV-բրոնխիոլիտով 4 ամսական երեխայի ինտենսիվ թերապիայի ժամանակ ապացուցողական բժշկության տեսանկյունից առաջարկվում է՝
Ա-Ռուտին հակաբիոտիկներ
Բ-Ռուտին ներշնչվող սալբուտամոլ
Գ-Աջակցող թերապիա՝ թթվածին/բարձր հոսքով քթային կանյուլա (HFNC) կամ CPAP, հիդրատացիա, քթի մաքրում
Դ-Ռուտին կրծքավանդակի ֆիզիոթերապիա

292.Միջին ծանրության կրուպով (լարինգոտրախեիտ) 2 տարեկան երեխայի մոտ, հանգստի ժամանակ ստրիդորով և ներքաշումներով, բուժման հիմքն է՝
Ա-Դեքսամետազոն (0,15–0,6 մգ/կգ) և ներշնչվող էպինեֆրին (ադրենալին)
Բ-Լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ և անհապաղ ինտուբացիա
Գ-Ներշնչվող սալբուտամոլ և իպրատրոպիում
Դ-Ֆուրոսեմիդ և հեղուկի սահմանափակում

293.Երեխայի մոտ դիաբետիկ կետոացիդոզի բուժման ժամանակ ինսուլինի ճիշտ կիրառումն է՝
Ա-Միայն ենթամաշկային երկարատև ինսուլին
Բ-Ինսուլինի ն/ե բոլյուս 0,5 Մ/կգ, ապա ինֆուզիա 1 Մ/կգ/ժ
Գ-Ռեգուլյար ինսուլինի ն/ե անընդհատ ինֆուզիա 0,05–0,1 Մ/կգ/ժ՝ առանց բոլյուսի, սկսած հեղուկային վերականգնումից 1–2 ժամից հետո
Դ-Ինսուլինի ինֆուզիա՝ գլյուկոզը 1 ժամում նորմալացնելու նպատակով

294.Հիպերնատրեմիկ դեհիդրատացիայով (Na^+ 168 մմոլ/լ) կրծքի հասակի երեխայի մոտ նատրիումի շտկման առավելագույն անվտանգ արագությունն է՝
Ա-Նատրիումը պետք է նորմալացնել առաջին 6 ժամում
Բ-≈2 մմոլ/լ/ժ
Գ-≈5 մմոլ/լ/ժ
Դ-≤0,5 մմոլ/լ/ժ (≈10–12 մմոլ/լ/օր)

295.Վնասվածքից հետո հեմոռագիկ շոկով երեխայի մոտ արյան շրջանառող ծավալի ≈15–30% կորստի ամենավաղ և հուսալի նշանն է՝
Ա-Կոման
Բ-Անուրիան
Գ-Տախիկարդիան և ծայրամասային պերֆուզիայի վատթարացումը (մազանոթային լցման ժամանակի երկարացում)
Դ-Սիստոլիկ ճնշման կտրուկ անկումը

296.Երեխաների մոտ ողնուղեղի վնասվածքն առանց ռենտգենաբանական անոմալիայի (SCIWORA) առավել բնորոշ է, քանի որ՝
Ա-Երեխայի ողնաշարը կապանային առումով ավելի ճկուն է, քան ողնուղեղը, իսկ գլուխը համեմատաբար մեծ է, պարանոցի մկանները՝ թույլ
Բ-Երեխաների ողնաշարը լիովին ոսկրացած է
Գ-Երեխաների ողնուղեղն ավելի ամուր է, քան մեծահասակներինը
Դ-SCIWORA-ն հանդիպում է միայն մեծահասակների մոտ

297.Անաֆիլաքսիայով 6 տարեկան երեխայի (20 կգ) մոտ, երակային մուտքի բացակայության դեպքում, առաջին ընտրության դեղը և դեղաչափն են՝
Ա-Սալբուտամոլի ներշնչում
Բ-Հիդրոկորտիզոն 4 մգ/կգ մ/մ՝ որպես միակ բուժում
Գ-Էպինեֆրին 0,01 մգ/կգ (1:1000 լուծույթ) մ/մ ազդրի առաջակողմնային մակերեսին՝ 0,2 մգ, կրկնել 5–15 րոպեն մեկ
Դ-Էպինեֆրին 1 մգ ն/ե շիթային

298.3 ամսականից մեծ երեխաների մոտ արտահիվանդանոցային բակտերիալ մենինգիտի ամենահաճախ հարուցիչները և էմպիրիկ թերապիան են՝
Ա-B խմբի ստրեպտոկոկ և Listeria. ամպիցիլին + գենտամիցին
Բ-Staphylococcus epidermidis. ցեֆազոլին

Գ-Pseudomonas aeruginosa. ցեֆտազիդիմ մոնոթերապիա
Դ-Streptococcus pneumoniae և Neisseria meningitidis. ցեֆտրիաքսոն (± վանկոմիցին

299.Ինտենսիվ թերապիայում երկարատև ինտուբացված երեխայի մոտ հետէքստուբացիոն ստրիդորի բարձր ռիսկի դեպքում կանխարգելման ապացուցված միջոցն է՝
Ա-Դեքսամետազոն (≈0,5 մգ/կգ յուրաքանչյուր 6 ժամը մեկ)՝ սկսած էքստուբացիայից 6–12 ժամ առաջ
Բ-Ավելի մեծ չափսի ETT-ով ռեինտուբացիա պլանային կարգով
Գ-Էքստուբացիա խորն անզգայացման տակ բոլոր երեխաների մոտ
Դ-Ատրոպին էքստուբացիայի պահին

300.Արհեստական շնչառության պայմաններում գտնվող 2 տարեկան երեխայի մոտ արձանագրվել է սրտի կանգ: Որն է կրծքավանդակի ներհրում-շնչառություն ճիշտ հարաբերությունը
Ա-100 ներհրում 1 րոպեում
Բ-4:1
Գ-15:2
Դ-30:2

Սկզբնաղբյուրներ՝

British Society for Paediatric Endocrinology and Diabetes (BSPED). Emergency and Perioperative Management of Adrenal Insufficiency in Children and Young People, 2023. Endotext. Adrenal Insufficiency in Children. British Society for Haematology. Guidelines for the Diagnosis and Management of Tumour Lysis Syndrome in Adults and Children, 2025. MD Anderson Cancer Center. Tumor Lysis Syndrome in Pediatric Patients, 2025. International Pediatric Nephrology Association (IPNA). Clinical Practice Recommendations for the Management of Children with Steroid-Sensitive Nephrotic Syndrome, 2023. KDIGO. Clinical Practice Guideline for the Management of Lupus Nephritis, 2024. American Heart Association (AHA). Scientific Statement on Kawasaki Disease, 2024. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN). Position Paper on Pediatric Acute Liver Failure, 2022. World Federation of Hemophilia (WFH). Guidelines for the Management of Hemophilia, 3rd edition, 2020. American Society of Hematology / International Society on Thrombosis and Haemostasis / National Hemophilia Foundation / World Federation of Hemophilia. Guidelines on the Diagnosis and Management of von Willebrand Disease, 2021. Society of Critical Care Medicine (SCCM). PANDEM Guidelines for Infants and Children, 2022. Canadian Paediatric Society. Recognition and Management of Acute Kidney Injury in Children, 2025. KDIGO. Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury, 2012: KDIGO. Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury and Acute Kidney Disease, 2026 թ. հրապարակված թարմացումներ և համապատասխան բաժիններ: Goldstein SL, et al. Pediatric Continuous Renal Replacement Therapy: Practice Recommendations. American Society of Nephrology. Մանկական երիկամային փոխարինող թերապիայի վերաբերյալ մասնագիտական

նյութեր: Centers for Disease Control and Prevention. E. coli Infection and Hemolytic Uremic Syndrome: European Society for Paediatric Nephrology. Հեմոլիտիկ ուրեմիկ համախտանիշի ախտորոշման և բուժման մասնագիտական առաջարկություններ: Berend K, de Vries APJ, Gans ROB. Physiological Approach to Assessment of Acid-Base Disturbances, New England Journal of Medicine, 2014: Kraut JA, Madias NE. Metabolic Acidosis: Pathophysiology, Diagnosis and Management, Nature Reviews Nephrology:

Schlapbach LJ et al. International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock (Phoenix Sepsis Criteria). JAMA, 2024.

Surviving Sepsis Campaign. International Guidelines for the Management of Septic Shock and Sepsis-Associated Organ Dysfunction in Children.

American Heart Association. Pediatric Advanced Life Support (PALS) guidelines.

Brain Trauma Foundation. Guidelines for the Management of Pediatric Severe Traumatic Brain Injury, 3rd edition, 2019.

International League Against Epilepsy (ILAE). Status epilepticus definition and classification.

ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State.

KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury, 2012.

Society of Critical Care Medicine. PANDEM Guidelines, 2022.

American Heart Association. Kawasaki Disease: Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management.

Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical Practice Guidelines (pediatric emergencies).

Benson BE, Hoppu K, Troutman WG, et al.
Position paper update: Gastric lavage for gastrointestinal decontamination.
Clinical Toxicology. 2013;51(3):140–146.
DOI: 10.3109/15563650.2013.770154.
PubMed – Gastric Lavage

Thanacoody R, Caravati EM, Troutman B, et al.
Position paper update: Whole bowel irrigation for gastrointestinal decontamination of overdose patients.
Clinical Toxicology. 2015;53(1):5–12.
DOI: 10.3109/15563650.2014.989326.
PubMed – Whole Bowel Irrigation

American Academy of Clinical Toxicology (AACT), European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists (EAPCCT).
Position Paper: Single-Dose Activated Charcoal.
Clinical Toxicology. 2005.

American Academy of Clinical Toxicology (AACT), European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists (EAPCCT).

Position Statement: Multi-Dose Activated Charcoal in the Treatment of Acute Poisoning. 2004.

Royal Children's Hospital Melbourne.
Clinical Practice Guidelines: Poisoning – Acute Guidelines for Initial Management.
Royal Children's Hospital – Poisoning Guidelines

Tenenbein M.
The role of whole bowel irrigation in the treatment of toxic ingestions.
British Journal of Clinical Pharmacology. 2023;89(8):2359–2361.
DOI: 10.1111/bcp.15652.
PubMed – Whole Bowel Irrigation Review

American Academy of Clinical Toxicology (AACT).
Position Statements and Recommendations in Clinical Toxicology.
AACT – Position Statements and Recommendations

Poisoning and Drug Overdose, Eighth Edition
Editors / Authors: Kent R. Olson, Craig Smollin, Ilene B. Anderson, Neal L. Benowitz, Paul D. Blanc, Susan Y. Kim-Katz, Justin C. Lewis, and Alan H. B. Wu
Publisher: McGraw Hill (Published April 15, 2022)
ISBN-13 / ISBN-10: 978-1264259083 / 1264259085
Length: 784 pages [1, 2]
AccessMedicine