

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		38/11
Бақылау-өлшеуіш құралдары		97 беттің 1 беті

Бақылау-өлшеуіш құралдары

Аралық аттестациялауға арнаған бағдарлама сұрақтары

Пәні: «Балалар ауруларының пропедевтикасы»

Пән коды: ВАР 3226

Қысқартылған БББ атауы: 6В10115 «Медицина»

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі: 150сағ/5кредит

Оқукурсы мен семестрі: 2 курс,4 семестр

Шымкент, 2025

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 2 беті

**Аралық аттестациялауға арналған бағдарлама сұрақтары
(жеке тізіммен ұсыналады)**

Құрастырушы:

1. Кафедра меңгерушісі, PhD Кемельбеков Қ.С
2. Кафедра доцент м.а. Баймаханова Б.Б.
3. Кафедра ассистенті Абсадық А.

Кафедра меңгерушісі:



PhD, қауымд. проф. Кемельбеков Қ.С.

Хаттама № 2

Күні 25. 09. 25

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		38/11
Бақылау-өлшеуіш құралдары		97 беттің 3 беті

**«Балалар ауруларының пропедевтикасы» дисциплинасы бойынша аралық аттестация
тесттік тапсырмалардың спецификасы**

№	Тақырыбы	Құрамы, %	Тесттік тапсырмалар саны	Когнитивті деңгейлер		
				Білім, %/саны	Түсіну, %/саны	Қолдану, %/саны
	Дисциплина бойынша тесттер	100%	600	10%/60	50%/300	40%/240
1	Баланы жалпы қарау. Нерв жүйесін зерттеу әдістемесі.	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
2	Балаларда нерв жүйесінің зақымдануы семиотикасы	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
3	Теріні зерттеу әдістемесі. Әртүрлі жас тобындағы балалардың тері зақымдалуының семиотикасы.	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
4	Балаларда тірек-қимыл жүйесін зерттеу әдістемесі және зақымдану семиотикасы.	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
5	Балаларда тыныс алу жүйесін зерттеу әдістемесі.	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
6	Балаларда тыныс жүйесі зақымдануының семиотикасы	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
7	Балаларда жүрек- қантамыр жүйесін зерттеу әдістемесі.	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
8	Балаларда жүрек- қантамыр жүйесі зақымдалуының семиотикасы.	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
9	Балаларда асқорыту жүйесін зерттеу әдістемесі.	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
10	Балаларда асқорыту жүйесі зақымдануының семиотикасы.	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
11	Зәр шығару жүйесін зерттеу әдістемесі.	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
12	Балаларда қан жасау жүйесін зерттеу әдістемесі	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
13	Балаларда қан жасау жүйесі зақымдануының семиотикасы	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
14	Иммундық жүйе бұзылыстарының семиотикасы	6.6%	40	4/40	20/40	16/40
15	Эндокриндік жүйе бұзылыстарының семиотикасы	6.6%	40	4/40	20/40	16/40

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 4 беті

Балалар ауруларының пропедевтикасы

5 кредит 600 тест

<question> Балада дәм сезу қасиеті пайда болу мерзімі:

<variant> туғаннан бастап

<variant> 1-ші ай

<variant> 2-3 ай

<variant> 4-5 ай

<variant> құрсақішілік кезеңнен бастап

<question> Ерте жастағы балаларда құрысу синдромына тән сипат:

<variant> клоникалық-тоникалық

<variant> тоникалық

<variant> клоникалық

<variant> опистотонус

<variant> жергілікті сипатта

<question> Балаларда фибрилльді құрысулар дамиды:

<variant> 6 ай мен 5 жас аралығында

<variant> тек 1 айға дейін

<variant> туғаннан кейінгі алғашқы сағаттарда ғана

<variant> 5 жастан кейін

<variant> тек рахит кезінде

<question> Фебрильді ұстамалар үшін тән емес:

<variant> ұстаманың бұлшықет фибрилляциясы түрінде көрінуі

<variant> ұстаманың қалтырау фонында пайда болуы

<variant> ұстаманың 6 ай мен 5 жас аралығында дамуы

<variant> ұстаманың вирустық инфекция фонында дамуы

<variant> ұстамаға тұқым қуалаушылық бейімділік

<question> Нейроциркуляторлы дисфункция балаларда осы кезеңде жиі кездеседі:

<variant> мектептік кезеңде

<variant> неонаталдық кезеңде

<variant> кеуде ему кезеңде

<variant> ерте жаста

<variant> мектепке дейінгі кезеңде

<question> Жаңа туылған нәрестені қарау кезінде сол жақ қолында белсенді қозғалыстардың болмауы байқалды. Бұлшықет тонусы мен сіңір рефлекстері күрт төмендеген. Сіздің болжамды клиникалық синдромыңыз:

<variant> перифериялық салдану синдромы

<variant> менингеальды синдром

<variant> гипертония - гидроцефалиялық синдром

<variant> құрысу синдромы

<variant> сананың бұзылуы

<question> 5 жасар ербала балалар ауруханасының жұқпалы аурулар бөліміне қатты бас ауруы, жиі жүретін жүрек айну, құсу, қызба, көз алмасының ауыруы шағымымен түсті; бала мәжбүрлі қалыпта,

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 5 беті

басын артқа бағыттаған, аяғын ішіне тартып бүйірімен жатыр. Сіздің болжамды клиникалық синдромыңыз:

- <variant> менингиальды синдром
- <variant> құрысулы синдром
- <variant> перифериялық паралич синдромы
- <variant> гипертония - гидроцефалиялық синдром
- <variant> сананың бұзылуы

<question> Мерізімі жетіп туылған нәресте ана емшегін жақсы және белсенді түрде сорады, дене салмағының аздап жоғалуы бар, өмірдің 3-ші күнінде басқа патологиялық белгілер жоқ, тері жамылғысының сарғаюы байқалды. Сарғаюдың ықтимал себебін көрсетіңіз.

- <variant> физиологиялық сарғаю
- <variant> жаңа туған нәрестелердің гемолитикалық ауруы
- <variant> анасының мандаринді көп жегеннен каротиндік пигментация дамуы
- <variant> өт жолдарының атрезиясы
- <variant> жедел гепатит

<question> Балаларда лактоздық жетіспеушілік дамытатын төзбеушілік:

- <variant> сүт қантына
- <variant> жануарлар ақуыздарына
- <variant> емшек сүтінің ақуыздарына
- <variant> қанықпаған май қышқылдарына
- <variant> өсімдік ақуыздарына

<question> Жасөспірім кезеңінде құрысулардың манифестациялануы осыған тән:

- <variant> эпилепсияға
- <variant> фебрильді ұстамаларға
- <variant> гипокальцемияға
- <variant> В тобындағы дәрумендер тапшылығына
- <variant> фенилкетонурияға

<question> Бала 15 айлық, аяқтың О - тәрізді қисықтығы анықталды. Дәрігер рахит диагнозын немесе туа біткен тубулопатияны болжады. Берілгендерден баланың жасына сай деп қарастырған жөн:

- <variant> үлкен еңбектің жабық болуы
- <variant> маңдай және төбе дөңестерінің айқындылығы
- <variant> шүйденің қиғаштығы
- <variant> "тәспық тәрізді" қабырғалар
- <variant> кеуде қуысының жиектерінің кеңеюі

<question> Төменде көрсетілгендердің ішінен екі айлық бала үшін патологиялық белгі болып табылады:

- <variant> ашық тәждік тігіс
- <variant> омыртқаның физиологиялық қисықтарының болмауы
- <variant> үлкен еңбектің ашық болуы
- <variant> кіші еңбек ашық болуы
- <variant> үлкен еңбектің пульсациясы

<question> Пубертатты кезеңдегі қыздарда темір жетіспеушілік анемияның көп кездесу себебі:

- <variant> созылмалы қан жоғалту
- <variant> глистті инвазия
- <variant> темір сіңірілудің бұзылысы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		38/11
Бақылау-өлшеуіш құралдары		97 беттің 6 беті

<variant> авитаминоз

<variant> темірдің тағаммен түсуі жеткіліксіздігі

<question> Бала 10 жаста. Ол балалар клиникасында мынандай көріністермен емделуде: анемиялық, геморрагиялық, интоксикация, гепатолиенальды синдром, неврологиялық белгілер және полимфаденопатия. Жалпы қан анализінде жетілмеген (бласты) жасушалар анықталды. Диагнозды нақтылауға арналаған негізгі зерттеу әдісін анықтаңыз:

<variant> сүйек қызыл кемігі пункциясы

<variant> бауыр УДЗ

<variant> көкбауыр УДЗ

<variant> лимфа түйіндерінің пальпациясы

<variant> люмбальді пункция

<question> Гемоглобин мен түстік көрсеткіштің төмендеуі, анизоцитоз, пойкилоцитоз байқалады осы анемия кезінде байқалады:

<variant> теміржетіспеушілік

<variant> B12-жетіспеушілік

<variant> гемолитикалық

<variant> жіті постгеморрагиялық

<variant> гипопластикалық

<question>Түстік көрсеткіштің жоғарылауы, макроцитоз, жолли денешіктері мен кебот сақиналары осы анемия кезінде байқалады:

<variant> B12-жетіспеушілік

<variant> гемолитикалық

<variant> гипопластикалық

<variant> теміржетіспеушілік

<variant> жіті постгеморрагиялық

<question> Сарғаю, гепатоспленомегалия, зәрдің қара түсті болуы осы анемияда байқалады:

<variant> гемолитикалық

<variant> апластикалық

<variant> теміржетіспеушілік

<variant> жіті постгеморрагиялық

<variant> B12-жетіспеушілік

<question> Осы анемияның асқинуында спленэктомия қолданылады :

<variant> гемолитикалық

<variant> B12-жетіспеушілік

<variant> теміржетіспеушілік

<variant> жіті постгеморрагиялық

<variant> апластикалық

<question> Науқас 15 жаста, спонтанды көптеген тері астындағы қан кетулер пайда болды, мұрын қанауы байқалды. Органдар бойынша өзгерістер жоқ. Геморрагиялық синдромның ықтимал себебі:

<variant> тромбоцитопения

<variant> гемофилия

<variant> геморрагиялық васкулит

<variant> жіті лейкоз

<variant> созылмалы лимфобластты лейкоз

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		38/11 97 беттің 7 беті

<question> Ауруханаға 4 жасар бала велосипедтен құлағаннан кейін оң жақ тізе буынының ауырсыну және ұлғаюы шағымданып түсті . Алдын үйінде мұрны қанау эпизодтары болған . Балада қан кету түрін анықтаңыз:

- <variant> гематомды
- <variant> петехиалы дақты
- <variant> ангиоматозды
- <variant> васкулит күлгін
- <variant> аралас

<question> Бала 2 жаста. Клиникаға мұрыннан қан кету шағымымен түсті, ұзақтығы 30 минуттан - 1сағатқа дейін. Баланың жағдайы ауыр, әлсіз, тері түсі бозғылт. Тәбеті төмендеген. Дене t-38°C.

Баланың тері жамылғысында петехия түрінде бөртпелер, экхимоз және көгерулер бар. Жақ асты, мойындық, шаптық, қолтық асты, шынтактық лимфа түйіндері пальпацияланады. Бауыры + 3 см. Көкбауыры +2 см. ЖҚА: Нб 80 г/л, эритроцит $2,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциттер- $30,0 \times 10^9/л$, т/я-1, с/я- 17, э -1, м.-1, л.-80, ЭТЖ 40 мм/сағ. Қазіргі баланың өміріне қауіп төндіретін аурудың клиникасындағы жетекші синдромды анықтаңыз:

- <variant> геморрагиялық
- <variant> интоксикациялық
- <variant> анемиалық
- <variant> гепатолиенальді
- <variant> лимфопролиферативті

<question> Жаңа туылған нәрестеде темір жетіспеушілігінің себебіне жатпайды:

- <variant> фетальды гемоглобині бар эритроциттердің бұзылуы
- <variant> жүктілік кезінде теміржеткіліксіздік
- <variant> темірдің трансплацентарлы өтуінің бұзылуы
- <variant> шала туылу

<variant> мерзімінен бұрын кіндікті өңдеу

<question> Балалардағы құрысу синдромы жиі кездеседі:

- <variant> тұмау
- <variant> аденовирус инфекциясы
- <variant> риновирустық инфекция
- <variant> тыныс-сінцитиальды инфекция
- <variant> короовирустық инфекция

<question> Балаға 10 ай. Анасы баланың летаргиясына, ұйқышылдығына шағымданады. Бірақ ұйқы қысқа, үстірт. Жылап, айқайлаудың орнына тыныш тұру, ананың кетуіне реакция көрінбейді. Дәрігердің тексеруіне және оралуына нашар әсер етеді. Терінің сезімталдығы мен сіңір рефлекстерінің төмендеуі. Баланың неврологиялық жағдайының жағдайын анықтаңыз.

- <variant> сомноленттілік
- <variant> ступор
- <variant> сопор
- <variant> прекома
- <variant> кома

<question> Бала 10 жаста. Пневмония диагнозымен балалар клиникасының ауруханасында ем алады. Дене температурасы 38,5°C. ТАЖ-50 мин. ЖЖЖ - 98 мин. Енжар. Тәбеті төмендеген. Ернінде герпес. Ылғалды жөтел. Оң жақта жаурынның төменгі бұрышынан өкпенің төменгі шекарасы аймағында - дауыс дірілі жоғарылаған, өкпе дыбыстары қысқарған, тыныс алуы әлсіреген, крепитация анықталады. Өкпеге рентгенологиялық зерттеу жүргізілді - оң өкпенің төменгі бөлігінің қараюы. Динамикада пальпация кезінде жаурынның төменгі бұрышынан төмен оң жақтағы дауыстық діріл әлсірейді, қалған

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 8 беті

физикалық өзгерістер қалыпты. Сипатталған клиника мен пальпациялық өзгерістердің динамикасына сәйкес дамыған асқынуды анықтаңыз.

<variant> ателектаз

<variant> пневмоторакс

<variant> плеврит

<variant> пиоторакс

<variant> плевра эмпиемасы

<question> Петехиальды дақ тәрізді қан кетуге тән емес:

<variant> гематомалар және спонтанды қан кетулер

<variant> терідегі нүктелі қан кетулер, қан кетулер

<variant> терідегі көгерулер

<variant> қан кету

<variant> экхимоздар

<question> Гематома түріндегі қан кетуге тән:

<variant> гемартроздар

<variant> тері астындағы қан құйылулар

<variant> ретроперитонеальді қан құйылулар

<variant> мұрыннан қан кету

<variant> қызыл иектен қан кету

<question> Тромбоцитопатия диагнозы келесі себептерге негізделген:

<variant> тромбоциттердің функционалды жетілмеуі

<variant> тромбоцитопения

<variant> гематома типі бойынша геморрагиялық синдром

<variant> миелограммадағы өзгерістер

<variant> коагулограммадағы өзгерістер

<question> Апластикалық анемияны неғұрлым дәл анықтайтын зерттеу әдісін таңдаңыз.

<variant> миелограмма

<variant> жалпы қан анализі

<variant> коагулограмма

<variant> тромбоциттерді анықтау

<variant> анизоцитоз және пойкилоцитозды анықтау

<question> Медиастинальды лимфа түйіндерін зерттеудің ең ақпараттық әдісін таңдаңыз:

<variant> рентгенография

<variant> тексеру

<variant> пальпация

<variant> перкуссия

<variant> ультрадыбыстық зерттеу

<question> Гипергликемиялық синдром кезіндегі науқастың шағымы:

<variant> шөлдеу

<variant> аштық сезімі

<variant> денедегі дірілдеу

<variant> тершендік

<variant> тәбеттің төмендеуі

<question> Қант диабетінің негізгі белгісі болып табылады:

<variant> аш қарынға гликемия $\geq 6,1$ ммоль/л

<variant> аш қарынға гликемия $\geq 5,5$ ммоль/л, бірақ 6,1 ммоль/л төмен

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 9 беті

<variant> шөлдеу, полиурия, арықтау симптом кешені

<variant> глюкозурия

<variant> тамақтан кейін 2 сағаттан кейін гликемия 8,1 ммоль/л

<question> 10 жастағы бала дәрігерге іштің ауыруы, бас ауыруы, шөлдеу (тәулігіне 3-4 литр суға дейін ішеді), жиі зәр шығару, тәбеттің жоғарылауы, арықтауына шағым жасады. Оның сөзінен 2 апта ішінде ауырады. Қарау кезінде енжар, бозарған, терінің құрғауы, тіндердің тургорының төмендеуі.

Анықталған симптомдардың жиынтығы бойынша синдромды таңдаңыз.

<variant> қант диабеті

<variant> қантсыз диабеті

<variant> несеп жүйесінің жұқпасы

<variant> созылмалы гастрит

<variant> паразиттік ауру

<question> Туа біткен гипотиреоз кезінде ең алдымен бұзылатын функциялар:

<variant> орталық жүйке жүйесі

<variant> жүрек-тамыр жүйесі

<variant> өкпе жүйесі

<variant> иммундық жүйенің

<variant> зәр шығару жүйесі

<question> Жалпы практика дәрігері баланы жоспарлы тексеруден өткізуде. Бала өте мобильді, қызығушы. Ол «болмайды» деген сөзді түсінеді, бірақ тыйымды әрдайым орындалмайды. Өз бетімен жүреді. Дене бөліктері мен жеке заттардың атауын біледі. Ол көрнекі суреттермен кітаптарды қарастырғанды ұнатады. 12 сөз айтады. Туыстардың кейбір аттарын біледі. Тірек-қимыл жүйесін қоса, мүшелер мен жүйелерді зерттеу жүргізілді. Осы жаста тірек-қимыл аппаратының даму динамикасын көрсететін дәрігер назар аударуы керек параметрді таңдаңыз:

<variant> бел лордозының пайда болуы

<variant> төстің төмендеуі

<variant> қабырғалардың көлбеу жағдайы

<variant> мойын лордозының пайда болуы

<variant> кеуде кифозының пайда болуы

<question> Балада Даун ауруы бар. Осы ауруда анықталатын жүйке жүйесінің зақымдану синдромын таңдаңыз:

<variant> гиперқозғалғыш синдромы

<variant> гипокөзғалғыш синдромы

<variant> бас ми ішілік гипертензия синдромы

<variant> конвульсиялық синдром

<variant> бұлшықет дистониясы синдромы

<question> Бала 4 айлық. Дені сау. Нейропсихикалық даму жасына сәйкес келеді. Ішінен артына қарай бұрылады, қатты күледі, гу-гулейді. Анасын және басқа жақындарды таниды. Ілінген ойыншықтарды тексереді, сипалайды және түсіреді, бірақ оның қимылдары нашар үйлестірілген. Үйлестірудің нашар болу себебін түсіндіріңіз:

<variant> мишық және неостриатум толыққанды дамымаған

<variant> мидың кіші (үшінші) иілімдерінің әлсіз дамуы

<variant> жүйке жүйесінің өткізгіш жүйелері әлсіз қалыптасқан

<variant> дендриттер қысқа және аз тармақталған

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		38/11 97 беттің 10 беті

<variant> пирамидалық жолдардың миелинациясының жеткіліксіз даму

<question> Балада Даун ауруы бар. Осы ауруда анықталатын жүйке жүйесінің зақымдану синдромын таңдаңыз:

<variant> гиперқозғалғыш синдромы

<variant> гипокөзғалғыш синдромы

<variant> бас ми ішілік гипертензия синдромы

<variant> конвульсиялық синдром

<variant> бұлшықет дистониясы синдромы

<question> Жалпы тәжірибелік дәрігер 2 апталық баланың үйінде шақыруға келді. Берілген жасқа сәйкес келмейтін параметрді анықтаңыз.

<variant> қысқа мерзімді гугулейді

<variant> қатты эмоционалды айқай

<variant> қозғалыстар атетоз тәрізді

<variant> бұлшықет гипертониясы

<variant> шартсыз рефлексстердің болуы

<question> Жас баланы тексеру барысында анықтады: басын жасқсы ұстайды, ішпен жатып иық белбеуін көтереді, күледі, ұзақ гугулейді; ұстап алу, алақан-ауыз, енбектеу шартсыз рефлексстері шақырылады, Галант пен Перез рефлексстері шақырылмайды. Баланың жасын анықтаңыз.

<variant> 4 ай

<variant> 2 ай

<variant> 3 ай

<variant> 5 ай

<variant> 6 ай

<question> Жаңа туылған нәрестелерде кардит этиологиясы көбінесе ... байланысты:

<variant> вирустық

<variant> бактерияларды

<variant> этиологиясы белгісіз

<variant> гипоксиялық

<variant> тұқым қуалаушылық

<question> Плевра үйкеліс шуылы естіледі:

<variant> дем алу және дем шығаруда

<variant> дем алуда

<variant> тыныс алу биіктігінде

<variant> дем шығаруда

<variant> дем шығару соңында

<question> Физикалық мәліметтер: кеуде клеткасының ассиметриясы, дауыс дірілі және бронхофония байқалмауы, тимпаникалық перкуторлы дыбыс болуы, тыныс анықталмауы тән:

<variant> плевральды қуысқа ауа жиналу синдромына

<variant> өкпе тінінің ошақтық тығыздалу синдромына

<variant> өкпеде қуыс пайда болу синдромына

<variant> плевральды қуысқа сұйықтық жиналу синдромына

<variant> өкпе тінінің бөліктік тығыздалу синдромына

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 11 беті

<question> Ошақтық зақымдалу аймағында дауыс дірілінің күшеюі, перкуторлы дыбыстың қысқаруы, бронхо-визикарлы тыныс, бронхофония күшеюі тән:

<variant> өкпе тінінің ошақты тығыздалу

<variant> эксудативті плеврит

<variant> обтурациялық ателектаз

<variant> бронхит

<variant> бронхиальді демікпе

<question> Өкпе тінінің бөліктік тығыздалу синдромына тән емес:

<variant> зақымдалу аймағында дауыс дірілінің әлсіреуі

<variant> тыныс алу актіінде зақымдалған аймақтың қалыс қалуы

<variant> бронхиальді тыныс

<variant> тұйық перкуторлы дыбыс

<variant> дауыс дірілінің күшеюі

<question> Зақымдалу аймағында дауыс дірілі және бронхофония күшейген, перкуторлы-тимпаникалық дыбыс сол жерде, аускультативті-амфорикалық түрдегі бронхиальды тыныс, ылғалды ірі көпіршікті сырылдар-берілген физикалық мәліметтер осы синдромға тән:

<variant> өкпеде қуыс пайда болу синдромы

<variant> тыныс жетіспеушілік синдромы

<variant> плевральды қуысқа ауа жиналу синдромы

<variant> плевральды қуысқа сұйықтық жиналу синдромы

<variant> өкпе тінінің ошақтық тығыздалу синдромы

<question> Жоғары тыныс алу жолдарының зақымдалу синдромына тән емес:

<variant> өкпе аускультациясында ылғалды сырылдар

<variant> мұрын жолдарынан шырышты бөлінділер

<variant> жөтел

<variant> орташа интоксикация белгілері

<variant> қатқыл сырыл

<question> Ұсақ ошақты инфильтрация синдромына тән:

<variant> қораптық перкуторлы дыбыс

<variant> өкпеде перкуторлы дыбыстың тұйықталуы

<variant> аускультацияда жергілікті ылғалды сырылдар

<variant> аускультацияда жергілікті құрғақ сырылдар

<variant> бронхиальды обструкция синдромы

<question> Ірі ошақты инфильтрация синдромына тән:

<variant> аускультация кезінде локальды өзгерістер

<variant> перкуторлық дыбыстың қорапты реңі

<variant> бронхофонияның әлсіреуі

<variant> интоксикация симптомдарының болмауы

<variant> бронхиальды обструкция синдромы

<question> Өкпеде перкуторлы дыбыстың қысқаруы тән:

<variant> ірі ошақты инфильтрация синдромына

<variant> ұсақ ошақты инфильтрация синдромына

<variant> бронхиальды обструкция синдромына

<variant> круп синдромына

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 12 беті

<variant> гипоксия синдромына

<question> Өкпеде перкуторлы қораптық дыбыс болуы тән емес:

<variant> плевра қуысында сұйықтық жиналу синдромында

<variant> бронхиальды обструкция синдромында

<variant> ұсақ ошақты инфильтрация синдромында

<variant> өкпе эмфиземасында

<variant> пневмоторакста

<question> Өкпе шекарасының төмен ығысуы осы жағдайда анықталады:

<variant> бронхиальды обструкция синдромы

<variant> ірі ошақты инфильтрация синдромы

<variant> круп синдромы

<variant> ортаңғы тыныс жолдарының зақымдалу синдромы

<variant> жоғарғы тыныс жолдарының зақымдалу синдромы

<question> Бала 14 жаста. Жағдайы ауыр. Ентігуге, жөтелгенде және терең тыныс алғанда кеуде қуысындағы ауырсынуына шағымданады. Бозғылт. Айқын акрацианоз. Физикалық жүктемеде ентігу күшейеді. Оң жақ кеуде қуысы тыныс алу актісінен қалады және қабырға аралықтар тегістелген. 4 қабырға деңгейінен бастап өкпелік дыбыс тұйықталуы анықталады, тыныс естілмейді. Кеуде қуысы R-графиясы: оң өкпенің төменгі бөлігінің қараюы, көкірек аралық солға ығысуы байқалады. ЖҚА: НЬ-100г/л, лейкоциттер 16×10^9 /л, т/я-15%, с/я-60%, э-1%, м-5%, лимф-19%, ЭТЖ-30 мл/сағ. Осы асқыну жайлы болжауға болады:

<variant> плеврит

<variant> абсцесс

<variant> пневмония

<variant> ателектаз

<variant> пневмоторакс

<question> Везикулярлы тыныстың жергілікті әлсіреуі осы жағдайда анықталады:

<variant> ірі ошақты инфильтрация синдромы

<variant> бронхиальды обструкция синдромы

<variant> круп синдромы

<variant> ортаңғы тыныс жолдарының зақымдалу синдромы

<variant> жоғарғы тыныс жолдарының зақымдалу синдромы

<question> Плевра қуысына сұйықтық жиналу синдромына тән емес:

<variant> зақымдалу аймағында тұйықталған-тимпаникалық дыбыс

<variant> зақымдалу аймағының тыныс алу актінде қалыс қалуы

<variant> кеуде клеткасының ассиметриясы

<variant> зақымдалу аймағында әлсіреген тыныс

<variant> кеуде клеткасының зақымдалған аймағының ауырсынуы

<question> Плевра қуысына ауа жиналу синдромына сәйкес келеді:

<variant> аускультацияда әлсіреген тыныс

<variant> перкуторлы дыбыстың тұйықталуы

<variant> бронхофонияның күшеюі

<variant> дауыс дірілінің күшеюі

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 13 беті

<variant> аускультацияда амфорикалық тыныс

<question> Ортаңғы тыныс жолдарының зақымдалуы синдромына сәйкес келмейді:

<variant> перкуссияда дыбыстың тұйықталуы

<variant> қатқыл тыныс

<variant> құрғақ сырылдар

<variant> орташа интоксикация белгілері

<variant> құрғақ жөтел

<question> Патологиялық бронхиальды тыныс ... анықталады:

<variant> ірі ошақты инфильтрация синдромында

<variant> ұсақошақты инфильтрация синдромында

<variant> ортаңғы тыныс жолдарының зақымдалуында

<variant> плевра қуысына ауа жиналуында

<variant> өкпе тінінің ауалығының жоғарылауында

<question> Ұл бала 9 жаста, салқындағаннан кейін жедел ауырып қалды, дене $t = 39,0^{\circ}\text{C}$ -қа дейін жоғарылады, құрғақ ауырсынулы жөтел, бас ауруы пайда болды. Об-ті: жағдайы ауыр. Тері жамылғысы бозғылт, «мәрмәр» түсті. Шырышты қабаты таза, құрғақ. Жұтқыншықта гиперемия. Тынысы алуы қиындаған. ТЖ 34 рет/мин. Кеуде клеткасы үлкейген, оң бөлігі тыныс алу әлсізденген.

Перкуторлы: оң жақ жауырын төмен бөлігінде перкуторлы дыбыстың тұйықталған. Аускультативті: қатаң тыныс, тұйықталған дыбыс аймағында тыныс әлсізденген, сырылдар жоқ. Жүрек тондары анық қатты естіледі, шуылдар жоқ. ЖЖЖ 124 рет/мин. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр қабырға доғасының шетінде, көкбауыр пальпацияланбайды. Сіздің алдын-ала клиникалық синдромыңыз:

<variant> плевра қуысына сұйықтық жиналу синдромы

<variant> өкпе тінінің жоғарылаған ауалануы

<variant> плевра қуысына ауа жиналу синдромы

<variant> бронхиальды өткізгіштіктің бұзылу синдромы

<variant> өкпе тінінің тығыздалу синдромы

<question> Науқас Н., 3 жас 9 ай, қабылдау бөліміне жөтелге, дене $t = 38,2^{\circ}\text{C}$ -қа дейін жоғарылауға, еңтігуге шағымданып түсті. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта. Нәресте қозған. Тері жамылғылары таза, дене температурасы $37,5^{\circ}\text{C}$. Мұрын ерін үшбұрышының цианозы, жұтқыншақ гиперемиясы. Кеуде клеткасы қалыпты формада, қосымша бұлшықеттердің тыныс алу әлсізденгеніне қатысуы байқалады. Тыныс ысқырықты, тимпаникалық реңді перкуторлы дыбыс, ТАЖ 45 рет/мин. Аускультативті: екі аймақтан да ұзарған тыныс шығару фондында диффузды құрғақ ысқырықты сырыл, барлық аймақтан әртүрлі калибрлі ылғалды сырылдар естіледі. Жүрек шекаралары кеңеймеген, тоны ырғақты, әлсізденген, ЖЖЖ 138 рет/мин. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр қабырға доғасынан +1,5 см. Үлкен және кіші дәреті қалыпты. Науқас жайлы бар ақпараттармен келесі клиникалық синдромдарды бөліп алуға болады:

<variant> бронхиальды өткізгіштіктің бұзылуы, тыныс жеткіліксіздігі

<variant> өкпе тінінің тығыздалуы, тыныс жеткіліксіздігі

<variant> плевра қуысына сұйықтық жиналуы, бронхиальды өткізгіштіктің бұзылуы

<variant> плевра қуысына ауа жиналуы, өкпе тінінің тығыздалуы

<variant> өкпе тінінің жоғарылаған ауалығы, плевра қуысына ауа жиналуы

<question> Ателектаз синдромы кезінде қысылған өкпеде анықталады:

<variant> әлсізденген везикулярлы тыныс

<variant> қатқыл тыныс

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 14 беті

<variant> бронхиальды тыныс

<variant> везикулярлы тыныстың күшеюі

<variant> дауыс дірілінің күшеюі

<question> Өкпе тінінің тығыздалу синдромы кездеспейтін жағдай:

<variant> өкпе эмфиземасында

<variant> өкпенің инфильтрациялы қабынуында

<variant> өкпе ателектазынды

<variant> өкпе ісігінде

<variant> ауқымды пневмоциррозда

<question> Өкпе тінінің тығыздалу синдромына осы физикалық тексеру мәліметтері сәйкес келеді:

<variant> дауыс дірілінің күшеюі,перкуторлы дыбыстың және бронхиальды тыныстың тұйықталуы

<variant> дауыс дірілінің әлсіреуі,қораптық перкуторлы дыбыс, әлсіреген везикулярлы тыныс

<variant> дауыс дірілі анықталмайды,перкуторлы дыбыс тұйық, тыныс есітілмейді

<variant> дауыс дірілінің әлсіреуі,перкуторлы дыбыстың тұйықталуы, амфорикалық тыныс

<variant> дауыс дірілінің күшеюі,тимпаникалық перкуторлы дыбыс, амфорикалық тыныс және ылғалды ірі ошақты сырылдар

<question> Ұл бала 9 жаста. Балалар ауруханасында стационарлық ем қабылдап жатыр.Дене t-38,6°C.ТЖ 48 рет/мин.ЖЗЖ 95 рет/мин. Жөтелгенде,терең тыныс алғанда кеуде қусының оң жақ бүйірінің ауырсынуына шағымданады. Маужыраған. Тәбеті төмендеген. Ернінде герпес.Жөтел ауырсынулы,тот басқан қақырықпен. Оң жақ бет терісінің гиперемиясы.Оң жақ жауырын бұрышынан өкпенің төменгі шекарасына дейін-өкпелік дыбыстың тұйықталуы,әлсіреген тыныс,крепитация.Өкпе рентгенологиясы: оң жақ өкпенің төменгі бөлігінің қараюы. Берілген клиникалық көрініске қарап, осы аурудың басты синдромын анықтаңыз:

<variant> тыныс жеткіліксіздігі

<variant> интоксикация

<variant> респираторлы

<variant> бронхөкпелік

<variant> ауырсыну

<question> Бронхиальды обструкция синдромының клиникалық көрінісіне келесі симптомокомплекс кіреді:

<variant> жөтел,экспираторлы ентікпе,ысқырықты сырыл

<variant> жөтел, инспираторлы ентікпе,қабырғалық тыныс

<variant> жөтел, аралас ентікпе, ұсақ көпіршікті сырыл

<variant> жөтел, инспираторлы ентікпе,стридорозды тыныс

<variant> жөтел, аралас ентігу, крепитациямен сырыл

<question> Жаңа туылған нәресте өкпенің тығыздалу синдромын диагностикалауда қолданылмайтын әдіс:

<variant> нейроспирография

<variant> перифериялық қан талдауы

<variant> аускультация

<variant> кеуде қуысының рентгенограммасы

<variant> жұтқыншақ жұғындысын флораға және антибиотикке сезімталдылыққа зерттеу

QAZAQSTAN RESPUBLIKASY ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY AQ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 15 беті

<question> Бала 9 айлық. Клиникаға келгендегі шағымы жөтел, еңтігу. Дене температурасының 38°C-қа дейін жоғарылауы. Объективті: жағдайы ауыр, тыныс алудың айқын қиындықтары ТЖ, ТАЖ, 60 рет минутына, қосымша бұлшықеттердің қатысуымен, терісі бозғылт, жалпыланған цианоз, көмекші бұлшықеттердің қатысуымен тыныс алу. Перкуторлы өкпе дыбысы қорап реңкімен. Өкпеде екі жағынан ұсақ көпіршікті сырылдар. Рентгенограммада-өкпе тінінің мөлдірлігінің жоғарлауы, диафрагманың төмен тұруы. Жедел бронхиолит диагнозы қойылған. Жедел бронхиолит жағдайының ауырлығын анықтайтын жетекші симптомды көрсетіңіз:

<variant> ТЖ, қосалқы бұлшықеттер қатысатын еңтігу

<variant> қиын/навязчивый/ құрғақ жөтел

<variant> риниттің, назофарингиттің орташа айқын білінетін көрінісі

<variant> өкпеде ұсақ көпіршікті сырылдар

<variant> рентгенограммада өкпе алаңының мөлдірлігінің жоғарлауы

<question> Бір жасар балада 3 күн бұрын мұрынның ағуы және жөтел басталды, температура 38°C-қа дейін көтерілді. Физикалық тексеру кезінде мұрын қанаттарының ісінуі, кеуде қуысының қалыпты ісінуі және қатты ысқырық естіледі. Жедел бронхиолит диагнозы қойылған. Бронх обструкциясының патогенезінде жетекші факторды көрсетіңіз:

<variant> бронх шырышты қабығының қабыну ісінуі

<variant> бронхоспазм

<variant> мукоцилиарлық клиренстің бұзылуы

<variant> бронх дискинезиясы

<variant> бронхтың сырттан қысылуы

<question> Бала 2 жаста. Аденовирустық инфекциядан кейін ұзақ уақыт бойы фебрильді температура реакциясы, бронх обструкциясының белгілері сырылдың ассиметриясы сақталды. Рентгенограммада өкпенің төмен және гипертрофиялы пневматизация ("мақта өкпесі") учаскелерінің локализацияланған кезектесуі. Гемограммада ЭТЖ жоғарылауы, нейтрофильді ығысу, лейкоцитоз. Баланың облитерлеуші бронхиолиті бар. Обструкцияның ең маңызды патофизиологиялық механизмі:

<variant> бронхиола фиброзы

<variant> бронхтардың тегіс бұлшықеттерінің спазмы

<variant> бронх шырышты қабығының ісінуі

<variant> бронх секрециясының жоғарылауы

<variant> альвеолалардың қабырғаларының қалыңдауы

<question> Науқас 9 айлық. Клиникаға түскендегі шағымы: жөтел, еңтігу, дене қызуының көтерілуі 38°C дейін. Объективті: жағдайы ауыр, тері жамылғылары бозғылт, жамылмалы цианоз, қосымша бұлшықеттерінің қатысуымен еңтігу. Перкуссияда өкпе дыбысы «қораптық реңді». Өкпенің екі жағында майда көпіршікті сырылдар естіледі. Рентгенограммада: өкпе аймағы мөлдірлігі жоғарлаған, диафрагмасы төмен тұр. Қойылған синдром: Жедел бронхиолит. Жедел бронхиолит кезінде ең алдымен жүргізілетін емдік тактика:

<variant> тыныс жетіспеушілігін коррекциялау

<variant> антибактериалды терапия

<variant> постуральды дренаж, вибрациялы массаж

<variant> организмнің қорғаныс реакциясын стимуляциялау

<variant> жүрек-қан тамыр жетіспеушілігін емдеу

<question> Қыз бала 6 жаста, мынадай шағымдармен келіп түсті: жөтел, әлсіздік, дене қызуы 38,4°C көтерілуі. Объективті: тері жамылғылары бозғылт, ТЖ минутына 34 рет. Өкпеде перкуссиясында өкпе дыбысы оң жақта қысқарған, осы жерде аускультацияда әлсіз құрғақ және ылғалды майда көпіршікті сырылдар естіледі. Осы жағдайда ең нәтижелі мәлімет беретін диагностикалық тексеру әдісі:

<variant> рентгенография

<variant> бронхография

<variant> бронхоскопия

<variant> пикфлоуметрия

<variant> спирография

QAZAQSTAN RESPUBLIKASY ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 16 беті

<question>Балада 6 ай көлемінде шырышты –ірінді қақырықтың бөлінуімен жөтелге шағымданады.

Осы жағдайда науқасты тексерудегі ең тиімді диагностикалық әдіс:

- <variant> бронхоскопия
- <variant> ангиография
- <variant> томография
- <variant> бронхография
- <variant> плевра қуысының пункциясы

<question>Ауру жедел басталды. Алғашқы сағатта құрғақ жөтел, келесі күндері-қақырықпен жөтел мазалады. Қақырық шырышты, мөлшері көп емес. Ентігу жок. Аускультацияда: екі жақтан да диффузды құрғақ және ірі және орташа көпіршікті ылғалды сырылдар естіледі. Рентгенде: өкпе суреті айқын, ошақты инфильтратты өзгерістер жок. Қабыну процесінің орналасқан жері:

- <variant> орта калибрлі бронхтарда
- <variant> майда калибрлі бронхтарда
- <variant> альвеолаларда
- <variant> мұрын жұтқыншақта
- <variant> жоғарғы тыныс жолдарында

<question>Бронхтарда қабыну процесінің созылмалыға айналуында маңызды болып саналады:

<variant> мукоцилиарлы клиренстің бұзылуы, жергілікті иммунитеттің төмендеуі және мембрананың тұрақсыздануы

<variant> мукоцилиарлы клиренстің бұзылуы және жергілікті иммунитеттің төмендеуі

<variant> бронх тармағының шырышты қабатының өткізгіштігінің бұзылуы

<variant> мукоцилиарлы клиренстің бұзылуы

<variant> жергілікті иммунитеттің төмендеуі

<question>Экссудативті плевритке мына рентгенологиялық сурет тән:

- <variant> гомогенді қарау
- <variant> гомогенді емес қарау
- <variant> ағару
- <variant> сақина тәрізді көлеңке
- <variant> ошақты көлеңке

<question>1 жастағы бала стационарға айқын токсикозбен, аралас сипаттағы ентігумен, дене температурасының 38С дейін көтерілуімен түсті. Перкуссияда өкпеде қораптық реңді дыбыс анықталады. Аускультацияда: жайылған шулар, сол жақ жауырын бұрышындатұрақты ұсақ көпіршікті сырылдар естіледі. Диагнозды нақтылау үшін қажет диагностикалық әдіс:

- <variant> кеуде қуысы мүшелерінің R-графиясы
- <variant> жалпы зәрдің анализі
- <variant> қанның биохимиялық талдауы
- <variant> қақырықты флорға егу
- <variant> жалпы қанның анализі

<question>Бала 6 айлық. Жаңа туылу кезеңінде /респираторлы дистресс синдромы / РДС болған.

Алдында ЖРВИ белгілерінсіз тез арада ауырды. Ауруының үшінші күні дене қызуының жоғарлауы мазалайды, ентігу, жөтел, әлсіздік пайда болған. Жалпы жағдайы орташа ауырлықта, тері жабындылары мәрмәр реңмен бозғылт түсті. Тахипноэ түрі бойынша ентікпе. Оң жақ ІХ-Х сегмент проекциясында перкуторлы дыбыс қысқарған, аускультацияда әлсіреген тыныс, бронхофония күшейген, сырыл естілмейді. Осы бала рентгенограммасында көруге болады:

- <variant> өкпе түбірі және суреті күшейген, өкпе түбүрі құрылымсыз, оң жақ ІХ-Х сегментте – гомогенді инфильтративті көлеңкелер, оның айналасында өкпе суреті ажыратылмайды
- <variant> өкпе суреті күшейген, өкпе алаң суретінің мөлдірлігі жоғарлаған, екі жақтан қосылмайтын ошақты көлеңкелер
- <variant> түбір суреті күшейген, оң жақ ІХ-Х – көптеген ауалы қуыстармен интенсивті қарайған
- <variant> өкпе суреті күшейген, өкпе түбүрі құрылымсыз, екі жақтан ІХ-Х сегментте контуры бірдей емес орнымен қосылатын ошақты инфильтрация көлеңкесі

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 17 беті

<variant> оң жақ өкпе алаңында шекарасы анық гомогенді қарайған, диафрагма анықталмайды, синустары анықталмайды, кеуденің солға ығысуы
<question> Бала балалар ауруханасының пульмонологиялық бөлімшесіне тыныс жеткіліксіздігі белгілерімен ауыр жағдайда түсті. Объективті тексеру барысында экссудативті плевритке күдіктенді. Плевра пункциясы жүргізілді, сұйықтық алынды. Экссудаттың пайдасына қарай экссудат пен транссудат ажыратпалы диагностикасын жүргізіңіз:
<variant> пунктатта ақуыздың құрамы жоғарылаған
<variant> пунктатта сұйықтығы мөлдір, аздап сарғыш, кейде түссіз, иісі жоқ
<variant> тұрғаннан кейін пунктат сұйықтығы мөлдір, тұнба түзбейді
<variant> пунктаттың цитологиялық тексеру кезінде мекотелидің саны аз
<variant> "қабынудың биохимиялық синдромы" жоқ немесе әлсіз айқындалған
<question> 10 жастағы бала оң кеуде торы аймағында шаншып ауырсынуына шағымданады. Жедел ауырған. Дене температурасы 38,9°C, үдемелі еңтігу. Жағдайы ауыр, төсектегі қалпы мәжбүрлі, оң жақ бүйірімен жатыр. Дем алу қимылдары симметриялы емес, оң жақ кеуде торы тыныс алу акты қалыңқы. Өкпеде оң жақ артқы төменгі бөліктерінде перкуторлы дыбыс күрт қысқарған, аускультативті тынысы естілмейді, ТЖ 36 рет минутына. Массивті экссудативті плевритке тән қосымша белгілерді таңдаңыз:
<variant> көкірекаралық мүшелердің сау жаққа ығысуы
<variant> перкуторлы дыбыстың қысқаруы және көкірекаралық мүшелерінің ауру жаққа ығысуы
<variant> экссудат үстінде перкуторлы дыбыстың қораптық сипаты
<variant> күшейген дауыс дірілі және экссудат үстіндегі айқын бронхофония
<variant> күшейген дауыс дірілі және перкуторлы дыбыстың қысқаруы
<question> 5 жастан асқан қайталамалы сырылдары бар балаларға скринингпен жүргізетін тәсілге жатпайтыны:
<variant> рентгенологиялық тексеру
<variant> спирометрия
<variant> бронхолитикпен сынама жасау
<variant> өзін өзі бақылау күнделігін жүргізу арқылы пикфлоуметрия жасау
<variant> алергологиялық тексерулер
<question> Көмейдің алергиялық ісінуінің басталуы жайлы хабарлайды:
<variant> Дауыстың қарлығуы
<variant> «Ит үрген» жөтел
<variant> Стридорозды тыныс
<variant> Инспираторлы еңтігу
<variant> Экспираторлы еңтігу
<question> Кардит үшін барлық зертханалық көрсеткіштер жатады, мынадан БАСҚАСЫ
<variant> жоғары титр АСЛ-О
<variant> орташа лейкоцитейкоцитоз цитоз
<variant> лейкопения
<variant> сиал қышқылының аздап жоғарылауы
<variant> ЭТЖ-нің орташа үдеуі
<question> Систоло-диастоликалық «мысық пырылы» тән:
<variant> Боталов өзегінің жабылмауына
<variant> жүрекшеаралық перде ақауына
<variant> Фалло триадасына
<variant> қолқа коарктациясына
<variant> үшжармалы қақпақша стенозына
<question> Ұйқы артериясының айқын «каротид биі» пульсациясы байқалады:
<variant> аорталық қақпақшаның жеткіліксіздігінде
<variant> митральды стенозда

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 18 беті

<variant> аорталық стенозда

<variant> үшжармалы қақпақшаның жеткіліксіздігінде

<variant> митральды қақпақшаның жеткіліксіздігінде

<question> Үлкен артериовенозды қан лақтырысымен ашық артериалды өзек әкеледі:

<variant> сол қарыншаның диастолалық шамадан тыс жүктемесіне

<variant> оң қарыншаның диастолалық шамадан тыс жүктемесіне

<variant> сол қарыншаның систолалық шамадан тыс жүктемесіне

<variant> оң қарыншаның систолалық шамадан тыс жүктемесіне

<variant> екі қарыншаның диастолалық шамадан тыс жүктемесіне

<question> Еңтігу-цианотикалық ұстамалар тән:

<variant> кіші қан айналым шеңберінің кедейлену синдромына

<variant> сол-оң лақтырыс синдромына

<variant> оң-соллақтырыс синдромына

<variant> кіші қан айналымы толып кету синдромына

<variant> шлюз синдромына

<question> Қолқа жеткіліксіздігі кезіндегі II тонның өзгеруі:

<variant> II тон аортада әлсіреген

<variant> II тон өкпе артериясында күшейген

<variant> қолқада II тон акценті

<variant> II тон жүрек ұшында күшейген

<variant> II тон жүрек ұшында әлсіреген

<question> Систолалық «мысық пырылы» - бұл белгісі болып саналады:

<variant> аорта сағасының стенозы

<variant> митральды стеноз

<variant> аорта жеткіліксіздігі

<variant> үшжармалы қақпақша стенозы

<variant> үшжармалы қақпақша жеткіліксіздігі

<question> Диастоликалық «мысықтың пырылы» тән:

<variant> митральды стеноз

<variant> үшжармалы қақпақша жеткіліксіздігі

<variant> аорталық стеноз

<variant> қарыншааралық перде ақауы

<variant> митральды жеткіліксіздік

<question> Гемофилия кезіндегі ең ақпаратты зерттеу:

<variant> плазмалық коагуляция факторларын анықтау

<variant> қансырау уақытын анықтау

<variant> қан ұю уақыты

<variant> тромбоциттер саны

<variant> гемоглобин

<question> Өкпе арқылы қан ағымының жоғарылау синдромы бар туа біткен жүрек ақауларына жиі жатады:

<variant> ашық артериялық өзек (ААӨ)

<variant> қолқа стенозы

<variant> тетрада Фалло

<variant> оқшауланған өкпе стенозы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 19 беті

<variant> Эбштейн аномалиясы

<question> Кіші қан айналым шеңберінің сарқылуымен жүретін туа біткен жүрек ақауларна мыналар жатады:

<variant> тетрада Фалло

<variant> қолқа стенозы

<variant> қарыншааралық перденің ақауы

<variant> жүрекше аралық перденің ақауы

<variant> сол жақ қарыншаның гипоплазия синдромы

<question> Қарыншааралық перденің ақауы кезінде жүректің органикалық шуы айқындалады:

<variant> төстің сол жағынан үшінші немесе төртінші қабырға аралықта

<variant> жүрек ұшында

<variant> төстің оң жағынан екінші қабырға аралықта

<variant> мойынның үлкен тамырларында

<variant> эпигастрий аймағында

<question> Жүрекшеаралық перде ақауында систоалық шу пайда болуы байланысты:

<variant> өкпе артериясының салыстырмалы стенозымен

<variant> жүрекшеаралық ақау арқылы қан лақтырылуына

<variant> митральды қақпақшаның жеткіліксіздігіне байланысты

<variant> үшжармалы қақпақшаның салыстырмалы жеткіліксіздігіне

<variant> аорта сағасының стенозына байланысты

<question> Ашық артериалды өзекке тән шу:

<variant> төстің сол жағынан екінші қабырға аралықта систолодиастоалық

<variant> төстің сол жағынан екінші қабырға аралықта систоалық

<variant> жүрек ұшында систоалық

<variant> сол жақ аксиларлық аймақта систоалық

<variant> төстің оң жағынан екінші қабырға аралықта диастоалық

<question> Кіші қанайналым шеңберінің гемодинамикалық толуымен жүретін туа біткен жүрек ауруларының ең күрделі асқынуы:

<variant> өкпелік гипертензия

<variant> жүрек ырғағының бұзылуы

<variant> артериялық гипертензия

<variant> инсульт

<variant> миокард ишемиясы

<question> Фалло тетрадасының клиникалық белгілерінің айқындылығы көбінесе байланысты:

<variant> өкпе артериясының стенозының дәрежесі

<variant> қарыншааралық перде ақауы аймағы

<variant> жүрекшеаралық перде ақауы аймағы

<variant> оң қарыншалық гипертрофияның дәрежесі

<variant> аорталық декстропозиция дәрежесі

<question> Аортаның жеткіліксіздігі кезінде естіледі:

<variant> қолқада диастоликалық шу

<variant> семсер тәрізді өсіндінің негізінде систоалық шу

<variant> қолтық асты аймақта диастоалық шу

<variant> қолқада систоалық шу

<variant> семсер тәрізді өсіндінің негізіндегі диастоалық шу

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 20 беті

<question>Митральды қақпақшаның жеткіліксіздігінен митральды қақпақша пролапсының дифференциалды диагностикасы үшін ең сенімді зерттеу әдісі:

<variant> эхокардиография

<variant> ЭКГ

<variant> кеуде қуысының рентгенографиясы

<variant> ФКГ

<variant> векторлық кардиография

<question> Қыз бала 14 жаста, 3 жыл кардиоревматологта тіркеуге тұрады. 2 ай бұрын ЖРВИ ауырған, содан кейін физикалық күш түскенде енгігу, жүрек соғуы, жүрек аймағының ауыруы, әлсіздік, тез шаршағыштық пайда болған. Объективті: тері жамылғылары бозғылт, «жүрек өркеші», көтеріңкі және жайылған жүрек ұшы түрткісі VI қабырға аралығында, бұғана орта сызығынан сыртқа, I тонның әлсіреуі, төгілген диастолалық шуыл II тоннан кейін, кеудені алға еңкейткенде IV қабырға аралығында төстің сол жақ жиегінде жақсы естіледі. Берілген жүрек ақауына тән рентгенологиялық көрініс көрсетіңіз:

<variant> жүрек шекаралары солға кеңейген, белі бірден айрықшаланған

<variant> жүрек өлшемдері қалыпты

<variant> жүректің көлденеңнен кеңейуі және белінің тегістігі

<variant> сол жүрекшенің және екі қарыншаның ұлғайуы

<variant> жүрек формасы шар тәрізді

<question>Жүрекшеаралық перде ақауына тән рентгенологиялық көрініс:

<variant> жүректің оң жақ бөліктерінің ұлғаюы

<variant> жүректің сол жақ бөліктерінің ұлғаюы

<variant> өкпелік суреттің кедейленуі

<variant> тамырлы байламдарының кеңеюі

<variant> аортаның кеңеюі

<question>3 жасар бала қабылдауда. Дене салмағы - 18 кг. Әлсіздікке, енжарлыққа, апатияға шағымданып келген. Анасының айтуы бойынша бала жедел респираторлы аурулармен жиі ауырады. Қарап тексергенде енжар, апатиялы, ісінген. Терісінің эластикалығы, жұмсақ тіндердің тургоры төмендеген, бұлшықеті әлсіз дамыған. Шеткері лимфа түйіндерінің барлық топтары III-IV дәрежеге дейін ұлғайған, бір бірімен және айналасындағы тіндермен байланыспаған. Мұрын арқылы тыныс алуы қиындаған, бадамша бездері гипертрофияланған. Кеуде клеткасының рентгенограммасында – тамшылы жүрек, тимомегалия. ЖҚА: Нb – 120г/л, Эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, Л - $6,4 \times 10^9/л$, п - 22%, с - 25%, лимфоцит - 62%, моноцит - 10%. Осы жағдайда қосымша тексеру қажет:

<variant> кардиотимикоторакальді индекс

<variant> Эрисман индексі

<variant> кардиоторакальді индекс

<variant> Чулицкий индексі

<variant> сүйек жасы

<question> Наукас М., 10 жаста. Баспадан кейін буындарың ауырсынуы түрінде асқынулар пайда болды. «Ревматизм» диагнозы қойылды. Аурудың жедел кезеңінде байқалған белгілер: қатты терлеу, қатты және ұзаққа созылған қызба, енгігу, жүрек соғысы мен жүрек соғуының үзілуі, аускультативті: тондар тұйықталған, «бөдене ырғағы»; өкпенің төменгі бөліктерінде ылғалды ұсақ көпіршікті сырылдар. Осы белгілердің аясында жаңа симптом - жүректің ұшында систолалық шу пайда болды. Аускультативті белгілерге қарап болжауға болады:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 21 беті

<variant> жүрек ауруының пайда болуы туралы

<variant> аурудың ремиссия сатысына өтуі туралы

<variant> қалпына келу туралы

<variant> қарыншалық миокардтың компенсаторлық мүмкіндіктерінің қосылған жайлы

<variant> жүректің барлық қабаттарының зақымдануы туралы

<question>Бала 1 жаста. Жүректің шекаралары солға және жоғарыға қарай кеңейген. Төстің сол жағындағы II қабырға аралық кеңістікте систолодиастоликалық «машинаның шу» естіледі. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз:

<variant> ашық артериалды өзек

<variant> ҚАПА

<variant> Фалло тетрадасы

<variant> ЖАПА

<variant> аортаның коарктациясы

<question>Ерте жастағы балада сол жақ қарыншалық жүрек жеткіліксіздігінің жетекші клиникалық симптомын анықтаңыз:

<variant> тыныс алудың жиілеуі

<variant> кеуде тұсында ауырсыну

<variant> бауырдың ұлғаюы

<variant> шеткергі ісінулер

<variant> бас ауруы

<question>«Капиллярлы пульс» сипатталады:

<variant> аорта қақпағының жетіспеушілігінде

<variant> митральды қақпақтың тарылуында

<variant> коллапста

<variant> митральды қақпақтың жетіспеушілігінде

<variant> үшжармалы қақпақтың жетіспеушілігінде

<question>Аорталық қақпақшаның жеткіліксіздігі кезінде қан қысым:

<variant> қалыпты немесе жоғарылаған систоалық және төмен диастоалық

<variant> қалыпты

<variant> төмен систоалық және жоғарылаған диастоалық

<variant> қолдарда жоғары, ал аяқтарда төмен

<variant> төмен

<question>Жаңа туылған нәрестелерде кардит этиологиясы көбінесе:

<variant> вирустық

<variant> бактерияларды

<variant> этиологиясы белгісіз

<variant> гипоксиялық

<variant> тұқым қуалаушылық

<question>Перикардүйкеліс шуы келесі жағдайларда естіледі:

<variant> перикардитте

<variant> стенокардияда

<variant> жүрек жеткіліксіздігінде

<variant> миокардитте

<variant> гипертонияда

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 22 беті

<question>Жүре пайда болған кардит үшін тән емес:

<variant> пульстің күшеюі

<variant> қол мен аяқтың тырнақ фалангтарының «барабан таяқшалары» түрінде деформациясы

<variant> «сағат әйнегі» түріндегі тырнақтардың деформациясы

<variant> тұрақты цианоз

<variant> жүрек тондарының тұйықталуы

<question> Балаларда миокардитте диагностикалық маңызы бар симптомы болып табылады:

<variant> жүрек ұшында систолалық шудың пайда болуы

<variant> қан қысымының жоғарылауы

<variant> өкпеде ысқырықты сырыл

<variant> жүрек тондарының ұлғаюы

<variant> қалтырауымен фебрильді қызба

<question> Нәрестедегі созылмалы жүрек жеткіліксіздігі кезінде тыныс алу жеткіліксіздігінің клиникалық белгілерін таңдаңыз:

<variant> мұрын қозғалысы

<variant> қабырға аралықтарды тарту

<variant> жылау

<variant> бауырдың ұлғаюы

<variant> өкпе сырылдары

<question>Жүректің ырғағы мен өткізгіштігінің органикалық бұзылыстарына тән:

<variant> тұрақты сипатта

<variant> жүректің зақымдану белгілері жок

<variant> шағымдар жок

<variant> клиникалық белгілердің болмауы

<variant> іштің жиі ауыруы

<question>Плевра үйкеліс шуылы естіледі:

<variant> дем алу және дем шығаруда

<variant> дем алуда

<variant> тыныс алу биіктігінде

<variant> дем шығаруда

<variant> дем шығару соңында

<question>3 сағаттан астам уақытқа созылатын нәресте терісінің, еріннің шырышты қабаттарының тотальды цианозы келесі жағдайлардың барлығына байланысты болуы мүмкін, мынадан басқа:

<variant> кардит

<variant> өкпе патологиясы

<variant> энцефалопатия

<variant> туа біткен жүрек ақауы

<variant> СБЖ

<question>Жедел миокардитке тән аускультативті симптоматика:

<variant> жүрек ұшында I тонның әлсіреуі

<variant> жүрек ұшында I тонның күшеюі

<variant> жүрек ұшында систолалық шу

<variant> жүрек ұшында диастоликалық шу

<variant> «ат шабыс» ырғақты

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 23 беті

<question> Магистраль тамырларының туа біткен транспозициясы —бұл екі негізгі негізгі тамырлардың жүректерінен шығатын жерлердің алмасуы...

<variant> қолқа және өкпе өзегі

<variant> ашық артериалдық түтіктің

<variant> жоғарғы және төменгі қуысты вена

<variant> ұйқы және бұғанаасты артериялары

<variant> қолқа және сол жақ сан аретрия

<question>Миокардит үшін тән шағымдар:

<variant> жүрек тұсындағы ауырсыну, жүрек соғуы, ентігу

<variant> жүрек ауруы, ентігу, әлсіздік

<variant> жүректегі ауырсыну, ентігу, асцит

<variant> жүректегі ауырсыну, бас айналу, ентігу

<variant> жүректегі ауырсыну, қызба, құрғақ жөтел

<question>6 жасар балада мәжбүрлі қалыпта жоғарылап отыр, мойын веналары ісінген, акроцианоз, жүрек ұшы түрткісі анықталмайды, жүректің шекаралары кеңейген, жүрек тондары әлсіреген, шу жоқ.

Сәйкес келетін синдромды таңдаңыз:

<variant> перикардит

<variant> эндокардит

<variant> миокардит

<variant> артериовенозды лақтыру

<variant> веналық-артериялық лақтыру

<question> ЭКГ-да Р тісшесі жүректің осы бөлімінің қозуын көрсетеді:

<variant> жүрекше

<variant> қарыншааралық перде

<variant> сол жақ қарынша

<variant> оң қарынша

<variant> қарыншаүстілік төмpek

<question>Митральды қақпақшаның ақауын диагностикалау үшін ең ақпаратты зерттеу әдісі:

<variant> ультрадыбыстық зерттеу

<variant> ЭКГ

<variant> ФКГ

<variant> жүрек рентгенограммасы

<variant> функционалды сынамалар

<question> Орталық тектегі цианоз пайда болу себебі:

<variant> кіші қан айналым шеңберінде оттегімен қанығу жеткіліксіз

<variant> тіндерде қан ағымының баяулауы

<variant> қандағы көмірқышқыл газының көбеюі

<variant> үлкен қан айналым шеңберінде қан мөлшері жеткіліксіз

<variant> бүйрек патология

<question> Жүректің осы құрылымдық бірлігінен оның шекарасының кеңеюі байланысты:

<variant> миокард

<variant> эндокард

<variant> қақпақша астылық құрылымдар

<variant> қарыншааралық қалқа

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 24 беті

<variant> жүрекшеаралық қалқа

<question>Экссудативті перикардитке тән рентгенологиялық өзгерістер:

<variant> сол жақ қарыншаның гипертрофиясының белгілері бар «етік» түріндегі жүрек көлеңкесі

<variant> жүректің сол бөлімдерінің ұлғаюы және кіші қан айналымында іркіліс белгілері

<variant> қалыпты немесе сәл кеңейтілген жүрек көлеңкесі фонында жүректің контурларының пульсациясының төмендеуі

<variant> шар, үшбұрыш немесе трапеция тәрізді жүректің көлеңкесінің кеңеюі

<variant> жүректің оң бөлімдерінің ұлғаюы және кіші қан айналымында іркіліс белгілері

<question>6 жасар балада тұңғыш рет сол жақ II қабырға аралықта максималды естілетін, төстің сол жақ бөлігіндегі систолалық шу естілді. Бұл жерде екінші тон әлсіреген. Жүрек шекаралары жасына сай қалыпты. Бұл науқаста шамадан тыс жүктеме бірінші кезекте жүректің осы бөлімінде пайда болды:

<variant> оң қарыншада

<variant> сол жақ жүрекшеде

<variant> қарыншааралық қалқада

<variant> оң жақ жүрекшеде

<variant> сол жақ қарыншада

<question> Ревматикалық емес миокардитке тән:

<variant> тромбоэмболиялық асқынулар

<variant> қан айналымы жетіспеушілігінің белгілері

<variant> жүректің көлденең өлшемдерінің ұлғаюы

<variant> жүрек тондарының дыбысталуының төмендеуі

<variant> жүрек ырғағының бұзылуы

<question> Перикард үйкеліс шуына барлығы жатады, мынадан БАСҚА:

<variant> жүрек ұшында жақсы естіледі

<variant> қақпақшалар проекциясымен байланысты емес, қан ағысымен естілмейді

<variant> шу қарқындылығы томпаюдың сипатына байланысты емес

<variant> үйкеліс шуы жүрек циклінің фазаларымен байланысты емес

<variant> оны қалыптастыру үшін эпикардта фибринді қабаттасудың болуы қажет

<question> Осы клиникалық белгілер мен көріністер арқылы артериальды гипертензияны күдіктенуге болады:

<variant> шүйде және төбе аймағында ауырсыну

<variant> қысқа мерзімді сана жоғалтудың эпизодтары

<variant> жүрек ырғағы мен өткізгіштігінің бұзылуы

<variant> перифериялық ісінудің болуы

<variant> тыны алу реттілігінің бұзылысы

<question>Нефрогендік гипертензияның негізгі белгілері:

<variant> бүйрек функциясы бұзылуы

<variant> бүйректің өлшемдерінің қысқаруы

<variant> бүйрек дистопиясы

<variant> бүйрек артериясының 20%-ға тарылуы

<variant> астаушаларда конкременттер болуының белгілері

<question> Гормон өндіру тапшылықты эндокриндік гипертензияға жатады:

<variant> қант диабетіндегі гипертензия

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 25 беті

<variant> Кон синдромы кезіндегі гипертензия

<variant> гиперпаратиреоз кезіндегі гипертензия

<variant> феохромоцитома кезіндегі гипертензия

<variant> Иценко-Кушинг ауруындағы гипертензия

<question>Аорта коарктациясы кезіндегі гипертензия пайда болу себебі:

<variant> тарылу аймағынан төмен орналасқан ішкі ағзалардың ишемиясынан

<variant> аяқ веналарының тромбозы

<variant> цереброваскулярлық қан айналым жеткіліксіздігінен

<variant> магистральдық артериялар атеросклерозының қосарлануы

<variant> коронарлық микроциркуляцияның бұзылуынан

<question>Артериялық гипертензия жүректің осы туа біткен ақауына тән:

<variant> аорта коарктациясы

<variant> аорталық стеноз

<variant> өкпе артерияларының стенозы

<variant> қарыншалық қалқа ақауы

<variant> Ботталов өзекшесінің бітелмеуі

<question>Жастық физиологиясына сқарай балаларда қан қысымының салыстырмалы төмен болу себебі:

<variant> сол жақ қарынша көлемі аз, артериялар кең болуы

<variant> сол жақ қарынша көлемі аз, артериялар тар болуы

<variant> сол жақ қарыншаның көлемі үлкен, артериялар кең болуы

<variant> сол жақ қарыншаның көлемі үлкен, артериялар тар болуы

<variant> оң қарыншаның көлемі үлкен, артериялар тар болуы

<question> Біріншілік не эссенциальды АГ -

<variant> шығу тегі белгісіз клиникалық көрінісі САҚ және/не ДАҚ жоғарылауымен жүретін жеке ауру

<variant> шығу тегі белгісіз клиникалық көрінісі САҚ және/не ДАҚ жоғарылауымен жүретін жедел ауру

<variant> шығу тегі белгісіз клиникалық көрінісі САҚ және/не ДАҚ жоғарылауымен жүретін созылмалы ауру

<variant> жеке ауру

<variant> созылмалы ауру

<question> Қан қысымын қамтамасыз етпейтін фактор:

<variant> коллатеральді қан айналым

<variant> жалпы перифериялық кедергі

<variant> жүректің айдау функциясы

<variant> айналымдағы қан көлемі

<variant> тамырлар серпімділігі

<question> Жаңа тулған нәрестеде алғашқы сағаттарда өкпелік және жүйелік артериальды қысым :

<variant> бірдей

<variant> өкпелік қысым жоғары, жүйелікке қарағанда

<variant> жүйелік қысым жоғары, өкпелікке қарағанда

<variant> төмен

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 26 беті

<variant> жоғары

<question> Артериальды гипертензияның қатерлі ағымы жиі кездеседі:

<variant> симптоматикалық гипертензияда

<variant> гипертониялық ауру

<variant> біріншілік және екіншілік артериялық гипертензияда бірдей

<variant> пиелонефритте

<variant> гастритте

<question> Транспозицияның жетекші клиникалық белгісі ... терінің көк түсі, ол 100% оттегімен тыныс алғанда да сақталады.

<variant> қолқа және өкпе өзегі

<variant> ашық артериалдық түтік

<variant> жоғарғы және төменгі қуысты вена

<variant> ұйқы және бұғанаасты артериялары

<variant> қолқа және сол жақ сан аретрия

<question> 7-12 жас арасындағы балаларда АГ себебі:

<variant> бүйректің паренхиматозды аурулары

<variant> аорта коарктациясы

<variant> эссенциальды АГ

<variant> гастрит

<variant> цистит

<question> Жасөспірімде АГ себебі:

<variant> эссенциальды АГ

<variant> реновакулярлыАГ

<variant> бүйректің паренхиматозды аурулары

<variant> аорта коарктациясы

<variant> пиелонефрит

<question> Феохромоцитома кезінде кездесетін қан қысымы нұсқасы:

<variant> гипертониялық кризсіз тұрақты жоғары АҚ

<variant> қалыпты АҚ фонында гипертониялық криз

<variant> жоғары АҚ фонында гипертониялық криз

<variant> тұрақты төмен

<variant> тұрақты жоғары

<question> Қол мен аяқтағы қан қысымның қалыпты арақатынасы:

<variant> аяқтағы АҚҚ қолдағыдан 20-30 мм сын.бағ. жоғары

<variant> қол мен аяқтағы АҚҚ бірдей

<variant> қолдардағы АҚҚ аяқтарға қарағанда жоғары

<variant> төмен

<variant> жоғары

<question> Өкпе артериясында 2 тонның әлсіреуі қапкактың жеткіліксіздігінде байқалады:

<variant> өкпе артериясы

<variant> үшжармалы

<variant> митральды

<variant> қолқа

<variant> көктамыр жеткіліксіздігі

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 27 беті

<question> Шағын шеңберде қан айналымы жеткіліксіздігіне арналған тахикардиямен бірге тән емес симптом:

<variant> бауырдың үлкеюі

<variant> жүрек шекарасын кеңейту

<variant> ылғалды жөтел

<variant> өкпедегі ылғалды сырылдар

<variant> ентигу

<question> Балалардағы сол жақ қарыншалық созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің негізгі клиникалық белгісін көрсетіңіз:

<variant> жөтел

<variant> тахипноэ

<variant> кардиалгия

<variant> синкопа

<variant> бауырдың ұлғаюы

<question> 9 айға дейінгі балалардың артериялық қысымы:

<variant> қолдарда және аяқтарда бірдей

<variant> қолдарда 5-20 мм.сын.бағ. жоғары

<variant> аяқтарда 5-20 мм.сын.бағ. жоғары

<variant> өлшенбейді

<variant> аяқтарда 5-20 мм.сын.бағ. төмен

<question> Ми қанайналымының кенеттен диффузды жеткіліксіздігінен дамидын қысқа уақыттық естен тану:

<variant> талма

<variant> коллапс

<variant> жүректікдемікпе

<variant> жедел жүрек жеткіліксіздігі

<variant> созылмалы жүрек жеткіліксіздігі

<question> Естен танусыз, АҚҚ төмендеуімен жүретін жедел қантамырлық жеткіліксіздіктің клиникалық көрінісі:

<variant> коллапс

<variant> естен тану

<variant> жүректік демікпе

<variant> жедел жүрек жеткіліксіздігі

<variant> созылмалы жүрек жеткіліксіздігі

<question> Жүректің қай ақауы кезінде үрмелі сипаттағы дөрекі систоло-диастолалық шу естіледі:

<variant> ашық артериялық өзекте

<variant> қолқа қақпағының жеткіліксіздігінде

<variant> қарыншааралық қалқаның ақауында

<variant> өкпе артериясы сағасының тарылуында

<variant> қолқа сағасының тарылуында

<question> Балаларда созылмалы оң жақ қарынша жеткіліксіздігінің негізгі клиникалық көрінісі:

<variant> бауыр ұлғаюы

<variant> тахипноэ

<variant> кардиалгия

<variant> синкопэ

<variant> жөтел

<question> Жүректік лақтырыстың азаюының клиникалық көрінісіне жатпайды:

<variant> жүрек тондары анық, ырғақты

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 28 беті

<variant> бозару, тершендік

<variant> ат шабысы ырғағы

<variant> кардиомегалия

<variant> жүрек соғысы жиілеуі

<question> Туа біткен ақаулар арасында гипертензияға алып келеді:

<variant> аорта коарктациясы

<variant> аорта стенозы

<variant> өкпе артериясының стенозы

<variant> ашық артериальды өзек

<variant> өкпе веналарының аномальды дренажы

<question> Жүрек жеткіліксіздігі кезінде шаршағыштық пен бозарудың себебі:

<variant> лақтырыс фракциясының төмендеуінен

<variant> катехоламиндер бөлінуінің жоғарылауынан

<variant> тұздар мен судың кідіруінен

<variant> тәждік қанайналымның бұзылуынан

<variant> өкпенің интерстициальды ісінуінен

<question> Балаларда "перикардтың үйкеліс шуының" эндокардиальды шудан айырмашылығы:

<variant> стетоскоппен басу кезінде күшейеді

<variant> жүрек тонымен сәйкес келеді

<variant> науқастың жағдайын ауыстырғанда өзгермейді

<variant> иррадиация тән емес

<variant> тыныс алу тоқтаған кезде жоғалады

<question> Пульс «дефициті» байқалады:

<variant> жыпылықтаушы аритмияда

<variant> қолқа стенозында

<variant> гипертониялық ауруда

<variant> жүрек жеткіліксіздігінде

<variant> қолқа қақпақшасының жеткіліксіздігінде

<question> Осының есебінен салыстырмалы жүрек тұйықтығының жоғарғы шекарасы кеңейеді:

<variant> сол жүрекше гипертрофиясы

<variant> оң қарыншаның гипертрофиясы

<variant> сол қарыншаның гипертрофиясы

<variant> оң жүрекшенің гипертрофиясы

<variant> тамыр шоғыры

<question> Оң қарыншалық жүрек жеткіліксіздігіне тән:

<variant> бауырдың ұлғаюы

<variant> бет ісінуі

<variant> инспираторлы ентікпе

<variant> Мюссе симптомы

<variant> экспираторлы ентікпе

<question> Қан айналымы жеткіліксіздігінің ПА сатысында келесі симптомдар анықталады:

<variant> бауыр қабырға доғасы бойынан 5 см төмен

<variant> тыныштықта ентігу

<variant> тыныштықта тахикардия

<variant> жіліншік пастоздығы

<variant> өкпенің төменгі бөлігіндегі дыбыссыз ылғалды сырылдар

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 29 беті

<question>Функционалдық шуға тән ерекшелік:

<variant> дене қалпын өзгерткенде жоғалады

<variant> дөрекі

<variant> жүректен тыс естіледі

<variant> «машина шуы» тәрізді

<variant> тұрақты

<question> Бала 4 жаста. Балалар ауруханасында стоционарлық ем қабылдап жатыр. Жағдайы ауыр.

Енжар. Тәбеті төмен. Физикалық дамуында артта қалуда. Бозғылт. Акроцианоз. Аяғында ісінулер.

Өкпеді қатқыл тыныс, сырылдар жоқ. ТЖ 58рет/мин. Жүрек тондары әлсіз, аритмиялы, жүректің

барлық тыңдау нүктелерінде дөрекі систоалық шу естіледі. Жүректің шекарасы барлық жаққа

кеңейген. ЖЖЖ 126 соққы/мин. АҚҚ 95/64 мм сын. бағ. Іші үлкейген. Бауыр + 3 см. көкбауыр +1 см.

Кіші дәретке сирек барады. Синдромальды диагнозқойыңыз:

<variant> жүрек жеткіліксіздігі

<variant> тыныс жетіспеушілігі

<variant> жүрек-тамыр жеткіліксіздігі

<variant> бауыр жеткіліксіздігі

<variant> бүйрек жеткіліксіздігі

<question>Науқас анамнезінде – өткерілген ірінді ангина. Екі аптадан кейін жағдайы нашарлады:

жүрек шекарасы айқын кеңейген, жүрек ұшы солға және төмен қарай жаңылған. Бірінші тон

тұйықталған, жүрек ұшында жүрек негізі мен қолтық асты аймағында берілетін үрлеуші систоалық

шу естіле бастады. Осы науқасқа кеуде қуысына рентгенологиялық зерттеу жүргізу кезінде жүрек

көленкесінің осындай конфигурациясын күту керек:

<variant> шар тәрізді конфигурация

<variant> "голландтық етікше" түрінде

<variant> трапедия пішінді конфигурация

<variant> "бүйірінде жатқан жұмыртқа»

<variant> "етік" түрінде

<question> 13 жастағы бала. "Ревматикалық қызба" диагнозымен стационарда емделуде. Полиартрит

және кардит белгілері бар. Объективті: жүрек түрткісі –бұғана орта сызықтан 1 см ішке қарай 5

қабырға аралықта орналасқан, оқшауланған, орта күшпен. Жүректің оң жақ шекарасы-кеуденің оң жақ

шеті бойынша, жоғарғы-үшінші қабырға аралықта, сол жағы -бұғана орта сызықтан 1,5 см іште. Жүрек

тондары-кеуденің оң жағындағы II қабырға аралықта II тонның әлсіреуі, мұнда ұзақ сипаттағы қатты

тембрда диастоалық шу тыңдалады. Зақымданудың орнын анықтаңыз.

<variant> қолқа қақпақшасы

<variant> митральды қақпақша

<variant> оң қарынша

<variant> сол қарынша

<variant> сол жүрекше

<question> Бала 5 жаста. Жүрек ұшында систоалық шу естілді. Баланың мазасыздануына байланысты

жүректің аускультациясын толық көлемде жүргізу мүмкін болмады. Аускультативті суреттің

деректерін анықтауға мүмкіндік беретін зерттеу әдісі:

<variant> ФКГ

<variant> ЭКГ

<variant> ЭХОКГ

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 30 беті

<variant> компьютерлік томография

<variant> МРТ

<question> Жүрек жеткіліксіздігі синдромын растауға мүмкіндік беретін зерттеу әдісі:

<variant> ЭКГ

<variant> жалпы қан талдауы

<variant> жалпы зәрдің талдауы

<variant> бактериялық қан талдау

<variant> спирография

<question> Қан айналым жеткіліксіздігіне тән:

<variant> аяқ-қолдың дистальды бөліктерін цианозы

<variant> гиперпигментация

<variant> папулездік бөртпе

<variant> тері гиперемиясы

<variant> қан кету

<question> Үлкен қанайналым шеңбер бойынша қан айналымының жеткіліксіздігі үшін тахикардиямен бірге тән симптом:

<variant> бауырдың ұлғаюы

<variant> жүрек шекарасын кеңейуі

<variant> ылғалды жөтел

<variant> өкпеде ылғалды сырылдар

<variant> ентігу

<question> 2 жас 4 айлық балада бірінші рет сол жақ ІІ қабырға аралығында ең жоғары дыбысталатын төстің сол жақ жиегінің бойымен систоалық шу естіледі. Мұнда екінші тон әлсіреген. Жүрек шекарасы жасына сай. Бұл науқасқа жүректің қай бөлігінің шамадан тыс жүктеме бірінші кезекте пайда болуы мүмкін:

<variant> оң қарынша

<variant> сол жүрекше

<variant> қарынша аралық қалқа

<variant> оң жүрекше

<variant> сол қарынша

<question> ЭКГ-да Р тісшесі жүректің осы бөлімінің козуын көрсетеді:

<variant> жүрекше

<variant> қарыншааралық перде

<variant> сол жақ қарынша

<variant> оң қарынша

<variant> қарыншаүстілік төмpek

<question> Митральды қақпақшаның ақауын диагностикалау үшін ең ақпаратты зерттеу әдісі:

<variant> ультрадыбыстық зерттеу

<variant> ЭКГ

<variant> ФКГ

<variant> жүрек рентгенограммасы

<variant> функционалды сынамалар

<question> Орталық тектегі цианоз пайда болу себебі:

<variant> кіші қан айналым шеңберінде оттегімен қанығу жеткіліксіз

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 31 беті

<variant> тіндерде қан ағымының баяулауы

<variant> қандағы көмірқышқыл газының көбеюі

<variant> үлкен қан айналым шеңберінде қан мөлшері жеткіліксіз

<variant> бүйрек патологиясы

<question> Туа біткен ақау синдромына ... ашық артериялық өзекшесі

<variant> боталлов тармағы

<variant> веналық-артериялық

<variant> тетрад Фаллоға

<variant> митральды стеноз

<variant> микроциркуляцияның бұзылуы

<question> Жүрек шекарасын анықтау үшін ең тиімді ақпараттық зерттеу әдісі:

<variant> рентгенография

<variant> рентгеноскопия

<variant> эхокардиография

<variant> электрокардиография

<variant> компьютерлік томография

<question> Оң қарыншалық жеткіліксіздік белгілерінің ерте пайда болуы осы жағдайға тән:

<variant> митральды-трикуспидальды стеноз үшін

<variant> оқшауланған митральды стеноз үшін

<variant> митральды жеткіліксіздігі үшін

<variant> қолқа жеткіліксіздігі үшін

<variant> митральды-қолқа жеткіліксіздігі үшін

<question> Тахикардия-бұл жүрек жиырылуының жиілігінің қалыпты көрсеткіштен осыншама артуы:

<variant> қалыпты жас көрсеткіштерінен 25 %-ға

<variant> қалыпты жас көрсеткішінің 15 %-ға

<variant> қалыпты жас көрсеткіштерінен 35 %-ға

<variant> қалыпты жас көрсеткіштерінен 45 %-ға

<variant> 50% және одан көп

<question> Р тісшесінің үлкеюі және үшкірленуі мынаған тән:

<variant> оң жүрекше гипертрофиясына

<variant> сол жүрекше гипотрофиясына

<variant> оң қарынша гипотрофиясына

<variant> сол қарынша гипертрофиясына

<variant> сол жүрекше гипертрофиясына

<question> Бала 7 жаста. Ауруханаға түскендегі диагнозы: ЖРВИ. 4-ші тәулікте науқастану, күрт әлсіздік, жіп тәріздес пульс, жиі жөтел ауызға қақырықтың толуы байқалады. Аускультация кезінде екі жақты өкпенің төмен аймағында ылғалды ұсақ көпіршікті сырылдар. Жүрек тондары тұйықталған, тахикардия Рентгенограммада: өкпенің альвеолярлы ісінуі, ЭхоКГ: сол жақ қарыншаның насостық қызметі төмендеген. Осы жағдайдағы асқынулар:

<variant> жедел сол жақ қарыншалық жүрек жетіспеушілігі

<variant> жедел пневмония

<variant> перикардит

<variant> жедел оң жақты қарыншалық жүрек жетіспеушілігі

<variant> тоталды жүрек жетіспеушілігі

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 32 беті

<question> 11 жастағы бала, ЖРВИ мен ауырып жатыр. Аурудың 4 күні брадикардия, пульс 63 рет мин, экстрасистолдар пайда болды. Бала ЭКГ-ға, ФКГ-ға, қан мен несеп анализдеріне жіберілді. Аурудың 9 күні балада ентигу, күрт әлсіздік, жіп тәрізді пульс, ауыздың көбікті қақырықпен жиі жөтел пайда болды. Аускультация : өкпенің төменгі бөлігінде екі жағында ылғалды сырылдар. Осы жағдайдағы асқынулар:

<variant> жедел сол жақ қарыншалық жүрек жетіспеушілігі

<variant> жедел пневмония

<variant> перикардит

<variant> жедел оң қарыншаның жеткіліксіздігі

<variant> жедел бронхиолит

<question> 3 жастағы бала ЖТА бойынша есепте тұр. Анасының айтуы бойынша жиі суық тиюге шағымданады. Об-ті: миндалинаның 1 дәрежел ұлғаюы , тері жамылғысы бозарған, қимыл белсенділігі төмендеген. Жүректің үстінде аускультативті тондар айқын, ырғақты, митральды қақпақшада 1 тонның күшеюі, өкпе артериясының үстінде 2 тон, кеуденің сол жақ шетінде 2 тон қатты, қарқынды, қырып тұратын ұзақ систоалық-диастолалық шу. Аускультативті көрініс негізінде алдын ала синдромды қойыңыз:

<variant> ААӨ-ке тән

<variant> ҚАПА-ға тән

<variant> АГ тән

<variant> Фалло тетрадасына тән

<variant> ЖАПА тән

<question>Секірмелі пульс байқалады:

<variant> ашық артериальды өзекте

<variant> аорта коарктациясында

<variant> магистральды қантамырлар транспозициясында

<variant> өкпе артериясы стенозында

<variant> Фалло тетрадада

<question>Қарыншааралық перденің ақауы кезінде шудың эпицентрі:

<variant> төстің сол жағынан үшінші-төртінші қабырға аралықта

<variant> сол жақты екінші қабырға аралықта

<variant> оң жақты екінші қабырға аралықта

<variant> ұшында

<variant> төртінші-бесінші қабырғааралықта оң жақта

<question>Туғаннан кейін баланың өкпе амырларындағы қысым төмендейді. Бұл физиологиялық акт біріншілік реттеледі:

<variant> Артериальді рО2 өсуімен

<variant> Кеуде ішілік қысымның төмендеуімен

<variant> Өкпе тамырларының иірімделуінің азаюымен

<variant> Артериальді ағымның жабылуымен

<variant> Қағаналық қанайналымның тоқтауынан кейін гуморальді факторлардың босауымен

<question>Ерте сатысындағы «көк» типті ТЖА ауыратын балаларда артериальды гипоксемияны байланыстырады:

<variant> Веналық қанның артериальды жүйеге лақтырылуымен

<variant> Брадикардия фонындағы жүрек жеткіліксіздігімен

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 33 беті

<variant> Қышқыл - сілтілік тепе - теңдік бұзылысымен

<variant> Электролиттік бұзылыстар дамуымен

<variant> Перифериялық қарсыласу жоғарылауым

<question> Цианоз, саусақтардың және тырнақтың дистальды фалангаларының деформациясы, плож, полицитемия сияқты қосымша белгілермен сипатталтын

<variant> веноздық-артериалды ағу

<variant> артериялық-веноздық ағу

<variant> микроциркуляторлық бұзылыс

<variant> қан тамырларының тромбозмболиясы

<variant> Боталлов өзегінің болмауы

<question> Жүректің рентгенологиялық зерттеуінде жүрекше аралық перде дефектісі сипатталады:

<variant> жүректің оң жақ бөлігінің ұлғаюы

<variant> жүректің сол жақ бөлігінің ұлғаюы

<variant> өкпе суретінің әлсіреуі

<variant> тамырлар шоғырының кеңеюі

<variant> аорта кеңеюі

<question> Систоло-диастолиялық шу кездесетін ақау:

<variant> ашық артериальды өзекте

<variant> ҚАҚД

<variant> ЖАҚД

<variant> Фалло тетрадасында

<variant> өкпе артерия стенозында

<question> 3 айлық нәрестенің анасы ЖТД келесі шағымдармен келді: соңғы 2 ай ішінде бала емі

белсенді емес, 50-70гр сүн еміп ұйықтап қалады. Емізу кезінде қатты терлейді, терісі бозарады,

тынысы жиілейді, ауыз бен көз айналасы көгере бастайды. Бала бозарған, жылау кезінде мұрын ауыз

ұшбұрышында цианоз пайда болады, еңтігеді, ТЖ- 60 рет мин, ЖЖЖ - 150 соққы мин. Жүрек тондары

тұйықталған. Жүрек ұшы түрткісі бұғана ортаңғы сызықтан 2,5 см сыртта, шу жоқ. Өкпеде қатаң

тыныс. Бауыры қабырға астынан 2,0 см шығып тұр. Анасы жүктіліктің 20 аптасында ЖРВИ өткерген.

Босану ерекшеліксіз. Клиникалық диагноз қою үшін қажет аса қажетті информация беретін зерттеу:

<variant> эхокардиография

<variant> электрокардиография

<variant> фонокардиография

<variant> жүрек рентгенографиясы

<variant> спирография

<question> жүрек жеткіліксіздігінің диагностикасында алғашқы тексеру болып саналады:

<variant> ЭхоКГ

<variant> ЭКГ

<variant> кеуде қуысының рентгенографиясы

<variant> ЭКГ Холтер мониторингі

<variant> магнитті-ядролық резонанс

<question> Жаңа туған нәрестеде емі барысында мұрын-ерін ұшбұрышында айқын емес цианоз пайда

болады. Аускультацияда: 1-тон өзгермеген, 2-тон тек алдыңғы кеуде торы беткейінен емес, сондай ақ

жауырын аралық аймақтан да естілетін систоло-диастолалық шу мен жабылған. Аталған жүректің туа

пайда болған ақауында қанның лақтырылу бағыты:

<variant> Аортданөкпелікартерияға

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		
Бақылау-өлшеуіш құралдары		38/11 97 беттің 34 беті

<variant> Өкпелікартерияданаортаға

<variant> Аорта-коронарлышунт

<variant> Аортаданөкпевенасына

<variant> Аортаданаранциевтүтігіне

<question>Науқас м., 11 жаста. Баспамен ауырған соң буындардағы ауырсыну сияқты асқыну пайда болды. Ревматизм анықталды. Аурудың жедел фазасында науқаста келесі көріністер байқалды: айқын терлегіштік, жүрек қағуы, аускультативті тондар тұйықталған, "бөдене"ырғағы және өкпеніңтөмегі бөліктерінде ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар. Осы симптомдардың фонында жаңа симптомдар пайда болды: жүрек түрткісінде систоалық шу. Аускультативті симптоматикадағы өзгеріс туралы айтуға болады:

<variant> жүрек ақауының пайда болуы туралы

<variant> аурудың ремиссия фазасына өтуі туралы

<variant> сауығудың болуы туралы

<variant> қарынша миокардыңның компенсаторлық мүмкіншіліктерінің қосылуы туралы

<variant> жүектің барлық қабаттарының зақымдалуы туралы

<question>Систоалық «мысық пырылы» мынаның сипаты:

<variant> аорта стенозы

<variant> митралды стеноз

<variant> аорталық жетіспеушілік

<variant> үшжармалы қақпақша стенозы

<variant> аритмия

<question>Диастоалық «мысық пырылы» мынаның сипаты:

<variant> митралды стеноз

<variant> үшжармалы қақпақша жетіспеушілігі

<variant> аорта стенозы

<variant> қарынша аралық қалқан дефекті

<variant> митралды қақпақша жетіспеушілік

<question>Систоло-диастоалық «мысық пырылы» мынаған тән:

<variant> Ботталов өзегінің жабылмауы

<variant> қарынша аралық қалқан дефекті

<variant> Фалло триадасы

<variant> аорта коарктациясы

<variant> аритмияға

<question>Жүректің шекраларының ұлғаюы көбнесе оның құрылымдық бірлігінің жағдайына тәуелді болады

<variant> Миокардтың

<variant> Эндокардтың

<variant> Жармаастылық құрылымның

<variant> Қарыншааралық перденің

<variant> Жүрекшеаралық перденің

<question> Балада 2 жасар бірінші реет төстің сол жақ қырыбойымен, 2 ші қабырғааралықта максимальді естілетінсистоалық шу. 2 тонәлсіреген, жүрекшекарасыжасынасәйкес. Бұл науқаста бірінші кезекте жүректің қай бөлігіне күш түседі

<variant> Оңқарынша

<variant> Солжүрекше

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		38/11
Бақылау-өлшеуіш құралдары		97 беттің 35 беті

<variant> Қарынша аралық қалқан

<variant> Оңжүрекше

<variant> Солқарынша

<question>Миокардтың фиброэластозы осының нәтижесі:

<variant> Ерте тума кардит

<variant> Кеш тума кардит

<variant> Ревматикалық емес кардит

<variant> Гипертрофиялық кардиомиопатия

<variant> Жүректің тума ақауы

<question>Қыз бала 13 жаста, 3 жыл кардиоревматологта тіркеуге тұрады. 2 ай бұрын ЖРВИ ауырған, содан кейін физикалық күш түскенде еңтігу, жүрек соғуы, жүрек аймағының ауыруы, әлсіздік, тез шаршағыштық пайда болған. Объективті: тері жамылғылары боз, «жүрек түрткісі», көтеріңкі және жайылған жүрек ұшы түрткісі VI қабырға аралығында, бұғана орта сызығынан сыртқа, I тонның әлсіреуі, төгілген диастолалық шуыл II тоннан кейін, кеудені алға еңкейткенде IV қабырға аралығында төстің сол жақ жиегінде жақсы естіледі. Жоғарыда берілген симптомдардың ішінен ФКГ-ға тән.

<variant> диастолалық шуыл, әлсіреген II тонмен қосарланған

<variant> систолалық шуыл, әлсіреген I тонмен қосарланған

<variant> I тон бірден күшейген, өспелі пресистолалық шуыл, I тонмен қосарланған

<variant> жүрек тондары қалыпты, ромб тәрізді, ұршық тәрізді шуыл

<variant> семсер тәрізді өсінді аймағындағы жоғары амплитудалы және жоғары жиілікті пансистолалық шуыл

<question>Науқаста 10 күн бұрын жүрек тұсында ауру сезімі, еңтігу, жүрек тондарының тұйықталуы, АҚК төмендеуі анықталады. Сіздің тағайындауыңыз:

<variant> Эхо КГ

<variant> жүректің радиоизотопты сканированиесі

<variant> ЭКГ

<variant> коронароангиография

<variant> кеуде торы ағзаларының рентгендік зерттеуі

<question>Науқас Н., 9 жаста, стационарға мынадай шағымдармен түсті: көп ұпқытқа созылған субфебрилитет, әлсіздік, шаршағыштық, төбетінің нашар болуына. Анамнезінен 4 апта бұрын қыздың тісін жұлғаннан кейін температурасы жоғарлады. Өз бетімен ыстықты түсіретін препарат қабылдаған, бірақ қызба сақталған, әлсіздік жағдайы төмендей берген, сол себептен госпитализацияланды. Ауруханаға түскенде жағдайы ауыр: бозғылт, солғын, ТЖ 28 рет, ЖЖЖ - 100 рет минутын. Жүрек шекаралары перкуссияда. Оң жағы - төстің оң жақ қыры бойымен, жоғарғы - екінші қабырғаралық, сол жағы - ортаңғы бұғана сызығы бойымен 2 см -ге сыртқа орналасқан. Іші жұмсақ, бауыры қабырға доғасынан 3 -смге сыртқа шығып тұр. ЭКГ -да: синусты тахикардия, жүректің электр осінің орналасуы қалыпты, жүректің оң және сол қарыншаларының шамадан тыс жұмыс істеуі. Науқаста күтілетін эхокардиографиялық белгілер:

<variant> Қақпақшалардың вегетациясы, қақпақшалар, хордалар жыртылған

<variant> Перикардтың жапырақшаларының қалындауы, перикардиалды жалқаяқ бар

<variant> Сол қарыншаның саңылауының ұлғаюы, миокардтың жиырылғыштық қызметінің төмендеуі

<variant> Қарынша аралық перде қалындауы, қарыншаның саңылауының дилатациясы

<variant> Митралды қақпақшаның ісінуі, I дәрежелі регургитациясы

<question>Жүрек шекараларын анықтаудың мейілінше дұрыс әдісі болып табылады:

<variant> рентгенография

<variant> рентгеноскопия

<variant> эхокардиография

<variant> электрокардиография

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 36 беті

<variant> компьютерлік томография

<question>Инфекционды эндокардит кезінде көбінесе зақымдалады:

<variant> аортальды қақпақша

<variant> трикуспидальды қақпақша

<variant> митральды қақпақша

<variant> өкпе артериясының қақпақшасы

<variant> қалқан

<question>Бала 1,2 жаста. Шағымдары әлсіздік, шаршағыштық, тәбетінің төмендеуі. Физикалық дамуында қалуы. Жиі тыныс алу жолдарының ауыруымен ауырады. Анасына 40 жас, әкесіне 47 жас. Жүктіліктің бірінші жартысында ауыр токсикоз. Терісі бозғылт, пальпация кезінде 2 қабырға аралығында систоликалық дірілдеу, жүрек түрткісі жайылған, ығысқан, жүректің шекарасы; оң жағы- оң парастернальды сызықпен, жоғарғы - 2 қабырға аралығында, сол жағы 2,5см бұғана ортаңғы сызығымен. Қатаң систоликалық- диастоликалық шу 2 қабырға аралығында сол жағынан жүрек ұшында, мойын тамырларында, қолқада және жауырын аралықта естіледі. Осы патологияға ЭКГ тән өзгерістер болады:

<variant> сол жақ жүрекшенің және қарыншаның гипертрофиясы

<variant> оң жақ жүрекшенің гипертрофиясы

<variant> жүректің оң және сол жақ бөліктерінің гипертрофиясы

<variant> оң жақ жүрекшенің және қарыншаның гипертрофиясы

<variant> сол жақ қарыншаның гипертрофиясы

<question>15 жасар ұл балаға қақпақшалық протез қолданумен кардиохирургиялық коррекция жүргізілген. Бірнеше уақыттан кейін науқаста жұқпалы эндокардиттің клиникасы дамыған. Бұл ауруды жиі қоздырады:

<variant> стафилококктар

<variant> короновирус

<variant> вирустар

<variant> риккетсиялар

<variant> стрептококктар

<question>8 жастағы қыз бала қорқып қалғаннан кейін жүрегінің қағуын, күшейген әлсіздікті, басынын айналуын сезінді. Қарағанда: тері жамылғысы бозарған, ауыз және мұрын айналасының цианозы, ТЖ 24 минутына, жүрек тондары тұйықталған, ЖСЖ 150 минутына. Пульсі ырғақты, а. radialis әлсіз анықталады. АҚ 100/60 мм.с.б.б іші жұмсақ, диурез жоғарылаған. Диагнозды негіздеуге қажет:

<variant> ЭКГ

<variant> рентгенография

<variant> ФКГ

<variant> жалпы қан айналымы

<variant> ЭХО-КГ

<question>Қан сарысуында калийдің деңгейі ... болғанда гиперкалиемия қойылады.

<variant> <5,5-6,5 ммоль/л

<variant> <4,0 ммоль/л

<variant> <4,5 ммоль/л

<variant> <5,0 ммоль/л

<variant> <3,5 ммоль/л

<question>Қансарысуында калийдің деңгейі ... болғанда гипокалиемия қойылады.

<variant> <3,5 ммоль/л

<variant> <2,5 ммоль/л

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 37 беті

<variant> <4,0 ммоль/л

<variant> <5,0 ммоль/л

<variant> <6,0 ммоль/л

<question>Диспансерлік бақылау кезінде 6 жасар балада жүрек ұшында орташа интенсивті систоликалық шуды анықтап оны функционалды деп тапты. Осы функциональды шудың ерекшелігі:

<variant> ұзақ емес сипатталады

<variant> күш түсіргенде күшейеді

<variant> тік тұрғанда азаяды

<variant> мойын қантамырларына беріледі

<variant> жүрек ақауының көрінісі

<question>3 жасар балала жүрек зақымдалуының белгісі:

<variant> ЖЖЖ минутына 132 рет

<variant> АҚҚ 90/45 мм сын.бағ.

<variant> жүректің салыстырмалы тұйықтығының сол шекарасысол бұғанаортаңғы сызықтан 2,5 см сыртта болуы

<variant> Өкпе артериясының үстінде II тон акценті

<variant> ырғақты пульс

<question>6 жасар балала кенеттен қорғыныш сезімі, мазасыздық, күрт әлсіздік, суық тер пайда болды. Жағдайы ауыр, бозарған, мойын тамырларының пульсациясы көрінеді.Пульс минутына 180 рет. Жүрек тондары анық, қатты. Жүрек және бауыр шекаралары ұлғаймаған. Ісінулер жоқ. Осы жағдай жүректің мына функциясының бұзылысына сәйкес:

<variant> қозғыштық

<variant> жиырылу

<variant> өткізгіштік

<variant> автоматизм

<variant> жиырылу және автоматизм

<question> Нәрестелердегі жүрек жеткіліксіздігінің ерте клиникалық белгісі:

<variant> тахипноэ

<variant> менингиальды белгілер

<variant> олигурия

<variant> цианоз

<variant> бозару

<question>Өтпелі жүрек ырғақ бұзылыстары бар науқастарда 1-2 тәулік бойында ЭКГ-де ишемиялық өзгерістерді анықтау үшін қолданатын негізгі зерттеу әдісі:

<variant> холтерлік ЭКГ мониторингісін жүргізу

<variant> тредмилметрия

<variant> дозаланған жүріс

<variant> тепкешектік сынақ

<variant> велоэргометрия

<question> Баланы ата-аналары қабылдау бөлмесіне ес-түссіз жеткізді. Тексеру кезінде баланың жағдайы агональды болады. Тыныс жоқ. Тері акроцианозбен бозғылт. Өкпеде тыныс алу шуы анықталмайды. Жүрек үні естілмейді. Клиникалық өлімнің негізгі белгілерін анықтаңыз:

<variant> Каротид артерияларында импульстің болмауы

<variant> Гипертония

<variant> Қарашықтың тарылуыуы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 38 беті

<variant> Құрысулар

<variant> Гипертермия

<question>Қыз бала 13 жаста, 3 жыл кардиоревматологта тіркеуте тұрады. Осыдан 2 ай бұрын ЖРВИ-мен ауырған, содан кейін физикалық күш түскенде еңтігу, жүрек соғуы, жүрек аймағының ауыруы, әлсіздік, тез шаршағыштық пайда болған. Объективті: тері жамылғылары бозғылт, «жүрек түрткісі», көтеріңкі және жайылған, жүрек ұшы түрткісі VI қабырға аралығында, бұғана орта сызығынан сыртқа, I тонның әлсіреуі, төгілген диастолалық шу II тоннан кейін, кеудені алға еңкейткенде IV қабырға аралығында төстің сол жақ жиегінде жақсы естіледі. Жоғарыда берілген симптомдардың ішінен ФКГ-ғы тән:

<variant> диастолалық шу әлсіреген II тонмен қосарланған

<variant> систолалық шу әлсіреген I тонмен қосарланған

<variant> I- тон бірден күшейген

<variant> жүрек тондары қалыпты

<variant> пансистолалық шу

<question>Ұл бала 13 жасар. Бас ауыруына, жүрек аймағында ауруға, ыстық сезіміне шағымданады. Бір жыл бойы ауырады. Тұқым қуалаушылық: әкесінде гипертониялық ауру, анасында – конституциональды семіру. Объективті: гиперстеникке бейім. АҚҚ 145/90 мм.с.б. Пульс 96 рет мин. Жүрек тондары тұйықталған, аортада II тонның акценті. Жүрек шекаралары-жас ерекшеліктеріне сәйкес қалыпты. Басқа ағзаларында-ерекшеліксіз. Синдром түрін атаңыз:

<variant> артериальды гипертензия

<variant> артериальды гипотензия

<variant> гипоталамиялық синдром

<variant> вегето-қантaмырлық дистония

<variant> функциональды кардиопатия

<question>10 жасар қыз бала. Бас ауыруына, орнынан тұрғанда көздері қарауытады, шаршағыштық, ұйқысының бұзылуына шағымданады. Тұқым қуалаушылық жоқ. Объективті: бозарған, алақандарының, аяқтарының гипергидрозы. Тұрақты қызыл дермографизм. Пульс 80/мин., АД 80/40 мм.с.б. Жүрек шекаралары-жас ерекшеліктеріне сәйкес қалыпты. Тондары әлсіз, жүрек ұшында және 5 нүктеде қысқа систолалық шу. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant> артериальды гипотензия

<variant> жүректің туа біткен ақауы

<variant> кардиомиопатия

<variant> артериальды гипертензия

<variant> миокардит

<question>Пульстық қысымның түсуімен, орталық венозды қысымның төмендеуімен және тахикардиямен жүретін АГ:

<variant> ағымдағы қанның 20% көлемін жоғалтқанда

<variant> ағымдағы қанның 10% дейін көлемін жоғалтқанда

<variant> фосфорорганикалық коспалармен уланғанда

<variant> миокард декомпенсациясында

<variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясында

<question>11 жасар ұл бала. Психоэмоциональдық жүктемеде бас айналуға, жүрек қағуына шағымданады. Объективті: тері қабаттары бозарған, құрғақ, ақ дермографизм. АҚҚ 130/80 мм.с.б.

Тахикардия. Синдром түрін анықтаңыз:

<variant> артериальды гипертензия

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 39 беті

<variant> теміртапшылық анемия

<variant> жедел миокардит

<variant> симптоматикалық гипертензия

<variant> инфекциялық эндокардит

<question>12 жасар қыз бала. Бас айналуына, психоэмоциональды жүктемеден соң жүрек қағуына шағымданады. Объективті: тері қабаттары бозарған, құрғақ, қызыл дермографизм. Алақан гипергидрозы. АҚҚ 130/80 мм.с.б. Жүрек шекаралары қалыпты. Жүрек үндері анық, ұшында функционалды систолалық шу.Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> вегето-қантамырлық дистония

<variant> астено-вегетативты синдром

<variant> нейроциркуляторлы дистония

<variant> артериальды гипертензия

<variant> артериальды гипотензия

<question>Он жүрек жеткіліксіздігі көріністерінің пайда болуы тән:

<variant> митральды-үшжармалы стеноз

<variant> оқшауланған митральды стеноз

<variant> митральды жеткіліксіздік

<variant> аортальды ақау

<variant> митральды-аортальды ақау

<question> Ерте жастағы балаларда кардит кезінде барлық белгілер байқалады, мынадан басқа:

<variant> ауыр ағымды

<variant> экстрасистолия

<variant> қан айналымы жеткіліксіздігінің жылдам дамуы

<variant> қан қысымын көтеру

<variant> кардиомегалия

<question>Үлкен артерио-веноздық лактырысы бар ашық артериальды өзек алып келеді:

<variant> сол қарыншаның диастоликалық күш түсуіне

<variant> оң қарыншаның диастоликалық күш түсуіне

<variant> сол қарыншаның систолалық күш түсуіне

<variant> оң қарыншаның систолалық күш түсуіне

<variant> екі қарыншаның диастоликалық күш түсуіне

<question>Ұл бала 1ж 4 ай. 3 апта бойы аурып жүр. Дамуы жасына сай. Жүректегі өзгерістер: сол жақ шекарасы – алдыңғы аксиллярлы сызықта, жүрек тондары тұйық, аритмия, жүрек ұшында интенсивті емес систоликалық шу. Бұл жағдай себебі:

<variant> короновирусты инфекциядан кейін

<variant> ген мутациясы

<variant> өткерілген стрептококкты инфекция

<variant> құрсақ ішілік инфекция

<variant> хромосомды бұзылыстар

<question>Жедел сол қарынша жеткіліксіздігі белгілері:

<variant> тұншығу ұстамалары

<variant> веналарының ұлғаюы мен пульсациясы

<variant> құрсақтық пульсацияның күшеюі

<variant> бауырдың ұлғаюы мен ауруы

<variant> энцефалопатия

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 40 беті

<question> Жедел сол қарынша жеткіліксіздігі белгілері:

<variant> тұншығу ұстамалары

<variant> веналарының ұлғаюы мен пульсациясы

<variant> құрсақтық пульсацияның күшеюі

<variant> бауырдың ұлғаюы мен ауруы

<variant> энцефалопатия

<question> Бала 5 жаста. Ауруханаға түскендегі диагнозы: ЖРВИ. 3-ші тәулікте науқастану еңтігу, күрт әлсіздік, жіп тәріздес пульс, жиі жөтел ауызға қақырықтың толуы байқалады. Аускультация кезінде екі жақты өкпенің төмен аймағында ылғалды ұсақ көпіршікті сырылдар. Жүрек тондары тұйықталған, тахикардия Рентгенограммада: өкпенің альвеолярлы ісігі, ЭхоКГ: сол жақ қарыншаның насосық қызметі төмендеген. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> жедел сол жақ қарыншалық жүрек жетіспеушілігі

<variant> жедел пневмония

<variant> перикардит

<variant> жедел оң жақты қарыншалық жүрек жетіспеушілігі

<variant> тоталды жүрек жетіспеушілігі

<question> 12 жасар бала ЖРВИ - мен ауырған. Аурудың 5 - ші тәуілігінде брадикардия, пульс минутына 59, экстрасистола пайда болған. Баланы ЭКГ, ФКГ, қан және зәр анализіне бағыттаған. 8 - ші тәуілігінде балада физикалық жүктемеден кейін демікпе, ерекше әлсіздік, жіп - тәрізді пульс, аузынан көпіршікті қақырықты жиі жөтел пайда болған. Өкпесін тыңдағанда өкпесінің төменгі екі жағынан ылғалды сырылдар естіледі. Бұл науқастану дамыған асқыну:

<variant> жедел сол қарыншалық жетіспеушілік

<variant> жедел пневмония

<variant> перикардит

<variant> жедел оң қарыншалық жетіспеушілік

<variant> жедел бронхиолит

<question> Ұл бала 6 жаста, аяққолдарының ісінуіне шағымданады. Жасырын ісікті анықтау үшін қолданылатын әдіс.

<variant> Мак-Клюра-Олдрич

<variant> Зимницкий

<variant> Амбурже

<variant> Нечипоренко

<variant> Адисса-Каковский

<question> Жаңа туған балаларда ОЖЖ патологиясының даму қаупі кезінде отбасылық дәрігер міндетті түрде мынаған назар аударады:

<variant> дене тұрысы және қозғалыс белсенділігі

<variant> жүрек тонының дыбыстылығы мен тазалығы

<variant> тері астындағы май қыртысының қалыңдығы

<variant> кіндік жарасының жағдайы

<variant> дене температурасы

<question> Ұл бала 3 жаста, учаскелік педиатрді шақырды. Бала қатты ауырып қалды: температура 39 градусқа дейін көтерілді, қатаралды құбылыстар, мазасыздық пайда болды. Кенеттен қысқа мерзімді құрысулар. Сіздің болжамды диагноз:

<variant> фебрильді құрысулар

<variant> Эпилепсия

<variant> Спазмофилия

<variant> Менингит

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 41 беті

<variant> вирустық энцефалит

<question> Қыз бала 1 жүктілік, 1 босануы, туылған кездегі салмағы вес 2900 г., бойы 49 см. Айел кісі А(II), Rh(+) қан тобында, бала қан тобы АВ (IV), Rh (-) . Апгар шкаласы бойынша бағалауда 7-8 баллов. 3-ші тәуліктте тері жамлығысының сарғаюы пайда болды. Емуі белсенді. Құспайды. На 3-и сутки у ребенка появилось желтушное окрашивание кожных покровов. Сосет активно, не срыгивает. Қанның биохимиялық анализінде тікелей емес билирубині 90 мкмоль/л, трансаминаза қалыпты. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз:

<variant> физиологиялық сарғаю

<variant> пренатальды гипотрофия

<variant> RH сәйкес келмеуі бойынша гемолитикалық ауруу

<variant> ABO сәйкессіздігі бойынша жаңа туған нәрестелердің гемолитикалық ауруы

<variant> асфиксия кезінде сарғаю

<question> Қыз бала 9 жаста полиурияға, мерзімді әлсіздікке, аштық сезіміне шағымданады. Бозғылт, айқын бұлшықет әлсіздігі. Биохимиялық қан анализінде: қант – 4,5 ммоль/л, қалдық азот-4,8 ммоль/л. жалпы зәр анализінде қант 1% құрайды. Болжамды диагноз:

<variant> бүйрек глюкозуриясы

<variant> қант диабеті

<variant> де Тони-Дебре-Фанкони синдромы

<variant> рахит

<variant> қант диабеті

<question> Ұл бала 2 ай. Анасының шағымы бойынша дене қызуының 37,80 С-қа дейін көтерілуі, жиі, ауыр зәр шығару. Несепте лейкоцитурія 10-15 дейін к/а, эритроцит 7-9 дейін көру алаңында. Қандай қоздырғыш болуы мүмкін.

<variant> Ішек таяқшасы

<variant> Стафилококк

<variant> Стрептококк

<variant> Цитомегаловирус

<variant> саңырауқұлақтар

<question> Ұл бала 11 жаста, ауыр жағдайда ауруханаға жеткізілді. Қатты бас ауруына, көз алдында "шіркей" тұрғандай жыпылықтауға шағымданады. Ангинадан кейін 9 күн өткен сонауырған, қабақтың пастозы және зәрдің түсі өзгерген("ет жууындысы") анықталған. Сирек зәр шығаруды атап өтеді. Анамнезінде экзема, қызылша, желшешек, қызамық. Тексеру кезінде қабақтар орташа ісінген. Жүрек үні күшейтілген, жүрек соғу жиілігі минутына 110. АҚҚ 135/85 мм рт/ст. ауруханаға түскеннен бірнеше минут өткен соң көру қабілетінің жоғалуы, шатасу, клоникалық-тоникалық құрысулар пайда болды. ЭКГ - да Т тісшесінің ұшының жоғарлауы. Осы өзгерістер немен түсіндіріледі.

<variant> Гиперкалиемиа

<variant> Гипернатриемиа

<variant> Гипокалиемиа

<variant> Гиперазотемия

<variant> Гипоальбуминемия

<question> Қыз бала 7 ай. Шағымдары нәжістің 1-2 күнге дейін болмауы. Бірінші босанудан, патологиясыз. 2 айдан бастап толық сүтпен тамақтандырылған. Баланың тамақтануында ботқалар басым. Қыз көкөністерді нашар жейді. Ол өздігінен отырмайды. Тексеру кезінде қабырғасында "моншак", Гаррисон бороздасы пальпацияланады. Бұлшықет тонусы төмендеген, асқазан ісінген, "бақа тәрізді", ауырсынусыз. Бауыр қабырға доғасынан 1,5 см-ге шығып тұрады. Өкпе мен жүрек жүйесінде ауытқулар анықталған жоқ. Бұл ауруда іштің ұлғаюы немен байланысты:

<variant> бұлшықет гипотониясы

<variant> ауа жиналумен

<variant> ішек ісігі

<variant> лактаза жеткіліксіздігі

<variant> альбумин жеткіліксіздігі

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 42 беті

<question> Балада 14 күні дене температурасы 37,8 С дейін жоғарлауы. Берілген температурада 1-минутта тыныс алу саны мен жүрек соғу саны қандай мәндерге сәйкес келетінін көрсетіңіз:

<variant> 44/160

<variant> 20/130

<variant> 28/140

<variant> 36/150

<variant> 52/170

<question> 3 жастағы қызға үйге шақыру, экспираторлық еңтігу, қатты жөтел туралы шағымдар.

Анамнезден баланың ересектердің бақылауынсыз моншақтармен ойнағаны анықталды. Кенеттен балада пароксизмальды жөтел, тыныс алу қиын болды. Тексеру кезінде: жағдайы ауыр, дене температурасы 36,80 С, мұрын-ерін үшбұрыштың цианозы, оң жақтағы қабырға аралық кеңістіктердің батуы. ЖСЖ – 130/мин, жүрек тондары тұйықталған. Өкпенің салыстырмалы перкуссиясында жаурынның төменгі бұрышында перкуторлы дыбыстың тұйықталуы анықталады, аускультативті – сол аймақта тыныс алу күрт әлсірейді. Өкпенің қалған бөліктерінде-пуэрильді тыныс алу. Бірінші кезекте мыналарды жүргізу қажет:

<variant> бронхография

<variant> томография

<variant> рентгенография

<variant> өкпе УДЗ

<variant> спирография

<question> 12 жастағы қызға үйге шақыру, қызба, қалтырау, жүрек ауруы туралы шағымдар. Жүректің шекарасын барлық бағытта кеңейту. Аускультативті тұйық, тахикардия, шу үстінен верхушкой, 3-4 м/р емес связанны фазаларымен жүрек үлгідегі "хруст қар", усиливающийся при надавливании емес иррадиирующий. Диагнозды растау үшін тексеру:

<variant> рентгенография

<variant> электрокардиография

<variant> пикфлоуметрия

<variant> бронхография

<variant> спирография

<question> Отбасылық дәрігерлік амбулатория дәрігерінің қабылдауында 2 жасар баласы бар ана келді. Анамнезінен: анасының сөзі бойынша бала басқа бөлмеде ойнаған кенеттен жөтел, еңтігу басталды, ол 15 минуттан кейін жоғалып кетті. Тексеру кезінде: дене температурасы қалыпты, бала белсенді. Өкпенің аускультациясы кезінде сол жақта төменгі жақта дем шығару кезінде ысқырық естіледі. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз :

<variant> бронхтың бөгде денесі

<variant> созылмалы бронхит

<variant> бронх демікпесі

<variant> пневмония

<variant> көк жөтел

<question> Педиатр 4 айлық баланы невропатологқа консультацияға жіберді. Бұл үшін амбулаториялық картада тіркелген деректер себеп болды:

<variant> қол және иек дірілдеуі

<variant> Бабинский рефлексі

<variant> Моро рефлексі

<variant> ұстау рефлексі

<variant> отыра алмауы

<question> Бала 3 ай. Туғаннан бастап анасы алыстан естілетін шулы тыныс алуға, тамақтану мен мазасыздық кезінде күшейетініне алға тартты. Стридор диагнозы қойылған. Бұл балада стридордың себебі:

<variant> ларингомалиция

<variant> өкпенің тығыздалу синдромы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 43 беті

<variant> бронх шырышты қабығының ісінуі

<variant> өткір ринит

<variant> ларингостеноз

<question> Бала 1,5 айлық, ЖРВИ-мен 2-ші күні ауырып жатыр, дене қызуы 37,3°С. Аяқтары жайылған және созылған. Пассивті қозғалыстарда қарсылық көрсетпейді, басын тік ұстамайды. Шала туылған, салмағы 2200 г. Қазіргі уақытта дене салмағы 2550гр. Бұлшықет гипотониясының себебі:

<variant> орталық жүйке жүйесінің перинаталдық зақымдануы

<variant> рахит

<variant> менингит

<variant> шала туған

<variant> менингоэнцефалит

<question> Бала қалыпты өткен 1-ші жүктіліктен дүниеге келді. Rh факторы бойынша сәйкессіздік бар. Босанудан бір апта бұрын анасы гепатитпен ауырған. Туған кездегі дене салмағы 3250 гр, денесінің ұзындығы 51 см. Өмірдің 3-ші күнінде терінің және склерасының сарғаюы пайда болды. Бала белсенді, жақсы емеді. Үлкен дәреті сары түсті. Бауыр 1 см, көкбауырды пальпациялау мүмкін емес. Сарғаюдың себебі:

<variant> жаңа туған нәрестелердің транзиторлық (физиологиялық) сарғаюы

<variant> нәрестенің гемолитикалық ауруы

<variant> вирустық гепатит

<variant> өт шығару жолдарының атрезиясы

<variant> Криглер-Найяр синдромы

<question> Ауыр перинатальды асфикцияның маркері болып табылады:

<variant> Апгар шкаласы бойынша бағлауда 0-3 балл 5-ші жәнеодан жоғары минутта

<variant> Апгар шкаласы бойынша бағлауда 4-7 балл 5-ші жәнеодан жоғары минутта

<variant> Апгар шкаласы бойынша бағлауда 8-10 балл 5-ші жәнеодан жоғары минутта

<variant> Апгар шкаласы бойынша бағлауда 0-3 балл 10-ші жәнеодан жоғары минутта

<variant> Апгар шкаласы бойынша бағлауда 4-7 балл 10-ші жәнеодан жоғары минутта

<question> Асфиксиядан өткен нәрестелердегі гипогликемияның салдары:

<variant> апноэ, құрысулар

<variant> жедел бүйрек-бауыр жеткіліксіздігі

<variant> жедел жүрек-өкпе жеткіліксіздігі

<variant> жіті есекжем

<variant> Лайел синдромы

<question> Респираторлық дистресс синдромының дамуы

<variant> сурфактант тапшылығы және өкпенің құрылымдық жетілмегендігі

<variant> нәрестенің жетілмегендігі

<variant> өкпеде сурфактанттың артық өндірілуімен

<variant> сурфактант артық өндірудің аллергиялық компонентімен

<variant> тыныс алу жүйесінің өткізгіш жолдарының жетілмегендігі

<question> Анамнезінде респираторлық дистресс синдромының дамуы кезінде ең аз алып келетін факторды табыңыз:

<variant> гестациялық жасы 40 аптадан асқан

<variant> гестациялық жасы 34 аптадан кем

<variant> анадағы қант немесе гестациялық қант диабеті

<variant> кесарь тілігі

<variant> жүктілік кезінде анадан қан кету

<question> Грантинг-бұл

<variant> дем шығып жылау

<variant> жылап күрсіну

<variant> тыныс алу

<variant> баладан 1 метр қашықтықта естілетін тыныс

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 44 беті

<variant> тыныс алу фазасына тәуелсіз баланың еріксіз жылауы

<question> Бала туылғаннан кейін 2-ші күні цианоз, грантинг; кеуде қуысының ретрациясы; тахипноз; мұрын қанаттарының ісінуі; оттегінің сатурациясының төмен деңгейі; өкпеде тыныс алудың әлсіреуі. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

<variant> респираторлық дистресс синдромы

<variant> неонатальды пневмония

<variant> ауруханадан тыс пневмония

<variant> цистикалық фиброздың өкпе формасы

<variant> фалло тетрадасының өкпелік көріністері

<question> Терапия болмаған кезде респираторлық дистресс синдромынан болатын өлім себебі

<variant> үдемелі гипоксия және тыныс алу жеткіліксіздігі

<variant> жүрек-тамыр жеткіліксіздігі

<variant> жедел бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> бүйрек үсті безінің жедел жеткіліксіздігі

<variant> кенеттен өлім синдромы

<question> Тиісті терапия болған кезде тыныс алу синдромының регрессия белгілері басталады ...

<variant> 2-4 күннен кейін

<variant> 7 күннен кейін

<variant> 12 сағаттан кейін

<variant> 10 күннен кейін

<variant> 72 сағаттан кейін

<question> Респираторлық дистресс II типті термині ... дегенді білдіреді.

<variant> жаңа туған нәрестелердің транзиторлы тахипноэсы

<variant> неонатальды пневмония

<variant> ауыр бактериялық инфекция-сепсис

<variant> пневмоторакс

<variant> ашық артериялық түтік

<question> Бала 8 айлық фебрилитет, айқын интоксикация, көз астындағы көленкелер, тістер жарып шығып, сирек зәр шығарады. ЖҚА-да-лейкоцитоз, лейкоциттік формуланың солға жылжуы, ЭТЖ – 25мм/сағ; ЖЗА-да-лейкоцитурия, бактериурия. Бұл аурудың дамуының ең ықтимал механизмі:

<variant> уродинамиканың бұзылуы

<variant> генетикалық бейімділік

<variant> қоздырғыштың вируленттілігі

<variant> метаболикалық бұзылулар

<variant> салқындау

<question> Қуықтың шырышты қабығындағы қабыну өзгерістерінің сипатын диагностикалау үшін жүргізілетін зерттеу:

<variant> Цистоскопия

<variant> қуық УДЗ

<variant> экскреторлық урография

<variant> Микциялық цистография

<variant> радиоизотоптық цистография

<question> Бала 3 жаста ЖЗА- де лейкоцитурия, бактериурия, ЖҚА-де – лейкоцитоз, нейтрофилез, жоғары ЭТЖ байқалады. Объективті қарағанда: қызба, интоксикация белгілері. Диагностикадағы келесі қолайлы қадамды таңдаңыз:

<variant> бүйрек УДЗ

<variant> Нечипоренко бойынша несепті талдау

<variant> экскреторлық урография

<variant> цистоскопия

<variant> эндогенді креатинин бойынша клиренс

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		
Бақылау-өлшеуіш құралдары		38/11 97 беттің 45 беті

<question> Қыз бала 3 жасар дизурия, жоғары қызба бар. Ішкі жұмсақ, пальпация кезінде ауырмайды. Ісіну жоқ. ЖҚА-де нейтрофильді лейкоцитоз солға ығысумен. ЖЗА-де ақуыздың іздері, пиурия.

Диагноз қою үшін келесі тактиканыңыз:

<variant> зәрді бактериологиялық зерттеу

<variant> Нечипоренко сынаамасы

<variant> хирург кеңесі

<variant> жалпы ақуызды анықтау

<variant> қанды стерильділікке тексеру

<question> Бала 6 жаста, тәбетінің нашарлығына, летаргияға, нақты локализациясы белгісіз іштің ауырсынуына шағымданады. Қарау кезіндегі жағдайы қанағаттанарлық, терінің және көрінетін шырышты қабаттардың бозаруы. Температура байқалмайды. Катаральды көріністер жоқ. Ішкі органдар бойынша патологиясы жоқ. Гемограмма қалыпты; ЖЗА-де-оксалурия+++ . Диагноз қою үшін қажетті зерттеу:

<variant> Щавель қышқылының тәуліктік экскрециясы

<variant> Нечипоренко бойынша несепті талдау

<variant> Зимницкий сынаамасы

<variant> зәрді бактериологиялық флораға зерттеу

<variant> көктамыр ішілік урография

<question> Қыз 5 жаста, 4 күн бойында дене температурасының 38,5°C дейін көтерілуі. ЖЗА-де: белок -0,33г/л лейкоциттер көп мөлшерде, эритроциттер 0-1 көру алаңында.

<variant> сұйықтық мөлшерін ұлғайту

<variant> ақуыз диетасы

<variant> тұзды шектеңіз

<variant> көмірсуларды шектеңіз

<variant> калийге бай тағамдарды көбейтіңіз

<question>8 жасар қыз бала аурудың 6-ші күні фебрильды дене қызуы, энурез, поллакиурия шағымдарымен ауруханаға түсті. Ісік және артериальды гипертензия анықталған жоқ. Қанда нейтрофильды лейкоцитоз. Осы патологияға тән симптомдар:

<variant> протеинурия, пиурия

<variant> микрогематурия, протеинурия

<variant> макрогематурия, цилиндрурия

<variant> протеинурия, оксалурия

<variant> бактериурия, цилиндрурия

<question>Зимницкий сынаамасы бүйректің қызметін анықтайды:

<variant> концентрациялық

<variant> гормонтүзушілік

<variant> реабсорбциялық

<variant> секрециялық

<variant> азот шығарушы

<question>1 жастағы балада дене қызуы 39°C, тәбеті төмен, қабақтың ісінуі, қайталамалы құсу, іртіктелген нәжіс тәулігіне 3 -4 рет, ЖҚА—15*109, т/яд – 3%, с/ядер – 65%, лимф-30%, эоз 2%, ЭТЖ 40 мм/сағ., ЖЗА— белок 0,066 г/л, лейкоциттер көп, эритроциттер 8-10 к/ав , шырыш ++, бактериялар +++. Ең бірінші жүргізілетін тексеру әдісін таңдаңыз

<variant> Қанның биохимиялық талдауы

<variant> Цистография

<variant> Зәрді бак егу

<variant> Цистоскопия

<variant> Экскреторлы урография

<question>Ер бала 10 жаста, 2 жылдан бері ауырады, бел аймағындағы ауырсыну мазалайды. Қағу симптомы оң жақта оң мәнді.Зәр анализінде: лейкоц. 20-25 к.а. Диагнозды нақтылау үшін қажет зерттеу әдісі:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 46 беті

<variant> экскреторлы урография

<variant> бүйректің пункционды биопсиясы

<variant> компьютерлік томография

<variant> бүйрек тамырларының ангиографиясы

<variant> радиоизотопты ренография

<question> Қаз бала 6 жаста, бала анамнезінде дизурия эпизодтары байқалады. Іш ауырсынуы, көңіл күйінің енжарлығы, субфебрильді қызба мазалайды. АҚК 90/60 мм.сын.бағ. Іші пальпацияда ауырсынбайды. Нечипоренко сынамасында лейкоциттер – 12 мың, эритроциттер – 1 мың. Бүйрек УДЗ-де анықталатын өзгерістер:

<variant> тостағанша табақша жүйесінің кеңеюі

<variant> қос бүйрек

<variant> несеп ағардың кеңеюі

<variant> миы қабаттың эхогендігінің жоғарылауы

<variant> қыртыс қабаттың кеңеюі

<question>Бүйректе тас түзілуіне бүйректің келесі анатомофизиологиялық өзгерістері алып келеді:

<variant> бүйрек ішілік лоханка және бүйректен лимфа ағысы бұзылысы

<variant> созылмалы гломерулонефрит

<variant> пиелонефрит

<variant> бүйректен тыс лоханка

<variant> ренальды артериальды гипертензия

<question>12жастағы бала. Қуық-несепағар рефлюксімен, екіншілік пиелонефритпен ауырады. Соңғы айларда диурезінің жоғарлағаны анықталған. Бүйрек қызметінің бұзылысы болуы ықтимал. Бүйрек қызметінің бұзылысын дәлелдейтін көрсеткіш:

<variant> гипостенурия

<variant> гипопротеинемия

<variant> никтурия

<variant> лейкоцитурия

<variant> протеинурия

<question> Нефротикалық синдромға тән негізгі көрініс:

<variant> Гиперхолестеринемия, протеинурия

<variant> Пойкилоцитоз

<variant> Лейкоцитурия

<variant> Цилиндурия

<variant> Гематурия

<question> Нефротикалық синдром кезіне тән морфологиялық өзгерістер:

<variant> минимальды өзгерістер

<variant> мембранозды өзгерістер

<variant> мембрано – пролиферативті өзгерістер

<variant> мезангиопротролиферативті өзгерістер

<variant> фибропластикалық өзгерістер

<question>Қабылдауда 13 жасар бала. 2 апта бұрын дамыған стрептодермиядан кейін жедел ауырды. 3-4 күннен бері бастың ауруына, зәр түсінің «ет жуындысына» ұқсас болуына шағымданады. АҚ 140/90 мм.сын.бағ. Аддис – Каковский бойынша зәр анализінде: лейкоциттер 3 млн, эритроциттер 100 млн.

астам. Балаға тез арада жүргізу қажет:

<variant> бүйректің ультрадыбысты доплерографиясы

<variant> бүйректің пункционды биопсиясы

<variant> бүйрек тамырларының ангиографиясы

<variant> ретроградты пиелография

<variant> экскреторлы урография

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 47 беті

<question>Ер бала 7 жаста тәбетінің төмендеуіне, әлсіздікке, ісінуге шағымданады. АҚҚ қалыпты.

Объективті асцит, олигоурия. Осы жағдайда зәрде болуы мүмкін өзгерістер:

<variant> айқын протеинурия

<variant> макрогематурия

<variant> лейкоцитурия

<variant> глюкозурия

<variant> бактериурия

<question> Диабеттік нефропатияға күдік туындаған кезде зәрлік синдромын анықтау үшін қолданылатын зерттеу әдістері

<variant> зәрді жалпы талдау, тәуліктік протеинурия

<variant> зәр шығару

<variant> гломерулярлық сүзу жылдамдығы

<variant> Нечипоренко бойынша сынама

<variant> Зимницкий бойынша сынама

<question> Жедел нефротикалық синдром кезінде госпитализациялауға жедел көрсеткіш:

<variant> Олигурия, азотемия, АГ

<variant> Асқынбаған ЖГН, ісіктер

<variant> АГ, зәрде белок, өкпе суретінің қараюы

<variant> Гематурия, температура жоғарылауы

<variant> Қатты бас ауруы, АГ, олигурия

<question> Жедел нефритикалық синдроммен ауыратын науқасқа клиникалық белгілерді атаңыз:

<variant> Перифериялық ісінулер, жүрекшекарасының кеңеюі, АГ

<variant> өкпеде ылғалды сырыл, нистагм

<variant> Асцит, веналардың ұлғаюы

<variant> Сколиоз, жөтел, температураның жоғарылауы

<variant> қалқанша безінің ұлғаюы, жүрек ұшында систолалық шу

<question> Пикфлоуметр-бұл:

<variant> дем шығару жылдамдығын анықтауға арналған аспап

<variant> қанның газ құрамын анықтауға арналған аспап

<variant> ингаляция жүргізуге арналған аспап

<variant> жүрек соғу жиілігін бақылауға арналған аспап

<variant> қан қысымын бақылауға арналған аспап

<question> Бронхтың обструктивті синдромына тән:

<variant> экспираторлық ентігу

<variant> инспираторлық ентігу

<variant> ылғалды ұсақ көпіршікті сырылдар

<variant> перкуторлық дыбыстың күнгірттенуі

<variant> рентгенограммадағы ошақтық көлеңкелер

<question> 3 жасар бала бетінің ісуіне, денесінің және аяғының ісінуіне, сирек зәр шығаруна шағымданады. Ауырғанына 5 күн. Ауруынан 1 ай бұрын аллергодерматоздың өршуіне байланысты С гепатитімен контактыда иммуноглобулин инъекциясын алды. Қарау барысында бетінде, бел аймағында, кеудесінде, тізесінде және аяғында ісіктер айқын. АҚҚ-95/65 мм.с.б., бауыры+4см, ЖҚА – НВ-100г/л; эр-3,36 x10¹²/л; лейкоц-9,8 x 10⁹/л; ЦП – 0,89; ЭТЖ – 55 мм/час, э-2, п-2, с-70, л-22, м-4. ЖЗА: белок-3,3г/л, лейкоцит – 4-3к/а, эритроциттер-өзгерген-5-6к/а, гиалинді цилиндрлер – 2-5 к/а. БХА: мочевина – 5,9 ммоль/л, креатинин – 52 мкмоль/л, жалпы белок – 42 г/л, альбуминдер – 21г/л, холестерин – 10,6 ммоль/л. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant> біріншілік нефротикалық синдром

<variant> жіті нефритикалық синдром

<variant> Квинке синдромы

<variant> жіті тубуло-интерстициальді нефрит

<variant> жіті бүйрек жетіспеушілігі

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 48 беті

<question>3 жасар қыз балада ЖРА-мен ауырғаннан кейін: ісіктер, асцит, олигоурия пайда болған.

Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

- <variant> нефротикалық синдром
- <variant> кардит, эхокардиограмма
- <variant> пиелонефрит, антибиотиктер
- <variant> аллергиялық ісік, антигистаминді препараттар
- <variant> пневмония, көкірек қаңқасының рентгенографиясы

<question>9 жасар ұл бала, айқын ісінуге, асцитке, сирек зәр шығаруына, әлсіздікке, тәбетінің төмендеуіне шағымданды. Анамнезінде суық тигеннен кейін жіті ауырған, АҚҚ 110/70 мм с/б, Зәрі-ашық түсті, ЖЗА: белок 6,8 г/л, лейкоциттер 1-2 көру аймағында, эритроциттер жоқ, тұнықтығы 1025. ЖҚА: лейкоциттер 16*10⁹/л, Нв-110 г/л, түсті көрсеткіші – 0,9, СОЭ – 55 мм/сағ, б/х қан анализі-жалпы белок -48 г/л. Синдром түрін анықтаңыз:

- <variant> нефротикалық синдром
- <variant> жіті пиелонефрит
- <variant> жіті цистит
- <variant> нефритикалық синдром
- <variant> зәр шығару жолының инфекциясы

<question>Бала 8 айлық. Физикалық дамуы тұрады. Арасында айқын ісіктер, зәрінде айқын протеинурия көрінеді. Емі аз нәтижелі. Науқастың туыстарында ерте жас бала өлімі болған. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

- <variant> Туа пайда болған нефротикалық синдром
- <variant> Жедел ГН, нефротикалық синдром
- <variant> Зәр жыныс жүйесінің туа болған аномалиясы
- <variant> Зәр шығару жүйесінің инфекциясы
- <variant> Тұқым қуалайтын нефрит

<question>3 Жасар балада айқын ісінулер, протеинурия 6,8 г/л, АҚҚ 80/50 мм.сын.бағ., СОЭ 65 мм/сағ, холестерин 12.0 ммоль/л, ШФЖ/шумақшалар фильтрациясының жылдамдығы/ 56 мл/мин. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

- <variant> Нефротикалық синдром
- <variant> Пиелонефрит синдромы
- <variant> Нефритикалық синдром
- <variant> Шектелген зәрлік синдром
- <variant> Гипертензивті

<question>10 жасар балада ЖРВИ және оны ибуфенмен емдеу фонында бетінде және тізе аймағында айқын ісінумен пайда болды, асцит, АҚҚ 110/60 мм.сын.бағ., протеинурия 6.4 г/л. Синдром түрін анықтаңыз:

- <variant> Нефротикалық синдром
- <variant> Гематуриялық синдром
- <variant> Нефритикалық синдром
- <variant> Протеинурия синдром
- <variant> Шектелген зәрлік синдром

<question>Бала 3 жаста. Ауруханаға бетінің, балтырларының ісігіне және асцитке шағымданып бірінші рет түсті. АҚ 90/60 мм рт ст, несепте белоктың мөлшері 3,3 г/л, эритроциттер саны 3-5 к/а, лейкоциттер 2 к/а., түйіршікті цилиндрлер 5-6 к/а., қанда жалпы белок 50 г/л, холестерин 9 ммоль/л. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

- <variant> нефритикалық синдром
- <variant> несептас ауруы
- <variant> интерстициальды нефрит
- <variant> пиелонефрит

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 49 беті

<variant> жедел гломерулонефрит нефритикалық синдроммен

<question>Жедел бүйрек жеткіліксіздігінің ренальды себептеріне жатады:

<variant> бүйректің тубулоинтерстициальды тінінің жедел зақымдалуы

<variant> фимоз

<variant> қуықта тастар болуы

<variant> пиурия

<variant> нейрогенді қуық

<question>5 жасқа дейінгі балаларда созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің ең жиі себебі:

<variant> бүйректің туа біткен аномалиялары

<variant> созылмалы гломерулонефрит

<variant> гемолитико-уремиялық синдром

<variant> созылмалы цистит

<variant> фокальды сегментарлы гломерулосклероз

<question>Жедел бүйрек жеткіліксіздігінің сатысын анықтау үшін қажет:

<variant> қан сарысуында креатинин, калий ионының концентрациясын, шумақтық фильтрация жылдамдығын, қан сарысуында жалпы билирубин мен трансаминазалар деңгейін анықтау

<variant> қан сарысуында креатинин, калий ионының концентрациясын, шумақтық фильтрация жылдамдығын, қан сарысуында жалпы билирубин деңгейін анықтау

<variant> қан сарысуында креатинин, калий ионының концентрациясын және шумақтық фильтрация жылдамдығын анықтау

<variant> қан сарысуында креатинин және СРБ деңгейін анықтау

<variant> қан сарысуында креатинин, кальций, калий ионының концентрациясын анықтау

<question>Емшек шастағы нәрестелерде жедел бүйрек жеткіліксіздігінің ең жиі себебі:

<variant> гемолитико-уремиялық синдром

<variant> жедел біріншілік пиелонефрит

<variant> жасанды тамақтандыру

<variant> жедел цистит

<variant> созылмалы цистит

<question>Диализді терапиямен қалыпқа келетін балалардағы БСЖ-нің асқынуы:

<variant> Гиперкалиемия

<variant> Анемия

<variant> Гиперлипидемия

<variant> Жүрек өткізгіштігінің бұзылысы

<variant> Гиперлипидемия

<question>Балаларда ренальді жіті бүйрек жетіспеушілігінің себебі:

<variant> нефротоксикалық заттар

<variant> артериальды гипертензия

<variant> гипертензионды синдром

<variant> анемия

<variant> пиурия

<question>Бүйректің созылмалы ауруына әкелетін ең басты, жиі себеп:

<variant> қабыну процесінің белсенділігі

<variant> гиперхолестеринемия

<variant> гиперфильтрация

<variant> иммунодефицит

<variant> жоғарылаған реабсорбция

<question>Тез арада коррекциялауды қажет ететін ЖБЖ-і бар науқас өміріне не қауіпті болып саналады

<variant> гиперкалиемия

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		38/11
Бақылау-өлшеуіш құралдары		97 беттің 50 беті

<variant> азотемия

<variant> гипокалиемия

<variant> гипокальциемия

<variant> гипопроteinемия

<question>Функциональді бүйректік сынамаларға жатады:

<variant> Зимницкий сынамасы

<variant> Амбурже сынамасы

<variant> Нечипоренко сынамасы

<variant> Аддис-Каковский сынамасы

<variant> ортостатикалық протеинурияға сынама

<question>Қандағы креатинин қалыпты көрсеткіштері:

<variant> 3,3-5,5 ммоль/л

<variant> 2,5-3,5 ммоль/л

<variant> 5,5-7,5 ммоль/л

<variant> 7,5-9,5 ммоль/л

<variant> 9,5-11,5 ммоль/л

<question>Балаларда бүйректің созылмалы жеткіліксіздігі көп жағдайда бірге жүреді:

<variant> бой өсу мен даму кідіруі, артериальды гипертензия, анемия

<variant> тәбет жоғарылауы

<variant> метаболикалық алкалоз

<variant> гастрит

<variant> пневмония

<question>Преренальды жедел бүйрек жеткіліксіздігі сипатталады:

<variant> зәрде мочевианың төмен концентрациясымен

<variant> зәрдің салыстырмалы тығыздығының төмен болуымен

<variant> зәр осмольарлығының төмен болуымен

<variant> зәрде көп мөлшерде тұнбы болуымен

<variant> зәрде натрийдың төмен концентрациясымен

<question>Преренальды жедел бүйрек жеткіліксіздігінің себебі:

<variant> жедел урогенді инфекция

<variant> нефротоксикалық заттардың әсері

<variant> каналдардың кристаллдармен обструкциясы

<variant> кенеттен бүйрек қан айналымының төмендеуі

<variant> барлық айтылған факторлар

<question>Ренальді жедел бүйрек жеткіліксіздігі дамиды:

<variant> бүйрек гемодинамикасының жедел бұзылуында

<variant> ас қорыту органдарының патологиясы кезінде

<variant> дистрофияда

<variant> өкпе зақымданған кезде

<variant> жүрек аурулары кезінде

<question>Постренальды жедел бүйрек жеткіліксіздігі дамиды:

<variant> зәр шығару қиын болған кезде

<variant> ас қорыту органдарының патологиясы кезінде

<variant> дистрофияда

<variant> өкпе зақымданған кезде

<variant> жүрек аурулары кезінде

<question>Жедел бүйрек жеткіліксіздігінің жиі себебі:

<variant> кардит

<variant> гломерулонефрит

<variant> сепсис

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		
Бақылау-өлшеуіш құралдары		38/11 97 беттің 51 беті

<variant> тубулярлық некроз

<variant> үйлеспейтін қан құю

<question>Жедел бүйрек жетіспеушілігі кезінде тез арада коррекция қажет ететін өмірге қауіпті жағдай:

<variant> гиперурикемия

<variant> қандағы мочевина концентрациясының жоғарылауы

<variant> қандағы креатинин мөлшерінің жоғарылауы

<variant> гиперфосфатемия

<variant> гипернатриемия

<question>Жедел бүйрек жеткіліксіздігі кезіндегі бұлшықет әлсіздігінің себебі:

<variant> гиперкалиемия және метаболикалық ацидоз

<variant> жасуша ішілік натрийдың жоғарылауы

<variant> гипокальциемия

<variant> жасуша ішілік су мен кальций жоғарылауы

<variant> барлық айтылған факторлар

<question>10 айлық сәбиде пневмониямен асқынған жіті вирусты инфекция фондында зәр бөлінбей қалды. Қан анализінде: ЭТЖ 45 мм/ч, эритроцит $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 90 г/л, мочевина 19 ммоль/л, билирубин 14 ммоль/л, шумақтық фильтрация жылдамдығы 10 мл/мин. Бүйректің ультрадыбысты тексеруде: бүйрек өлшемі үлкейген, тостаған астау жүйесі тарылған. Сіздің диагноз.

<variant> жіті бүйрек жетіспеушілігі

<variant> зәр бөлудің жіті тоқтауы

<variant> нефотикалық синдром

<variant> гемолитико-уремиялық синдром

<variant> созылмалы бүйрек жетіспеушілігі

<question>Бала 14 жаста, 7 жасынан созылмалы гломерулонефритпен бақылауда тұрады. Өршу байқалады: асцит, олигоурия, жоғары протеинурия, азотемия, гиперхолестеринемия, микрогематурия. АҚҚ жоғарыламаған. Бүйрек қызметінің бұзылысын көрсететін көрсеткіш:

<variant> азотемия

<variant> жоғары протеинурия

<variant> холестерин деңгейінің жоғары болуы

<variant> олигурия

<variant> асцит

<question>6 жастағы ұл бала тұмаудан кейін 16 күн өткен соң ауырды. Ісінулік синдром пайда болды.

Ісіну ұлғайып, диурез азайған. ҚҚ 9545/ мм.с.б. ЖСЖ 82 р/мин. Бетінің ісінуі, сирақ, табан, алдыңғы іш қабырғасы, бел аумағының айқын ісінуі байқалады. Тәулігіне 300 мл.зәр бөлінген. Зәрдің жалпы анализі: тығыздығы-1028, белок-6,0 г/л, лейкоцит-0-1 көру аймағында, эритроцит-0-1 көру аймағында. Қанның биохимиялық анализі: жалпы белок-41 г/л, альбумин-19 г/л, холестерин-13 ммоль/л, жалпы липид-13,2 г/л (қалыпты 1,7-4,5), калий-3,81 ммоль/л, натрий-137,5 ммоль/л, мочевина-5,1ммоль/л, креатинин-96 мкмоль/л (қалыпты-110 мкмоль/л дейін). Клиренс эндогенді креатинин бойынша: 80,0 мл/мин. Бүректің функциональдық жағдайын бағалаңыз:

<variant> бүйрек қызметі бұзылмаған

<variant> жедел бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> жедел кезеңнің бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> бүйректің концентрациялық қызметі төмендеген

<variant> созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі

<question>Бала 10 жаста, 2 апта бұрын баспамен ауырған. Соңғы 2 күнде кіші дәретке баруы азайған, зәрі қара-қоңыр түсті, бұлыңғыр. Қарағанда: бетінің, сирақтың ісінуі байқалады. ҚҚ 145/90 мм.с.б. Тәулігіне 300 мл зәр бөлінген, зәрі қызыл-қоңыр түсті, бұлыңғыр. Жалпы зәр анализі: салыстырмалы тығыздығы – 1024, ақуыз 1,5 г/л, Э-көру аймағында өзгерген. Клиникалық қан анализі: Нб-105 г/л,

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 52 беті

лейкоцит- 9,2*10⁹, т.я.-7%, с/я-71%, эоз-1%, лимф.-18%, моно-3%, тромбоцит-530*10⁹, ЭТЖ-25 мм/сағ.

Қанның биохимиялық анализі: жалпы белок 60 г/л, альбумин – 32 г/л, мочевина 15 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л, калий 6,1 мэкв/л. Эндогенді креатинин бойынша клиренс – 52 мл/мин. Науқастың бүйрек қызметін бағалайыз:

<variant> жедел кезеңдегі бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> бүйрек қызметінің бұзылуынсыз

<variant> жедел гломерулонефрит

<variant> бүйректің концентрациялық қызметі төмендеген

<variant> созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі

<question> 7 жастағы балада олигурияны дәлелдейтін ең төменгі диурез мөлшері:

<variant> 250 мл/тәулік

<variant> 20 мл/тәулік

<variant> 400 мл/тәулік

<variant> 500 мл/тәулік

<variant> 1000 мл/тәулік

<question> Бүйрек аурулары кезінде терінің қышуы қанда шамадан көп мөлшерде жиналады:

<variant> мочевина

<variant> билирубин

<variant> глюкоза

<variant> холестерин

<variant> темір

<question> Уремиялық кома белгісі болып табылмайды;

<variant> полиурия

<variant> перикардтың трения шуы

<variant> бозару, тері жамылғысының құрғауы

<variant> анурия

<variant> Кулсмаул тынысы

<question> Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің көрінісіне жатпайтын белгіні атаңыз:

<variant> іш қату

<variant> тері қышуы

<variant> жүрек айнуы, құсу

<variant> олигурия

<variant> қанда креатинин деңгейін артуы

<question> Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігіне тән ЕМЕС:

<variant> артралгия

<variant> ауыздың құрғауы

<variant> жүрек айнуы, құсу

<variant> тері қышуы

<variant> шөлдеу, полиурия

<question> Созылмалы бүйрек ауруының терминалдық сатысында шумақтық сүзгілеудің келесі көрсеткіштері тән:

<variant> 20 мл/мин – нен аз

<variant> 80-120 мл / мин

<variant> 50-60 мл/мин

<variant> 30-40 мл/мин

<variant> 120 мл / мин – нен артық

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		38/11 97 беттің 53 беті

<question> 14 жастағы бала нефрологиялық бөлімшеге бас ауруы, бет ісінуі, іштің ұлғаюы, сирек зәр шығару шағымдарымен түсті. Бозғылт, енжар, анасарка түріндегі ісінулер. АҚҚ 120/85 мм.с.б. Жүрек тондары тұйықталған, ЖЖЖ 90 мин. іш көлемі ұлғайған, бауырдың шеті 1 см-ге қабырға жиегінен шығып тұр. ЖЗА: түсі-сары, ақуыз 8,5 г/л, несептің үлес салмағы 1006, эритроциттер 1-2 көру айм., гиалинді және түйіршікті цилиндрлер – 7-8 көру айм.. Алдын ала синдромдық диагноз "нефротикалық синдром". Бүйректің концентрациялық қызметін анықтау мақсатында тексеруді тағайындаңыз:

<variant> Зимницкий сынамасы

<variant> Реберга-Тареев сынамасы

<variant> Нечипоренко бойынша несеп талдауы

<variant> Аддис-Каковский бойынша несепті талдау

<variant> уроцитограмма

<question> 6 жастағы бала. Нephрологиялық бөлімшеде емделуде. "Нефротикалық синдром" диагнозы қойылды. ЖЗА: түсі-сары, ақуыз 10 г/л, несептің салт. тығ.1035, эритроциттер 1-2 к/а, гиалинді және түйіршікті цилиндрлер – 7-8 к/а.Салыстырмалы тығыздығының нәтижесін талдаңыз:

<variant> гиперстенурия

<variant> норма шегінде

<variant> гипостенурия

<variant> изостенурия

<variant> гипоизостенурия

<question> 9 жастағы қыз, стационарға іштің ауырсынуына, зәр шығарудың жиілеуі мен ауырсынуына, түнде кіші дәретке отыру пайда болуына, дене температурасының 4 күн бойы 38°C-қа дейін жоғарылауына шағымданды. Жағдайы орташа ауырлықта. Тері жамылғысы бозғылт, ісінулер жоқ. Дене температурасы 38,5°C. ЖСЖ 90 сокқы/мин. АҚҚ 100/60 мм сын.бағ. Іші жұмсақ, ұрғылауЖЗА: саны 100 мл, лайланған, сары, ақуыз – 0,33 г/л, лейкоциттер – 30-40 көру айм., эритроциттер –1-2 көру айм. лейкоцитарлық цилиндрлер 1-2 көру айм. Алдын ала диагноз: "Жедел пиелонефрит". Зәрлік синдромының құрамына кірмейтін көрсеткішті таңдаңыз

<variant> лейкоцитопения

<variant> протеинурия

<variant> микрогематурия

<variant> никтурия

<variant> цилиндрурия

<question> Балаға 6 ай. Дені сау. Несептің жалпы талдауын жүргізу кезінде үлес салмағы 1006 құрады. Балалардағы бүйрек қызметінің ерекшеліктерін ескере отырып, олардың функционалдық жағдайын анықтаңыз.

<variant> сүзілуқызметі төмендеген

<variant> реттеу қызметі төмендеген

<variant> реабсорбциялық төмендеген

<variant> секреторлы төмендеген

<variant> экскреторлы төмендеген

<question> 9 жастағы бала нефрологиялық бөлімшеге бас ауруы, бет ісінуі, сирек зәр шығару, несептің қызыл түсі шағымдарымен түсті. Ауруханаға түскенде терінің бозаруы, әлсіздік, бет, аяқтың ісінуі байқалды. АҚҚ 110/85 мм.сын.бағ. ЖЖЖ 87 рет/мин. іш жұмсақ, ауыртпалықсыз. Бауыр қабырғалық доғасынан шықпайды. Несеп сирек, аз мөлшерде. ЖЗА: түсі – "ет жуындысы" тәрізді, ақуыз 2,0 г/л, несептің үлес салмағы 1030, эритроциттер – к/а тұтас, гиалинді және түйіршікті цилиндрлер-5-6 к/а.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 54 беті

Алдын ала диагноз: "Гломерулонефрит". Науқасқа диагноз қоюға мүмкіндік берген синдромды анықтаңыз

- <variant> нефритикалық
- <variant> нефротикалық
- <variant> артериялық гипертензия
- <variant> ауырсыну
- <variant> зәр

<question> 12 жастағы қыз, стационарға іштің ауырсынуына, жиі және ауыр зәр шығару, түнгі зәр шығарудың пайда болуы, дене температурасының 38,2 °C дейін көтерілуіне шағымданып түсті. Аурудың алдында салқындау болған. Жағдайы орташа ауырлықта. Тері жамылғысы бозғылт, ісіну жоқ. Дене температурасы 38,8°C. ЖЖЖ109 рет/мин. АҚҚ110/70 мм сын.бағ. Іші жұмсақ, ұрғылау белгілері екі жағынан оң, сол жағынан көбірек. Сол бүйректің пальпациясында ауру сезімді. ЖҚА: Нв - 140 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциттер – $12,5 \times 10^9$ /л, т/я - 6%, с/я - 62%, л - 22%, э – 2 %, м - 8%, ЭТЖ - 30 мм/сағ. ЖЗА: мөлшері 150 мл, лайланған, сары, ақуыз – 0,33 г/л, лейкоциттер – 30-40 к/а., эритроциттер – 3-4 к/а. Алдын ала диагноз: "Жедел пиелонефрит". Осы диагнозды анықтауға мүмкіндік берген жетекші синдромды анықтаңыз:

- <variant> зәрлік
- <variant> уыттану
- <variant> ауырсыну
- <variant> анемиялық
- <variant> гипертензивті

<question> Уремиялық команың белгілеріне жатпайды

- <variant> полиурия
- <variant> перикардтық үйкеліс шуы
- <variant> терінің бозаруы, құрғауы
- <variant> анурия
- <variant> Куссмауль тынысы

<question> Төменде көрсетілген белгілерден жедел бүйрек жеткіліксіздігіне тән емес:

- <variant> бала денесінің өсу процестерінің кешеуілдеуі
- <variant> декомпенсацияланған метаболизмдік ацидоздар
- <variant> электролиттік дисбаланс
- <variant> өсіп келе жатқан азотемия
- <variant> олигурия немесе анурия

<question> Зәрдің түсі "ет жуындысы " тәрізді синдром:

- <variant> нефрит синдромы
- <variant> гемолитикалық сарғаю
- <variant> нефротикалық пиелонефрит синдромы
- <variant> қант диабеті
- <variant> артериялық гипертензия

<question> Несепті микроскопиялық зерттеуде анықталмайды:

- <variant> ақуыз
- <variant> лейкоциттер
- <variant> эритроциттер
- <variant> кристалды және аморфты тұздар

<variant> цилиндрлер

<question> Балаларда бір мезгілде гипертензия, гематурия, ісіну дамуы осының белгісі:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 55 беті

<variant> гломерулонефрит

<variant> цистит

<variant> пиелонефрит

<variant> нефроптоз

<variant> интерстициальді нефрит

<question> Нефритикалық синдром кезіндегі несепке тән емес өзгерістер:

<variant> бактериурия

<variant> микрогематурия

<variant> протеинурия

<variant> лейкоцитурия

<variant> макрогематурия

<question> Зәр шығару жүйесімен ауыратын науқастар үшін негізгі шағымдарға жатпайды:

<variant> ісінулер

<variant> жиі зәр шығару

<variant> ден температурасының жоғарылауы

<variant> бел аймағында ауырсыну

<variant> зәр шығару қиындауы

<question> Жіті гломерулонефрит кезінде бел аймағында ауырсыну себебі:

<variant> бүйрек ісінуі

<variant> несеп шығару жүйесінде конкременттердің болуы

<variant> бүйрек паренхимасының апостематоздық өзгерістері

<variant> бүйректің ишемиялық инфарктісі

<variant> бүйрек поликистозы

<question> Жедел гломерулонефрит үшін тән болып табылады:

<variant> несеп тығыздығының артуы

<variant> изостенурия

<variant> несептегі нейтрофилдердің ұлғаюы

<variant> несептегі лимфоциттердің артуы

<variant> зәрде қанттың пайда болуы

<question> "Нефротикалық синдром" диагностикалық критерийлеріне жатпайды:

<variant> гипергаммаглобулинемия

<variant> 3,5 г/л жоғары протеинурия

<variant> гипоальбуминемия

<variant> гиперхолестеринемия

<variant> ісінулер

<question> Созылмалы гломерулонефрит кезінде несеп синдромының белгісі болып табылады:

<variant> гематурия

<variant> протеинурияның болмауы

<variant> лейкоцитурия

<variant> зәрде штернгеймер-Мальбин жасушаларының болуы

<variant> глюкозурия

<question> Пурин алмасуының бұзылуы салдарынан бүйрек қызметінің бұзылуы ағзаға осы заттар көп түсумен байланысты:

<variant> ураттар

<variant> цистин

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		38/11 97 беттің 56 беті

<variant> триптофан

<variant> оксалаттар

<variant> фосфаттар

<question> Бала 15 жаста, 7 жыл бойы бала созылмалы гломерулонефритпен ауырады. Асцит, олигоурия, көп мөлшерде протеинурия, азотемия, гиперхолестеринемия, микрогематурия.

АҚҚ жоғарыламаған. Осы науқаста бүйрек қызметінің бұзылғандығын көрсететін көрсеткіш:

<variant> азотемия

<variant> жоғары протеинурия деңгейі

<variant> жоғары холестерин

<variant> олигурия

<variant> асцит

<question> 1 мл несепте 100.000 микробтық денелер болатын бактериурия осы зақымдалу жайлы айқындайды:

<variant> жоғарғы зәр шығару жолдары

<variant> каналдар

<variant> шумактар

<variant> төменгі зәр шығару жолдары

<variant> түбекшелер

<question> 12 жастағы бала 2 апта бұрын стрептодермиядан кейін жіті ауырып қалды. 3-4 күн бойы қатты бас ауыруына, несеп түсінің "ет жуындысы" дейін өзгеруіне шағымданады. АҚҚ 140/90 мм.сын.бағ. Аддис-Каковский бойынша несепті талдауда: лейкоциттер 3 млн, эритроциттер 100 млн. астам. Осы балаға тағайындау керек диагностикалық шара:

<variant> бүйрек ультрадыбыстық доплерографиясы

<variant> бүйректің пункциялық биопсиясы

<variant> бүйрек тамырларының ангиографиясы

<variant> ретроградты пиелография

<variant> экскреторлы урография

<question> Окшауланған зәрлік синдромға тән негізгі белгі:

<variant> протеинурия

<variant> гипонатриемия

<variant> азотемия

<variant> олигоурия

<variant> гипертония

<question> 8 жастағы бала ісінуге, әлсіздікке, тәбеттің жоқтығына шағымданады. АҚҚ қалыпты. Объективті асцит, олигоурия. Осы патологияда зәр анализінде күтілетін нәтиже:

<variant> айқын протеинурия

<variant> макрогематурия

<variant> лейкоцитурия

<variant> глюкозурия

<variant> бактериурия

<question> Бала 14 жаста. «Нефротикалық синдром» диагнозы қойылған. Тиісті клиникалық белгілерді атаңыз:

<variant> гематурия, протеинурия, АҚҚ жоғарылауы және ісінуі

<variant> гематурия, АҚҚ төмендеуі

<variant> протеинурия, АҚҚ төмендеуі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 57 беті

<variant> олигурия, былғалды жөтел

<variant> бактериурия, ісіну

<question> Бала 12 жаста, шағымдары: айқын ісіну, асцит, сирек зәр шығару, әлсіздік, тәбеттің төмендеуі. Анамнезінде салқындағаннан кейін жіті ауырып қалды. АҚҚ 110/70 мм.сын.бағ., ЖЗА: несеп ашық түсті, ақуыз 6,8 г/л, лейкоциттер 1-2 көру айм., эритроциттер жоқ, тығыздығы 1,025. ЖҚА: лейкоциттер $16 \times 10^9/\text{л}$, Нв 110 г/л, ТК 0,9, ЭТЖ 55 мм/сағ; Б/х анализ : жалпы ақуыз 48 г/л. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant> нефротикалық синдром

<variant> жедел пиелонефрит

<variant> жедел цистит

<variant> нефрит синдромы

<variant> зәр шығару жолдарының инфекциясы

<question> 5 жастағы балада айқын ісінулер, протеинурия 6,8 г/л, АҚҚ 80/50 мм.сын.бағ., ЭТЖ 65 мм/сағ, холестерин 12.0 ммоль/л, ШФЖ 56 мл / мин. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant> нефротикалық синдром

<variant> пиелонефрит

<variant> нефрит синдромы

<variant> оқшауланған несеп синдромы

<variant> тез үдемелі гломерулонефрит

<question> 11 жастағы балада жіті респираторлық вирустық инфекция және ибуфенмен емделу аясында бетте, сирақта айқын ісінулер, асцит пайда болды, АҚҚ 110/60 мм.сын.бағ. Протеинурия 6.4 г/л. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant> нефротикалық синдром

<variant> жедел пиелонефрит

<variant> нефрит синдромы

<variant> жедел интерстициальды нефрит, СЕҚҚП шақырылған

<variant> оқшауланған несеп синдромы

<question> Балада қандағы несепнәр деңгейі 9,5 ммоль/л, креатинин – 0,35 ммоль/л құрайды.

Бүйректің осы қызметі бұзылған:

<variant> азотты бөлу

<variant> сүзгілеу

<variant> концентрациялық

<variant> реабсорбциялық

<variant> секреторлық

<question> Бүйрек ауруының ренальды симптомын тандаңыз:

<variant> азотемия

<variant> гипертензия

<variant> ісінулер

<variant> қызба

<variant> тері бозаруы

<question> Орташа айқын протеинурияға тән тәулігіне несеппен ақуыздың бөліну мөлшері:

<variant> 0,5-1,0 г/тәулік

<variant> 0,02-0,05 г/тәулік

<variant> 0,05-0,10 г/тәулік

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 58 беті

<variant> 0,15-0,50 г/тәулік

<variant> 2,0-3,0 г/тәулік

<question> Науқас адинамиялы, ұйқышыл. Тері қабаттарының сарғайған, геморрагиялық синдром, ауыздан тәтті иіс, Кусмауль түріндегі патологиялық тыныс алу байқалады. Гипербилирубинемия. Ең ықтимал синдромды таңдаңыз.

<variant> бауыр жеткіліксіздігі

<variant> сарғаю

<variant> мальабсорбция

<variant> "өткір іш"

<variant> колитикалық

<question> Бауырдың функционалдық жағдайын анықтау үшін ең пайдалы зерттеу әдісін таңдаңыз:

<variant> биохимиялық қан талдауы

<variant> рентгенография

<variant> ультрадыбыстық зерттеу

<variant> копрограмма

<variant> асқазан сөлінің рН метриясы

<question> Тоқ ішектің дискинезиясының гипертониялық түрінің клиникалық көрінісіне кіреді:

<variant> тұрақты үдемелі іш қату

<variant> абдоминальды ауырсыну толғақ тәрізді сипатта

<variant> каломазания түріндегі энкопрез

<variant> ирригография мәліметтері бойынша, тоқ ішек кеңейген, босатылуы баяу

<variant> колодинамикалық зерттеу деректері бойынша тоқ ішектің дистальды бөлімінің көлемі ұлғайтылған

<question> Балаға 7 күн. Аймақтық дәрігер қарау кезінде тері қабаттарының сарғаюын анықтады. Бала мазасызданбайды. Ұйқысы бұзылмаған. Тәбеті жақсы. Ішкі мүшелер бойынша патология табылған жоқ. Іші жұмсақ, үлкеймеген. Бауыр ұлғаймаған. Нәжісі ашық сары түсті. Зәрі мөлдір, ашық-сары. Синдромдық диагноз анықтаңыз.

<variant> физиологиялық сарғаю

<variant> туа біткен гепатит

<variant> өт жолдары дамуының аномалиясы

<variant> гемолитикалық анемия

<variant> конъюгациялық сарғаю

<question> Гипостенурия-бұл...

<variant> несеп тығыздығының төмендеуі

<variant> несеп тығыздығының артуы

<variant> несеп тығыздығы ауытқуының төмендеуі

<variant> зәр түсінің өзгеруі

<variant> зәрдегі ақуыздың артуы

<question> Изостенурия-бұл...

<variant> несеп тығыздығы монотонды өзгеруі

<variant> несеп тығыздығының артуы

<variant> несеп тығыздығының төмендеуі

<variant> зәр түсінің өзгеруі

<variant> зәрдегі ақуыздың артуы

<question> Нефротикалық синдромға тән емес:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 59 беті

<variant> анемия

<variant> айқын протеинурия

<variant> гиперхолестеринемия

<variant> гипопроteinемия

<variant> ісінулер

<question> Пастернацкийдің симптомы оң баалады:

<variant> пиелонефритте

<variant> гломерулонефритте

<variant> циститте

<variant> гипертониялық ауруда

<variant> уретритте

<question> Бүйректің концентрациялық функциясын осылай бағалайды:

<variant> Зимницкий сынамасымен

<variant> Томпсонның үш буынды сынамасымен

<variant> Нечипоренко бойынша талдау

<variant> жалпы несеп талдауы

<variant> кант талдау

<question> FACIES NEFRITICA клиникалық белгілері болып табылады:

<variant> бет ісінуі, тері бозаруы

<variant> бет ісінуі, акроцианоз

<variant> бет ісінуі, беттегі геморрагиялық бөртпе

<variant> бет ісінуі, терінің гиперемиясы

<variant> бет ісінуі, қола тері бояуы

<question> 6 жастағы балада атопиялық дерматиттің асқынуы аясында бетте, сирақта айқын ісіну, асцит пайда болды, АҚҚ 90/55 мм.сын.бағ. Протеинурия 4,7 г/л. Диагностикалық құндылығы бар келесі зерттеуді тағайындаңыз:

<variant> биохимиялық қан талдауы

<variant> несеп бак.себу

<variant> экскреторлы урография

<variant> цистография

<variant> Зимницкий сынамасы

<question> Нефротикалық синдром кезінде гипопроteinемияның себебіне жатпайды:

<variant> күшейтілген синтезі β-глобулиндер

<variant> несеппен ақуыз жоғалуы

<variant> ақуыздарды плазмадан жасушадан тыс сұйықтыққа ауыстыру

<variant> ішектің ісіну шырышты қабығы арқылы ақуызды жоғалту

<variant> түбек тостағаншаларының өткізгіштігін арттыру

<question> 1,5 жастағы бала ауыр диспепсияны басынан өткізді. Бір күнде нәжіс қалыпқа келді, бірақ ісіну пайда болды және зәрдің бөлінуі күрт азайды. Қарау кезінде - бет, дене және аяқ-қолдың жаппай ісінуі. Тері құрғақ, суық. Жүрек шекарасы қалыпты, тондары әлсіз. Пульс-64 рет/мин, АҚҚ-90/70 мм сын.бағ. Қанда ақуыз мөлшері төмен. Диурез тәулігіне 300 мл. Несептің салыстырмалы тығыздығы-1038. Несепте: 5% ақуыз, көп гиалинді, түйіршікті цилиндрлер және эпителий жасушалары бар. Науқаста бар деректер негізінде келесі клиникалық синдромдарды бөліп көрсетуге болады:

<variant> дизуриялық, нефротоксикалық және зәрлік

<variant> гиперкортикоидты, гипотиреоидты және нефриттік

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 60 беті

<variant> геморрагиялық, гипергликемиялық және нефротоксикалық

<variant> нефриттік, ауырсыну және гипокортикоидты

<variant> гипосоматотропты, несептік және нефриттік

<question> Несепте уробилин пайда болады:

<variant> бауырлық сарғаюында

<variant> бауыр үсті сарғаюда

<variant> бауыр асты сарғаюда

<variant> гастритте

<variant> панкреаттеит

<question> Холестаз синдромына тән емес:

<variant> нәжісте стеркобилиногенге реакция күрт оң

<variant> қандағы жалпы билирубин жоғары

<variant> қандағы тікелей билирубин жоғары

<variant> несепте уробилинге реакция теріс

<variant> зәрдегі билирубинге реакция күрт оң

<question> Балалардағы спецификалық емес жаралы колиттің маңызды диагностикалық өлшемі болып табылады:

<variant> гемоколит синдромы

<variant> құсу және лоқсу синдромы

<variant> холестаз синдромы

<variant> экзантема

<variant> жарқыраған аритмия

<question> Балалардағы билиарлық жолдың дисфункционалды бұзылыстарын диагностикалаудың негізгі әдісі:

<variant> өт қабының УДЗ

<variant> жалпы қан талдауы

<variant> фиброэзофагогастродуоденоскопия

<variant> уробилинге несеп талдауы

<variant> копрограмма

<question> Бауыр аурулары кезінде спленомегалия осының көрінісі:

<variant> порталдық гипертензияның

<variant> бауыр-жасушалық жеткіліксіздігінің

<variant> өт шығару жолдарының дискинезиясының

<variant> холангиттің

<variant> гастриттің

<question> Науқас Б., 17 жаста, бөлімшеге күніне 3-4 рет қайнатылмаған тамақ қалдықтары және май тамшылары бар нәжіске, іштің кебуіне шағымданды. Тексеру кезінде: аз мөлшерде тамақтану. Тері қабаты құрғақ, тургор төмендеген. Копрологиялық зерттеу: күкірт-сары түсті нәжіс, формаланбаған, жұмсақ біртекті емес консистенциясы, стеркобилинге реакция-оң, өзгермеген бұлшықет талшықтары ++, өзгерген бұлшықет талшықтары ++, бейтарап май++, майлы қышқылдар +, сабын +, жасушадан тыс крахмал ++. Осы науқастағы жетекші клиникалық-зертханалық синдром:

<variant> ұйқы безінің сыртқы секреторлы жеткіліксіздігі және ішектік диспепсия

<variant> ұйқы безінің гепатолиеналды және сыртқы секреторлы жеткіліксіздігі

<variant> асқазан диспепсиясы және порталдық гипертензия

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		38/11
Бақылау-өлшеуіш құралдары		97 беттің 61 беті

<variant> асқазанның эвакуаторлық қызметінің бұзылуы және уыттану

<variant> ішек диспепсиясы және бауыр жеткіліксіздігі

<question> Науқас Л., 15 жаста, оң жақ иыққа, оң жауырынға иррадиацияланатын оң қабырға астындағы бұрап ауырсынуға шағымданып ауруханаға түсті. Жүректің айнуы мен өт аралас қайталап құсу, қалтырау, тершендік, дене $t-38,3^{\circ}\text{C}$ -қа дейін көтерілуі. Қарау кезінде: жағдайы орташа ауырлықта. Пульс 120 рет/мин. Беттік пальпация кезінде өт қуысының аймағында бұлшық еттің ауруынсыз керілуі байқалады. Осы жерде Мерфи, Ортнер, Захарьин, Василенко және Щеткин-Блюмберг белгілері оң. Жетекші клиникалық синдромдар:

<variant> өт шаншуы, жергілікті перитонит және қабыну

<variant> жергілікті перитонит, нефротикалық және өт шаншуы

<variant> ішек диспепсиясы, бауыр жеткіліксіздігі және нефротикалық

<variant> өт шаншуы, асқазан диспепсиясы және порталдық гипертензия

<variant> жергілікті перитонит, ұйқы безінің сыртқы секреторлы жеткіліксіздігі және ауырсыну

<question> Жаңа туған нәрестелердің гипербилирубинемиясы кезінде, тікелей емес билирубин осы деңгейде болса, ядролық сарғаюдың дамуы мүмкін:

<variant> 340 мкмоль/л жоғары

<variant> 56 мкмоль/л дейін

<variant> 100 мкмоль/л дейін

<variant> 150 мкмоль/л дейін

<variant> 250 мкмоль/л дейін

<question> Порталды гипертензия синдромының асқынуы болып табылады:

<variant> өнеш көктамырынан қан кету

<variant> бауыр коликасы

<variant> бауыр обыры

<variant> асқазан жарасы ауруы

<variant> холецистит

<question> Билиарлық жүйенің дисфункционалды бұзылуларын диагностикалау:

<variant> функциялық сынамасы бар УДЗ

<variant> қан сарысуындағы кальций мен фосфордың деңгейін анықтау

<variant> нәжістегі эластазаның мөлшерін анықтау

<variant> тыныстық хелик-тест жүргізу

<variant> ирригография

<question> Балаға 8 күн, алғашқы босанудан туылған, салмағы 3,700, Апгар шкаласы бойынша бағасы 7-8 балл. Аанада 0(I) қан тобы, балада A(II). Анамнезде: меконияның тежелуі, құсу. Объективті: тері жабындылары мен склералар сарғыш, құрғақ, денедегі петехиальды бөртпелер, кіндіктегі жарықтар, бет әлпетінің ісінуі, переносица сіңірілген, макроглоссия, іш жүруі сирек, брадикардия, периоды түрде ахолиялықүлкен дәрет. Жетекші клиникалық синдромдар:

<variant> сарғаю, ішек диспепсиясы, геморрагиялық, ісіну

<variant> жергілікті перитонит, нефротикалық және өт шаншуы

<variant> ішек диспепсиясы, бауыр жеткіліксіздігі және нефротикалық

<variant> өт шаншуы, асқазан диспепсиясы және порталдық гипертензия

<variant> жергілікті перитонит, ұйқы безінің сыртқы секреторлы жеткіліксіздігі және ауырсыну

<question> Ас қорыту органдары ауруларын диагностикалауда физикалық зерттеудің негізгі әдісі болып табылады:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		38/11 97 беттің 62 беті

<variant> пальпация

<variant> перкуссия

<variant> аускультация

<variant> тексеру

<variant> нәжісті талдау

<question> 12 жастағы бала. Аш қарында пайда болатын эпигастральды аймақтың қарқынды ауырсынуына шағымданады. Тамақ ішкеннен кейін ауырсыну азаяды. Әлсіздік, жиі бас ауруы, мазасыз. Тамақтануы тұрақсыз, тамақ ішуде ұзақ үзіліс бар, құрғақ тамақ жейді. Тексеру кезінде: тәбеті төмен, бозғылт, тілі ылғалды, ақ жабынмен қапталған, пальпация кезінде іші жұмсақ, эпигастрияда ауырады, бауыр үлкеймеген, іш қату мен іштің өтімсіздігі. ФГДС: асқазанның антральды бөлігінің гиперемиясы және ісінуі, шырышты қабықтың жеке эрозиясы, 12 елі ішек баданасының гиперемиясы және ісінуі. Аурудың жетекші синдромын анықтаңыз:

<variant> ауырсыну

<variant> диспептикалық

<variant> астениялық

<variant> невротикалық

<variant> анемиялық

<question> Созылмалы гастродуодениттің гастрит тәрізді түріне эндоскопиялық тән:

<variant> қабынудың аз белсенділігі, асқазанның шырышты қабығының атрофиялық өзгеруі болуы мүмкін, кейде эпителийдіңпилориялық немесе ішектік типте өзгеруі

<variant> қабыну белсенділігі айқын

<variant> эпителийдің гиперплазиясымен байқалатын қабынудың айқын белсенділігі

<variant> қабыну белсенділігі аз, эрозивті учаскелер

<variant> беткей гиперпластикалық, эрозивті гастриттің

айқын ісіну және гиперемиясы

<question> Асқазан секрециясын осы арқылы анықтайды:

<variant> гистамин

<variant> күкірт қышқылы магнезиясы

<variant> барий сульфаты

<variant> нитроглицерин

<variant> дигоксин

<question> Қыз 10 жаста. Тамақ ішкеннен кейін эпигастральды аймақта ауырлық, жайсыздық сезіміне, ауамен кекіру, "шіріген жұмыртқа" иісі, іштің кебуі, әлсіздік, бас ауруы, тітіркену сезіміне шағымданады. Бұл симптомдар жыл бойы байқалады. Тамақтануы тұрақсыз. Тексеру кезінде: аз көлемде тамақтану, ауыз қуысының шырышты қабығы бозғылт, тілі ақ жабынмен жабылған, пальпация кезінде іші жұмсақ, эпигастрия аймағында ауырсыну, бауыр үлкеймеген. Аурудың жетекші синдромын анықтаңыз.

<variant> диспептикалық

<variant> ауырсыну

<variant> астениялық

<variant> невротикалық

<variant> анемиялық

<question> Дисфагия-бұл ...

<variant> ас өтудің бұзылуы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		38/11
Бақылау-өлшеуіш құралдары		97 беттің 63 беті

<variant> ас қорытудың бұзылуы

<variant> дефекация актісінің бұзылуы

<variant> дефекацияға жалған шақыру

<variant> тәбеттің болмауы

<question> Асқазан диспепсия-бұл

<variant> ас қорыту бұзылуы

<variant> дефекация актісінің бұзылуы

<variant> ас өтудің бұзылуы

<variant> дефекацияға жалған шақыру

<variant> тәбеттің болмауы

<question> Тітіркенген ішек синдромы -

<variant> функционалдық патология

<variant> ауырсыну синдромы жоқ болуы мүмкін

<variant> емшек жасындағы балаларға тән

<variant> психолог пен психофармакотерапия кеңестерін талап етпейді

<variant> әрқашан диареямен көрінеді

<question> Функциялық диспепсияға тән емес:

<variant> қыжыл

<variant> жүрек айнуы

<variant> кекіру

<variant> эпигастриядағы ауырлық

<variant> асқазанның толып кету сезімі

<question> Асқазандық диспепсиясының симптомын көрсетіңіз:

<variant> құсу

<variant> метеоризм

<variant> іш қату

<variant> гипертермия

<variant> экзантема

<question> Ерте жастағы балаларда құсу себебін көрсетіңіз:

<variant> тамақтандыру режимін бұзу

<variant> аяқталмаған ішектің бұралуы

<variant> кардия ахалазиясы

<variant> өнеш атрезиясы

<variant> галактоземия

<question> "Мелена" - бұл

<variant> қара түсті сұйық нәжіс

<variant> "майлы", жылтыр, нашар шайылатын нәжіс

<variant> түссізденген нәжіс (сұр)

<variant> қайнатылмаған тамақ тілімдері бар нәжіс

<variant> қара түсті қалпы бар нәжіс

<question> 10 жастағы қызға асқазанның фракциялық зондтау жүргізілді. Дебит -бос тұз қышқылының базальды секрециясының – сағаты 3,5 ммоль/ л, ынталандырылған фракция-4,0 ммоль/ л. Асқазанның қышқыл түзетін қызметін бағалаңыз:

<variant> көтерілді

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 64 беті

<variant> сақталған

<variant> төмендеді

<variant> базальды түрде азаяды, ынталандырылған фракцияларда сақталады

<variant> берілген деректер сұраққа жауап беру үшін жеткіліксіз

<question> Ұл бала 10 жаста. Тамақ ішкеннен кейін эпигастральды аймақта ауырлық, жайсыздық сезіміне, ауамен кекіру, "шіріген жұмыртқа" иісі, іштің кебуі, әлсіздік, бас ауруы, тітіркену сезіміне шағымданады. Бұл симптомдар жыл бойы байқалады. Тамақтануы тұрақсыз. Тексеру кезінде: аз көлемде тамақтану, ауыз қуысының шырышты қабығы бозғылт, тілі ақ жабынмен жабылған, пальпация кезінде іші жұмсақ, эпигастрия аймағында ауырсыну, бауыр үлкеймеген. Аурудың жетекші синдромын анықтаңыз.

<variant> диспептикалық

<variant> астениялық

<variant> ауырсыну

<variant> Интоксикационды

<variant> анемиялық

<question> Миша 2 ай. Анасы баланың тамақтанғаннан кейін бірден, тамақтанғаннан кейін бірнеше уақыт өткеннен кейін де, сонымен қатар тамақтанар алдында да кездесетін регургитацияға шағымданады. Сыртқа шыққан массалардың көлемі тұрақты емес, көбінесе қопсытылған сүтпен сыртқа шығады. Ол ашкөздікпен жейді, қалыпты консистенциядағы нәжіс, патологиялық қоспаларсыз, диурез жеткілікті. Өмірдің 1 айында дене салмағының өсуі 650 грамм болды. Анамнезден босанудың жылдам болғаны белгілі, Апгар шкаласы бойынша 5-7 балл. Өмірдің алғашқы күндерінен бастап қалпына келеді. Тұрақты регургитацияның себебі:

<variant> Неврогенді фактор

<variant> ішек дисбактериозы

<variant> лактаза жеткіліксіздігі

<variant> алименттік диспепсия

<variant> ферментативті жеткіліксіздігі

<question> Ер бала 13 жаста- қыжылға, аш қарынға эпигастрий аймағындағы ауырсыну туралы шағымданады. қыжылдың болуы дәлелдейді.

<variant> асқазан ішіндегісінің өнешеке тасталуы туралы

<variant> асқазан құрамының қышқылдығын төмендету туралы

<variant> өт шығару жолдарының дискинезиясы туралы

<variant> диафрагма грыжасы туралы

<variant> пенетрация туралы

<question> Жильбер синдромы – ...

<variant> билирубиннің қармалуы мен конъюгациясының басым бұзылуымен байланысты тұқым қуалайтын ауру, физикалық кернеу, фебрильді аурулар, диетадағы қателіктер, психикалық стресс, аштық аясында мезгіл-мезгіл нашарлай отырып, орташа сарғаюмен көрінеді

<variant> экзокринді бездердің, өмірлік маңызы бар органдар мен жүйелердің зақымдануымен сипатталатын MBTP (цистикалық фиброзды трансмембраналық реттегіш) генінің мутациясына байланысты моногенді ауру, ауыр ағымы мен болжамы бар

<variant> аш ішектің шырышты қабығының атрофиясы және онымен байланысты әр түрлі дәрежедегі мальабсорбция синдромының дамуымен глютенге тұрақты төзбеушілікпен сипатталатын созылмалы генетикалық анықталған ауру

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 65 беті

<variant> энзимопатиялық сарғаю, гепатоциттерден өт капиллярларына байланысты билирубиннің шығарылуының бұзылуымен сипатталатын сирек пигментті гепатоз, бұл билирубиннің регургитациясына әкеледі.

<variant> ана мен ұрықтың қаны эритроциттік антигендер бойынша сәйкес келмеген жағдайда пайда болатын иммундық гемолитикалық анемия, бұл ретте антигендер ұрықтың эритроциттерінде локализацияланады, ал оларға антиденелер ана ағзасында өндіріледі

<question> Жаңа туылған нәрестелерде сарғаюдың локализациясын анықтайды:

<variant> Крамер

<variant> Ашфорт

<variant> Тардые

<variant> Куликов

<variant> Ангар

<question> Өт шығару жолдарының дискенезиясының негізіндежатады:

<variant> өт шығару жолдарының бұлшықет аппараты перистальтикасының бұзылуы

<variant> зәр шығару жолдарындағы қабыну процестері

<variant> зәр шығару мүшелерінің аурулары

<variant> перитонит

<variant> Иценко-Кушинга

<question> Холестаздық синдромның клиникалық көріністері:

<variant> терінің қышуы

<variant> көру қабілетінің төмендеуі

<variant> лимфа түйіндерінің ұлғаюы

<variant> тіл папиляларын тегістеу

<variant> іш қату

<question> Наукас, 14 жаста. Сарғаюға, шаршағыштыққа, тәбеттің жоғалуына шағымданады. Бала кезінен ауырады. Ауру толқын тәрізді өтті. Тексеру кезінде склераларының иктериялығы, тері қабаттарының орташа сарғаюы, лабильді вегетативтілік байқалады. Бауыр +2см ұлғайған.

Билирубиннің мөлшері- 68 мкмоль / л; трансаминаза норма шегінде. Сіздің алдын ала диагнозыңыз:

<variant> Жильбер синдромы

<variant> Найяр Криглер синдромы

<variant> Дрискол синдромы

<variant> Ротор синдромы

<variant> Дабин Джонсон синдромы

<question> Иммунопатологиялық себептерден болмаған гипербилирубинемия жиі кездеседі:

<variant> шала туған нәрестеде

<variant> жетілген нәрестеде

<variant> нәрестенің асфиксия кезінде

<variant> жүрек ақауы бар

<variant> мерізімінен асқан балаларда

<question> гепатоциттолиз көрсеткіші болып табылады:

<variant> гипертрансаминаземия

<variant> гиперхолестеринемия

<variant> диспротеинемия

<variant> гиперфибриногенемия

<variant> анемия

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 66 беті

<question> Бауырастылық холестаз синдромына тән емес:

- <variant> гипертрансаминаземия
- <variant> билиарной жүйе гипертензиясы
- <variant> он екі ішектреде өттің бөлінуінің кешелдеуі
- <variant> гиперхолестеринемия
- <variant> сілтілі фосфатазаның жоғарлауы

<question> Мектеп жасына дейінгі балада дене жүктемесінен кейін, дене температурасының көтерілуінсіз және диспепсиялық бұзылуларсыз оң қабырғаастында ауырсыну мазалайды. Жалпы: ішкі органдардың патологиясы жоқ. ЖҚА өзгеріссіз. Бұл жағдай бағаланады:

- <variant> функционалдық
- <variant> тұқым қуалайтын
- <variant> вирустық
- <variant> иммунопатологиялық
- <variant> микробтық-қабыну

<question> 12 жастағы темір тапшылығы анемиясымен ауыратын науқаста келесі белгілер байқалады: дәм мен иістің бұрмалануы, койлонихия, бұлшықет гипотензиясы. Бұл симптом синдромға жауап береді:

- <variant> сидеропениялық синдром
- <variant> анемиялық синдром
- <variant> астеновегетативті синдром
- <variant> бұлшықет синдромы
- <variant> эпителий синдромы

<question> Сау балалардағы лейкограммадағы екінші физиологиялық "қиылысу" мына жаста болады:

- <variant> 5 жас
- <variant> 5 күн
- <variant> 1,5 апта
- <variant> 5 апта
- <variant> 1,5 ай

<question> Жедел лейкопения кезінде перифериялық қандағы лейкоциттік шұңқыр үшін тән:

- <variant> гранулоциттердің жас түрлерінің болуы
- <variant> эозинотильді-базотильді қауымдастық
- <variant> гранулоциттердің жас және жетілген түрлерінің болуы
- <variant> гранулоциттердің өзгермелі формаларының болуы
- <variant> гранулоциттердің өзгермелі формалары мен жетілген формаларының болуы

<question> Рахит кезінде остеонитты гиперплазия осылай көрінбейді:

- <variant> краниотабеспен
- <variant> мандай төмпелерін дамуы
- <variant> қабырғаның сүйек бөлігінің шеміршекке өту орнында қалындау
- <variant> шынтақ сүйегінің эпифиздері аймағында қалындау
- <variant> төбелік үңгірінің дамуы

<question> "Рахит" ұғымына жатпайды:

- <variant> ахондропатия
- <variant> балалардағы D витаминінің гиповитаминозы
- <variant> D витаминіне тәуелділік
- <variant> "Ағылшын" ауруы
- <variant> D витаминінің тапшылығы

<question> Рахиттік ауруларға жатады:

- <variant> спазмофилия
- <variant> фебрильді тырысулар

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		

38/11
97 беттің 67 беті

<variant> нефрогенді остеопатия

<variant> тубулопатиялық рахит

<variant> эпилепсия

<question> Витамин D-тапшы рахит жиі кездеседі:

<variant> өмірдің бірінші жылында

<variant> жас ересектерде

<variant> 10-12 жастағы

<variant> 3-6 жас

<variant> 7-9 жастағы

<question> Тапшы рахиттің диагностикасы үшін анықтау қажет емес:

<variant> қанда глюкоза концентрациясын

<variant> қан сарысуындағы кальций деңгейін

<variant> қан сарысуындағы фосфор құрамын

<variant> сарысулық сілтілі фосфат белсенділігін

<variant> түтікше сүйектерінің рентгенологиялық суреті

<question> Рахиттің сүйектік белгісі болып табылады:

<variant> метаэпифизарлық аймақтардың зақымдануы

<variant> полиартрит

<variant> синовиит

<variant> артроз

<variant> спондилоартропатии

<question> Спазмофилия көрінісіне жатпайды:

<variant> менингеалды симптомдар

<variant> Труссо симптомы

<variant> Хвостек симптомы

<variant> Масловсимптомы

<variant> ларингоспазм

<question> Жүре пайда болған жүрек ақауы жиі ревматикалық қызба асқинуы болып табылады:

<variant> қолқа қақпақшасының жеткіліксіздігі

<variant> өкпе артериясы қақпақшасының жеткіліксіздігі

<variant> үш жармалы клапанның жеткіліксіздігі

<variant> қарынша аралық қалқан ақауы

<variant> жүрекше аралық қалқан ақауы

<question> Ювенильді ревматоидты /идиопатиялық/ артриттің буындық синдромына тән емес:

<variant> буындардың тұрақты деформациясының болмауы

<variant> қозғалыс және пальпация кезінде артралгия

<variant> ісіну және буынды дене қызуының жоғарылауы

<variant> таңғы құрысу

<variant> буындардың тұрақты деформациясы

<question> Жүйелік қызыл жегінің клиникалық триада симптомдары:

<variant> дерматит, артрит, полисерозит

<variant> пневмония, пиелонефрит, эндокардит

<variant> қызба, геморрагия, лимфаденит

<variant> гепатоспленомегалия, жөтел, санасын жоғалту

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 68 беті

<variant> артрит, іштің ауруы, ішектің зақымдануы

<question> Балалардағы дәнекер тінінің дисплазиясы құрылымында жиі диагностикаланады:

<variant> дифференциацияланбағандәнекер тінінің дисплазиясы синдромдары

<variant> хромосомдық аурулар

<variant> гендік аурулар

<variant> тұқым қуалауға бейім мультифакториальді аурулар

<variant> тұқым қуаламайтын нұскалар

<question> Ревматизм кезінде буын синдромы:

<variant> көбінесе ұсақ буындардың зақымдануы

<variant> ұшатын

<variant> қысқа және аз айқындық

<variant> жиі өтетін олигоартрит, сирек моноартрит

<variant> 10-15% полиартралгия науқастарында

<question> Рахиттің бастапқы кезеңіндегі симптомдар:

<variant> мазасыздық, тершендік

<variant> рахитикалық четкалар

<variant> бақа іші

<variant> үлкен енбектің түсуі

<variant> краниотабес

<question> Тапшы рахиттен ерте сауығу белгісі емес:

<variant> рентген суретін жақсарту

<variant> сарысулық фосфор деңгейін қалыпқа келтіру

<variant> сарысулық кальций деңгейін қалпына келтіру

<variant> сілтілік фосфатаза белсенділігінің төмендеуі

<variant> баланың белсенділігін арттыру

<question> 2 ай науқаста, гиперкозғыштық, гиперестезия, иек треморы, тітіркенген шынғыру,

тахикардия, жоғары сіңірлі рефлексстер, жіңішке құрысулар байқалады. Қандағы глюкоза деңгейі – 5,5 ммоль/л, кальций – 0,9 ммоль/л, магний – 0,92 ммоль/л. Баланың тырысу синдромының себебін түсіндіріңіз:

<variant> гипокальциемия

<variant> гипوماгниеия

<variant> гипогликемия

<variant> гипергликемия

<variant> гипермагниеия

<question> Бала 1 жаста. Салмағы төмен және тәбеті нашарлауымен дәрігерге жүгінді. Баланы объективті тексеру кезінде келесі өзгерістер анықталды: carpi quadratum, кеуде қуысының килевидті деформациясы, қабырғалық четкалар, "білезіктер", "інжу жіптері". Аяқтың "О" типті деформациясы. Бұлшық ет тонусы күрт төмендеген. Іш "құрбақа" типті. Буындарда шамадан тыс қозғалу. Жоғары тершендік. Желке бөлігінде шаштың түсуі. Жүйке-психикалық дамуы артта қалған. Өз бетінше жүре алмайды, жүгіре алмайды, нашар отырады. 6 кг салмақ тастаған. Диагнозды растаушы тексеруді тағайындаңыз.

<variant> қанда кальций, фосфор, сілтілі фосфатаза деңгейін анықтау

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 69 беті

<variant> жалпы қан анализі

<variant> жалпы зәр анализі

<variant> жасырын қанға зерттеу

<variant> ИФА

<question>Рахит кезінде бұзылады:

<variant> минералды алмасу

<variant> азот алмасуы

<variant> минералды және ақуыз алмасу

<variant> минералды және көмірсулар алмасуы

<variant> ақуыз және көмірсулар алмасуы

<question> Амбулаториялық-емханалық мекеме өмірінің бірінші жылында сау балалар өседі. Баланың физикалық және психологиялық дамуы бағаланады. Бала белсенді, жағымды эмоционалды тон. Ол жеке бұйымдарды сықырлайтынын айтады. Анасын таниды және таныс және таныс емес тұлғаларды ажыратады. Егер сіз оны отырғызсаңыз, отырады. Іштен артқа айналады.Еңбектейді. Ойыншықтарды жақсы басқарады. Оның қанша сүт тісі болуы керек екенін анықтаңыз:

<variant> 2 тіс

<variant> 4 тіс

<variant> 6 тіс

<variant> 8 тіс

<variant> 10 тіс

<question> Клиникада баланы профилактикалық тексеру жүргізіледі. Бала өте мобильді, қызығушылық танытады. Сөз тіркестерінде сөйлейді, күрделі сөйлемдерді қолданады. Кітап парақтарын аударады, шеңберлер мен сызықтар салады, бірнеше бөліктен мұнара жинайды. Жәшіктерді итеріп, заттарды шатастырып, еденге лақтырғанды ұнатады. Заттарды төрт түсте біледі. Ол стаканнан өзі ішеді, қасықпен қалай тамақтану керектігін біледі. Баспалдақпен көтеріледі. Ол ересектердің қолдауымен өздігінен киінеді (түймелер, аяқ киім). Оның қанша сүт тісі болуы керек екенін анықтаңыз

<variant> 20 тіс

<variant> 5 тіс

<variant> 10 тіс

<variant> 15 тіс

<variant> 25 тіс

<question> Балалардағы сүйек тінінің құрылымындағы анатомиялық және функционалды дамыған бөлім:

<variant> периостеум

<variant> түтік сүйектердің диафизі

<variant> түтік сүйектерінің эпифиздері

<variant> оссификация нүктелері

<variant> қолдың жіңішке сүйектері

<question> Жалпы практика дәрігері баланы жоспарлы тексеруден өткізуде. Бала өте мобильді, қызығушы. Ол «болмайды» деген сөзді түсінеді, бірақ тыйымды әрдайым орындалмайды. Өз бетімен жүреді. Дене бөліктері мен жеке заттардың атауын біледі. Ол көрнекі суреттермен кітаптарды қарастырғанды ұнатады. 12 сөз айтады. Туыстардың кейбір аттарын біледі. Тірек-қимыл жүйесін қоса, мүшелер мен жүйелерді зерттеу жүргізілді. Осы жаста тірек-қимыл аппаратының даму динамикасын көрсететін дәрігер назар аударуы керек параметрді тандаңыз:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 70 беті

<variant> бел лордозының пайда болуы

<variant> төстің төмендеуі

<variant> қабырғалардың көлбеу жағдайы

<variant> мойын лордозының пайда болуы

<variant> кеуде кифозының пайда болуы

<question> Баланың білек сүйектерінің рентгенограммасында 3 сүйектену ядролары анықталған.

Тексеріліп жатқан баланың ең ықтимал жасын көрсетіңіз:

<variant> 2 жыл

<variant> 6 ай

<variant> 1 жыл

<variant> 4 жыл

<variant> 6 жыл

<question> Гипокальцемиялық құрысулар қан плазмасында иондалған кальцийдыңосы деңгейге күрт төмендеуінде дамиды:

<variant> 1,0 ммоль/л

<variant> 1,5 ммоль/л

<variant> 2 ммоль/л

<variant> 1,85 ммоль/л

<variant> 2,5 ммоль/л

<question> Дені сау баланың туған кезінде үлкен еңбегінің ең аз мөлшері:

<variant> 1.5 см ×2.0 см

<variant> 1.0 см ×1.5 см

<variant> 2.0 см ×2.5 см

<variant> 2.5 см ×3.0 см

<variant> 3.0 см×3.5 см

<question>14 жастағы қыз шаршағыштыққа, әлсіздікке ,эмоциональды тұрақсыздыққа, жүрек тұсындағы ару сезіміне дәрігерге шағымданып келді. Қарап тексеруде табеті төмендеген, жоғары тершендік, қолдарында, қабағында, тілінде тремор. Экзофтальм,көз саңылаулары ұлғайған, көзі жарқырап тұр, көз жыпылықтауы сирек, Грефе симптомы оң. Тері жамылғысы ылғалды, жылы. Дене t -37,2°C. Жүрек тондары қатты, жүрек ұшында-систолалық шу, ЖЖЖ 110 соққы/мин. Пульс жоғарылаған. Іші жұмсақ, бауыр пальпацияланбайды, ішек перистальтикасы күшейген. Синдромды дұрыс анықтау үшін қажетті зерттеу:

<variant> Т3, Т4, ТТГ қан талдауы

<variant> жалпы қан талдауы

<variant> окулистті тексеру

<variant> электрокардиография

<variant> ПЦР

<question> Таңертеңгі буындардағы құрысу тән:

<variant> ревматоидты артрит

<variant> ревматизм

<variant> гемофилия

<variant> геморрагиялық васкулит

<variant> ареактивті артрит

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 71 беті

<question> Нәресте 2 айда. Невропатологқа алдын алу тексеруге келді. Бала енжар, ұйқышыл. Оған көңіл аударғанда күлімсіремейді, гулемейді. Анасының, дәрігердің дауысына, сылдырмақ дыбысына әлсіз жауап береді. Туа біткен шартсыз рефлексдер әлсіз шақырылады, бұлшықеттер гипертонусы. Тері жамылғысы сарғыш, құрғақ, суық. Тіндердің тургоры төмендеген. Қабақтары ісінген. Білек пен табанның ісінген, бірақ басу кезінде шұңқырдың қалмайды. Тынысы шулы, ТЖ 30рет/мин. Жүрек тондары тұйықталған, ЖЖЖ 80 рет/мин. Іш кепкен, іш қатумен зардап шегеді. ЖҚА: Нв 80 г/л, лейкоциттер $10 \times 10^9/\text{л}$, ЭТЖ- 2 мм/сағ. ЭКГ-де Т тісшесінің қалындауы. Берілген симптомға қарап синдромын анықтаңыз:

<variant> туа біткен гипотиреоз

<variant> туа біткен гепатит

<variant> құрсақішілік инфекция

<variant> ОЖЖ перинаталдық зақымдануы

<variant> миокардит

<question> Жаңа туған балаларда туа біткен гипотиреозға скрининг жүргізіледі:

<variant> барлық нәрестелерде

<variant> даму ақаулары бар

<variant> шала туған

<variant> эндемиялық аудандарда

<variant> Егер анасы жүктілік кезінде тиреостатикалық ем қабылдаған жағдайда

<question> Гипотиреоз синдромына тән:

<variant> ұйқышылдық

<variant> тітіркендіргіш

<variant> нервозность

<variant> тершендік

<variant> жүрек соғу

<question> Эндемиялық зобқа тән ТТГ деңгейі:

<variant> қалыпты немесе жоғары

<variant> Т4 төмендеуі және ТТГ жоғарлауы

<variant> қалыпты немесе төмен

<variant> төмендетілген

<variant> Т4 жоғарлауы және ТТГ төмендеуі

<question> Гипотиреоз синдромы сипатталады

<variant> ҚБ функциясының тұрақты төмендеуі

<variant> ҚБ функциясын арттыру

<variant> ҚБ қалыпты функциясы

<variant> ҚБ үлкен өлшемімен

<variant> ҚБ кішкентай өлшемімен

<question> Гипотиреоздың дамуына бейім

<variant> ҚБ аутоиммунды процестер және лимфоциттермен инфильтрациялану

<variant> аутоиммунды процестер, ТТГ өндіруінің төмендеуі, туа біткен гипоплазия

<variant> ТТГ концентрациясының төмендеуі

<variant> тиреолиберин концентрациясының төмендеуі

<variant> қалқанша безінің туа біткен гиперплазиясы

<question> Диффузды-уытты зобтың ауырлығының белгілері:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 72 беті

<variant> айқын тахикардия және дене салмағының жоғалу дәрежесі

<variant> дене салмағының төмендеу дәрежесі

<variant> артериялық гипертония

<variant> ішкі мүшелердің зақымдануы

<variant> брадикардия, артериялық гипотония

<question> Диффузды-уытты зобқа тән ырғақтың бұзылуы:

<variant> тұрақты тахикардия және жыпылықтаушы аритмия

<variant> пароксизмальды тахикардия

<variant> тұрақты тахикардия және толық АВ блокада

<variant> жарқыраған аритмия және брадикардия

<variant> атриовентрикулярлық блокада

<question> Жадының төмендеуі, іш қату, брадикардия осы жағдайда байқалады:

<variant> гипотиреоз

<variant> диффузды токсикалық жемсау

<variant> қант диабеті

<variant> феохромоцитоме

<variant> Иценко-Кушинг аурулары

<question> Гипертиреоздың клиникалық симптомдарына жатады:

<variant> гиперкинездер, гипергидроз

<variant> жалпы тежелу

<variant> тін тургоры төмендеген, салқын тері

<variant> тіл қалыңдаған

<variant> қаңқа дамуының кідіруі

<question> Жаңа туған нәрестелерде гипотиреоз скринингі үшін қолданылады:

<variant> қандағы ТТГ деңгейін зерттеу

<variant> жаңа туған нәрестенің несептегі йод деңгейін зерттеу

<variant> ЭКГ

<variant> қандағы холестерин және липопротеидтер деңгейін зерттеу

<variant> "сүйек" жасын анықтау

<question> "Гипотиреозды жүрекке" ең тән көрініс болып табылады:

<variant> гидроперикард

<variant> жарқыраған аритмия

<variant> митральды жетіспеушілігі

<variant> стенокардия

<variant> қолқа стенозы

<question> Туа біткен гипотиреоз белгілеріне жатпайды:

<variant> тахикардия, гипертермия

<variant> нәрестенің ұзаққа созылған сарғаюы

<variant> туған кезде үлкен салмағы

<variant> макроглоссия

<variant> Т4 төмендеуі және ТТГ жоғарылауы

<question> Туа біткен гипотиреоз диагнозы расталады:

<variant> Т4 деңгейінің төмендеуімен және ТТГ жоғарылауымен

<variant> Т4 деңгейін төмендетуімен

<variant> ТТГ деңгейінің төмендеуімен

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		38/11
Бақылау-өлшеуіш құралдары		97 беттің 73 беті

<variant> T4 және ТТГ деңгейлерін көтерілумен

<variant> T4 деңгейінің жоғарылауымен және ТТГ төмендеуімен

<question> Диффузды уытты зоб сипатталады:

<variant> ТТГ рецепторына антидененің жоғары титрі

<variant> бос тироксин концентрациясының төмендеуі

<variant> ТТГ тұрақты жоғарылауымен, Т3 және Т4 төмендеуімен

<variant> бос Т3 концентрациясының төмендеуімен

<variant> ТТГ концентрациясының жоғарылауы

<question> 15 жастағы баланы тексергенде екінші жыныстық белгілердің болмауы, дененің евнухоидты түрі байқалады. Қандағы гонадотропты гормондар деңгейі жоғары, тестостерон-төмендеген.

Клиникалық синдромды анықтаңыз:

<variant> біріншілік гипогонадизм

<variant> гипотиреозидты

<variant> гиперпаратиреозидты

<variant> гипосоматотропты

<variant> гипергликемиялық

<question> Баяу қозғалыстар, әлпетсіз бет, гипотермия, іш қатулар, жадының нашарлауы және мектептегі үлгерімнің нашарлауы тән:

<variant> жүре пайда болған гипотиреозға

<variant> қалқанша безінің зүтиреозидты гиперплазиясына

<variant> диффузды улы зобқа

<variant> B6 гиповитаминозына

<variant> микседемаға

<question> Жүрек соғуы, дене дірілі, тершендік, эмоциялық лабильділік, тәбет жоғарылаған кезде дене салмағының жоғалуы тән:

<variant> диффузды улы зобқа

<variant> гипотиреозға

<variant> B1 гиповитаминозына

<variant> B6 гиповитаминозына

<variant> B12 гиповитаминозына

<question> Туа біткен гипотиреозға тән:

<variant> физикалық және жүйке-психикалық дамуының кідіруі

<variant> аяқ-қол треморы және гиперқозғыштығы

<variant> физикалық даму озуы

<variant> ерте жыныстық жетілу

<variant> жүйке-психикалық дамуының озуы

<question> Инсулинге резистенттілік шақырылуы мүмкін:

<variant> инсулин рецепторларының патологиясы

<variant> ұзақ уақытты физикалық жүктеме

<variant> дене массасының жеткіліксіздігіне

<variant> қант диабетінің ұзақтығы бір жылдан асады

<variant> ашығы

<question> 10 жастағы бала 1 типті қант диабетімен диспансерлік есепте тұрады, инсулинотерапия алады. Клиникаға бас ауруы, бас айналуы, әлсіздік, қол мен аяқтың дірілі, көрудің бұзылуы шағымдарымен ауыр жағдайда түсті. Дәрігерді қарау кезінде өзін нашар-қозған, агрессивті. Тері

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		38/11
Бақылау-өлшеуіш құралдары		97 беттің 74 беті

кабаттары бозғылт, былғалды, ТАЖ 30 рет/мин, ЖСЖ 120 рет/мин, қарашықтары кеңейген, бұлшық ет тонусы төмендеген. Науқаста пайда болған жағдайдың сипатын (асқынуын) анықтаңыз.

<variant> гипогликемия жағдайы

<variant> гипергликемия жағдайы

<variant> диабеттік кетоацидоз жағдайы

<variant> диабеттік микроангиопатия жағдайы

<variant> диабеттік энцефалопатия жағдайы

<question>Қанында глюкоза деңгейін анықтау үшін зертханаға жіберілу керек:

<variant> аш қарынға

<variant> тамақтан кейін 10 минуттан кейін

<variant> 20 минуттан кейін тамақтан кейін

<variant> тамақтан кейін 30 минуттан кейін

<variant> тамақтан кейін 50 минуттан кейін

<question> Гипергликемиялық синдром кезіндегі науқастың шағымы:

<variant> шөлдеудің күшеюі

<variant> аштық сезімі

<variant> денедегі дірілдеу

<variant> тершендік

<variant> тәбеттің төмендеуі

<question>Брінші дәрежелі семіздік кезіндегі артық дене салмақ мөлшері:

<variant> 15-24 %

<variant> 25-49 %

<variant> 50-99 %

<variant> 100% - астам

<variant> 15 %- дейін

<question> Жүре пайда болған апластикалық анемия келесі клиникалық көріністермен сипатталады:

<variant> геморрагиялық синдром, анемиялық синдром

<variant> гепатоспленомегалия

<variant> эпителий синдромы

<variant> нефротикалық синдром

<variant> жоғары қозғыштық синдромы

<question> Лейкоздың жетекші клиникалық синдромдары болып табылмайды:

<variant> сарғаю синдромы, гидроцефалия синдромы

<variant> сүйек-буын синдромы

<variant> геморрагиялық синдром

<variant> анемиялық синдром

<variant> пролиферативті синдром

<question> Медиастинальды лимфа түйіндерін зерттеудің ең ақпараттық әдісін таңдаңыз.

<variant> рентгенография

<variant> тексеру

<variant> пальпация

<variant> перкуссия

<variant> ультрадыбыстық зерттеу

<question> Гемофилия А кезінде келесі қан ұю факторларының тұқым қуалайтын тапшылығы байқалады:

<variant> VIII

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 75 беті

<variant> VII

<variant> V

<variant> IX

<variant> XII

<question> Жаңа туған нәрестелерде геморрагиялық ауруыдың этиологиясы:

<variant> К витаминінің тапшылығы

<variant> темір тапшылық анемия

<variant> бауырдың ферментативті жетілмеуі

<variant> пилороспазм, пилоростеноз

<variant> пневмония, пневмопатиялар

<question> Өмірдің алғашқы күнінде лейкоциттер мөлшері ($\times 10^9/\text{л}$)

<variant> 20

<variant> 50

<variant> 40

<variant> 10

<variant> 5

<question> Инсулиннің абсолютті жетіспеушілігі:

<variant> ұйқы безінің аутоиммунды зақымдануы

<variant> жүректің ишемиялық ауруы

<variant> ТТГ синтезін күшейту

<variant> гиподинамиямен

<variant> семіздік

<question> Гемолитикалық анемия кезінде гемолиз синдромына тән:

<variant> тікелей емес билирубин жоғарылауы

<variant> тікелей емес билирубин төмендеуі

<variant> тікелей билирубин жоғарылауы

<variant> тікелей билирубин төмендеуі

<variant> гемоглобин жоғарылауы

<question>Туылғаннан кейінгі негізгі гемопоэзді орган:

<variant> сүйек кемігі

<variant> бауыр

<variant> көкбауыр

<variant> асқазан

<variant> лимфа түйіндері

<question> Симптоматикалық қант диабеті кездесетін ауру:

<variant> Иценко-Кушинг ауруы және синдромы

<variant> жүректің ишемиялық ауруы

<variant> созылмалы пиелонефрит

<variant> асқазан жарасы

<variant> созылмалы гепатит

<question> Темір жетіспеушілік анемиясымен ауыратын 8 жасар науқаста келесі белгілер бар: дәм мен иістің бұрмалануы, койлонихия, бұлшықет гипотензиясы. Бұл симптомдар осы синдромға сәйкес келеді:

<variant> сидеропеиялық синдром

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 76 беті

<variant> анемиялық синдром

<variant> астеновегетативті синдром

<variant> бұлшықеттік синдром

<variant> эпителиалді синдром

<question> Балалардағы темір тапшылық анемия кезіндегі анемиялық синдром келесі клиникалық симптомдарға сәйкес келеді:

<variant> тәбеттің төмендеуі; құлақтағы шу; көз алдында шіркей ұшу сезімі; физикалық жүктемелерге төзімділік нашарлауы, әлсіздік, бастың айналуы, тітіркенгіштік; талу; еңтігу; жұмысқа қабілеттіліктің төмендеуі; когнитивтік функциялардың төмендеуі; өмір сапасының төмендеуі; терінің және көзге көрінетін шырышты қабықтардың бозаруы; гипотонияға бейімдік, бұлшық ет тонусының өзгеруі, зәр ұстамауына әкелетін қуық бұлшық етінің гипотониясы; жүрек шекараларының кеңеюі; тахикардия; жүректің ұшындағы систоалық шу.

<variant> көру қабілетінің төмендеуі; тершендік;тітіркену; көз алдында шіркей ұшу сезімі;физикалық жүктемеге нашар төзімділік әлсіздік, бастың айналуы, тітіркену; талу; еңтігу; жұмысқа қабілеттіліктің төмендеуі

<variant> қызбамен, күрт әлсіздікпен, бас айналуымен, жүрек соғуымен, еңтікпемен, эпигастрии және белде ауырсынумен сипатталады. Кейде жедел кезеңнің алдында субфебрилитет және артралгий түрінде өтеді. Криз кезінде тері қышуымен бірге жүретін сарғаю жылдамдайды, бауыр мен көкбауыр ұлғаяды.

<variant> теріге және шырышты қабықтарға қан құйылу;мұрыннан қан кету;қызыл иектен қан кету;бүйректік және басқа да қан кету;миға қан құйылу (сирек).

<variant> астеноневротикалық синдром (жалпы әлсіздік, астенизация, парестезия); терінің бозаруы лимон-сары реңді, склераның субиктериялылығы; "лакталған" тіл, глоссит, стоматит, атрофиялық гастрит, жүрек-қантамыр жүйесі қызметінің бұзылуы; диспепсиялық бұзылулар; орташа гепатомегалия; жүйке жүйесі тарапынан — фуникулярлық миелоз белгілері (бұлшықеттердің атониясы, паресезия, және т.б.).

<question> Бала 10 жаста. Ол балалар клиникасында мынандай көріністермен емделуде: анемиялық, геморрагиялық, интоксикация, гепатолиенальды синдромдар, неврологиялық белгілер және полимфаденопатия. Жалпы қан анализінде жетілмеген жасушалары анықталды.Диагнозды нақтылауға арналаған негізгі зерттеу әдісін анықтаңыз:

<variant> сүйек қызыл кемігі пункциясы

<variant> бауыр УДЗ

<variant> көкбауыр УДЗ

<variant> лимфа түйіндерінің пальпациясы

<variant> люмбальді пункция

<question> Жалпы қарап тексеру кезінде койлонихияның себебі:

<variant> сидеропениялық синдром

<variant> геморрагиялық синдром

<variant> организмнің сусыздануы

<variant> гиперэстрогемия

<variant> бауырдың синтетикалық функциясының бұзылуы

<question> Неонатальды кезеңдегі гемоглобин мен эритроциттер санының төмендеу себебі:

<variant> эритроциттер өмір сүру ұзақтығы төмендеуі

<variant> гемоконцентрация

<variant> сүйек кемігі аплазиясы

<variant> эритроциттер мембранасында АТФ деңгейі аздығы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		
Бақылау-өлшеуіш құралдары		38/11 97 беттің 77 беті

<variant> бауырлық глюкуронилтрансферазы жеткіліксіздігі

<question> Гемоллиз белгілері:

<variant> ретикулоцитоз + тікелей емес билирубин деңгейінің жоғарылауы + анемия

<variant> анемия + ретикулопения

<variant> тікелей емес билирубин деңгейінің жоғарылауы + геморрагия

<variant> бозғылттық + спленомегалия

<variant> іштегі ауырсыну

<question> Диабеттік нефропатияға күдік туындаған кезде несеп синдромын анықтау үшін қолданылатын зерттеу әдістері

<variant> зәрді жалпы талдау, тәуліктік протеинурия

<variant> зәр шығару

<variant> гломерулярлық сүзу жылдамдығы

<variant> Нечипоренко бойынша сынама

<variant> Зимницкий бойынша сынама

<question> Қант диабетіндегі аурудың алғашқы жылдарындағы диабеттік нефропатиядағы гломерулярлық сүзу жылдамдығы

<variant> қант диабетінің декомпенсациясы кезінде артады

<variant> әрқашан артады

<variant> өзгеріссіз қалады

<variant> әрқашан төмендейді

<variant> қант диабетінің декомпенсациясы кезінде төмендейді

<question> Диабеттік нефропатияның бастапқы кезеңіне тән

<variant> микроальбуминурия

<variant> тұрақты протеинурия

<variant> нефротикалық синдром

<variant> қан қысымын көтеру

<variant> СБЖ

<question> Жаңа туылған нәрестелерде гемолитикалық сарғаю кезіндегі ең ауыр асқынуы:

<variant> ОЖЖ зақымдануы

<variant> анемия

<variant> бауыр қызметі бұзылысы

<variant> жүрек жеткіліксіздігі

<variant> бүйрек қызметінің бұзылысы

<question> Сидеропениялық синдромның көрінісіне жатпайды:

<variant> асқазанның секреторлы жеткіліксіздігі

<variant> ангулярлы стоматит

<variant> глоссит

<variant> шаштың түсуі мен құрғақтығы

<variant> эзофагит

<question> Туа біткен гипотиреоз диагнозы расталады:

<variant> Т4 деңгейінің төмендеуімен және ТТГ жоғарылауымен

<variant> Т4 деңгейін төмендетуімен

<variant> ТТГ деңгейінің төмендеуімен

<variant> Т4 және ТТГ деңгейлерін көтерілумен

<variant> Т4 деңгейінің жоғарылауымен және ТТГ төмендеуімен

<question> Диффузды уытты зоб сипатталады:

<variant> ТТГ рецепторына антидененің жоғары титрі

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 78 беті

<variant> бос тироксин концентрациясының төмендеуі

<variant> ТТГ тұрақты жоғарылауымен, Т3 және Т4 төмендеуімен

<variant> бос Т3 концентрациясының төмендеуімен

<variant> ТТГ концентрациясының жоғарылауы

<question> 5 жасар бала жіті ауырып қалды, таңертең анасы денесінен және аяқ-қолдарда әртүрлі мөлшердегі күлгін-көк дақтарды көрді (диаметрті 0,5-3 см.), мұрыннан қан кету пайда болды. Жалпы ағдайы орта, дене температурасы қалыпты. ЖҚА: эр.- $3,3 \times 10^{12}/л$, Hb –118 г/л, т.к. –0,8, ретикулоциттер– 0,8%, лейкоц.- $5,8 \times 10^9/л$, т/я –4% , с/я – 44%, тромбоц.- $30 \times 10^9/л$, лимф.-46%, г.-4%, ЭТЖ – 6 мм/сағ. Сіздің болжамды клинико-гематологиялық синдром :

<variant> геморрагиялық синдром

<variant> анемиялық синдром

<variant> гемолитикалық синдром

<variant> интоксикациялық синдром

<variant> лейкопениялық синдром

<question> 10жасар балада тері мен шырышты қабаттарының бозғылттығы, тырнақтар дистрофиясы, анорексия, дәм сезу бұзылысы. ЖҚА: эр. - $2,8 \times 10^{12}/л$, Hb. –84 г/л, ТК – 0,56, ретикулоциттер – 1%, лейкоц. – $6,2 \times 10^9/л$, с/я-35 %, тромбоц. – $220 \times 10^9/л$, эоз.- 3%, г.- 2%, м – 3%, лимф.- 57%, ЭТЖ – 4 мм/сағ.Сіздің болжамды клинико-гематологиялық синдром :

<variant> анемиялық синдром

<variant> геморрагиялық синдром

<variant> гемолитикалық синдром

<variant> интоксикациялық синдром

<variant> лейкопениялық синдром

<question> Анемиялық синдромға тән емес:

<variant> асқазан бездері секрециясының артуы

<variant> эпителиалды тін дистрофиялық өзгерісі

<variant> асқазан бездері секрециясының төмендеуі

<variant> тәбеттің бұрмалануы

<variant> бұлшықеттер әлсіздігі

<question> Темірдің деполануы ағзада осы түрде жүреді:

<variant> гемосидерин

<variant> темір диоксиді

<variant> темір оксиді

<variant> гемоглобин

<variant> сарысулық темір

<question> 14 жастағы қыз. Гестозды жүктіліктен. Бас ауруы, тәбеттің жоғарылауы, бойшандық, семіздік,фолликулалық гиперкератоз, жамбас аймағындағы қызғылт стрия. АҚ 130/70 мм сын.бағ. Жыныстық даму: Ма-да, Ах, Р, menses 12 жастан. Болжамды синдромальды диагноз:

<variant> жыныстық жетілудің гипоталамикалық синдромы

<variant> гипотиреозды семіздік

<variant> Иценко-Кушинг синдромы

<variant> экзогендік-конституциялық семіздік

<variant> гипоовариалды семіздік

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 79 беті

<question> Ұл бала 14 жаста жедел респираторлық инфекциядан кейін 2 аптадан кейін салмағын жоғалтты, шөлдеу, жиі зәр шығару пайда болды. Аш қарынға Гликемия 8,7 және 9,6 ммоль/л. зәрдің үлес салмағы 1025. Терісі мен тілі құрғақ, бауыры +1 см. Сіздің болжамды синдромальды диагноз:

<variant> аш қарынға гликемияның бұзылуы

<variant> 2 типті қант диабеті

<variant> алғаш рет анықталған 1 типті қант диабеті

<variant> глюкозаға төзімділіктің бұзылуы

<variant> қантсыз диабеті

<question> Бала 8 жаста. Қатты шөлдеу, жиі зәр шығару. Несеп мөлдір ("су сияқты"). Бір жыл бұрын ол жабық ми жарақатына ұшырады. Аш қарынға Гликемия 4,2-4,5 ммоль / л. зәрдің салыстырмалы тығыздығы – 100. Балаға зерттеу жүргізу керек:

<variant> 75 г глюкозасы бар ауызша глюкозаға төзімділік сынағы

<variant> күні бойы гликемияны бақылау

<variant> Зимницкий бойынша несеп талдауы

<variant> Нечипоренко бойынша несепті талдау

<variant> креатинин, несепнәр, қалдық азотты анықтау

<question> Науқас 16 жаста . Өсуі 8 жасқа, сүйек жасы 7-8 жасқа сәйкес келеді. Массасы артық. дене бітімі пропорционалды. Терісі құрғақ, шашы құрғақ, сынғыш, көлденең тырнақтары бар. Суықтылық, іш қату. Пульс-58 в мин. АД-90/60 мм. рт. екінші жыныстық белгілер жоқ, ұрықтың консистенциясы, гипоплазиясы бар. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

<variant> церебральді-гипофизарлы нанизм

<variant> оқшауланған СТГ тапшылығы

<variant> соматогендік нанизм

<variant> отбасылық аласа бойлы

<variant> Нунан синдромы

<question> науқас 12 жаста. Бойы өспеге. Өсу аймақтары жабық. Жыныстық жетілуі ерлердікіндей 3 жылда пайда болды. Қырыну. Сүт бездері дамымаған. Пенисотәрізді клитор басы, үлкен жыныс еріндері бар. Ұрық пальпацияланбайды. УДЗ кезінде жатыр, трубалары, аналық бездер анықталды. Кариотип 46 / XX. Қандағы тестостерон деңгейі күрт артады. Болжамды синдромальды диагноз:

<variant> Иценко-Кушинг синдромы

<variant> Штейн-Левенталь синдромы

<variant> шынайы ерте жыныстық даму

<variant> бүйрек үсті безінің туа біткен дисфункциясы, қарапайым вирильді түрі

<variant> жалған гермафродитизм

<question> Гиперкальциемиялық кризге алып келетін қандағы жалпы кальций деңгейін

<variant> 2,5-3,0 ммоль/л

<variant> 3,0-3,5 ммоль/л

<variant> 3,5-4,0 ммоль / л

<variant> астам 4,0 ммоль / л

<variant> гиперкальциемия дәрежесі маңызды емес

<question> Панцитопения, ЭТЖ жоғарылауы осы анемияға тән:

<variant> апластикалық

<variant> гемолитикалық

<variant> B12-жетіспеушілік

<variant> теміржетіспеушілік

<variant> жіті постгеморрагиялық

<question> Лейкозда байқалатын синдром:

<variant> гиперпластикалық, геморрагиялық

<variant> ауырсыну, дизуриялық

<variant> гипертониялық, нефротикалық

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		38/11
Бақылау-өлшеуіш құралдары		97 беттің 80 беті

<variant> ауырсыну, диспепсия

<variant> нефротикалық, геморрагиялық

<question> Гемофилияға тән клиникалық симптом:

<variant> қансырау, гемартроз

<variant> әлсіздік

<variant> еңтігу, тахикардия

<variant> жүрек айну, құсу

<variant> гемартроз, әлсіздік

<question> Кушинг синдромы:

<variant> АКТГ артық өнімінің нәтижесі

<variant> гиперальдостеронизмнің салдары

<variant> бүйрек үсті безінің екі жақты гиперплазиясымен бірге жүреді

<variant> адпочек қыртысының шок аймағының аденомасымен немесе аденокарциномасымен байланысты

<variant> бүйрек үсті кортексінің торлы аймағының аденомасына байланысты

<question>Қыз бала 14 жаста педиатрға бас ауруы, шаршағыштық, бұлшықет ауыруы, диарея мен іш катудың кезектесуіне, дефикациядан кейінгі ішектерде толық емес босау сезімі, нәжістен кейінгі іштің ауыруы, кешкі уақытқа қарай метеоризмнің жоғарылауы туралы шағымдармен жүгінді. Копрограмма-патологиясыз, нәжісті бактериологиялық зерттеу нәжіс теріс. Берілген наукас үшін сіздің алдын-ала болжам синдромыңыз:

<variant> ішектің тітіркену синдромы

<variant> дуоденит

<variant> энтерит

<variant> асқазан жарасы

<variant> колит

<question> Ахалазия жүреді:

<variant> өт қоспасы бар құсу

<variant> құсу

<variant> тамақтан кейін 1 сағаттан кейін регургитация

<variant> қорытылмаған тамақпен құсуымен

<variant> қыжылмен

<question> Гиперкинетикалық типтегі билиарлық жолдың функционалдық бұзылыстарына тән:

<variant> оң жақ қабырға астында толғақ тәрізді ауырсыну

<variant> іштің барлық аумағында толғақ тәрізді ауырсыну

<variant> тамақ ішкеннен кейін күшейтіледі

<variant> айналмалы ауырсыну

<variant> іштің ауыруы физикалық жүктеме кезінде күшейеді

<question> Бір жасар балаға мальабсорбция синдромына күдікке тексеру жүргізіледі. Осы патологиямен кезінде нақты тексеруді таңдаңыз:

<variant> д-ксилозамен тест

<variant> глюкозаға төзімділік сынағы

<variant> тоқ ішекті рентгенологиялық тексеру

<variant> йолодилдік сынама

<variant> қан амилазасы

<question> Өт жолдарының дискинезиясының негізіне жатады:

<variant> өт шығару жолдарының бұлшықет аппараты моторикасының бұзылуы

<variant> зәр шығару жолдарының қабыну процестері

<variant> туа пайда болған жүрек ақауы

<variant> гиришпругн ауруы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 81 беті

<variant> тыныс жеткіліксіздігі синдромы

<question> Қыз бала 8 ай, жеміс шырындарын 6 айында енгізгеннен кейін, қатты диарея, құсу пайда болды. Объективті тексеру кезінде дене салмағының 15 пайызға төмендегені анықталды. Ең ықтимал диагнозды көрсетіңіз:

<variant> экссудативті энтеропатия

<variant> целиак ауруы

<variant> лактаза жеткіліксіздігі

<variant> муковисцидоз

<variant> сахароза жеткіліксіздігі

<question> Ойық жара тәрізді диспепсияға тән:

<variant> аш қарынға ауырсыну

<variant> жүрек жарасы

<variant> регургитация

<variant> жүрек айнуы

<variant> қайта құсу

<question> Көрсетілген сынамалардан нәжістегі жасырын қанды анықтайды:

<variant> Грегерсена

<variant> Кумбс

<variant> Реберга

<variant> Зимницкий

<variant> Пол-Буннель

<question> Пальпацияда бауырдың шетінің ауырсынуы тән:

<variant> гепатит

<variant> бауыр қатерлі ісігі

<variant> бауыр циррозы

<variant> холецистит

<variant> өт шығару жолдарының дискинезиясы

<question> Тез қанығумен үйлесетін әдеттегі тамақ мөлшерін қабылдағаннан кейін ауырсыну мен ыңғайсыздық пайда болатын функционалды диспепсияның түрін таңдаңыз

<variant> постпрандиальды дистресс-синдром

<variant> эпигастр аймағында ауырсыну

<variant> мутационды диспепсия

<variant> вегетериандық диспепсия

<variant> тойып тұру диспепсиясы

<question> Эпигастрий аймағында тамақ ішуге, дефекацияға байланысты емес және өт жолдарының бұзылу белгілері болмаған кезде қайталанатын ауырсыну пайда болатын функционалды диспепсияның түрін таңдаңыз:

<variant> эпигастр аймағында ауырсыну синдромы

<variant> постпрандиальды дистресс-синдром

<variant> мутационды диспепсия

<variant> вегетериандық диспепсия

<variant> тойып тұру диспепсиясы

<question> Ұл бала 12 жаста, көбінесе ашқарынға, түнгі уақытта мазалайтын ауырсынуға, ашуланшақтық пен әлсіздікке шағымданады. Ол шамамен 3 жыл бойы ауырады, соңғы уақытта ауырсыну жиілеп кетті, қышқыл қышу, құсу, іш қату пайда болды. Объективті: бозғылт, аз тамақтану, қызыл дермографизм. Тіл қалың ақ жабындымен жабылған. Ішті жұмсақ, эпигастриядағы жергілікті ауырсыну. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз:

<variant> 12 елі ішектің ойық жарасы

<variant> созылмалы холецистит

<variant> функционалдық диспепсия

<variant> созылмалы гастродуоденит

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 82 беті

<variant> өт шығару жолдарының дискинезиясы

<question> Асцитте кезінде кіндік... :

<variant> іштің үстінен шығады

<variant> өзгертілмеген

<variant> керілген

<variant> көрінбейді

<variant> іріңдейді

<question> Емханаға 13 жастағы қыз жүгінді, ұзақ жөтелге шағымдары бар (3 ай бойына), ол қыз мезгілігінде суықтап қалғаннан кейін басталған. Түнде қыз жөтелден оянып, ысқырықты естиді, сонымен қатар жүгірген кезде ол жиі жөтеліп, тоқтайды, ысқырған сырылдар пайда болады. Дене температурасы қалыпты, мұрынның ағуы.. Анасы поллиноздан зардап шегеді. Диагноз расталуы мүмкін:

<variant> спирография

<variant> өкпе рентгенография

<variant> бронхография

<variant> бронхоскопия

<variant> пикфлоуметрия

<question> Бала 2 жүктіліктен, 1 триместрде токсикозбен болған, 2 триместрде түсік тастау қаупінен туған бала. Анасы 22 жаста, әкесі 35 жаста, сау. Асқынусыз мерзімді босану. Салмағы 2800 г, бойы 47 см; өмірдің алғашқы күндерінен бастап өт қоспасыз тұрақты құсу байқалады. жағдайы орташа ауырлықта. Тері құрғақ, сұрғылт түсті, үлкен енбегінің түсуі, баяу емеді, салмақ қоспайды. Дұрыс қалыптаспаған жыныс мүшелеріне байланысты баланың жынысын анықтауға мүмкіндік бермейді.

Сіздің диагнозыңыз:

<variant> адрено-жыныс синдромы

<variant> өнеш ахалазиясы

<variant> өнеш халазиясы

<variant> пилороспазм

<variant> пилоростеноз

<question> Балаға бір тәулік. Таннртенгілік қарау кезінде тері жамылғыларының сарғаю анықталған.

Шұғыл тексерулер жүргізу қажет:

<variant> билирубинге қан анализі, қан тобы және Rh факторы

<variant> кариотипке қан анализі, генетикаға кеңес беру

<variant> АЛТ, АСТ, қан тобы және RH факторына қан анализі

<variant> құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ, НСГ

<variant> люмбалды пункция, невролог кеңесі

<question> Жаңа туған нәрестенің рефлексі, баланың алақанына тенорларға жақын басқанда, бала аузын ашып, басын бүгеді:

<variant> Бабкин рефлексі

<variant> Моро рефлексі

<variant> Куссмауль рефлексі

<variant> бабинский рефлексі

<variant> галанта рефлексі

<question> Бала К., перзентханадан өмірінің екінші күніне қанағаттанарлық жағдайда шығарылды.

Аntenатальды және интранатальды кезеңдер асқынусыз. Баланың антропометриясы толық мерзімге сәйкес келеді. Екінші күннің соңында баланың терісінде табиғи қатпарларда басым локализациясы бар мономорфты ұсақ-түйек бөртпе пайда болды. Бала мезгіл-мезгіл тынышсыз, кеуде белсенді түрде емеді, физиологиялық шығарулар қалыпты. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз:

<variant> потница

<variant> жаңа туған нәрестенің везикулезі

<variant> нәрестенің пемфигусы

<variant> нәрестенің флегмоны

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 83 беті

<variant> жаңа туған нәрестенің псевдофурункулозы

<question> Жанама гипербилирубинемия кезінде фототерапияның негізгі емдік әсері байланысты...

<variant> жанама билирубиннің суда еритін туындыларының түзілуі

<variant> биливердин түзілуінің төмендеуі

<variant> β - глюкуронидаза белсенділігінің жоғарылауы

<variant> сарысулық альбумин деңгейінің жоғарылауы

<variant> гамма - глутамилтранспептидаза белсенділігінің жоғарылауы

<question> Склерема-бұл:

<variant> тері мен тері астындағы майдың диффузды тығыздалуы

<variant> терінің және тері астындағы май қабатының қатайып ісінуі

<variant> терінің беткейлік іріңді зақымдануы

<variant> туа біткен пигментацияның бұзылуы

<variant> дақ пигментация бұзылуы

<question> "Ақ дақ" симптомы:

<variant> гиповолемия

<variant> гипертензия

<variant> тахикардия

<variant> аритмия

<variant> қан кетулер

<question> Сурфактант бұл:

<variant> беттік-белсенді зат

<variant> биологиялық белсенді зат

<variant> отарлық ынталандырушы фактор

<variant> протеаз ингибиторы

<variant> гемокоагулянтты зат

<question> "TORCH" -синдром-бұл:

<variant> этиологиясы шифрланбаған туа біткен инфекциялық аурулар

<variant> токсоплазмдан туындаған туа біткен инфекция

<variant> антенатальды кезеңде инфекциядан болған инфекциялық ауру

<variant> интранаталдық кезеңде жұқтырған инфекциялық ауру

<variant> қарапайым герпес вирусынан туындаған туа біткен инфекция

<question> Аяқ-қолдардың треморы, тері гиперестезиясы, нистагм ОЖЖ зақымдануына жатады:

<variant> жедел кезең

<variant> ерте қалпына келу

<variant> кеш қалпына келу

<variant> қалдық құбылыстар кезеңі

<variant> реконвалесценция кезеңі

<question> Нәрестелердегі жұмсақ тіндері тургоры анықталады :

<variant> ішкі жамбас беті

<variant> төменгі аяқтың ішкі беті

<variant> білектің ішкі бетінің

<variant> кіндік тұсындағы іш

<variant> беті

<question> Теріде пайда болатын бөртпелер... бастапқы морфологиялық элементтерге жатады:

<variant> өзгеріссіз

<variant> өзгертілген

<variant> атрофияланған

<variant> қабынған

<variant> сарғаю

<question> Бала 3 күндік жүктіліктің 32-ші аптасында 1700 г дене салмағымен туылған.3 апноэ ұстамасы болды, әр апноэ 20-25с ұзақтығы. Ұстамалар әр тамақтандырғаннан кейін болды. Ұстама

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 84 беті

кезінде жүрек соғу жиілігі 140уд/мин-ден 100уд/мин-ге дейін төмендеді және бала қозғалуды тоқтатты. Эпизодтар арасындағы кезеңде баланың мінез-құлқы қалыпты болды. Қандағы кант = 5,0 ммоль/л, кан сарысуындағы кальций қалыпты. Апноэ эпизодтары:

<variant> тыныс алу орталығының жетілмегендігінің салдары

<variant> периодты тыныс алудың әр түрлілігі

<variant> құрысулар баламасы

<variant> өкпенің жасырын зақымдануының салдары

<variant> гипогликемияда екіншілік болып табылады.

<question> Қант диабетімен ауыратын анадан жаңа туған нәресте 3 тәулікте мазасыздық, гиперестезия, қолдарының треморі, тахикардия, тахипноэ, тоникалық құрысулар пайда болды.

Қандағы глюкоза деңгейі 2,85 ммоль/л, қандағы РН 7,35, кальций деңгейі 1,75 ммоль/л. Бұл жағдайды дұрыс бағалаңыз:

<variant> гипокальциемия

<variant> гипогликемия

<variant> ацидоз

<variant> гиперкальциемия

<variant> алкалоз

<question> Қыз жасы 7 күндік, жамбас терісіндегі қызаруды, кейін іріңді зақымдануды байқады. Бұл жағдайда ең сәйкес келеді:

<variant> везикулопустулез

<variant> абсцесс

<variant> пемфигус

<variant> Риттер ауруы

<variant> псевдофурункулез

<question> Тұқым қуалайтын анамнезі бойынша; тыныс алу жолдарының шырышты қабатының цилиарлы эпителийінің морфологиялық ақауы; клиникалық – ішкі мүшелердің кері орналасуы, бронхоэктаздар мен синуситтер; Рентгенологиялық – ішкі ағзалардың кері орналасуы, базальды сегменттердегі патологиялық басым өзгерістердің локализациясымен өкпенің диффузды зақымданумен жүретін диагноз.

<variant> Картагенер синдромы

<variant> Гудпасчер синдромы

<variant> идиопатиялық диффузды өкпе фиброзы (хамман - Ричті қараңыз)

<variant> Аэрс синдромы

<variant> өкпе гемосидерозы

<question> Бала 11 айлық. Кішкентай заттармен, түймелермен ойнаған. Кенеттен жөтел, еңтігу пайда болды, ол 5 минуттан кейін жоғалып кетті. Дене температурасы қалыпты, бала белсенді, өкпенің аускультациясы кезінде сол жақта жоғарғы жақта дем шығару кезінде ысқырық естіледі, перкуссиялық-қораптық дыбыс. Болжамды диагноз:

<variant> бронхтағы бөгде зат

<variant> обструктивті бронхит

<variant> бронх демікпесі

<variant> бронхиолит

<variant> жүрек жеткіліксіздігі

<question> Бала 5 жаста, 3 күн бойы ауырып жатыр қызба -39 градусқа дейін. Бала акроцианозбен, летаргиялық, мазасыз,терісі бозғылт. Перкуторлы-оң жақта жаурын астында үлкен айтақта перкуторлы дыбыстың қысқаруы анықталады, сол жерде тыныс алу шулары әлсірейді. Терең тыныс алу кезінде-ошақты крепитация. Рентгенографияда - оң өкпенің төменгі бөлігінің үлкен бөлігінің қараюы, оң жақ синус жабық. Тағы 2 күннен кейін кеудедегі өткір ауырсыну, терінің цианозы пайда болды. Минутына ТАЖ 52 минутына, ЖЖЖ 144 соққы минутына. Жүректің шекаралары солға қарай 2 см ығысқан. Перкуторлы оң жақта оң қораптың дыбысы, тыныс алу мүлдем жүргізілмейді. АҚҚ 95/ 65 мм.сын.науқастың жағдайының нашарлау себебін көрсетіңіз:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		38/11 97 беттің 85 беті

<variant> кернеулі пневмоторакс

<variant> пиопневмоторакс

<variant> жүрек-тамыр жеткіліксіздігі

<variant> экссудативті плеврит

<variant> тері астындағы эмфизема

<question> Бала 13 жаста, қақырықты жөтел мазалайды. Анамнезде-жылына 1 рет пневмонияны ауырады. жағдайы орташа ауырлық дәрежесінде, интоксикация белгілері бар. Перкуторлы оң жақтағы өкпеде төменгі бөлігінде дыбыстың қысқаруы, сол жерде дымқыл орта және ұсақ көпіршікті сырылдар естіледі. Рентгенографияда оң жақтағы төменгі бөлігінде өкпе үлгісі элементтерінің жақындасуы анықталады, тамыр деформацияланған. Пневмосклероздың пайда болуының негізгі механизмдерін көрсетіңіз:

<variant> бронхиалды өткізгіштігінің бұзылуы және ателектаз

<variant> бронх шырышты қабығының ісінуі

<variant> екіншілік иммун тапшылығы жағдайы

<variant> өкпе тінінің ошақтық зақымдануы

<variant> бронхтардың тегіс бұлшықеттерінің спазмы

<question> Науқас 8 жаста, науқасқа экссудативті плеврит диагнозымен плевралық пункция жасалды.

Талдау нәтижелері келесідей: лимфоциттер 80%, нейтрофилдер 15%, эритроциттер 5%. Осы науқастағы зерттеу нәтижелері бойынша плевритке тән түрін көрсетіңіз:

<variant> серозды

<variant> ірінді

<variant> геморрагиялық

<variant> шырышты

<variant> әлсіз

<question> Сыртқы тыныс алу функциясының бұзылуына байланысты тыныс алу жеткіліксіздігінің түрі:

<variant> вентилиационды

<variant> диффузды таратқыш

<variant> диффузды

<variant> тарату

<variant> гипервентиляционды

<question> Газдардың альвеолярлы-капиллярлық диффузиясының бұзылуына байланысты тыныс алу жеткіліксіздігінің түрі аталады:

<variant> диффузды таратқыш

<variant> желдету

<variant> диффузды

<variant> тарату

<variant> гипервентиляция

<question> Картагенер синдромны-бұл бірлескен ақау...

<variant> ішкі ағзалардың кері орналасуымен, созылмалы бронхопульмональды процеспен және синусоринопатиямен

<variant> ішкі ағзалардың кері орналасуы және созылмалы бронхопульмональды процесс

<variant> ішкі ағзалардың кері орналасуы және жедел бронхопульмональды процесс

<variant> ішкі ағзалардың кері орналасуымен

<variant> ішкі ағзалардың кері орналасуымен, созылмалы бронхопульмональды процеспен, синусоринопатиямен және нейтропениямен

<question> бронхоэктаздардың түзілуіне қатыспайтын факторлар:

<variant> синуситтер

<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылуы

<variant> бронхтардың қабынуы және дәнекер тінінің бұзылуы

<variant> ателектаз және пневмосклероз

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 86 беті

<variant> сурфактантты инактивациялау және трофикалық өзгерістер

<question> Өкпеде сурфактантты бөліп шығарды:

<variant> 2 типті альвеолоциттер

<variant> 1 типті альвеолоциттер

<variant> базальды мембрана

<variant> интерстициалды тін

<variant> капиллярлық эндотелий

<question> Симптомдық кешен қандай аурумен сипатталады: жөтелдің кенеттен пайда болуы, ингаляциялық ауа көлемінің төмендеуі, бронходилататорларға реакцияның болмауы, медиастинаың ығысуымен" ауаны ұстап алу":

<variant> бөгде зат

<variant> бронхиолит

<variant> бронхиальды демікпе

<variant> пневмония

<variant> бронхит

<question> Асмойдты тынысы бар баланы тексеру кезінде анықталмайды:

<variant> инспираторлық енгізу

<variant> ысқырған сырылдар

<variant> ұзақ дем шығару және қорап перкурторлық дыбыс

<variant> кеуде клеткасының кеңеюі

<variant> аускультацияда құрғақ сырылдар

<question> Астмойдты тыныс алатын балаға диагноз қою үшін:

<variant> тез әсер ететін бронхолитиктер

<variant> ұйықтататын препараттар

<variant> қақырық түсіргіш препараттан

<variant> ыстық түсіретін дәрі

<variant> антибиотиктер

<question> Пульсоксиметрия-қанның ... қанығу дәрежесін анықтайтын инвазивті емес әдісі

<variant> оттегімен

<variant> метгемоглобинмен

<variant> газбен

<variant> ферритинмен

<variant> қышқылдармен

<question> Пульсоксиметрия әдісінің негізінде қанның мөлшеріндегі ... спектрофотометриялық әдісімен бағалау жатыр жатыр

<variant> гемоглобинді

<variant> оттегіні

<variant> газ құрамыз құрамы

<variant> ферритина

<variant> жанама билирубин

<question> Егер балада қауіпті төрт белгілерінің бірі болса, оны дереу ауруханаға емдеу үшін жіберу керек. Бұл келесі белгілерден басқасы:

<variant> күшті жөтел

<variant> бала іше алмайды немесе емізе алмайды

<variant> осы ауру кезінде құрысулар

<variant> әрбір тамақ ішкеннен немесе ішкеннен кейін құсу

<variant> летаргиялық немесе ессіз

<question> Обструктивті бронхитпен тыныс алу жеткіліксіздігі....

<variant> экспираторлық

<variant> инспираторлық

<variant> аралас

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 87 беті

<variant> тыныс алу

<variant> еңтігу Шика

<question> Жоғарғы тыныс жолдарына - ... жатады .

<variant> мұрын, жұтқыншақ

<variant> көмей

<variant> трахея

<variant> бронхтар

<variant> альвеолалар

<question> Төменгі тыныс жолдарына - ... жатады .

<variant> бронхиолалар, альвеолалар

<variant> мұрын, жұтқыншақ

<variant> көмей

<variant> трахея

<variant> бронхтар

<question> 1 жастағы баланың тыныс алу жиілігі мен жүрек соғу жиілігінің арақатынасы:

<variant> 1: 3,5

<variant> 1:3

<variant> 1:2,5

<variant> 1: 4

<variant> 1:5

<question> Ұл бала 1,5 жаста, жіті ішек инфекциясынан кейін сұйық, сулы, қышқыл, көбікті нәжіс пайда болды; метеоризм, іштегі шаншу. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

<variant> екіншілік лактоза жеткіліксіздігі

<variant> целиакия ауруы

<variant> муковисцидоз

<variant> жедел ішек инфекциясы

<variant> экссудативті энтеропатия

<question> Бала 7 айлық, жасанды тамақтандыруда. Бейімделген қоспаны қабылдайды, бірақ 2 күн бұрын анасы сиыр сүтін берді, содан кейін балада күніне 10 рет үлкен нәжіске және 1-2 рет құсу болды. Тексеру кезінде бала тыныш, тіндердің тургоры төмендейді; көздері кіріңкі, жылау кезінде көз жас жоқ, үлкен еңбегі кіріңкі, шырышты қабық құрғақ, ерні қызыл, жүрек үні тұйықталған.

Дегидратация дәрежесі:

<variant> орта

<variant> жеңіл

<variant> ауыр

<variant> сусыздандыру жоқ

<variant> өте ауыр

<question> Бала 10 күндік, туылған кезде салмағы 3400 г, перзентханадан 4 тәулікте шығарылды.

Алғашқы күннен бастап емізгеннен кейін бірнеше рет құсу, диарея, дене температурасының және улану белгілері болған жоқ. Копрограммасында нәжіс Ph 5,5-ке, май қышқылдығы ++ - ке төмендеген.

Клиникалық-зертханалық деректер сәйкес келеді:

<variant> лактоза жеткіліксіздігі

<variant> дисбактериозға

<variant> сахароза жеткіліксіздігі

<variant> целиакия ауруы

<variant> муковисцидоздың ішектік түрі

<question> Тиреотоксикалық зобтағы ең маңызды "көз симптомын" көрсетіңіз:

<variant> экзофтальм

<variant> көз саңылауларының кең ашылуы

<variant> сирек және толық емес жыпылықтау

<variant> қабақ треморы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 88 беті

<variant> жақсартылған көз жылтырлығы

<question> Тиреотоксикалық зоб кезінде жүйке жүйесі мен психикадағы ең маңызды өзгерістерді бөліп көрсетініз:

<variant> иық белдеуінің атрофиясы және парезі

<variant> мотор козуы эмоциялық тұрақсыздық "конвульсиялық" аңырау

<variant> ұйқының бұзылуы, бас ауруы

<variant> созылған қол саусақтарының жиі, ұсақ, ырғақты треморы

<variant> тершендік, тұрақты қызыл дермографизм, терінің қышуы, температураның жоғарылауы

<question> Контринсулярлық әсері жоқ гормон:

<variant> асқазан-ішек гормондары

<variant> соматостин

<variant> кортизон

<variant> глюкогон

<variant> Тироксин

<question> Қарау кезінде қалқанша безінің ұлғаюы қай дәрежеге сәйкес келеді сипаттамасы "қалың мойын", үлкейген анық без көрінеді.

<variant> III дәреже

<variant> IA дәреже

<variant> IB дәреже

<variant> II дәреже

<variant> IV-Y дәреже

<question> Бүйрек үсті қыртысының гломерулярлық аймағында бөлінеді:

<variant> альдостерон

<variant> кортизол

<variant> кортизон

<variant> кининаза

<variant> адреналин

<question> Бүйрек үсті безінің бастапқы созылмалы жеткіліксіздігі сипатталады:

<variant> жергілікті тері депигментациясы

<variant> тері және шырышты пигментация

<variant> гипертониялық криздер

<variant> үнемі жоғары қан қысымы

<variant> дене салмағының өсуі

<question> Бүйрек үсті безінің қайталама жеткіліксіздігі сипатталады:

<variant> қандағы кортизол концентрациясы сақталған кезде альдостеронның төмен деңгейімен

<variant> жоғары – АКТГ кезінде кортизолдың төмен концентрациясы

<variant> кортизол және АКТГ төмен концентрациясы

<variant> қан қысымының тұрақты жоғарылауы

<variant> терінің гиперпигментациясы

<question> Балаға жүрекшеаралық қалқаның ақауы диагнозы қойылған. аускультативті түрде тыңдалғанда жүрек проекциясы нүктесінде максимумды шу естіледі:

<variant> төстің төменгі үштен бірінде

<variant> жүрек ұшы түткісінде

<variant> өкпе артериясында

<variant> төстің оң жағында екінші қабырғааралықта

<variant> төстің оң жағында үшінші қабырғааралықта

<question> Гистологиялық тұрғыдан дерманың құрылымы ересектердегідей:

<variant> 6 жаста

<variant> 1жыл

<variant> 3жыл

<variant> 9 жыл

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 89 беті

<variant> 12 жыл

<question> Теріні, тері астындағы тіндерді және иықтың немесе жамбастың ішкі жағындағы бұлшықеттерді екі саусақпен қысу арқылы анықталады:

<variant> тіннің тургоры

<variant> серпімділік

<variant> тері ылғалдылығы

<variant> тамырлардың сынғыштығы

<variant> сезімталдық

<question> Жаңа туылған нәрестелердегі қоңыр май тіндері қатысады:

<variant> қысқартылмайтын термогенез

<variant> иммунитетті дамыту

<variant> гормондар өндірісі

<variant> лейкоциттер өнімдері

<variant> қызыл қан өндіру

<question> Кеуде қуысының воронка тәрізді пішіні байқалады

<variant> сүйек жүйесі зақымданған кезде

<variant> жүрек-тамыр жүйесі зақымданған кезде

<variant> қан түзу жүйесі зақымданған кезде

<variant> бұлшықет жүйесі зақымданған кезде

<variant> тыныс алу жүйесі зақымданған кезде

<question> Остеомалация-бұл сүйектерде болатын процесс:

<variant> жұмсарту

<variant> тығыздалу

<variant> қирату

<variant> қисықтық

<variant> Өсу

<question> Гиперплазия-бұл сүйектерде болатын процесс:

<variant> өсу

<variant> тығыздалу

<variant> жұмсарту

<variant> қирату

<variant> минералдану

<question> Бұлшықет гипертониясы:

<variant> қолды қысу жұдырыққа

<variant> аяқ-қол салбырап тұруы

<variant> қалыптың бұзылуы

<variant> бастың салбырап тұруы

<variant> жүрістің бұзылуы

<question> Балаға 8 ай. Анам баланың летаргиялығына, нашар тамақтанатынына, басының терлеуіне шағымданады. Тексеру кезінде-сана айқын, төсектегі қалпы пассивті, терінің түсі ал қызғыл, тістері жоқ, бастың артқы жағы мен шаштың түсуі, бұлшықет гипотензиясы. Сіздің болжамыңыз

<variant> сүйек жүйесінің зақымдануы

<variant> қан өндіру жүйесінің зақымдануы

<variant> бұлшықет жүйесінің зақымдануы

<variant> жүйке жүйесінің зақымдануы

<variant> эндокриндік жүйенің зақымдануы

<question> Бала 1,5 жаста. Анасы баланың өздігінен жүрмейтініне, тұра алмайтынына шағымданады.

Тексеру кезінде: бұлшықет тонусы төмендеген, ауырсынумен, үлкен еңбегі –1,5×1,5 см, 5-пен 8-қабырғада сүйек тінінің шеміршекке бекінген жерінде тығыздалу пальпацияланады, аяқтың варустық қисықтығына, тістері - 2. Сіздің болжамыңыз:

<variant> сүйек жүйесінің зақымдануы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 90 беті

<variant> қан өндіру жүйесінің зақымдануы

<variant> жүйке жүйесінің зақымдануы

<variant> бұлшықет жүйесінің зақымдануы

<variant> эндокриндік жүйенің зақымдануы

<question> Обструкция синдромында жөтелдің сипаты:

<variant> аз қақырықты

<variant> ұстамаой

<variant> спазматикалық

<variant> ауыр, құрғақ

<variant> дөрекі, үрген

<question> Дауыс дірілі күшейеді:

<variant> өкпе тінінің тығыздалуында

<variant> плевралық қуысында сұйықтықтың жиналуында

<variant> өкпе тінінің ауамен желденуі

<variant> обструктивті синдром

<variant> плевралық қуыста ауаның болуы

<question> Дауыс дірілі әлсірейтін синдром:

<variant> өкпе тінінің ауамен желденуі

<variant> бронх обструкциясы синдромы

<variant> плевра қуысына сұйықтық жиналуы

<variant> өкпе тінінің тығыздау синдромы

<variant> плевралық қуыста ауа бар

<question> Балалардағы обструктивті синдромға тән:

<variant> ысқырықты тыныс

<variant> мұрын қанаттарының ісінуі

<variant> дауыстың қарлығуы

<variant> кеуде тқсында ауырсыну

<variant> дауыстың болмауы

<question> Қақырықты ауыз толтырып шығару синдромы байқалады:

<variant> бронхоэктаз

<variant> плевраның зақымдануы

<variant> өкпе тінінің тығыздалуы

<variant> өкпе эмфиземалары

<variant> бронх обструкциясы

<question> Присталикалық дірілдеу келесі жағдайларда аныкталады:

<variant> митральды стеноз

<variant> митральды қақпақшаның жеткіліксіздігі

<variant> қолқа сағасының стенозы

<variant> өкпе артериясының стенозы

<variant> трикуспидті клапан жеткіліксіздігі

<question> Сол жақтағы екінші қабырғааралықта дөрекі систоалық шу естіледі:

<variant> өкпе артериясының стенозында

<variant> ашық артериялық түтікте

<variant> қолқа клапандары жеткіліксіздігінде

<variant> қарыншааралық перденің ақауы

<variant> қолқа сағасының стенозы

<question> Өкпе артериясындағы 2 тонның әлсіреуі осы қақпа жеткіліксіздігі кезінде байқалады:

<variant> өкпе артериясының

<variant> трикуспид

<variant> митраль

<variant> қолқа

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы		38/11
Бақылау-өлшеуіш құралдары		97 беттің 91 беті

<variant> веноздық жеткіліксіздігі

<question> Өкпе артериясында 2 тонның күшеюі осы бөлімнің стенозда байқалады:

<variant> өкпе артериясының створкаларының

<variant> митральды тесіктің

<variant> қолқа створкаларының

<variant> төменгі қуыс венаның

<variant> үшжармалы қақпаның

<question> Диастолалық шу келесі жағдайларда естіледі:

<variant> қолқа клапандары жеткіліксіздігі

<variant> ашық артериялық өзек

<variant> қарынша аралық перденің ақауы

<variant> өкпе артериясының стенозы

<variant> жүрекше аралық перде ақауы

<question> Органикалық емес шудың органикалық шудан айырмашылығын атаңыз:

<variant> дене белсенділігі кезінде төмендейді

<variant> тұрақты

<variant> дөрекі

<variant> арқаға, қолтық асты аймағына беріледі

<variant> жаттығу кезінде күшейтеді

<question> Бала 11 ай бойы физикалық дамуда артта қалады, назолабиальды үшбұрыштың цианозы және тыныс алу. Жүрек өркеші пайда болды. Перкуссияда жүректің шекаралары кеңейеді.

Аускультативті түрде Стернумның сол жағындағы IV интеркостальды максималды қарқындылықпен өрескел систолалық шу естіледі. Болжам туа біткен жүрек ақауы:

<variant> қарынша аралық перденің ақауы

<variant> ашық артериялық проток

<variant> жүрекше аралық перденің ақауы

<variant> өкпе артериясының стенозы

<variant> аорта стенозы

<question> Бала 5 жаста, дене белсенділігі кезінде енгізу байқалады, ал физикалық және нейрорсихикалық дамуда ол күшейеді, терісінің түсі қалыпты, тек саусақтардың, мұрынның, щектердің ұштары ал қызыл реңге ие. Кеуде қуысы қалыпты пішінді, жүрек өркеші қалыптаспаған. Пальпация кезінде систолалық діріл, аускультативті түрде екі қабырға аралықта сол жақта дөрекі систолалық шу естіледі. сіздің болжамыңыз бойынша қандай туа біткен жүрек ақауы:

<variant> өкпе артериясы сағасының стенозы

<variant> қарыншааралық қалқаның ақауы

<variant> қолқа коарктациясы

<variant> тетрада Фалло

<variant> қолқа сағасының стенозы

<question> Бала 3 жаста. Физикалық дамудың артта қалуы байқалады, тері астындағы май нашар дамыған. Нәжіс көп, жылтыр .Нәжісте - бейтарап май, бұлшықет талшықтары. Болжамды синдромальды диагноз:

<variant> мальабсорбция

<variant> сарғаю

<variant> өт шығару жолдарының дискинезиясы

<variant> жеткіліксіздігі

<variant> ішек инфекциясы

<question> Бала 9 жаста. Терінің сарғаюы сұр-жасыл реңмен, терінің қышуымен, нәжістің түссізденуімен, зәрдің сары түсімен байқалады. Қанда билирубин мен холестерин деңгейі жоғарылаған. Болжамды синдромальды диагноз:

<variant> холестаз

<variant> гепатоциттердің жеткіліксіздігі

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 92 беті

<variant> мальабсорбция

<variant> пилоростеноз

<variant> гепатоциттердің қабынуы

<question> Бала 5 жаста. Анасының айтуы бойынша іштің ауыруы, бас ауруы, бетіндегі ісіну, дене температурасының жоғарылауы туралы шағыманып келді. Қанның жалпы анализінде тексеру кезінде: лейкоцитоз, нейтрофилез, ЭТЖ жоғарлауы, несептің жалпы анализінде: лайлы, ақуыз 1,2 г/л, эритроциттер – көру аймағында 35-47-68, лейкоциттер – көру аймағында 15-18-22. Қан қысымы жас нормасынан жоғары. Сіздің болжамды синдромальды диагнозыңыз:

<variant> нефритикалық синдром

<variant> нефротикалық синдром

<variant> жедел бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> несеп-жыныс жүйесінің даму кемістігі

<question> Бала 15 жаста. 5 жастан бастап ауырады, нефрологтың есебінде тұр. Ауыр бас ауруы, жүрек ауруы, диурездің бұзылуы, жүрек айну, құсу туралы шағымдар. Бүйрек УДЗ кезінде-бүйрек мөлшері азаяды, биохимиялық қан анализі-азотемия. Сіздің синдромальды диагнозыңыз:

<variant> бүйрек жеткіліксіздігі синдромы

<variant> зәр шығару жүйесінің инфекция синдромы

<variant> зәр синдромы

<variant> дизуриялық синдром

<variant> ісіну синдромы

<question> Бала 15 күндік, ауыр халде жедел жәрдем арқылы түсті, санасы 1 дәрежелі кома, тері түсі – бозарған, ЖКА – патологиясыз, қанның биохимиялық талдауы – азотты негіздер нормадан жоғары, тәуліктік диурез – тәулігіне 1,1 мл. Анамнезден анасы баланы сиыр сүтімен тамақтандыратыны белгілі. Сіздің синдромальды диагнозыңыз:

<variant> жедел бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі

<variant> ферментопатия

<variant> АДЖ дамуының туа біткен кемістігі

<variant> бүйректің несепқышқылды инфарктісі

<question> Балалардағы медиастинальды лимфа түйіндерінің ұлғаюы осы жолмен анықталады:

<variant> рентгенологиялық

<variant> зертханалық

<variant> биопсия кезінде

<variant> эндоскопиялық

<variant> ультрадыбыстық

<question> Бала 6 ай. Анасының айтуынша, Д витаминінің профилактикалық дозасы аясында тәбеттің нашарлауы, құсу және нәжістің жоғарылауы байқалады. Соңғы 2 апта ішінде бала Д витаминін 5000ме/тәулік дозасында алғаны анықталды. Тексеру кезінде-дегидратация белгілері. Сіздің болжамыңыз:

<variant> жедел Д вит гипервитаминоз

<variant> созылмалы Д вит гипервитаминоз

<variant> ішек инфекциясы

<variant> асқазанның функционалды бұзылуы

<variant> энтеровирустық инфекция

<question> 15 жастағы балада кездейсоқ гликемия анықталған 9,3 ммоль / л. Сіздің әрекетіңіз:

<variant> аш қарынға гликемияны анықтау, екі рет

<variant> диетаны сақтаудың 2 аптасынан кейін аш қарынға гликемияны қайта анықтау

<variant> тамақтан кейін 2 сағаттан кейін гликемияны анықтау

<variant> ұйқы алдында гликемияны қайта анықтау

<variant> глюкозаға төзімділіктің ауызша тестін жүргізу

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 93 беті

<question>Мәжбүрлі дем шығару көлемі 1 сек. (FEV1), 5 жастан асқан балалардағы мәжбүрлі өмір сүру қабілеті (FCV) және максималды дем шығару жылдамдығы (PEF) Сізге мыналарды бағалауға мүмкіндік береді:

- <variant> бронх обструкциясы дәрежесі
- <variant> ағза аллергиясының дәрежесі
- <variant> инфекциялық процестің айқындылық дәрежесі
- <variant> ағзаның иммундық жүйесінің жағдайы
- <variant> бронх демікпесінің ауырлығы

<question>Пикфлоуметрдің көмегімен өлшенеді:

- <variant> максималды (ең жоғары) дем шығару жылдамдығы (PEF)
- <variant> жалпы дем шығару сыйымдылығы
- <variant> өкпенің өмірлік сыйымдылығы
- <variant> өкпенің қалдық көлемі
- <variant> бронх обструкциясы дәрежесі

<question> 5 жастағы балада байқалады: шаршау, сол жақ қарыншаның пульсациясының жоғарылауы, 2-ші қабырғааралықта дірілдеу, ЭКГ белгілер: сол жақ қарыншаның шамадан тыс жүктелуі, рентгенограммада - кіші шеңбердің гипертрофиясы, сол жақ қарыншаның ұлғаюы. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз:

- <variant> ашық артериялық өзек
- <variant> өкпе артериясының стенозы
- <variant> қарыншааралық септумының ақауы
- <variant> субаортальды стеноз
- <variant> аорта коарктациясы

<question>12 жастағы қызда жүрек аймағында мерзімді тесіп ауырсыну бар. Алдымен тағайындауы керек:

- <variant> ЖҚА және ЭКГ
- <variant> ФКГ
- <variant> жүрек рентгенографиясы
- <variant> физикалық жүктемесі бар сынама
- <variant> велоэргометрияны

<question> ЭКГ-да қарыншалардың мерзімінен бұрын қозу синдромы бар балалар пайда болу қаупі бар:

- <variant> пароксизмальді тахикардияда
- <variant> ревматизмде
- <variant> гипертрофиялық кардиомиопатияларда
- <variant> перикардите
- <variant> поствирустық миокардитте

<question> Өңештің варикозды тамырларын анықтау үшін ең нәтижелі зерттеу болып табылады:

- <variant> гастродуоденоскопия
- <variant> бариймен АДЖ рентгенографиясы
- <variant> нәжісті жасырын қанға зерттеу
- <variant> қан анализі
- <variant> асқазанішілік Рн-метрия

<question> Өңеш ахалазиясына тән:

- <variant> қорытылмаған тамақпен құсу
- <variant> өт қосындысымен құсу
- <variant> тамақтанғаннан кейін 1 сағаттан кейін кекіру
- <variant> қорытылған тамақпен құсу
- <variant> қызыл

<question>Балалардағы асқазан сөлінің рН-ын анықтау үшін қандай көрсеткіштер бар:

- <variant> эпигастрий аймағындағы арық ауырсыну

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 94 беті

<variant> дизуриялық құбылыстар

<variant> дефекация кезіндегі ауырсыну

<variant> дисфагия

<variant> іш қату

<question> Он екі елі ішектің микроскопиясының нәтижелері бойынша өт қабының осы патологиясын анықтауға болады:

<variant> дисхолияны

<variant> дискинезияны

<variant> холецистит

<variant> аномалияны

<variant> калькулезді холецистит

<question> Қандағы зәр қышқылының жоғарылауы мыналарды көрсетуі мүмкін

<variant> пуриндердің алмасуының бұзылуы

<variant> кальций алмасуының бұзылуы

<variant> оксал қышқылы алмасуының бұзылуы

<variant> атопиялық дерматитте

<variant> цистин алмасуының бұзылуы

<question> Гемолиздің негізгі гематологиялық белгісі:

<variant> ретикулоцитоз

<variant> лейкоцитоз

<variant> ЭТЖ жоғарылауы

<variant> тромбоцитоз

<variant> полицитемия

<question> Тістердің қозғалғыштығы , қызыл иектің қан кетуі (периодонтальды синдром) болуы мүмкін:

<variant> нейтропения

<variant> респираторлы-вирусты ауруда

<variant> нефритте

<variant> "коллагеноздар"

<variant> дәнекер тінінің жүйелік аурулары

<question> 14 жастағы қыз ұзын бойлы , булимия, шөлдеу, ІІІ дәрежелі семіздік, сүт бездерінің, жамбастың, иықтың, іштің терісінде қызғылт стрия бар. Қан қысымы-140/80 мм. рт.сіздің алдын-ала диагнозыңыз:

<variant> май алмасуы бұзылған гипоталамикалық синдром

<variant> конституциялық экзогендік семіздік

<variant> церебральды семіздік

<variant> вегетодистония

<variant> вазоренальді гипертензия

<question> 10 жастағы қыз. Гиперкортицизм белгілері жоқ ІІ дәрежелі семіздік. Ата-анасында артық салмақ бар. Невропатолог патологияны анықтаған жоқ. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз:

<variant> Конституциялық экзогендік семіздік

<variant> май алмасуы бұзылған гипоталамикалық синдром

<variant> церебральді семіздік

<variant> Лоуренс- Мун- Бидля синдромы

<variant> Иценко-Кушинга ауруы

<question> 3 айлық балада тіреу реакциясының және автоматты жүрістің жойылуы мынаны көрсетеді:

<variant> қозғалыстық дамуыдың дұрыс бағыты

<variant> тұрақты церебральды ақау

<variant> жұлынның зақымдануы

<variant> проградиянт ауруында

<variant> мешелді

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 95 беті

<question>Балаларда "цилиарлы дискинезия" синдромы тән:

<variant> Картагенер синдромына

<variant> өкпе гемосидерозына

<variant> өкпе поликистозына

<variant> жедел пневмонияға

<variant> обструктивті синдромға

<question> Бір жасар баланың биохимиялық қан анализін бағалаңыз: жалпы кальций 1,7 ммоль/л, фосфаттар – 0,7 ммоль/л.

<variant> гипофосфатемия, гипокальциемия

<variant> гипофосфатемия, нормокальциемия

<variant> нормофосфатемия, гипокальциемия

<variant> гиперфосфатемия, гипокальциемия

<variant> гипофосфатемия, гиперкальциемия

<question> 2 жастағы балада несеп арқылы ақуыздың жоғалуының мүмкін қалыпты шегі:

<variant> несеп арқылы ақуыз жоғалмау керек

<variant> 0,033 г/л-ге дейін мүмкін

<variant> тәулігіне 100 мг-ға дейін

<variant> тәулігіне 100 мг-дан бастап

<variant> 1,0 г/л-нан бастап

<question> Жас балаларда тыныс алу жеткіліксіздігінің белгілері:

<variant> тыныс алудың қысқаруы, мұрын-ерін үшбұрыштың цианозы, мұрын қанаттарының кеңеюі

<variant> пароксизмальды жөтел, гиперпигментация

<variant> сарғаю синдромы

<variant> ысқырықты құрғақ сырылдар

<variant> катаральды құбылыстар, интоксикация синдромы

<question>Парасимпатотонус басым вегетативті дисфункция синдромы үшін тән:

<variant> бас айналу, талу, іштің спастикалық ауруы

<variant> атониялық іш кату

<variant> сирек зәр шығару

<variant> энурез

<variant> бас аурулары

<question> Симпатотонус басым вегетативті дисфункция синдромы үшін тән:

<variant> атоникалық іш кату, сирек кездесетін зәр шығару

<variant> бас айналу, талмалар

<variant> іштің спастикалық ауруы

<variant> энурез

<variant> бас айналу

<question> Парасимпатикалық тонус басым вегетативті дисфункция синдромы үшін тән:

<variant> терінің мраморлығы, тұрақты қызыл дермографизм, терлеудің жоғарылауы

<variant> тері жамылғысы

<variant> терлеудің болмауы, тұрақты ақ дермографизм

<variant> аяқ-қолдың мұздауы

<variant> сирек зәр шығару

<question> Симпатотонус басым вегетативті дисфункция синдромы үшін тән:

<variant> терінің бозаруы, терінің құрғауы

<variant> тері жамылғылары мрамор түстес

<variant> тұрақты қызыл дермографизм

<variant> пастозностьтері жамылғысы

<variant> іштің спастикалық ауруы

<question>Қарынша аралық қалқан ақауы кезінде систолалық шудың ең жақсы естілу орны:

<variant> Боткин нүктесі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 96 беті

<variant> жүрек төбесі

<variant> төстің оң жағында екінші қабырғааралықта

<variant> төстің сол жағында екінші қабырғаарлықта

<variant> қолтықтасты аймақ

<question> Эритроциттердің регенераторлық формаларына мыналар жатады:

<variant> ретикулоциттер, нормобласттар

<variant> полихроматофилдер

<variant> пойкилоциттер

<variant> анизоциттер

<variant> лейкоциттер

<question> І жасар балада несептің қалыпты салыстырмалы тығыздығы:

<variant> 1002-1010

<variant> 1012-1016

<variant> 1014-1023

<variant> 1016-1022

<variant> 1030-1033

<question> 6 айлық бала үшін "анурия" термині білдіреді:

<variant> зәр шығару кемінде 0,1 мл/кг/сағ

<variant> зәр шығару кемінде 5 мл/кг/сағ

<variant> зәр шығару кемінде 3 мл/кг/сағ

<variant> зәр шығару кемінде 2 мл/кг/сағ

<variant> зәр шығару кемінде мл/кг/сағ

<question> Нечипоренко бойынша зәр талдауы ол:

<variant> 1 мл зәрдегі лейкоциттер, эритроциттер және цилиндрлер санын есептеу

<variant> тәулігіне бөлінген лейкоциттер, эритроциттер және цилиндрлер санын есептеу

<variant> бір сағат ішінде бөлінген лейкоциттер, эритроциттер және цилиндрлер санын есептеу

<variant> 8 сағат ішінде бөлінген лейкоциттер, эритроциттер және цилиндрлер санын есептеу

<variant> минутына бөлінген зәр мөлшерін анықтау

<question> Жас балалардағы бүйректің үлкен қозғалғыштығына не себеп болады?

<variant> майлы капсуланың әлсіз дамуы, алдыңғы және алдыңғы нүктелі фассияның дамымауы

<variant> поликистозға бейімділік

<variant> несепағарлардың бұралуы

<variant> бүйректің салыстырмалы түрде үлкен массасы

<variant> бүйрек құрылымының лобулярлы түрі

<question> Нәрестелердегі жедел бүйрек жеткіліксіздігінің жиі кездесетін себебі:

<variant> гемолитико-уремиялық синдром

<variant> диспептиялық синдром

<variant> жедел біріншілік пиелонефрит

<variant> жасанды тамақтандыру

<variant> жедел цистит

<question> Круп синдромы қандай вирустық инфекцияларда жиі кездеседі?

<variant> парагрипп

<variant> энтеровирусты инфекция

<variant> аденовирусты инфекция

<variant> ротавирусты инфекция

<variant> грипп

<question> Сурфактанттың жетіспеушілігі:

<variant> ателектаздардың дамуына

<variant> кіші қан айналымының гипертензиясы

<variant> бронхиальді демікпеге

<variant> өкпе эмфиземасына

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Педиатрия 1 кафедрасы Бақылау-өлшеуіш құралдары		
		38/11 97 беттің 97 беті

<variant> пневмотораксқа

<question> Тыныс алудың шектеулі түрі спирография мен спирометрияның келесі көрсеткіштерімен сипатталады:

<variant> тыныс алудың резервтік көлемін азайту, өкпенің максималды желдетілуін азайту арқылы
ӨӨС төмендеуі

<variant> ӨӨС (өкпенің өмірлік сыйымдылығын) төмендеуі, дем шығарудың резервтік көлемінің ұлғаюы және қалдық көлемінің ұлғаюы

<variant> ӨӨС (өкпенің өмірлік сыйымдылығын) төмендеуі, тыныс алудың резервтік көлемінің ұлғаюы және қалдық көлемінің ұлғаюы

<variant> тыныс алудың резервтік көлемін ұлғайту, өкпенің максималды желдетілуін арттыру арқылы
ӨӨС жоғарылауы

<variant> тыныс алудың резервтік көлемін азайту, өкпенің максималды желдетілуін арттыру арқылы
ӨӨС төмендеуі