ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ

«НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ»

1. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

 1) снижение Ра02 в артериальной крови ниже 60 мм рт. ст. с повышением или без повышения РаС02 более 50 мм рт. ст. при дыхании атмосферным воздухом на высоте, соответствующей уровню моря

 2) снижение Ра02 в артериальной крови ниже 60 мм рт. ст. с повышением РаС02 более 50 мм рт. ст. при дыхании атмосферным воздухом на высоте, соответствующей уровню моря

 3) снижение Ра02 в артериальной крови ниже 60 мм рт. ст.

 4) снижение Ра02 в артериальной крови ниже 60 мм рт. ст. с понижением РаС02 менее 50 мм рт. ст.

1. ПРИЧИНОЙ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФОРМЫ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ

1) пневмония

2) ОРДС

3) аллергический отек гортани

4) экссудативный плеврит

1. ДЫХАНИЕ ТИПА ЧЕЙНА-СТОКСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

 1) появлением периодического дыхания с постепенным увеличением и снижением амплитуды дыхания

2) появлением большого шумного дыхания

3) постепенным изменением амплитуды дыхания и развитием апноэ

4) редкими (3-5 в 1 мин) дыхательными движениями, чередующимися с периодами апноэ

4. ПРИЧИНЫ ЛЁГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

 1) инфаркт легкого

 2) пороки митрального клапана

 3) паразитарные поражения легких

 4) все вышеперечисленное

5. ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗВИТИЮ КАРДИОГЕННОГО ОТЁКА ЛЁГКИХ

 1) повышение гидростатического давления в левом предсердии, легочных венах и системе легочной артерии

 2) повышение проницаемости капилляров с поражением или без поражения альвеол

 3) блок легочного кровообращения с венозно-артериальным шунтированием крови, нарушением питания альвеолярной ткани, вследствие ишемии легкого и дефицита сурфактанта

4) повышение гидростатического давления в правом желудочке и лёгочной артерии

 6. ОСТРАЯ ФАЗА ОРДС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

 1) развитием интерстициального, а затем альвеолярного отека легких

 2) интерстициальным и бронхоальвеолярным воспалением

 3) развитием фиброзирующего альвеолита

 4) развитием альвеолярного отека легких

7. ГЕПАРИНОТЕРАПИЯ ПРИ ДВС СИНДРОМЕ НА ФОНЕ ОРДС ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОД КОНТРОЛЕМ

 1) хронометрических тестов (ДК по Ли-Уайт, АВСК, АЧТВ)

 2) хронометрических тестов (ДК по Ли-Уайт, АВСК, АЧТВ) + тромбоциты

 3) хронометрических тестов (АВСК, АЧТВ)

 4) хронометрических тестов (ДК по Ли-Уайт, АВСК)

8. РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА В ПЕРВЫЕ ДВОЕ СУТОК ТЕРАПИИ III - IV СТАДИЙ ОРДС

 1) 10 мг/кг/сутки

 2) мг/кг/сутки

 3) 0,5 мг/кг/сутки

 4) 30 мг/кг/сутки

9. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРДС ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ АНТИБИОТИКОВ

 1) макролиды, фторхинолоны, карбопенемы

 2) карбопенемы, цефалоспорины 3-4 поколения, аминогликозиды, фторхинолоны, ингибитороза-щищенные пенициллины

 3) цефалоспорины 3-4 поколения, фторхинолоны, ингибиторозащищенные пенициллины

 4) карбопенемы, цефалоспорины 3-4 поколения, ингибиторозащищенные пенициллины, макролиды

10. МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ АЛПРОСТАДИЛА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОРДС

 1) постоянное введение через катетер в суточной дозе 60 мкг, начиная с 5-10 нг/кг/мин с увеличением до 30 нг/кг/мин

 2) постоянное введение через катетер в суточной дозе 100 мкг, начиная с 5-10 нг/кг/мин с увеличением до 60 нг/кг/мин

 3) капельно в/в в суточной дозе 60 мкг под контролем давления заклинивания легочной артерии

 4) постоянное введение через катетер в суточной дозе 60 мкг

11. ИВЛ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В КОНЦЕ ВЫДОХА (РЕЕР) ПРИМЕНЯЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ ОРДС В ЦЕЛЯХ

 1) избежания баротравмы и волюмотравмы альвеол

 2) избежания спадения альвеол на выдохе

 3) избежания спадения альвеол на выдохе, расправления коллабированных альвеол и уменьшения внутрилегочного шунтирования крови

 4) для расправления коллабированных альвеол и уменьшения внутрилегочного шунтирования крови

12. МЕХАНИЗМ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ЭФФЕКТА ПРОНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ, ПРИМЕНЯЕМОЙ В ЛЕЧЕНИИ ОРДС

 1) расправление гравитационно-зависимых ателектазов

 2) улучшение VА/Q баланса

 3) повышение функциональной остаточной емкости легких

 4) все вышеперечисленное

13. ПРИ ОТКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ НАКЛАДЫВАЕТСЯ

 1) давящая повязка

 2) фиксирующая повязка

 3) окклюзионная повязка

 4) крестообразная повязка

14. МАССИВНАЯ ТЭЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

 1) поражением 50 - 70% сосудистого русла легких, при наличии потери сознания, шока или артериальной гипотензии (снижение давления на 40 мм рт. ст. в течение 15 мин и более, не связанное с развитием аритмии, гиповолемии или сепсиса), острой правожелудочковой недостаточности

 2) поражением 30 - 50% сосудистого русла легких, протекающая с развитием умеренной дисфункции ПЖ по данным эхокардиографии, тахипноэ при нормальном АД

 3) поражение до 30% сосудистого русла легких, при отсутствии нарушений легочной гемодинамики, сопровождается умеренной одышкой

 4) поражением 70 - 100% сосудистого русла легких при наличии шока, острой правожелудочковой недостаточности или остановки дыхания и кровообращения

15. ЭКГ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ СТАДИИ ТЭЛА

 1) увеличение высоты зубцов Рво II, III и aVF отведениях (P-pulmonale)

 2) блокада правой ножки пучка Гиса, нарушение ритма (мерцание предсердий)

 3) глубокие зубцы *S* в I, aVL и *Q* в III отведениях, подъем сегмента *ST в* III и aVF, отрицательный зубец Т в III, aVF, V1- V2 отведениях

 4) все вышеперечисленные

16. ВЫСОКОСПЕЦИФИЧНЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ТЭЛА

 1) расширение верхней полой вены

 2) увеличение правых отделов сердца

 3) симптом Вестермарка (обеднение легочного рисунка в зоне поражения)

 4) выбухание конуса легочной артерии и высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения

17. ПО ДАННЫМ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПРИЗНАКОМ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ СР.ДЛА

 1) 25 мм. рт. ст. в покое и 35 мм. рт. ст. после физической нагрузки

 2) выше 25 мм.рт. ст. в покое и 35 мм. рт. ст. после физической нагрузки

 3) выше 30 мм.рт. ст. в покое и 45 мм. рт. ст. после физической нагрузки

 4) выше 20 мм.рт. ст. в покое и 25 мм. рт. ст. после физической нагрузки

18. БОЛЬНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, НАБРАВШИЙ ПО ШКАЛЕ FINE 90 БАЛЛОВ, ИМЕЕТ РИСК ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

 1) II

 2) III

 3) IV

 4) V

19. КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ КРИТЕРИИ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В КРОВИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

 1) ПКТ >1 нг/мл и СРБ>150 мг/л

 2) ПКТ >0,5 нг/мл и СРБ>100 мг/л

 3) ПКТ >0,7 нг/мл и СРБ>125 мг/л

 4) ПКТ >0,8 нг/мл и СРБ>100 мг/л

20. ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В РЕГИОНАХ С ВЫСОКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПНЕВМОКОККА К ПЕНИЦИЛЛИНАМ

 1) цефотаксим или кларитромицин

 2) ванкомицин или имипенем

 3) амикацин или азитромицин

 4) гентамицин или левофлоксацин

21. К ВОЛЕМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЭК ОТНОСЯТ

 1) реополиглюкин

 2) гелофузин

 3) волювен

 4) лонгостерил

22. СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ НА ФОНЕ ПНЕВМОНИИ

 1) 30-90 мг

 2) 1000-3000 мг

 3) 200-300 мг

 4) 60-120 мг

23. ПРОЛОНГИРОВАННЫМ БРОНХОЛИТИКОМ ГРУППЫ ПРОИЗВОДНЫХ ПУРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

1) теофиллин

2) теофедрин

3) теотард

4) эуфиллин

24. ОСОБЕННОСТИ ГЕПАРИНОТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ

 1) могут применяться низкие дозы нефракционированного гепарина (10–15 тыс. ЕД/сут в 2–3 приема)

 2) могут применяться как низкие дозы нефракционированного гепарина (10–15 тыс. ЕД/сут в 2–3 приема), так и низкомолекулярные гепарины в эквипотентных дозах

 3) могут применяться только низкомолекулярные гепарины (надропарин, далтепарин)

 4) могут применяться высокие дозы нефракционированного гепарина (25–40 тыс. ЕД/сут в 2–3 приема)

25. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В ОТДЕЛЕНИЯХ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ MRSA ПРИМЕНЯЮТ АНТИБИОТИКИ

 1) ванкомицин или линезолид

 2) клиндамицин или амикацин

 3) метронидазол или ципрофлоксацин

 4) моксифлоксацин или азитромицин

26. РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ДВУСТОРОННИЙ СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТ ТЕЧЕНИЕ

 1) ХОБЛ

 2) муковисцидоза

 3) гистиоцитоза Х из клеток Лангерганса

 4) буллезной эмфиземы

27. ОСЛОЖНЕНИЕМ АСПИРАЦИИ ВОЗДУХА ИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ, В РЕЗУЛЬТАТЕ БЫСТРОГО РАСПЛАВЛЕНИЯ ЛЁГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

 1) лёгочное кровотечение

 2) сосудистый коллапс

 3) острое лёгочное сердце

 4) реэкспансивный отек легких

28. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

 1) диффузный пневмосклероз

 2) дегенеративные изменения в плевре

 3) субплеврально расположенные буллы

 4) воспалительные изменения в строме легких

29. ПРЯМОЙ ПРИЗНАК ЛЁГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ КОНТРАСТНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АРТЕРИОГРАФИИ

 1) расширение сети бронхиальных артерий в отдельных участках легкого

 2) аневризматические расширения сосудов

 3) наличие анастомозов между бронхиальными и легочными артериями

 4) выход контрастированной крови за пределы сосуда

30. В НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ЛЁГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ

 1) викасола

 2) дицинона

 3) нитросорбида

 4) аминокапроновой кислоты

31. РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ В ТЕРАПИИ ЛЁГОЧНОГО КРОВОВТЕЧЕНИЯ

 1) 1-5 мг/кг массы тела в/в

 2) 20-30 мг/кг массы тела в/в

 3) 10-15 мг/кг массы тела в/в

 4) 15-20 мг/кг массы тела в/в

32. РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ ТРАСИЛОЛА В ТЕРАПИИ ЛЁГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

 1) в начальной дозе 350 000 АТрЕ в\в капельно, последующие – 140 000 АТрЕ в\в капельно, каждые 4 часа до остановки кровотечения

 2) в начальной дозе 150 000 АТрЕ в\в капельно, последующие – 50 000 АТрЕ в\в капельно, каждые 4 часа до остановки кровотечения

 3) в начальной дозе 450 000 АТрЕ в\в капельно, последующие – 240 000 АТрЕ в\в капельно, каждые 4 часа до остановки кровотечения

 4) в начальной дозе 100 000 АТрЕ в\в капельно, последующие – 50 000 АТрЕ в\в капельно, каждые 2 часа до остановки кровотечения

33. В ДИАГНОСТИКЕ ТЭЛА БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ Д-ДИМЕРА, О ТРОМБОЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ЕГО УРОВЕНЬ В КРОВИ

 1) более 500 мкг/л

 2) более 300 мкг/л

 3) более 400 мкг/л

 4) более 200 мкг/л

34. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ 1 СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ

 1) рефрактерность к β2 -агонистам

 2) вынужденное положение ортопноэ

 3) выраженный цианоз

 4) неэффективность в/в вливания эуфиллина

35. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ 2 СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ

 1) прогрессирование одышки

 2) тахикардия

 3) исчезновение ранее выслушивае­мых сухих хрипов

 4) повышение артериального давления

 36. НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ГЕПАРИНА ПРИ ТЭЛА СОСТАВЛЯЕТ

 1) 10 000 ЕД в/в болюсно

 2) 2500 ЕД в/в болюсно

 3) 15 000 ЕД в/в болюсно

 4) 20 000 ЕД в/в болюсно

37.ПРЕПАРАТОМ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ДЕКСТРАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

 1) реополиглюкин

 2) гелофузин

 3) рефортан

 4) гемохес

38. ТЕРАПИЯ НЕФРАКЦИОНИРОВАННЫМ ГЕПАРИНОМ ТРЕБУЕТ МОНИТОРИРОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ

 1) Д-димера

 2) ДК, ВСК, АЧТВ, тромбоцитов

 3) фибриногена, тромбоцитов, ПТИ

 4) МНО

39. РЕЦИДИВ ТЭЛА МОЖЕТ СКРЫВАТЬСЯ ПОД МАСКОЙ

1) острого легочного сердца

2) инфаркта миокарда

3) острого бронхита

4) повторных пневмоний

40. ПРИ КАРДИОГЕННОМ ОТЕКЕ ЛЁГКИХ АУСКУЛЬТАТИВНО ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ, КОТОРЫЕ

1) изначально локализуются в средних отделах лёгких, затем повсеместно

2) изначально локализуются в верхних отделах лёгких, затем повсеместно и исчезают в задних базальных отделах при скоплении жидкости в плевральной полости

3) изначально локализуются в нижних отделах, затем повсеместно

4) изначально локализуются в верхних отделах, затем повсеместно и если исчезают в задних базальных отделах легких, то это свидетельствует о ателектазе

41. ПРИ КАРДИОГЕННОМ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ В/В ИНФУЗИЮ НИТРОГЛИЦЕРИНА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ В ДОЗЕ

 1) 5 - 10 мг / мин с последующим ее увеличением на 5 мг каждые 5 мин под контролем АД

 2) 10 - 15 мг / мин с последующим ее повторением каждые 5 мин под контролем АД

 3) 10 - 15 мг / мин с последующим ее увеличением на 5— 10 мг каждые 5 мин под контролем АД

 4) 15 - 20 мг / мин с последующим ее увеличением на 5— 10 мг каждые 5 мин под контролем АД

42. ДЛЯ ОБЪЁМНОЙ РАЗГРУЗКИ СЕРДЦА ПРИ КАРДИОГЕННОМ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ ПРИМЕНЯЮТ

 1) гипотиазид

 2) фуросемид

 3) нифедипин

 4) натрия нитропруссид

43. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГАЛЯЦИИ ОКСИДА АЗОТА ЧЕРЕЗ ЛИЦЕВУЮ МАСКУ ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

 1) увеличение Sa на 2-3 % при средней дозе NO 15—20 ррm

 2) увеличение сатурации на 1-2 % при средней дозе NO 15—20 ррm

 3) увеличение сатурации на 2-3 % при средней дозе NO 25—35 ррm

 4) увеличение сатурации на 1 % при средней дозе NO 15—20 ррm

44. ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ПРОСТАЯ АСПИРАЦИЯ ВОЗДУХА ИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ СЧИТАЕТСЯ НЕУДАЧНОЙ ПРИ ЭВАКУАЦИИ МЕНЕЕ

 1) 3,0 л

 2) 2,5 л

 3) 3,5 л

 4) 4,0 л

45. ПРИ КЛАПАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА МОЖЕТ ЗАНИМАТЬ

1) область груди

2) область спины

3) области шеи и лица

4) верно все вышеперечисленное

46. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ

1) в/в введение оксибутирата натрия (80–120 мг/кг), миорелаксация и ИВЛ

2) седуксен 10 мг в/в, при отсутствии эффекта – миорелаксация и ИВЛ, при отсутствии возможности проведения миорелаксации – в/в введение оксибутирата натрия (80–120 мг/кг)

3) седуксен 10 мг в/в, при отсутствии эффекта – миорелаксация и ИВЛ

4) миорелаксация и ИВЛ, при отсутствии возможности проведения миорелаксации – в/в введение оксибутирата натрия (80–120 мг/кг)

47. СИНДРОМ МЕНДЕЛЬСОНА ВОЗНИКАЕТ ПРИ АСПИРАЦИИ В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ

 1) желудочного содержимого

 2) пресной воды при утоплении

 3) морской воды при утоплении

 4) микроаспирации секрета ротоглотки у больного с расстройством сознания

48. ЛЁГКАЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДО УРОВНЯ

 1) 80/50 – 60/30 мм.рт.ст.

 2) 60/30 мм.рт.ст.

 3) 60/30 – 50/0 мм.рт.ст.

 4) 50/0 мм.рт.ст.

49. ПОЗДНИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЮТСЯ

1) аллергический миокардит, гломерулонефрит

2) синдром полиорганной недостаточности

3) синдром Дресслера

4) аллергический отёк гортани

50. ПРИ КАРДИОГЕННОМ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ УРОВЕНЬ ДАВЛЕНИЯ ЗАКЛИНИВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

 1) > 18 мм рт. ст.

 2) <18 мм рт. ст.

 3) < 12 мм рт. ст.

 4) > 12 мм рт. ст.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ

«НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ»

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 -1 | 2-3 | 3-3 | 4-4 | 5-1 | 6-1 | 7-2 | 8-4 |
| 9-2 | 10-1 | 11-3 | 12-4 | 13- 3 | 14- 1 | 15- 4 | 16- 3  |
| 17- 2 | 18- 4 | 19- 3 | 20- 2 | 21- 3 | 22- 4 | 23- 3 | 24- 2 |
| 25- 1 | 26- 3 | 27- 4 | 28- 3 | 29- 4 | 30- 1 | 31 - 3 | 32- 1 |
| 33- 1 | 34- 1 | 35- 3 | 36- 1 | 37- 1 | 38- 2 | 39- 4 | 40- 2 |
| 41- 3  | 42- 2 | 43- 1 | 44- 2 | 45- 4 | 46- 2 | 47- 1 | 48- 3 |
| 49- 1 | 50- 1 |  |  |  |  |  |  |