

! Балаларда жиі кездесетін өңеш түтігінің қосарлану түрлері қайсы:

- \* овалді, аралас
  - \*+түтікті, кистозді
  - \* цилиндрлі, аралас
  - \* тік, овалді
  - \* жасырын, аралас
- ! Жайылған перитониттің кезеңдері қалай аталады?
- \* жеңіл, токсикалы, терминальді
  - \* ауыр, токсикалы, терминальді
  - \* өте ауыр, реактивті, токсикалы
  - \*+реактивті, токсикалы, терминальді
  - \* адинамия, септикопиемия, токсикалы

! Диафрагма жарығының қай түрі үнемі жалған болады?

- \* алдыңғы
  - \*+артқы
  - \* көк ет куполының жарығы
  - \* өңеш тесігінің жарығы
  - \* көк еттің релаксациясы
- ! Балаларда шап жарығы дамуының негізгі себебі қандай?

- \* құрсақ ішілік қысымның жоғарылауы
  - \* үлкен жүктеме бергенде
  - \*+құрсақтың вагинальді өсіндісінің облитерациясының бұзылуы
  - \* асцит
  - \* жатыр ішілік болған перитонит
- ! Ішек инвагинациясы қай жаста жиі кездеседі?
- \* 2 айға дейін
  - \*+4 айдан 9 айға дейін
  - \* 1 жастан 3 жасқа дейін
  - \* 3 жастан 7 жасқа дейін
  - \* 7 жастан асқанда

! Өңеш атрезиясының жиі кездесетін түрі:

- \* өңеш тәж тәрізді қуысы жоқ
- \* жоғарғы және төменгі бөлігінің толық атрезиясы
- \* жоғарғы және төменгі кеңірдек-өңеш жыланкөзбен жүретін атрезия
- \*+жоғарғы бөлігі толық бітеу, төменгі кеңірдек-өңеш жыланкөзбен жүретін атрезия
- \* төменгі бөлігі толық бітеу, жоғарғы кеңірдек-өңеш жыланкөзбен жүретін атрезия

! Спайкалы ішек жүрмеуінің кеш түрі дегеніміз:

- \* екі аптадан кейін
- \*+бір айдан кейін
- \* үш айдан соң
- \* бір жастан кейін
- \* стационардан шыққан соң

! Паренхиматозды ағзалардың жабық жарақатына тән клиникалық симптомды атаңыз:

- \* перитонит синдромы
- \* дизуриялық синдром
- \* бауыр-бүйрек жетіспеушілігі
- \* жүрек-қан тамыр жетіспеушілігі
- \*+ ішкі қан кету синдромы

! Жедел гастрит кезінде болатын құсықтың болу себебі:

- \*+рефлекторлы
- \* орталықты
- \* өңеш түтігі өткізгіштігінің бұзылысына байланысты
- \* аралас
- \* интоксикациялы

! Сколиозға тән емес белгілер:

- \*+гиперлордоз, кеуде қаңқасының қисаюы
- \* Белі жіңішке (осиная талия), жамбас сүйектерінің кеңейуі
- \* қабырғалық бүкірлік, талии үш бұрышының ассиметриясы
- \* жота ұзындығы бойынша бұлшық ет валигі, қабырғаның шығыңқы болуы
- \* иықтың, жауырынның ассиметриясы

! Хирургиялық стационарға анасымен бірге жатқызу критеріі қандай?

- \* администрация нұсқауы бойынша
  - \* баланың өз шешімі бойынша
  - \* бөлімде персоналдың жетіспеуіне байланысты
  - \*+баланың ауырлық жағдайына және қосымша күтімді қажет еткен кезде
  - \* туыстарының психоэмоциональді жағдайына байланысты
- ! Ерте жастағы балалардың жедел аппендицит клиникасының ерекшелігі?

- \*+жергілікті симптомдарға қарағанда жалпы симптомдардың басым болуы
- \* құсудың болмауы
- \* терісінде түрлі бөртпенің болуы
- \* Щеткин Блюмберг симптомының айқын болуы
- \* айқын енгіту

! Эскреторлы урография жасауға қарсы ккрсеткіш болып табылады:

- \*+жедел пиелонефрит
  - \* бүйрек жарақаты
  - \* бүйректің шаншуы
  - \* макрогематурия
  - \* созылмалы бүйрек жетіспеушілігі
- ! Инвагинацияның қай кезеңіне рефлекторлы құсу тән:
- \*+бастапқы кезеңіне
  - \* инвагинаттың дамыған кезеңіне
  - \* асқыну кезеңіне
  - \* компенсирленген кезеңіне
  - \* субкомпенсирленген кезеңіне

! Ерте спайкалы ішек өтпеуінің мерзімі:

- \* бірінші тәулікте
  - \* 2-3 тәулікте
  - \*+4-5 тәулікте
  - \* 7-13 тәулікте
  - \* 14 тәуліктен 1 айға дейін
- ! Өңеш атрезиясына тән белгі:
- \* туылғаннан құсу
  - \*+туылғаннан аузынан көбікті бөліністің болуы
  - \* өңешінен қан кету
  - \* іші түсіп кеткен (ладьевидный)
  - \* кекіру

! Балаларда ішек инвагинациясы жиі кездеседі:

- \* аш-аш ішекті
  - \*+аш-тоқ ішекті
  - \* тоқ-тоқ ішекті
  - \* ретроградты
  - \* мықын-мықын ішекті
- ! Балаларда жиі кездесетін жарық түрі:
- \* санды (бедренные)
  - \*+қисық шапты
  - \* тік шапты
  - \* жүре пайда болған
  - \* операциядан кейін пайда болған

! Диафрагма жарығының қай түрі жалған болады:

- \* алдыңғы
  - \* көк ет куполының жарығы
  - \* өңеш тесігінің жарығы
  - \*+френико кардиальді
  - \* көк ет релаксациясы
- ! Аппендикулярлы перитониттің бірінші кезеңіне тән клиникалық белгі:
- \*+ішінің қатты ауру сезімі
  - \* ішінің үнемі сыздап ауыруы
  - \* жасыл түсті құсу
  - \* нәжіс аралас құсу
  - \* ішінің қабырға доғасына дейінгі кебуі

! Қай жағдайда эскреторлы урография жасалмайды?

- \* бүйрек жарақаты
- \* бүйрек шаншуы
- \*+анурия
- \* макрогематурия
- \* бүйректің созылмалы жетіспеушілігі

! Балаларда өңештен қан кету болатын патологияны атаңыз:

- \* өңеш рагы
- \* өңеш дивертикулы
- \* өңеш гемангиоматозы
- \*+портальді гипертензия кезіндегі өңеш көк тамырының кеңейуі
- \* өңеш күйігі

! Құрсақ қуысының паренхиматозды ағзасының жарақаты бар екені туралы мәлімет беретін зерттеу әдісі:

- \*+құрсақ қуысының шолу рентгенсуреті
- \* қанның жалпы анализі, ЭКГ
- \* кеуде қуысының рентгеноскопиясы
- \* зурдің жалпы анализі
- \* УДТ

! Балаларда шап аймағында жиі кездесетін жарық:

- \* сан
  - \* тік шапты
  - \* жүре пайда болған
  - \*+туа пайда болатын
  - \* операциядан кейін пайда болған
- ! Қандай диафрагма жарығы тыныс және жүрек-қан тамыр жетіспеушілігімен байқалады:

- \* алдыңғы
- \*+артқы
- \* көк еттің шектелген жарығы
- \* өңеш жарығы
- \* френико кардиальді

! Бақша жасындағы балалардың жедел аппендицитінің клиникалық ерекшелігіне тән емес:

- \* Щеткин Блюмберг симптомы айқын
- \* ішінде жайылған іш ауру сезімі
- \* құсудың болмауы
- \* полиморфты тері бөртпесі
- \*+жоғары дене қызуы

! Асқынбаған шап жарығы кезінде жарығ қапшығы қандай болады?

- \* эластикалылық қатты, тұйық перкуторлы дыбыс, көлемі өзгеріп тұрады
- \* жұмсақ, көлемі өзгермейді, перкуторлы дыбысы тұйық
- \*+жұмсақ, күшенген кезде көлемі үлкейеді, ауырмайды

\* тығыз, перкуторлы дыбысы жоғары, көлемі өзгермейді  
 \* тығыз, жоғалмайды, көлемі өзгермейді  
 ! Диафрагма жарығының қай түрі дисфагиялық бұзылыспен байқалады:  
 \* алдыңғы  
 \* артқы  
 \* диафрагма куполы  
 \*+диафрагманың өңеш тесігі  
 \* френико кардиальді  
 ! Қандай ішек жыланкөзіне міндетті түрде хирургиялық ем жасау керек:  
 \* қалыптаспаған  
 \* қалыптасқан  
 \*+ерін тәрізді (губовидный)  
 \* ірінді ошаққа ашылған жалынкөз  
 \* кіндік жыланкөзі  
 ! Аталған себептердің қайсысы балалардың аш ішегінен қан кетуді шақырады:  
 \* аш ішектің рагы  
 \* аш ішектің туберкулезі  
 \*+Меккел дивертикуласы  
 \* жедел энтерит  
 \* дизентерия  
 ! Ұйқы безінің жырттылуына тән ерекшелік:  
 \* іште жайылмаған ауру сезім  
 \*+іште жайылған ауру сезім (опоясывающими болями)  
 \* бір рет құсудың болуы  
 \* іш бұлшық етінің кернелуі жоқ  
 \* қанда эритроцит пен гемоглобин кәрсеткішінің төмендеуі  
 ! Перитониттің бірінші кезеңін сипаттайтын белгі:  
 \*+құрсақты тітіркендіру симптомы бірден оң  
 \* құрсақты тітіркендіру симптомы әлсіз  
 \* іштің қабырға доғасына дейін кебуі  
 \* іш кебуінің қабырға доғасынан асып кетуі  
 \* перистальтикасының болмауы  
 ! Перитониттің екінші кезеңін сипаттайтын белгі:  
 \* іш кебуінің қабырға доғасынан асып кетуі  
 \*+тақтай тәрізді іш, құрсақты тітіркендіру симптомы бірден оң  
 \* іші ішке қарай түсіп кеткен (запавший)  
 \* құрсақты тітіркендіру симптомы әлсіз  
 \* перистальтикасы күшейген  
 ! Перитониттің үшінші кезеңін сипаттайтын белгі:  
 \* ішінің бірден ауруы  
 \*+улану белгілері айқын  
 \* жеген тамағымен құсу  
 \* жасыл түсті құсу  
 \* іштің қабырға доғасына дейін кебуі  
 ! Жедел аппендицит кезінде өсіндінің деструкциясы болса клиникасында байқалады:  
 \* жалпы жағдайы нашарлайды  
 \* құсу болады  
 \* ішіндегі ауру сезімі күшейеді  
 \*+ашық аралық уақыты (светлый промежуток) болады  
 \* жиі сұйық іш өту болады

! Бронхтан бөгде затты алып тастау кезінде жиі қолданылатын әдіс қандай?  
 \* дренаждау калпында  
 \*+бронхоскопия  
 \* торакотомия операциясы  
 \* эзофагоскопия  
 \* гастроскопия  
 ! Қай ауруда құсық сілтілі реакцияны береді:  
 \* жедел гастритте  
 \*+өңеш стенозында  
 \* жоғары ішек өтпеуінде  
 \* пилоростенозда  
 \* жедел аппендицитте  
 ! Ұйқы безінің жырттылуын сипаттайтын белгі:  
 \* таралған іш ауру сезімі  
 \* бір рет құсудың болуы  
 \*+іш бұлшық етінің кернелуі айқын  
 \* іш бұлшық етінің кернелуі жоқ  
 \* қанда эритроцит пен гемоглобин кәрсеткішінің бірден төмендеуі  
 ! Кіндік бауының эмбриональді жарығына жедел түрде оперативті ем жасау кәрсеткіші қандай?  
 \*+кіші көлемді жарық болса  
 \* үлкен көлемді жарық болса  
 \* аяқтары бар жарық болса  
 \* қысылған жарық кезінде  
 \* қосымша жүректің даму ақауы бар болса  
 ! Жамбасты аппендицит белгісіне қай ауру белгісі ұқсайды:  
 \* уретрит  
 \* парапроктит  
 \*+дизентерия  
 \* пиелонефрит  
 \* геморрой  
 ! Балаларда жиі тоқ ішек пен аш ішектен қан кетуге себеп болып табылады:  
 \* рак  
 \* туберкулез  
 \*+спецификалы емес энтероколит  
 \* қан тамырларының даму ақаулары  
 \* дивертикулдер  
 ! Қуысты ағзалардың жабық жарақатын сипаттайтын негізгі клиникалық синдром:  
 \*+перитонит синдромы  
 \* дизуриялық синдром  
 \* бауыр мен бүйрек жетіспеушілігі  
 \* жүрек пен қан тамыр жетіспеушілігі  
 \* іштен қан кету синдромы  
 ! Асқазан ішек жолының қай жері жоғарғы және төменгі ішек өтпеуін бөледі:  
 \* өңеш пен асқазан арасындағы қақпақша  
 \* пилорус  
 \*+аш ішектің бастапқы бөлігі  
 \* илеоцекальді қақпақша  
 \* тоқ ішектің ректосигмоидальді бөлігі  
 ! Құрсақтың қуысты ағзаларының жарақаты бар екенін көрсететін рентгенологиялық белгі:  
 \* ішекте газ аз  
 \*+диафрагма астында бос газдың болуы  
 \* іштің жоғарғы бөлігінде қарау  
 \* Клойбер тостағаншаларының аздап болуы

\* гематурия  
 ! Қай себеп тоқ ішек пен тік ішектен қан кетуді шақырады:  
 \* рак  
 \* туберкулез  
 \* қан тамырдың даму ақаулары  
 \*+полиптер  
 \* порталді гипертензия  
 ! Ұйқы безінің жырттылуына тән ерекшелік:  
 \* іштің барлық бөлігіндегі ауру сезімі  
 \* бір рет құсу  
 \* іш кернелу белгісінің болмауы  
 \*+зәрде диастаза активтілігінің жоғарылауы  
 \* қанда гемоглобин мен эритроцит кәрсеткішінің төмендеуі  
 ! Құрсақ ішілік қуықтың жырттылуына тән емес клиникалық белгілер:  
 \* несеп шығарғанда ауру сезімінің күшейуі  
 \* өз бетінше кіші дәретке отыра алмау  
 \* іштің барлық бөлігіндегі ауру сезімі  
 \* Щеткин Блюмберг симптомы оң  
 \* +лейкоцитурия  
 ! Эмбриональді кезеңде ішек айналуының бұзылысы неге алып келеді:  
 \*+ортаңғы ішектің айналуына  
 \* ішек мембранасына  
 \* ішек атрезиясына  
 \* Меккел дивертикулына  
 \* ішектің тарылуына  
 ! Ерте жастағы балалардың жедел аппендицитін диагностикалауға қажетті зерттеу әдісі:  
 \* ректальді тексеру  
 \* құрсақ қуысының шолу рентгенсуреті  
 \* құрсақ қуысының УДТ  
 \*+дәрілік ұйқы кезінде ішті пальпациялау  
 \* компьютерлі томография  
 ! Геморрагиялық васкулитте жедел аппендицитке күмән болған кезде не жасау қажет:  
 \* коагулограмманы тексеру  
 \*+васкулитті преднизолонмен емдеп бастау керек  
 \* наркоз арқылы іш пальпациясы  
 \* құрсақтың УДТ  
 \* ирригография  
 ! Екіншілік перитонитке тән рентгенологиялық белгі:  
 \* ішекте газдың аз болуы  
 \*+іштің жоғарғы бөлігінде Клойбер тостағаншаларының болуы  
 \* көп Клойбер тостағаншаларының аздап болуы  
 \* іштің жоғарғы бөлігінің қарайуы  
 \* гематурия  
 ! Бронхта болатын бөгде заттың қайсысы қауіпті болып саналады:  
 \*+домалақ  
 \* жалпақ  
 \* формасы дұрыс емес  
 \* ине  
 \* темірден жасалған  
 ! Асқазан мен өңештен қан кетіп жатқанын дәлелдейтін қосымша зерттеу әдісі:

- \* кеуде қуысының шолу рентгенсуреті
- \* ирригография
- \* рентгеноскопия
- \* УДТ
- \*+ФГДС
- ! Құрсақ қуысының қуысты ағзасының жарақаты бар екенін диагностикалауға көмек беретін қосымша зерттеу әдісі:
- \* ЭКГ
- \*+вертикальді жағдайда құрсақ қуысының рентген суреті
- \* кеуде қуысының рентгеноскопиясы, қызыл қан түйіршігін тексеру
- \* УДТ
- \* несептің жалпы анализі
- ! Бүйректің жарақаты болған кезде жедел оперативті көмек көрсету үшін қажетті клиникалық белгі:
- \* макрогематурия
- \* жоғары дене қызуы
- \*+белде аймағында ісіктің ұлғайуы
- \* белдегі ауру сезімі
- \* іштегі ауру сезімі
- ! Ертелік спайкалы-парезді ішек өтпеуін консервативті емдеудің ұзақтығы:
- \* 3-6 сағатқа дейін
- \* 12 сағат
- \* 24 сағат
- \*+48 сағат
- \* 72 сағат
- ! Ішектің эмбриональді кезеңде айналуының бұзылысы неге алып келеді:
- \* ішек мембранасына
- \*+Ледда синдромына
- \* ішек атрезиясына
- \* Меккел дивертикуласына
- \* ішек стенозына
- ! Жұлын жарығына жасалған операция кезінде омыртқа доғасының дефектісі немен жабылады?
- \* тек терімен
- \*+бұлшық ет-апоневрозды лоскутпен
- \* омыртқа доғасының сүйекті пластинкасымен
- \* бас сүйегі немесе қабырғадан алынған аутоотрансплантпен
- \* басқа сүйектермен
- ! Инвагинацияны диагностикалауда мәлімет алу әдісі болып табылады:
- \* құрсақ қуысының шолу рентгенсуреті
- \*+пневмоирригография
- \* қанның жалпы анализі
- \* зәрдің жалпы анализі
- \* ішек бойынша барий қоспасының жүруін зерттеу
- ! Диафрагма жарығының қай түрі асфиксиялық қысылумен асқинуы мүмкін:
- \* алдыңғы
- \*+артқы
- \* көк ет куполының шектелген томпауы
- (ограниченное выпячивание купола диафрагмы)
- \* көк ет куполының релаксациясы
- \* көк еттің өңешті тесігінің жарығы
- ! Геморрагиялық васкулиттің абдоминальді синдромымен келген

- баллада жедел аппендицит бар не жоқ екенін қалай білуге болады?
- \* коагулограмманы тексеру
- \* ирригография жасау
- \* наркоз арқылы іш пальпациясын жасау
- \*+лапароскопиялық әдіспен тексеру
- \* құрсақтың УДТ
- ! Спецификалы емес жаралы колит кезінде кетіп жатқан қанды тоқтату мақсатымен қандай операцияны жасайды?
- \* илеоректалды анастомозбен бірге колэктомия
- \*+терминальді илеостомиямен бірге колэктомия
- \* тоқ ішектің қанап жатқан жарасын тігу
- \* ободок тәрізді ішектің көтерілген бөлігіне қақпақша жасау
- \* терминальді илеостома тоқ ішекті өшірумен қатар (терминальная илеостома с исключением толстой кишки)
- ! Бүйректің ауыр жарақатына тән белгі:
- \* қалтырау
- \*+бел аймағында өршіп келе жатқан ісіктің болуы
- \* сыртқы жыныс ағзаларының ісінуі
- \* микрогематурия
- \* есінен тану
- ! Бүйректің ауыр жарақаты болған кезде оперативті ем жасаудың бір көрсеткіші қайсы?
- \* макрогематурия
- \*+Артериальды қысымның күрт төмендеуі
- \* жоғары дене қызуы
- \* беліндегі ауру сезімі
- \* ішіндегі ауру сезімі
- ! Туа пайда болған жоғары ішек өтпеуі бар балаларды перзентханадан хирургиялық стационарға тасымалдауға дейін қандай шара қолдану қажет?
- \* спазмолитиктер, антибиотиктер салу, тазалау клизмасын қайталап жасау
- \*+антибиотик, викасол салу, асқазанына тұрақты түтік салу
- \* викасол салу, қайталап асқазанын жуу, инфузиялық ем
- \* спазмолитик салу, жансыздандыру дәрілік затын салу,
- асқазанына түтік салу, қайталап тазалау клизмасын жасау
- \* жансыздандыру дәрілік затын салу, инфузиялық ем,
- қайталап асқазанын жуу
- ! Жұлын жарығы кезінде жедел оперативті ем жасау көрсеткіші:
- \* диагнозы қойыла салысымен
- \* гидроцефалиясы бар болса
- \*+жарық қапшығы жарылып, ликвор ағып жатса
- \* аяқ пен кіші жамбас қуыс ағзаларының қызметі бұзылғанда
- \* жарық қысылғанда
- ! инвагинация кезінде мәліметті әдіс:
- \* құрсақ қуысының шолу рентгенсуреті
- \* кеуде қуысының шолу рентгенсуреті

- \*+наркоз арқылы іштің бимануальді пальпациясы
- \* қанның жалпы анализі
- \* ішек бойынша барий қоспасының жүруін бақылау
- ! Өт жолдарының атрезиясы диагнозын қою үшін көмек беретін қосымша әдіс қайсы:
- \*+лапароскопия арқылы бауыр биопсиясын алу
- \* холецистохолангиография
- \* ретроградты холецистопанкреатография
- \* бауырдың сканы
- \* компьютерлі томография
- ! Гиришпунг ауруы кезінде жасалатын хирургиялық ем мақсаты:
- \* тоқ ішектің кеңіген жерін кесіп алып тастау
- \*+тоқ ішектің аганглионарлы аймағын кесіп алып тастау
- \* аганглионарлы аймақты өшіру үшін тік ішекке анастомоз жасау
- \* аганглионарлы аймақты продольді кесіп алып тастау (продольное рассечение зоны аганглиоза)
- \* аралық проктопластикасын жасау
- ! Аппендэктомиядан кейін болжамы қандай болуға тиіс:
- \* спайка түзілуі
- \* қанағаттанарлық қанағат емес
- \* асқынуден
- \*+асқынусыз
- ! Ішек өтпеуімен келген науқасты қарау кезінде қандай симптом мәліметті:
- \* іш формасының өзгеруі
- \*+ішінде ісік тәрізді түзілістің болуы
- \* токсикоз
- \* эксикоз
- \* гипертермия
- ! Шап жарығына қатысы жоқ симптомды атаңыз:
- \* орнына салған кезде шұрылдау дыбысы (урчание)
- \* жөтелу күші симптомы
- \*+іріңді қақырықтың шығуы
- \* шап аймағында ісіктің болуы
- \* шап каналының сыртқы тесігінің кеңейуі
- ! Ру Краснобаев пен Мартынов бойынша жарықты кесудің принципті айырмашылығы:
- \* шап каналын ашу
- \* шап каналының пластикасы
- \*+шап каналын ашпау
- \* жарық қапшығын ашу
- \* жарық қапшығын түбінен ! основание! тігу
- ! Перитонит кезінде болмайтын симптомды атаңыз:
- \* іш ауруы
- \* іштің кебуі
- \* іштің бұлшық етінің кернелуі
- \* дене қызуының жоғарылауы
- \*+гипотермия
- ! Кедергінің орналасуына байланысты туа болған ішек өтпеуінің түрлері қандай?
- \* жедел
- \*+жоғары, төмен

- \* қайталамалы
- \* төмен, ортаңғы
- \* созылмалы
- ! Салмағы жетіп туылған балада алдыңғы құрсақ қабырғасы проекциясында привратниктің орналасу орны:
- \* төменгі оң қабырға доғасы
- \* кіндіктен 2 см жоғары
- \*+оң қабырға доғасынан 3 см төмен іштің оң жақ бұлшық етінің сыртқы қыры бойынша
- \* семсер тәрізді өсіндіден 1,5 төмен
- \* оң мықын сүйектің жоғарғы қырынан 4 см ішке қарай
- ! Қабылдау бөліміне 5 жастағы баланы алып келді. Шағымдары: ішнің ауру сезімі, үлкен дәретке бармағанына үш күн болған. Іші жұмсақ, пальпация жасағанда ауырады, іштің тітіркену симптомы теріс. Сіздің диагнозыңыз?
- \* жедел аппендицит
- \*+копростаз
- \* механикалы ішек өтпеуі
- \* динамикалы ішек өтпеуі
- \* инвагинация
- ! Үш күндік нәрестеге құрсақ қуысының шолу рентгенсуретін жасағанда горизонтальді сұйықтық деңгейімен екі үлкен ауа деңгейі анықталса, сіз қандай диагноз қоясыз?
- \* пилоростеноз
- \*+12 елі ішек деңгейіндегі туа болған жоғары ішек өтпеуі
- \* туа болған төменгі ішек өтпеуі
- \* ортаңғы ішектің айналып кетуі
- \* пилорикалық аймақ деңгейіндегі туа болған жоғары ішек өтпеуі
- ! Бала туылғаннан кеуде қуысының асимметриясы мен іштің төмен түсуі (ладьевидный живот) анықталса, сіз қандай диагноз қоясыз?
- \* өкпенің ісігі
- \* лобарлы эмфизема
- \*+диафрагма жарығы
- \* пневмония
- \* пневмоторакс
- ! Перзентханада тік ішек атрезиясын дәлелдейтін диагностикалық әдіс:
- \* хромоцистоскопия
- \*+тік ішекті жұмсақ катетермен зондылау
- \* скандау
- \* ректороманоскопия
- \* ирригография
- ! Туа болған диафрагма жарығы кезінде болатын тыныс жетіспеушілігін қалай түсіндіруге болады?
- \* метеоризм
- \*+өкпенің қысылуы
- \* асқазанның қысылуы
- \* тыныс жолдарының өткізгіштігінің бұзылысы
- \* ішек өтпеуі
- ! Аппендикулярлы перитонит кезіндегі жасалатын оперативті ем көрсеткіші:
- \* дене қызуының жоғарылауы
- \* улану белгісінің өршуі
- \*+перитонеальді белгілердің күшеюі
- \* лейкоцитоз
- \* құсу

- ! Копростазды жедел аппендициттен айыратын белгі:
- \* бір тәуліктен аса нәжісінің болмауы
- \* жағдайы қанағаттанарлық
- \* іші жұмсақ
- \*+клизмадан кейін іш ауруының жоғалуы
- \* құсудың болмауы
- ! 3 жастағы балаға тағайындалатын 3 пайызды хлоралгидрат мөлшері:
- \* 10 мл
- \* 20 мл
- \*+25 мл
- \* 30 мл
- \* 40 мл
- ! Ішек өтпеуінің қай түрінде ауру сезімі жойылса, бірақ басқа симптомдары сақталып тұрса болжамы қауіпті:
- \* инвагинацияда
- \* туа болған илеусте
- \*+странгуляцияда
- \* обтурацияда
- \* жүре пайда болған ішек өтпеуінде
- ! Гиршпрунг ауруы кезінде ең тиімді рентгенодиагностикалық әдіс:
- \* ауа арқылы ирригография
- \*+барий қоспасы арқылы ирригография жасау
- \* Вангенстин әдісі бойынша рентгенография
- \* құрсақ қуысының шолу рентгенсуреті
- \* кеуде қуысының шолу рентгенсуреті
- ! Туа болған ішек өтпеуінің жиі себебі болып табылады:
- \* ішек түтігінің пайда болуының бұзылысы
- \* ішек қабырғасының даму ақауы
- \*+ішек айналуының толық бітпеуі (незавершенный поворот кишки)
- \* басқа ағзалармен басылуы
- \* алдыңғы құрсақ қабарғасының болмауы
- ! Нәрестелерде асқазан ішек жолдарынан жедел қан кету жиі қай ауруда болады?
- \*+геморрагиялық ауруда
- \* порталды гипертензияда
- \* тік ішек полипінде
- \* рефлюкс эзофагитте
- \* эзофагеальді жарықта
- ! Туа пайда болған диафрагма жарығына тән болатын симптом:
- \*+іші қабысқан /ладьевидный живот/
- \* зақым болған жағында перкуторлы қорап тәрізді дыбыстың естілуі
- \* зақым болған жағында перкуторлы тұйық дыбыстың естілуі
- \* эпигастрий аймағы кепкен
- \* іштің барлық бөлігі кепкен
- ! Стрессен болған асқазанның ойық жарасынан қан кету болып жатқанда жасалатын тексеру әдісі:
- \*+Фиброэзофагогастроуденоскопия
- \* радиоизотопты зерттеу
- \* лапароскопия
- \* контрасты зат жіберіп, ас қорыту жолын
- рентген сурет жасау арқылы тексеру
- \* құрсақ қуысының компьютерлі томографиясы

- ! Қысылған шап жарығы мен ұрық бауының жедел дамыған ісігі арасында диф.диагностика жасағанда қолданады:
- \*+диафоноскопия, ішкі шап саинасы аймағын бимануальді пальпациялау
- \* құрсақ қуысының шолу рентгенсуреті мен шап қатпарын пальпациялау
- \* ұманы пальпациялау
- \* УДТ
- \* шап қатпарын пальпациялау
- ! Бас ми жаракатымен науқасты тасымалдайды:
- \* жатқызып, бас жағын төмен түсіріп
- \* ішінде жатқызып
- \*+бас жағын жоғары көтеріп
- \* отырғызып
- \* Тренделенбург қалпында
- ! Ұрық бауының жедел пайда болған ісігін немен салыстыру керек?
- \* жедел аппендицитпен
- \*+қысылған шап жарығымен
- \* аталық безінің айналуымен
- \* аталық безінің ісігімен
- \* аталық безінің орхоэпидидимитімен
- ! Балаларда жайылған перитониттің дамуына алып келетін факторды атаңыз:
- \* сальниктің жетілмеуі
- \*+құрсақтық пластикалық құрылымының әлсіз болуы /слабое пластическое свойство брюшины/
- \* құрсақтың сіңіру қызметі
- \* иммунды жүйенің төмен болуы
- \* лимфа жүйесінің болмауы
- ! Гиршпрунг ауруын бірінші кезекте қай аурумен салыстырады:
- \* тік ішектің тыртықты стенозы
- \* туа пайда болған төменгі ішек өтпеуі
- \* созылмалы колит
- \*+мегаколон
- \* үйренген іш қатудың болуы /привычные запоры/
- ! Сары уыз өзегінің аномалиясы қайсы?
- \* урахустың толық жыланкөзі
- \*+Меккел дивертикулы
- \* урахустың ісігі
- \* урахустың толық емес жыланкөзі
- \* кіндік жарығы
- ! 6 жасар балаға жайылған іріңді перитонитіне байланысты операция жасалған. 3 күні диурезі азайып, адинамия байқалып, АҚ төмен түсіп кетеді. Зәр анализінде салмағы /удельный вес/ 1003, белогы 320 мг/л, эритроциттер саны 15 көру аймағында, қан анализінде қалдық азот 60 ммоль/л, натрий 10,2 ммоль/л. Сіздің болжам диагнозыңыз қандай?
- \* пиелонефрит
- \* сепсис
- \*+жедел бүйрек жетіспеушілігі
- \* олигоурия
- \* жедел гломерулонефрит
- ! Аппендэктомиядан соң 7 күннен кейін жамбас қуысында инфильтрат байқалады. Іші жұмсақ, ауру сезімі жоі. Дене қызуы қалыпты. Сіздің тактикаңыз қандай?
- \* инфильтратты дренаждау

\* тік ішек арқылы инфильтратты тесу  
\*+антибиотик тағайындау және динамикасын бақылау  
\* үлкен мөлшердегі антибиотик тағайындау  
\* бағылау  
! 12 жастағы балаға операция жасау кезінде аппендикулярлы инфильтрат табылған. Сіздің тактикаңыз?  
\* инфильтратты тазалау, аппендэктомия жасау  
\* инфильтратты алып тастау  
\* дәкелі тампон  
\* резиналы өткізгіш салу  
\*+іріндеуі болмаса инфильтратқа тиіспей,  
жараға тігіс салу, антибиотик және физио ем жасау  
! Инфильтраты бар науқаста консервативті емделіп жүрген кезінде ішінің ауру сезімі мен перитонеальді симптомы байқалады. Дене қызуы 38,7 гр. Сіздің тактикаңыз?  
\*+операция жасау  
\* антибиотик мөлшерін көбейту  
\* антибиотик түрін өзгерту  
\* ішіне суық коно, бақылау  
\* лапароскопия  
! Балада 6 күн бойы іші ауырып жүреді. Дене қызуы 39 гр, лейкоцитоз 19000. Оң мықын аймағын пальпациялағанда ауыратын ісік тәрізді түзіліс анықталады. Ішті перкусиялағанда ауру сезімі байқалады. Сіздің тактикаңыз?  
\* бақылау, қайталап қан анализін жасау  
\* антибиотик салу және ішіне суық құю  
\*+жедел түрде операцияға алу  
\* инфузиялық ем, ішіне суық құю, жоспарлы түрде операцияға дайындау  
\* наркоз арқылы ішін тексеру  
! Баланың салмағы 3 кг. Қарап тексерген кезде анусы жоқ, ректовестибулярлы жыланкөзі бар. Жыланкөз арқылы нәжісі еркін шығып жатыр. Сіздің тактикаңыз?  
\* жедел түрде радикальді операцияға алу керек  
\* поллиативті операция - колостоманы жасау  
\* жедел кәемек керек емес  
\*+бір жастан асқанда радикальді операция жасау керек  
\* операция жасау қажет емес  
! Жеті жастағы баланың аяқ астынан ішінің оң жақ бөлігі ауырады. Ауру сезімі ұма мен санға беріледі. Несеп шығаруы жиі. Екі рет құсу болған. Сіздің диагнозыңыз?  
\* жедел аппендицит  
\*+бүйрек шаншуы  
\* цистит  
\* жамбасты лимфаденит  
\* оң жақ аталық безінің айналып кетуі  
! Біріншілік ішек түтігінің даму бұзылысы неге алып келеді?  
\* эмбриональді жарыққа  
\*+ішектің атрезиясына  
\* ұйқы безінің сақина тәрізді болуына  
\* шын мегадуоденумға

\* он екі елі ішектің гиперфиксациясына  
! Құсуы бар балада құрсақ қуысының шөлу рентгенсуретінде үнсіз аймақ /немая зона/ болса, ол қандай диагнозды дәлелдейді?  
\* өнештің жыланкөзді атрезиясы  
\*+12 елі ішектің атрезиясы  
\* Гиршпрунг ауруының жедел түрі  
\* сақина тәрізді ұйқы безі  
\* ортаңғы ішектің толық айналмауы  
! Бала туылғаннан кейін 4 сағаттан соң тынысы бұзылып, көгеруі өршіді, шырыш аралас құсу болды, еңбегі томпайып тұр. Диагноз қойыңыз?  
\*+туу кезіндегі бас ми жаракаты  
\* өнештің даму ақауы  
\* өкпенің даму ақауы  
\* қағанас суымен тұншығу  
\* хоан атрезиясы  
! Анальді тесігі жоқ қыз бала дүниеге келді. Меконий жыныс тесігі арқылы шығады. Педиатрдың тактикасы қандай?  
\*+Балалардың хирургиялық бөліміне ауыстыру  
\* ауруханада қалдырып, ары қарай бақылау  
\* ауруханада қалдырып, маманды шақыру  
\* ауруханада баланы тексеру  
\* ауруханада колостоманы қою  
! Баланың есі жоқ. Ауруханаға алып келгенге дейін жарты сағат бұрын столдан құлаған. Объективті: гемипарез, анизокория, ЭХО ЭГ жасағанда мидың ортаңғы структурасы 3,5 см ығысқан. Сіздің диагнозыңыз?  
\* бас миының соғылуы  
\* ми шайқалуы  
\*+бас ішілік гематома  
\* менингит  
\* энцефалит  
! Жедел аппендициттің бастапқы кезінде болатын құсудың себебі:  
\* интоксикациядан  
\*+рефлекторлы  
\* өтпеушіліктен  
\* копростаздан  
\* мезоадениттен  
! Аппендикулярлы инфильтрат кезінде оперативті ем жасау белгісі болып табылады?  
\* дене қызуының жоғарылауы  
\* улану белгісінің өршуі  
\*+перитонеальді белгілердің күшейуі  
\* лейкоцитоздың жоғарылауы  
\* құсу  
! Қай симптом копростазды жедел аппендициттен айыруға көмек береді?  
\* нәжісінің болмауы  
\* жағдайының қанағат болуы  
\* жұмсақ іш  
\*+клизмадан кейін ауру сезімінің жойылуы  
\* лейкоцитоздың болмауы  
! Бас ми жаракатының жеңіл түріне жатады:  
\* ми жаншылуының орташа дәрежесі  
\*+бас миының шайқалуы  
\* ми жаншылуының жеңіл дәрежесі  
\* бастың жұмсақ тіндерінің соғылуы  
\* бас миының басылуы

! Бас сүйегінің целлулоидты доптағы сияқты сынығы қай жастағы балаларда кездеседі:  
\*ерте жастағы  
\* мектепке дейінгі жастағы  
\* орта мектеп жасындағы  
\* нәрестелерде  
\* ересек балаларда  
! Қандай бас сүйегінің сынығы балаларда жиі кездеседі?  
\* жасыл ағаш тәрізді  
\*+туу сызықты /линейный/  
\* жарықшақтанған  
\* көп сегментті  
\* эпидиолоидты  
! Отоликворея белгісінің болуы бас сүйегінің қай ерден сынғын көрсетеді?  
\* алдыңғы шұңқыр арқылы  
\*+ортаңғы шұңқыр арқылы  
\* артқы шұңқыр арқылы  
\* маңдай қуысы /лобная пазуха/ арқылы  
\* үлкен шүйде тесігі арқылы  
! Үлкен еңбектің ісініп тұруы бас ми қысымының қандай екенін көрсетеді?  
\* ешқандай  
\* қалыпты  
\*+жоғары  
\* төмен  
\* систолалық  
! Үлкен еңбектің төмен түсіп кетуі бас ми қысымының қандай екенін көрсетеді?  
\*+төмен  
\* қалыпты  
\* жоғары  
\* систолалық  
\* диастолалық  
! Бас сүйегі негізінің сынығы бар, бірақ тері қабаты бүтін, dura mater қабаты зақымдалған, ол бас ми жаракатының қай түріне жатады?  
\* ашық енген  
\* ашықенбеген  
\* бас сүйегінің сынығы жоқ жабық жаракат  
\*+бас сүйегінің сынығы бар ашық жаракат  
\* пазухалардың жаракаты бар ашық жаракат  
! Бас миының жаншылуы бар болса, ашқ уақыттың /светлый промежуток/ болуы қандай гематома кезінде болады?  
\*+эпидуральді  
\* субдуральді  
\* ми ішілік  
\* қарынша ішілік  
\* көптеген  
! Жаракат алғаннан соң 4-6 күні сүйек қабығының асты /поднадкостной гематомы/ гематомасының бар екенін көрсететін белгі:  
\* флюктуация  
\* ауру сезімі  
\*+валик симптомы  
\* жергілікті дене қызуының жоғарылауы  
\* терісінің қызаруы  
! Субарахноидальді кеңістікке қан құйылу болғанын дәлелдейтін диагностикалық тест:  
\* бастың рентгенсуреті

\* АҚ өлшеу  
 \*+люмбальді тесу  
 \* көз түбін тексеру  
 \* Басты миының УДТ  
 ! Тез арада жүрек пен тыныс алу жетіспеушілігінің өршуі мидың қай бөлігінің басылуы /сдавление/ болғанын көрсетеді:  
 \* мишықтың  
 \* үлкен жарты шардың  
 \*+ми бағанының /ствол/  
 \* самай  
 \* маңдай  
 ! Бас ми жарақатымен қоса жамбас ағзалары қызметінің бұзылысы болса, ол қай жердің зақымы болғанын көрсетеді?  
 \* бас ми жарақаты  
 \* бас сүйегінің сынығы  
 \* омыртқа сынығы  
 \* құрсақ қуыс ағзаларының жарақаты  
 \*+жұлын жарақаты  
 ! Нәрестелердің кефалогематомасы кезінде қан құйылу болады:  
 \* бастың түкті жерлерінің жұмсақ тініне  
 \*+бас сүйегінің сүйек қабыршығының астына /поднадкостно/  
 \* апоневроз астына  
 \* эпидуральді кеңістікке  
 \* субэпидуральді кеңістікке  
 ! Нәрестелерде кефалогематомаға пункция жасайды:  
 \* бірінші аптада  
 \*+екінші аптада  
 \* үшінші аптада  
 \* бір айдан соң  
 \* төртінші аптада  
 ! Нәрестелерде қай жерде кефалогематома жиі кездеседі?  
 \* маңдай бөліктің  
 \*+төбе бөлігінің  
 \* төбе-шүйде бөлігінің  
 \* төбе-самай бөлігінің  
 \* самай  
 ! Нәрестенің кефалогематомасын бірінші аптада қалай емдейді?  
 \* динамикалық бақылау жасайды  
 \*+консервативті ем жасайды  
 \* теседі  
 \* оперативті жолмен емдейді  
 \* консервативті-оперативті жолмен емдейді  
 ! Нәрестенің кефалогематомасын екінші аптада қалай емдейді?  
 \* динамикалық бақылау жасайды  
 \* консервативті ем жасайды  
 \*+пункция жасайды  
 \* оперативті жолмен емдейді  
 \* консервативті-оперативті жолмен емдейді  
 ! Нәрестенің кефалогематомасын бір айдан кейін қалай емдейді?  
 \* динамикалық бақылау жасайды  
 \* консервативті ем жасайды  
 \* теседі  
 \*+оперативті жолмен емдейді  
 \* консервативті-оперативті жолмен емдейді  
 ! Балалардың бас ми жарақатына тән ошақты неврологиялық симптоматика:  
 \* бас миының шайқалуы  
 \* ми ісінуі  
 \* субарахноидальді қан құйылу

\*+бас миының соғылуы /ушиб/  
 \* бас миының жаншылуы /сдавление/  
 ! Ликворда қан болса, ол:  
 \* бас миының шайқалуы  
 \* ми ісінуі  
 \*+субарахноидальді қан құйылу  
 \* бас миының соғылуы /ушиб/  
 \* бас миының жаншылуы /сдавление/  
 ! Бас миының шайқалуына тән симптом:  
 \*+аз уақытқа есін жоғалту  
 \* анизокория  
 \* гемипарез  
 \* клонико-тоникалы құрысу  
 \* афазия  
 ! Ауыр бас ми жарақатымен алып келген наукаста қай белгі дәрігерді бас ішілік гематома бар екеніне күмәндандырады?  
 \* комалық жағдай  
 \* құрысулар  
 \*+тұрақты анизокория  
 \* арефлексия  
 \* көп рет құсу  
 ! Босанған кезде бас ми жарақаты болса ауырлығын қандай критерий бойынша анықтайды?  
 \* бастағы ісік өлшеміне байланысты  
 \* кефалогематомаға байланысты  
 \* бас сүйегінің ықысу дәрежесіне байланысты  
 \* сүйек сынығына байланысты  
 \*+мидың қан айналым бұзылысына байланысты  
 ! Субдуральді гематомаға тән белгі:  
 \* есінен тану  
 \* құрысудың болуы  
 \*+анизокория  
 \* диарея  
 \* гипертермия  
 ! Эпидуральді гематома дегеніміз, ол қай жерге қан құйылу?:  
 \* сүйектің асты немесе үстінің кеңістігіне  
 \*+сүйектің ішкі қабаты мен мидың қатты қабат арасына  
 \* қатты және паутина тәрізді ми қабат арасына  
 \* субарахноидальді кеңістікке  
 \* ми тініне  
 ! Субдуральді гематома дегеніміз, ол қай жерге қан құйылу?  
 \* сүйектің асты немесе үстінің кеңістігіне  
 \* сүйектің ішкі қабаты мен мидың қатты қабат арасына  
 \*+қатты және паутина тәрізді ми қабат арасына  
 \* субарахноидальді кеңістікке  
 \* ми тініне  
 ! Субарахноидальді қан құйылу дегеніміз, ол қай жерге қан құйылу?:  
 \* сүйектің асты немесе үстінің кеңістігіне  
 \* сүйектің ішкі қабаты мен мидың қатты қабат арасына  
 \* қатты және паутина тәрізді ми қабат арасына  
 \*+субарахноидальді кеңістікке  
 \* ми тініне  
 ! Ми шайқалуына тән белгі:  
 \*+бас айналуы  
 \* эпилептикалы ұстаманың болуы  
 \* есінен тану

\* мұрнынан қан кету  
 \* гипотермия  
 ! Автотравмадан кейін балада оң жақ төбе аймағы терісінің үлкен ашылған жарақаты және сол жақ төбе сүйегінің сызықты сынығы бар. Сіздің диагнозыңыз?  
 \* бас сүйегінің жарақаты бар ашық бас ми жарақаты  
 \*+бас сүйегінің жарақаты бар жабық бас ми жарақаты  
 \* бас сүйегінің жарақаты бар ашық енбеген бас ми жарақаты  
 \* бас сүйегінің жарақаты жоқ жабық бас ми жарақаты  
 \* ашық енген бас ми жарақаты  
 ! Бала екі жаста. Жарақат алған соң есін жоғалту болған жоқ, ауруханаға келген кезде оң жақ төбе аймағының ісігіне шағымданады. Неврологиялық симптоматикасы өзгеріссіз. Бас сүйегінің рентгенсуретінде оң жақ төбе сүйегінің сынығы анықталды. Сіздің диагнозыңыз?  
 \* Жабық бас ми жарақаты. Бас миының шайқалуы.  
 \* Жабық бас ми жарақаты. Бас миының шайқалуы.  
 Оң жақ төбе сүйегінің сызықты сынығы  
 \*+Жабық бас ми жарақаты. Бас миының соғылуы.  
 Оң жақ төбе сүйегінің сызықты сынығы  
 \* Жабық бас ми жарақаты.  
 \* Ашық бас ми жарақаты.  
 ! Бастың сүйек сынығын көрсететін белгі:  
 \* кефалогематома  
 \* қатты бас ауруы  
 \* мұрнынан қан кету  
 \* назоликворея  
 \*+краниограммада сынықтың болуы  
 ! Назоликворея болса, ол бас сүйегінің қай жерінен болған сынығын көрсетеді?  
 \*+алдыңғы шұңқыр арқылы  
 \* ортаңғы шұңқыр арқылы  
 \* артқы шұңқыр арқылы  
 \* үлкен шүйде тесігі арқылы  
 \* орбита қрышасының  
 ! Бас негізінің /перелом основания черепа/ сынығына тән белгі:  
 \* қатты бас ауруы  
 \* көп рет құсу  
 \* құрысулар  
 \*+назо-отоликворея  
 \* параорбитальді гематома  
 ! Жарақат алғаннан кейін 30 минуттан соң есі жоқ баланы ауруханаға алып келді. Қарап тексерген кезде оң жақ самай аймағындағы жарадан қан, ми тіні араласликвор ағып жатыр. Сіздің диагнозыңыз?  
 \* бастың жұмсақ тіндерінің кесілген жарасы  
 \* ашық бас ми жарақаты, бас сүйегінің сынығы, бас миының соғылуы  
 \*+ашық бас ми жарақаты, оң жақ самай сүйегінің сынығы, бас миының соғылуы

\* жабық бас ми жарақаты, оң жақ  
самай сүйегінің сынығы  
\* ашық енбеген бас ми жарақаты, оң  
жақ самай сүйегінің сынығы  
! Ми шайқалуы кезінде болады:  
\*+мидың субмолекулярлы дәрежеде  
қызметінің бұзылысы  
\* мидың клетка аралық  
байламдардың бұзылысы  
\* бас миының нерв клеткаларының  
бұзылысы  
\* мидың езілуі болады  
\* мида контузиялық ошақтың пайда  
болуы  
! Жарақат кезінде ми тінің  
универсалді реакциясы болып  
табылады:  
\* сударахноидальді іан құйылу  
\*+мидың ісінуі  
\* қарыншалардың гиперсекрециясы  
\* ми коллапсы  
\* ми тініне қан құйылу  
! Субарахноидальді қан құйылуға тән  
белгі:  
\* шүйде бұлшық еттерінің  
регидтілігінің болмауы  
\* бас ауруы  
\* гемипарез  
\* анизокория  
\*+менингиальді симптомның болуы  
! Бас сүйегінің басылған сынығы бар  
баланың жағдайы нашар емес, жалпы  
және жергілікті неврологиялық  
симптомдары жоқ. Не жасау керек?  
\* страционарда динамикалық бақылау  
\* консервативті ем жасау  
\*+жоспарлы түрде оперативті ем  
жасау  
\* жедел түрде оперативті ем жасау  
\* емхана жағдайында динамикасын  
бақылау  
! Қатты ми қабатының зақымымен  
бас сүйегінің жабық сынығына тән:  
\*+сынық болған жерде көлемі үлкейіп  
келе жатқан  
\* флюктациясы бар түзілістің болуы  
\* сынық болған жерде еш өзгеріс жоқ  
\* қыры валик тәрізді жұмсақ-  
эластикалы консистенциялы ісіктің  
болуы  
\* сынық болған жерде басылған  
деформацияның болуы  
\* сынық болған жер терісінің  
қызаруы  
! Көзілдірік симптомы /симптом  
очков/ тән:  
\*+бас сүйек негізінің алдыңғы  
шұңқыр арқылы сынығы  
\* бас сүйек негізінің ортаңғы шұңқыр  
арқылы сынығы  
\* бас сүйек негізінің артқы шұңқыр  
арқылы сынығы  
\* мұрын сүйегінің сынығы  
\* майдай аймағының жарақаты  
! Бас сүйек негізінің артқы шұңқыр  
арқылы сынығына тән:  
\* көзілдірік симптомы /симптом  
очков/  
\* назоликворея  
\* отоликворея  
\*+бульбарлы бұзылыстар  
\* емізік өсіндісі аймағындағы тері  
асты гематомасы  
! Кефалогематома дегеніміз:

\* апоневрозды кеңістік астына қан  
құйылу  
\*+сүйек қабыршағының астына  
/поднадкостничное пространство/  
қан құйылу  
\* апоневрозды кеңістік үстіне қан  
құйылу  
\* бас сүйек негізіне қан құйылу  
\* үлкен еңбек аймағына қан құйылу  
! Кефалогематомаға тән:  
\* бастың бір сүйегінен аспайтын  
ісіктің болуы  
\* бастың бір сүйегінен асатын ісіктің  
болуы  
\*+кефалогематоманы қоршап тұрған  
тығыз валдың болуы  
\* кефалогематоманы қоршап тұрған  
тығыз валдың болмауы  
\* гиперемия  
! Іріндеген кефалогематоманы  
емдейді:  
\* консервативті ем  
\* диансикалық бақылау  
\* гематоманы тесу  
\* гематоманы тесіп, тігіс салу  
\*+гематоманы ашып, дренаж қою  
! Бас ми жарығының жеңіл түрі  
болып табылады:  
\*+менингоцеле  
\* миелоцеле  
\* энцефалоцеле  
\* энцефалоцистоцеле  
\* радикулоцеле  
! Менингоцеле кезінде жарық  
қапшығы ішінде болады:  
\*+ликвор мен ми қабатының болуы  
\* ми мен ми қабатының болуы  
\* ми тіні мен ми қарыншалары  
\* ми қабаты мен ми қарыншалары  
\* ми тіні мен ликвор  
! Жұлын жарығы омыртқаның қай  
бөлігінде жиі кездеседі?  
\* мойын  
\* кеуде  
\* кеуде-бел  
\*+бел-сегізкәз  
\* құйымшақ  
! Жұлын жарығы кезінде  
менингоцеле дегеніміз:  
\*+жұлын қабаты  
\* ми қабаты мен жұлынның түбірлері  
\* ми қабаты мен ми тіні  
\* ликвор  
\* ми мен омыртқа заты  
! Миелоцеле дегеніміз:  
\* омыртқа доғасының бітіспеуі  
\* жұлын түбірлерінің шығып тұруы  
\*+омыртқаның кем жерінен жұлын  
мен жұлын қабатының шығып тұруы  
\* жұлын қабатының шығуы  
\* жұлын қабаты мен ликвордың  
шығуы  
! Менингомиелоцеле кезінде жарық  
қапшығы ішінде болады:  
\* Жұлын қабаты  
\*+ми мен ми қабаты  
\* ми тіні  
\* жұлын мен жұлын қабатының  
толық ажырауы  
\* ликвор  
! Spina bifida occulta дегеніміз:  
\* омыртқа доғасының бітіспеуі  
\* жұлын түбірлерінің шығып тұруы  
\* омыртқаның кем жерінен жұлын

мен жұлын қабатының шығып тұруы  
\*+омыртқа доғасының жасырын  
қуысы бар, бірақ жарық қапшығы жоқ  
\* жұлын қабаты мен ликвордың  
шығуы  
! Бас сүйегінің сынығы болған  
кездегі мәліметті зерттеу әдісі:  
\* қан анализі  
\* мидың электроэнцефалографиясы  
\* мидың эхоэнцефалографиясы  
\* мидың реоэнцефалографиясы  
\*+бас сүйегінің рентгенсуреті  
! Бас ішілік гематомаға күмән болған  
кездегі мәліметті зерттеу әдісі:  
\* бас сүйегінің рентгенсуреті  
\* люмбальді тесу  
\* мидың реоэнцефалографиясы  
\*+мидың компьютерлі томограммасы  
\* офтальмоневрологиялық тексеру  
! Тәулігіне қанша мөлшер ликвор  
өндіріліп шығады?  
\*+450-600 мл  
\* 100-200 мл  
\* 1000 мл  
\* 20-50 мл  
\* 200-300 мл  
! Бас сүйегінің анатомо-  
физиологиялық ерекшелігін атаңыз?  
\* қандануы өте жақсы  
\* эластикалы емес  
\* морфологиялық жетілген  
\* функциональді жетілген  
\*+бас тігістерінің қосылуы әлсіз  
/слабое/  
! Емшек жастағы балалардың жұлын  
сұйықтығының қысымы:  
\* 20-50 мм суІ баІ  
\* 200-250 мм суІ баІ  
\* 180-200 мм суІ баІ  
\* 300-350 мм суІ баІ  
\*+70-150 мм суІ баІ  
! Ересек жастағы балалардың жұлын  
сұйықтығының қысымы:  
\*+100-180 мм суІ баІ  
\* 200-250 мм суІ баІ  
\* 250-300 мм суІ баІ  
\* 300-350 мм суІ баІ  
\* 70-80 мм суІ баІ  
! Қалыпты жағдайда ликвордағы  
лимфоциттер құрамы қанша?  
\*+0-6  
\* 8-10  
\* 10-15  
\* 15-20  
\* 0-1  
! Қалыпты жағдайда 7 күннен 3 айға  
дейінгі жас арасындағы балаларда  
ликвордағы лимфоциттер құрамы  
қанша?  
\* 0-6  
\* 8-10  
\* 10-15  
\*+20-25  
\* 0-1  
! Баланың миы шайқалған және оң  
білек шыбық сүйегінің жабық  
эпифизиолизі бар. Сіздің  
диагнозыңыз?  
\* жеке бас ми жарақаты  
\*+қосарланған /сочетанная/ бас ми  
жарақаты  
\* комбинацияланған бас ми жарақаты  
\* көптеген жарақат  
\* жабық бас ми жарақаты

! Бір жастағы балалардың бас ішілік қысымының төмендегенін көрсететін белгі:  
\* үлкен еңбегінің томпайып тұруы  
\*+үлкен еңбегінің ішке қарай батып кетуі  
\* бас сүйегінің коронарлы тігістерінің ажырауы  
\* бас сүйек деформациясы  
\* экзофтальм  
! Бала жасы кіші болған сайын....  
\* жалпы ми симптоматикасы әлсіз болады  
\* локальді неврологиялық симптоматика әлсіз болады  
\* жалпы ми симптоматикасы қатты білінеді  
\* локальді неврологиялық симптоматикасы қатты білінеді  
\*+жалпы ми симптоматикасы ошақты симптоматикаға қарағанда қатты білінеді  
! Жүрек пен тыныс жетіспеушілігінің тез өршуі бас ми жарақатының қай аймағының зақымдалғанын көрсетеді?  
\* мишықтың  
\* төбе  
\* маңдайдың  
\*+бағананық /ствола мозга/  
\* самай  
! Науқақта ото және назоликворея болып жатыр. Сүйек негізі қай жер арқылы сынған?  
\* орбита қрышасы арқылы  
\* алдыңғы шұңқыр арқылы  
\* ортаңғы шұңқыр арқылы  
\*+алдыңғы және ортаңғы шұңқыр арқылы  
\* ортаңғы және артқы шұңқыр арқылы  
! Энцефалоцеле дегеніміз:  
\*+бас ми жарығы  
\* гидроцефалия  
\* жұлын жарығы  
\* краниостеноз  
\* ранула  
! Миеломенингоцеле дегеніміз:  
\* бас ми жарығы  
\* гидроцефалия  
\*+жұлын жарығы  
\* краниостеноз  
\* ранула  
! Spina bifida complicata дегеніміз:  
\* омыртқа доғасының жасырын қуысы бар, бірақ жарық қапшығы жоқ  
\*+омыртқа доғасының бітіспеуі /липома,фибромамен асқынудан кейін болған/  
\* рахизис  
\* бас ми жарығы  
\* артқы ми жарығы  
! Ликворда қанның болуы нені көрсетеді?  
\* сүйек астына қан құйылғанын  
\* эпидуральді кеңістікке қан құйылғанын  
\*+субарахноидальді кеңістікке қан құйылғанын  
\* ми ішілік гематоманы  
\* менингитті  
! Ми шайқалуы болған кезде ауруханада жату мерзімі:  
\* 3-5 күн  
\*+7-10 күн

\* 10-14 күн  
\* 3 апта  
\* 4 апта  
! Ауыр бас миының соғылуы болған кезде ауруханада жату мерзімі:  
\* 3-5 күн  
\* 7-10 күн  
\* 2 апта  
\*+1-1,5 ай  
\* 2 ай  
! Жедел бас ішілік гематома жарақат алғаннан кейін қай уақытта білінеді:  
\*+алғашқы үш күнде  
\* 4-14 тәулікте  
\* 2-3 аптада  
\* 1-2 айда  
\* 2 аптадан көп жылдар бойы  
! Жеделдеу бас ішілік гематома жарақат алғаннан кейін қай уақытта білінеді:  
\* алғашқы үш күнде  
\*+4-14 тәулікте  
\* 2-3 аптада  
\* 1-2 айда  
\* 2 аптадан көп жылдар бойы  
! Созылмалы бас ішілік гематома жарақат алғаннан кейін қай уақытта білінеді:  
\* алғашқы үш күнде  
\* 4-14 тәулікте  
\* 2-3 аптада  
\* 1-2 айда  
\*+2 аптадан көп жылдар бойы  
! Бас ми жарақатынан кейін біраз уақыттан /светлый промежуток/ соң екіншілік есін жоғалту ненің белгісі болып табылады?  
\* ми ісінуінің  
\*+мидың гематомамен басылуы  
\* сүйектің сынығы  
\* нейроинфекция  
\* субарахноидальді қан құйылу  
! Ашық уақыттың /светлый промежуток/ болмауы қай жастағы балаларға тән:  
\* кіші мектеп жасында  
\* ересек кезде  
\* жоғары мектеп жасында  
\*+ерте жастағы балаларда  
\* барлық балаларда  
! Он жастағы балада оң жақ төбе аймағының сыдырылған жарасы және оң жақ төбе сүйегінің сызықты сынығы бар. Сіздің диагнозыңыз?  
\* ашық енген бас ми жарақаты  
\*+енбеген ашық бас ми жарақаты, оң жақ төбе сүйегінің сызықты сынығы  
\* ашық енген бас ми жарақаты, оң жақ төбе сүйегінің сызықты сынығы  
\* аралас бас ми жарақаты  
\* сүйек зақымы жоқ жабық бас ми жарақаты  
! Науқақта оң жақ төбе аймағының кесілген жарасы бар және сол жердің басылған сүйек сынығы бар. Ликвор ағып жатыр. Сіздің диагнозыңыз?  
\* сүйек зақымы бар жабық бас ми жарақаты  
\*+енген ашық бас ми жарақаты, оң төбе сүйегінің басылған сынығы  
\* ашық енген бас ми жарақаты, оң төбе сүйегінің басылған сынығы  
\* аралас бас ми жарақаты, оң төбе

сүйегінің басылған сынығы  
\* оң төбе аймағының кесілген жарасы  
! Егер науқақта сүйек сынығына проекциясы тура келмейтін тері жарақаты бар болса, ол:  
\*+сүйек сынығы бар жабық бас ми жарақаты  
\* сүйек зақымы жоқ жабық бас ми жарақаты  
\* ашық енген бас ми жарақаты  
\* ашық енген бас ми жарақаты  
\* аралас бас ми жарақаты  
! Бас ми жарақаты кезінде есінің анық болып содан соң терең нашарлай бастауы не туралы айтады?  
\* нейроинфекция  
\* гипертермия  
\*+өршіп келе жатқан мидың басылуы  
\* қан жоғалту  
\* аралас жарақат  
! Бала әлсіз, сұраққа жауапты қайтадан сұрағанда ғана береді, баланың есі қандай?  
\* анық  
\*+шатасқан /спутанное/  
\* сопорозды  
\* коматозды  
\* сопорозды-коматозды  
! Бала әлсіз, адинамия, сұраққа жауап бермейді, тітіркендіргіштерге жауап береді. Баланың есі қандай?  
\* анық  
\* шатасқан /спутанное/  
\*+сопорозды  
\* коматозды  
\* сопорозды-коматозды  
! Бала қозғалмайды, тітіркендіргіштерге жауап бермейді. Атония, арефлексия. Баланың есі қандай?  
\* анық  
\* шатасқан /спутанное/  
\* сопорозды  
\*+коматозды  
\* сопорозды-коматозды  
! Бас сүйегінің сынығын дәлелдейтін зерттеу әдісі қандай?  
\* люмбальді тесу  
\*+бас сүйегін рентгенсуретке түсіру  
\* ЭхоЭГ  
\* электроэнцефалограмма  
\* реоэнцефалограмма  
! Бас ми соғылуының жеңіл дәрежесін ауруханада қанша күн емдейді?  
\* 3-5 күн  
\* 7-10 күн  
\* 10-14 күн  
\*+17-21 күн  
\* 1-1,5 ай  
! Науқақта оң төбе сүйегінің сынығы, мұрын сүйектерінің сынығы бар. Сіздің диагнозыңыз?  
\* Жабық бас ми жарақаты. Оң төбе сүйегінің сызықты сынығы.  
\*+Жабық бас ми жарақаты. Оң төбе сүйегінің сызықты сынығы  
Мұрын сүйектерінің сынығы.  
\* Ашық бас ми жарақаты. Оң төбе сүйегінің сызықты сынығы  
Мұрын сүйектерінің сынығы.  
\* Қосарланған бас ми жарақаты. Оң төбе сүйегінің сызықты сынығы



Мұрын сүйектерінің сынығы.  
\* Ашық енбеген бас ми жарақаты. Оң төбе сүйегінің сызықты сынығы  
Мұрын сүйектерінің сынығы.  
! Балаға 1 жас 6 ай. Төсектен құлаған.  
Анасы баласының оң жақ төбе аймағындағы ісік тәрізді затқа шағымданып келді. Рентгенсуретте оң жақ төбе аймағының сызықты сынығы анықталды. Сіздің диагнозыңыз?  
\* Жабық бас ми жарақаты. Бас миының шайқалуы. Оң жақ төбе сүйегінің сызықты сынығы  
\* Жабық бас ми жарақаты. Оң жақ төбе сүйегінің сызықты сынығы  
\* Ашық бас ми жарақаты. Оң жақ төбе сүйегінің сызықты сынығы  
\*+Жабық бас ми жарақаты. Бас миының соғылуы. Оң жақ төбе сүйегінің сызықты сынығы  
Оң жақ төбе аймағының сүйек асты гематомасы.  
\* Ашық енбеген бас ми жарақаты. Оң жақ төбе сүйегінің сызықты сынығы. Оң жақ төбе аймағының сүйек асты гематомасы.  
! Бас ми жарақаты болғаннан кейін люмбалды пункцияны жасау керек:  
\* 30 мин кейін  
\* 1-2 сағ кейін  
\* 2-3 сағ кейін  
\* 4-6 сағ кейін  
\*+8-10 сағ кейін  
! Ми соғылуының клиникалық симптомын құрайды:  
\* су-тұз балансының бұзылысы  
\* ми шайқалуы  
\* жалпы миға байланысты  
\*+шайқалу мен ошақты неврологиялық өзгерістер  
\* бас миының басылуы  
! Ано-ректальді даму ақауы болған кезде туа болған тарылу аймағы қай жерде болады?  
\*+тік ішекте  
\* көк бауырлық бұрышта  
\* илеоцекальді бұрышта  
\* бауырлық бұрышта  
\* көлденең ішекте  
! Ано-ректальді даму ақауы болған кезде атрезия анықталады:  
\* 1 жаста  
\* 3-5 айда  
\* 1 айда  
\* пубертатты кезеңде  
\*+туыла салысымен  
! Анус атрезиясы анықталады:  
\*+қарау кезінде  
\* фиброгастроскопияда  
\* флюорографияда  
\* фиброколоноскопияда  
\* компьютерлі томографияда  
! Анус атрезиясы анықталады:  
\*+ қарау кезінде  
\* фиброгастроскопияда  
\* флюорографияда  
\* фиброколоноскопияда  
\* компьютерлі томографияда  
! Тік ішек атрезиясының бір белгісі болып табылады:  
\* аузы мен мұрнынан көбікті бөліністің бөлінуі  
\*+меконидің болмауы  
\* қан аралас бірнеше рет құсу

\* сарғаю  
\* құрысулар  
! Тік ішектің жыланкөзсіз атрезиясы кеш анықталғанда қандай асқынуға алып келеді?  
\* жоғары ішек өтпеуіне  
\* аспирациялық пневмонияға  
\* құрысуға  
\* зәрдің шықпауына  
\*+төменгі ішек өтпеуіне  
! Тік ішектің атрезия деңгейін білу үшін рентгенографияны жасайды:  
\*+Вангенстин бойынша  
\* вертикальді жағдайда  
\* горизонтальді жағдайда  
\* ауыз арқылы барий қоспасын беру арқылы  
\* көк тамырға уротраст енгізу арқылы  
! Вангенстин бойынша рентгенсуретті жасау керек:  
\* туылғаннан кейін бір сағат ішінде  
\* үш жаста  
\* асқыну болған кезде  
\*+туылғаннан соң 15-16 сағаттан кейін  
\* ФГДС жасағаннан кейін  
! Ано-ректальді даму ақауының жыланкөзсіз атрезиясы жіктеледі:  
\*+тік ішекті, анальді түрлері  
\* құрсақты  
\* шапты  
\* санды  
\* транзальді  
! Анустың атрезиясы анықталады:  
\*+қарау кезінде  
\* фиброгастроскопияда  
\* ирригографияда  
\* іштің пальпациясында  
\* компьютерлі томографияда  
! Ано-ректальді даму ақауы кезінде жыланкөз қай жыныс жүйесіне ашылады:  
\* аталық безіне /яичко/  
\*+қынапқа  
\* фаллопиев түтігіне  
\* предстательная железа  
\* аналық безіне /яичник/  
! Ано-ректальді даму ақауы кезінде жыланкөз несеп шығару жүйесінің қай жеріне ашылады:  
\*+қуыққа  
\* несепарға  
\* кіші тостағаншаға  
\* астауға  
\* үлкен тостағаншаға  
! Ано-ректальді аймақтың атрезиясы кезінде жедел оперативті ем жасау белгісі болып табылады:  
\* өт аралас құсу  
\*+жыланкөзсіз атрезия  
\* айқын сарғаю  
\* гиперлейкоцитоз  
\* туу кезіндегі жарақат  
! Тік ішек атрезиясы кезінде жедел түрде операцияға алу кәрсеткіші не?  
\*+атрезияның жыланкөзсіз түрі  
\* қуыққа кең және қысқа жыланкөздің ашылуы  
\* қынапқа кең және қысқа жыланкөздің ашылуы  
\* жыланкөздің кең болуы  
\* бала жасына байланысты  
! Гиршпрунг ауруын оперативті емдеу кезінде жасайды:

\*+құрсақ-аралық проктопластиканы  
\* Торекка-Герцен операциясын  
\* пилоромииотомияны  
\* дуодено-еюноанастомоз  
\* Росс операциясын  
! Гиршпрунг ауруын радикальді емдеу:  
\* 1,5 жаста  
\* 3 жаста  
\* 6 жаста  
\* 10 жаста  
\*+диагнозын қоя салысымен  
! Бала бес жаста. Гиршпрунг ауруының декомпенсирленген түрі анықталды. Не ұсынасыз?  
\* сифонды клизма арқылы консервативті ем  
\* радикальді оперативті ем  
\*+колостом жасау  
\* динамикасын бақылау  
\* қатаң режим  
! Бала екі жаста. Туылғаннан іші қатады. Нәжісі тек қана клизмадан соң. Диагнозын не дәлелдейді?  
\* құрсақ қуысының шолу рентгенсуреті  
\* ФЭГДС  
\*+барий қоспасын беріп, ирригография жасау  
\* барий қоспасын аузынан беру  
\* колоноскопия  
! Бала 4 жаста. Гиршпрунг ауруының декомпенсацияланған кезеңінде келіп түсті. Емдеу тактикасы қандай?  
\* сифонды клизма, консервативті ем  
\* радикальді оперативті ем  
\* Иванисевич операциясы  
\*+Колостоманы жасау  
\* Палома операциясы  
! Ано-ректальді аймақтың төменгі атрезиясы болғанда жасалатын негізгі оперативті әдіс:  
\* құрсақ-аралық проктопластиканы  
\* цекостом қояу  
\* аппендикостом  
\*+аралықты проктопластика  
\* холецистэктомия  
! Меккел дивертикулы дегеніміз:  
\*+сары уыз өзегінің проксимальді соңының бітелмеуі  
\* сары уыз өзегінің дистальді соңының облитерацияланбауы  
\* сары уыз өзегінің проксимальді және дистальді соңының облитерацияланбауы  
\* ас қорыту түтігінің қосарлануы  
\* энтерокиста  
! Меккел дивертикулынан қан кету белгісі болып табылады:  
\* қан аралас көп құсу  
\*+қан аралас нәжіс  
\* дене қызуының жоғарылауы  
\* брадикардия  
\* тахикардия  
! Меккел дивертикулынан қан кету себебі не?  
\* қысылуы  
\* айналып кету  
\*+асқазан мен ұйқы безінің эктопияланған шырыш клеткасының ойық жарға ұшырауы /изъязвление/  
\* жабысу процесі  
\* ҚШҰ синдромы

! Меккел дивертикулы орналасады:

- \* аш ішекте
- \* тоқ ішекте
- \*+мықын ішектің баугин қақпақшасынан 60-80 см арақашықтықта
- \* мықын ішектің баугин қақпақшасынан 100-120 см арақашықтықта
- \* соқыр ішекте

! Меккел дивертикулын анықтау әдісі:

- \* құрсақтың УДТ
- \*+диагностикалы лапаротомиясы
- \* ирригография
- \* ФЭГДС
- \* құрсақ қуысының шолу рентген суреті

! Өңеш атрезиясының жиі кездесетін түрі:

- \* өңеш аплазиясы
- \* кеңірдек өңеш жыланкөзі жоқ өңеш атрезиясы
- \*+төменгі кеңірдек өңеш жыланкөзі бар өңеш атрезиясы
- \* жоғарғы кеңірдек өңеш жыланкөзі бар өңеш атрезиясы
- \* екі жақты кеңірдек өңеш жыланкөзі бар өңеш атрезиясы

! Өңеш атрезиясының даму себебі:

- \*+өңештің эпителиальді қабатының вакуолизациялану кезеңінің бұзылысы
- \* 1 этапта ішек айналуының бұзылысы
- \* өңештің көк ет тесігінде жиі қысылуы
- \* 2 этапта ішек айналуының бұзылысы
- \* өңештің жатыр ішілік вирусты-бактериальді

! Өңеш атрезиясының ерте белгісі болып табылады:

- \* құсуға жалғасатын кекірудің болуы
- \* туылғаннан кейін бірінші сағаттарда көп рет көп мөлшерлі құсудың болуы
- \* көгеру, аритмді тыныстың болуы
- \* инспираторлы енгіту, сторидорозды тыныс
- \*+аузы мен мұрнынан көп мөлшерлі көбік тәрізді бөліністің болуы

! Өңеш атрезиясын бірінші этапта зерттеу әдісі:

- \* Апта сынағы
- \* жасырын қанға нәжісін тексеру
- \*+өңешті эластиканы катетер арқылы зондылау, Элефант сынағының оң болуы
- \* құрсақ қуысының рентгенсуреті
- \* бронхоскопия

! Элефант сынағы дегеніміз:

- \*+өңешке түтік арқылы ауа жіберу, сол ауаның аузы мен мұрнынан кері шығуы
- \* катетерді аузы арқылы салған кезде ол мұрнынан шығады
- \* катетерді мұрны арқылы салған кезде ол аузынан шығады
- \* контрасты затты аузы арқылы берген кезде ол мұрнынан шығады
- \* контрасты затты аузы арқылы берген кезде ол мұрнынан шығады
- ! Өңеш атрезиясына күмән болған кезде міндетті түрде жасалатын

зерттеу әдісі:

- \* бронхоскопия
- \* кеуде қуыс ағзаларын УДТ
- \*+кеуде қуысын және іш ағзаларын өңешіне салынған катетерімен вертикальді жағдайда шолу рентгенсуретіне түсіру
- \* ирригография
- \* эзофагоскопия

! Аш ішек атрезиясы қай уақытта білінеді?

- \* туыла салысымен
- \* 1 айдың соңына
- \* 5 айдың басында
- \* 10 жаста
- \*+2 тәуліктен бастап

! Меконияльді ішек өтпеуі дегеніміз:

- \* тромбоцитопениялық пурпура
- \* 12 елі ішектің атрезиясы
- \* ішек инвагинациясы
- \*+аш ішек қуысының қою мекониймен бітелуі
- \* ішектің құртты инвазиясы

! Ледда синдромы дегеніміз:

- \* соқыр ішектің жоғары орналасуы
- \* ортаңғы ішектің шектелген бұрылысы
- \* тоқ ішектің басылуы және ортаңғы ішек айналуының бұзылысы
- \*+12 елі ішектің соқыр ішектің жоғары орналасуын фиксациялайтын құрсақ тәждерімен басылуы және ортаңғы ішек айналуының бұзылысы
- \* 12 елі ішектің аберрантты қан тамырлармен басылуы

! Ледда синдромына тән:

- \* 12 елі ішектің мембранозды өтпеуі
- \* соқыр ішектің дұрыс орналаспауы мен сақина тәрізді ұйқы безі
- \* 12 елі ішектің стенозы
- \* ортаңғы ішектің айналуының бұзылысы мен құрсақ қуысының ісігі
- \*+12 елі ішектің соқыр ішектің жоғары орналасуын фиксациялайтын құрсақ тәждерімен басылуы және ортаңғы ішек айналуының бұзылысы

! Меконияльді ішек өтпеу көрінісі қай ауруға тән?

- \* тромбоцитопениялық пурпураға
- \*+ұйқы безінің кистофиброзына
- \* аш ішек шажырқайының ісігіне
- \* портальді гипертензияға
- \* Меккел дивертикулына

! Жоғары ішек өтпеуінің деңгей аймағы қай жерде орналасады?

- \* асқазанда
- \* илеоцекальді бұрышта
- \* Баугин қақпақшасында
- \* Баугин қақпақшасынан 70-100 см
- \*+12 елі ішек пен аш ішектің бастапқы бөлігінде

! Төменгі ішек өтпеуіне жатады:

- \* 12 елі ішектің атрезиясы
- \* 12 елі ішектің ішкі стенозы
- \* Ледда синдромы
- \* 12 елі ішектің ішкі стенозы мен сақина тәрізді ұйқы безі
- \*+сигма тәрізді ішектің немесе соқыр ішектің бұралып қалуы /заворот/

! Жоғары ішек өтпеуіне тән рентгенологиялық критерий:

- \* тыныш іш /немой живот/

- \* тоқ ішектің бірден кебуі
- \* мышинный хвост симптомы
- \* көптеген Клойбер

тостағаншаларының болуы

- \*+асқазан мен 12 елі ішек аймағында сұйытық деңгейі мен екі газды көпіршіктің болуы

! 12 елі ішек атрезиясына тән рентгенологиялық белгі:

- \* көптеген Клойбер
- \* тостағаншаларының болуы
- \* сұйытық деңгейі бар асқазанның кеңейуі
- \* бауырдың үлкеюі
- \* тыныш іш /немой живот/
- \*+асқазан мен 12 елі ішек аймағында сұйықтық деңгейі мен екі газды көпіршіктің болуы

! Аш ішектің атрезиясы кезінде тазалау клизмасын жасағанда не бөлінеді?

- \* меконий
- \* көп мөлшерде меконий мен қан
- \* қан мен шырыш аралас нәжіс
- \* қан
- \*+аздақан түссіз шырыш

! Балада ауыр және болжамы нашар ауруы туралы мәліметті міндетті түрде білуге тиіс:

- \* баланың өзі
- \*+ата-анасы
- \* жақын туыстары
- \* араласып жүрген адамдар
- \* барлықынан жасыру қажет

! Қай жастағы балалар жедел аппендицитпен жиі ауырады:

- \* емшек жаста
- \* бала бақша жасында
- \* мектеп алдындағы
- \* туыла салысымен
- \*+мектеп жасында

! Жана туған нәрестелерде іріңді хирургиялық аурулардың қоздырғышы болып жиі табылады?

- \* стрептококк
- \* ішек таяқшасы
- \* стафилококк
- \* басқалары
- \*+аралас инфекция

! Жедел гематогенді остеомиелит кезінде қабыну процесі қай жерде басталады?

- \* сүйек пластикасында
- \*+сүйек миында
- \* дәнекер тінде
- \* өсу зонасында
- \* сіңірлі тінде

! Деструктивті пневмонияны жиі шақыратын микрофлора түрі:

- \*+аралас инфекция
- \* стрептококк
- \* пневмококк
- \* ішек таяқшасы
- \* көк ірің таяқшасы

! Ересек жастағы балаларда жедел гематогенді остеомиелит кезінде қабыну процесінің басталу орны:

- \* эпифизде
- \*+метафизде
- \* диафизде
- \* өсу зонасында
- \* буын сіңірінде

! Нәрестелердің перитониті кезінде мәліметті зерттеу әдісі қандай?

\*+құрсақ қуысының шолу рентгенсуреті  
\* цистография  
\* ауалы ирригография  
\* барий қоспасы бар ирригография  
\* экскреторлы пиелография  
! Уретраның артқы қақпақшасын диагностикалауға көмек беретін мәліметті зерттеу әдісі:  
\* цистоскопия  
\*+уретроскопия  
\* микционды цистоуретрография  
\* экскреторлы урография  
\* қуықтың УДТ  
! Балалардың асқазанынан қан кетудің себебі:  
\* асқазан рагы  
\* асқазанның ангиоматозы  
\*+асқазанның ойық жарасы  
\* гастрит  
\* асқазанның айналып кетуі  
! Нәресте организмінде хирургиялық инфекцияның болу себебі:  
\* анасының ауруы  
\*+жергілікті және жалпы иммунитеттің кемшілігі  
\* жасанды тамақтандыру  
\* қосымша инфекциялану жолдарының болуы  
\* мерзімінен кеш туылу  
! Қай сүйекте жиі жедел гематогенді остеомиелит дамиды:  
\* бұғана  
\* білек  
\* саусақ  
\*+иық  
\* аяқ башпайлары  
! Нефробластоманы диагностикалау кезінде мәліметті зерттеу әдісі:  
\*+экскреторлы цистография  
\* микционды цистоуретрография  
\* несеп арқылы катехоламиндердің экскрециясын зерттеу  
\* термография  
\* зәрдің жалпы анализі  
! Өкпенің кернелген ісігі кезінде жасалатын жедел хирургиялық көмек:  
\* плевра қуысын тесу  
\*+Мональд бойынша ісікті дренаждау  
\* ЭЖЖ интубация арқылы жасау  
\* ісікті алып тастау, жедел торакотомия  
\* өкпе бөлігін кесіп алып тастау, жедел торакотомия  
! Жедел гематогенді остеомиелит кезінде қабынуға жиі ұшырайтын сүйек:  
\* бұғана  
\* білек  
\* саусақ сүйегі  
\* аяқ басының башпайлары  
\*+балтырдың үлкен жіліншегі  
! Пиотораксқа тән рентгенологиялық белгі:  
\* жүректің ауру бөлік жағына ығысуы  
\*+кеуде қуысының рентгенсуретінде өкпенің төменгі бөлігіндегі қарау (косой верхней границей)  
\* кеуде қуысының шолу рентгенсуретінде өкпенің төменгі бөлігіндегі горизонтальді деңгеймен қарау

(с горизонтальным уровнем)  
\* жоғары перкуторлы дыбыс  
\* плевра үйкелісінің шуылы  
! Нефробластоманы диагностикалау кезінде қажетті зерттеу әдісі:  
\* микционды цистоуретрография  
\*+бүйректің УДТ  
\* зәрде катехоламин экскрециясын зерттеу  
\* термография  
\* зәрдің жалпы анализі  
! Өкпенің кернелген лобарлы эмфиземасы кезінде жасалатын жедел хирургиялық көмек:  
\* плевра қуысын тесу  
\* плевра қуысын дренаждау  
\* Мональд бойынша дренаждау  
\* ЭЖЖ интубация арқылы жасау  
\*+жедел торакотомия, өкпе бөлігін кесіп алып тастау  
! Нәрестелердің өңеш атрезиясын хирургиялық жолмен емдеудің принципі:  
\* гастростомия  
\* мойын эзофагостомиямен бірге гастростомия жасау  
\*+өңештің атрезияға ұшыраған бөліктерін тікелей анастомоз жасау  
\* тоқ ішектен өңеш трансплантанын жасау  
\* қосарланған эзофагостомия жасау  
! Хирургиялық сепсистің белгісі:  
\* тұрақты дене қызуы  
\* қан анализіндегі қабыну өзгерісі  
\*+іріңді метастаздардың болуы  
\* емшектен бас тарту  
\* лейкоцитурия  
! Ересек жастағы балаларда жедел гематогенді остеомиелитке тән белгі:  
\* терісінің ызаруы  
\* зақым болған сегменттің жұмсақ тінінің флюктуациясы  
\* буынның шар тәрізді болуы  
\*+сүйекті пальпациялағанда ауру сезіміне болуы  
\* жүктеме бергенде ауру сезімінің болмауы  
! Созылмалы гематогенді остеомиелитті емдеу:  
\* антибактериальді  
\*+секвестрді алып тастау, секвестральді қорабты санациялау  
\* консервативті курортты ем  
\* секвестрлі қорабтыө кюретажы  
\* жыланкөзді антибиотикпен жуу  
! Рефлюкс-эзофагиттің себебі болып табылады:  
\* өңештің стенозы  
\* өңеш ахалазиясы  
\*+өңеш халазиясы  
\* пилоростеноз  
\* өңеш дивертикулы  
! Қай бөгде затты бронхтан алып тастауға келмесе болжам нашар болып табылады?  
\* темірден жасалған  
\* пластмассадан жасалған  
\*+өсімдік болса  
\* кант ұнтағы  
\* сүйек  
! Жамбасты аппендицит диагнозын қоюдың шешуші зерттеу әдісі болып табылады:  
\* ректороманоскопия

\* ирригография  
\* цистоскопия  
\*+ректальді саусақты тексеру  
\* жамбастың рентгенсуреті  
! Жедел гематогенді остеомиелиттің лабораториялық ерте белгісі:  
\*+ЭТЖ /СОЭ/ жоғарылауы  
\* ЭТЖ өзгермеуі  
\* анемия  
\* тромбоцитопения  
\* лейкопения  
! Созылмалы гематогенді остеомиелит бар екенін көрсететін рентгенологиялық белгі қайсы:  
\* ауырғанынан 6 ай өткеннен кейін сүйектің склероздануы  
\* ауырғанынан 6 ай өткеннен кейін сүйектің қалыңдауы  
\*+секвестральді қорабта секвестрдің болуы  
\* сүйектің остеопорозы  
\* сүйектің остеосклерозы  
! Пиопневмотораксқа тән клиникалық белгі:  
\* зақым болған жағында тынысы қатаң  
\* ылғалды сырыл  
\*+перкуторлы дыбыстың жоғарылауы  
\* плевраның үйкелу шуылы  
\* перкуторлы дыбыстыө қысқаруы  
! Рефлюкс-эзофагиттің себебі болып табылады:  
\* өңештің стенозы  
\* өңеш ахалазиясы  
\*+диафрагманың өңеш тесігінің жарығы  
\* пилоростеноз  
\* өңеш дивертикулы  
! Омфалиттің қай түрін консервативті, амбулаторлы емдеуге болады:  
\*+жай  
\* іріңді  
\* кіндік флегмонасын  
\* кіндік гангренасын  
\* параумбиликальді абсцесс  
! Жедел гематогенді остеомиелит кезінде болатын ерте лабораторлы белгі:  
\* анемия  
\* тромбоцитопения  
\*+лейкоцит формуласы солға қарай ығысқан  
\* анизоцитоз  
\* ЭТЖ тездеген  
! Қандай белгі жедел гематогенді остеомиелиттің созылмалы түріне ауысқанын білдіреді:  
\* ауырғаннан 6 ай өткеннен кейін рентгенсуретте сүйектің склерозданып өзгеруі байқалады  
\*+операциядан кейінгі қалған тыртық аймағында кеңейген ашылып отыратын жыланкөздің болуы  
\* 6 ай өткеннен соң аяқ қызметінің толық қалпына келмеуі  
\* 6 ай өткеннен соң аяқ қызметінің толық қалпына келмеуі  
\* бір жыл өткеннен соң аяқ қызметінің толық қалпына келмеуі  
! Жедел гематогенді остеомиелиттің ерте лабораторлы белгісі болып табылады:  
\* анемия

- \* лейкоцит формуласының солға ығысуы
- \* анизоцитоз
- \*+нейтрофильді токсикалды өзгерістері (токсическая зернистость нейтрофилов)
- \* лейкопения
- ! Эпифизарлы остеомиелиттен кейін дамуы мүмкін:
- \* секвестр мен жыланкөз пайда болып созылмалы түріне ауысуы
- \* жалған буын дамып патологиялық сынықтың болуы
- \*+ортопедиялық коррекцияны талап ететін буын деформациясы
- \* буынның артрозы
- \* зақым болған аяқтың ұзаруы
- ! Нәрестелердің флегмонасы кезінде жасалатын хирургиялық ем принциптері:
- \* кіндік айналасын тілу
- \*+сау тінді қамтып көптеген тіліктер жасау
- \* кіндіктің радикальді кесуі
- \* іріңдікті ашу
- \* хирургиялық ем қажет емес
- ! Жедел гематогенді остеомиелиттің бірінші рентгенологиялық белгілерінің пайда болу уақыты:
- \* 2-3 тәулікте
- \* 1 аптасының соңында
- \* 10-11 күндері
- \*+14-15 күндері
- \* 1 айдан соң
- ! Пиопневмотораксқа тән клиникалық белгілер:
- \* зақым болған бөлік жағынан тынысы қатаң
- \* ылғалды сырыл
- \* плевраның үйкелу шуылы
- \* перкуторлы дыбыстың қысқаруы
- \*+қызмет жасап тұрған бронхиальді жыланкөздің шуылы
- ! Емшек жастағы балаларда эпифизарлы остеомиелиттің жиілігі немен түсіндіріледі:
- \* эпифиздің сіңірлі құрылысымен (хрящевым строением эпифиза)
- \* эпифиздің буынға жақын болуымен
- \*+эпифизде қан айналым ерекшелігімен
- \* иммунды жүйе ерекшелігімен
- \* сүйектің тұз құрамды ерекшелігімен
- ! Эпифизарлы гематогенді остеомиелиттің алғашқы жергілікті белгісі қандай?
- \* бас ауруы
- \* тіндердің ісігі
- \* гиперемия
- \*+аяқтың мәжбүр қалпы
- \* аяқтың гипотермиясы
- ! Нәрестелерде жиі жедел гематогенді остеомиелитке алып келетін себеп:
- \*+кіндік жарасы, тері іріңдіктері
- \* аңқасы
- \* кариозды тістер
- \* кесілген жаралар
- \* асіазан-ішек жолы арқылы
- ! Сол жақты пневмоторакспен жатқан 4 айлық баланы хирургиялық жолмен емдеу тактикасы:
- \*+активті аспирация мен бірге дренаж жасау
- \* плевра қуысын тесу

- \* зақым болған бөлігін санациялау немесе кесіп алып тастау, торакотомия
- \* пассивті аспирация мен бірге дренаж жасау
- \* зақым болған бронхты бронхоскопиялық жолмен санациялау
- ! Балаларда түтікті сүйек сынығы болған кезде жіберуге болмайтын ығысу түрі:
- \* сүйектің ені бойынша 1/2 бөлігі
- \* ұзындық бойыша 1,5 см
- \* 8 гр бұрышты ығысу
- \*+ротациялық ығысу
- \* сүйектің ені бойынша 1/3 бөлігі
- ! Нәрестелердің некрозды флегмонасын қай аурумен салыстырады:
- \*+рожалы қабыну
- \* нәрестелердің склеромасы
- \* тері асты адипонекрозбен
- \* абсцеспен
- \* лимфаденитпен
- ! Іріңді артритке тән рентгенологиялық симптомды атаңыз:
- \* эпифизарлы сіңірдің деструкциясы
- \* параартикулярлы клетчатканың ісігі
- \*+буын қуысының кеңейуі
- \* буынның шығуы
- \* буын қуысының тарылуы
- ! Туа болған бөлікті эмфиземаның декомпенсирленген түрін емдеу әдісі:
- \* плевраны тесу
- \* торакоцентез
- \*+бөлікті алып тастау радикальді операциясы
- \* консервативті ем
- \* динамикасын бақылау
- ! Қай жердің жаракаты болған кезде тері шетін кеспей тігіс салу қажет?
- \*+беттің
- \* саусақтың
- \* аралытың
- \* санның
- \* аяқ басының
- ! Бронх дренажы бар өкпе абсцесі кезінде емдеу әдісі:
- \* абсцесті тесу
- \* радикальді операция
- \*+бронхоскопиялық дренаж
- \* плевра қуысын дренаждау
- \* бронхты катетеризациялау
- ! Бронх дренажы жоқ өкпе абсцесі кезінде емдеу әдісі:
- \* радикальді операция
- \* бронхоскопиялық дренаж
- \*+Мональд бойынша абсцесс уысын катетеризациялау
- \* бронхты катетеризациясымен бірге бронхоскопия жасау
- \* плевра қуысын дренаждау
- ! Жеті жастағы бала санның төменгі бөлігінің жедел гематогенді остеомиелиті деген диагнозбен стационарға жатты. Жағдайы өте ауыр, интоксикация белгілері айқын. Сіздің тактикаңыз қандай?
- \* жедел тез арада остеоперфорация жасау
- \*+міндетті түрде операцияға дайындағаннан кейін остеоперфорация жасау
- \* инфузиялық және антибактериальді ем. Операцияны жоспарлы түрде жасау

- \* операция дайындағаннан кейін жұмсақ тіндерін кесу
- \* антибиотикті сүйек ішіне салу
- ! Үлкен бронхиальді жыланкөзбен кернелген пневмотораксты емдеу әдісі:
- \*+бронхоблокада жасап плевра қуысын активті дренаждау
- \* плевра қуысын тесу
- \* Бюлау бойынша плевра қуысын дренаждау
- \* активті аспирациямен плевра қуысын дренаждау
- \* бронхтың катетеризациясы
- ! Жай пневмотораксты емдеу әдісі:
- \* плевральді тесу
- \*+активті аспирациямен плевра қуысын дренаждау
- \* Бюлау бойынша плевра қуысын дренаждау
- \* радикальді операция
- \* бронхоскопия
- ! Кернелген пиопневмотораксты емдеу:
- \* плевральді тесу
- \* Бюлау бойынша плевра қуысын дренаждау
- \*+активті аспирациямен плевра қуысын дренаждау
- \* радикальді операция
- \* бронхоскопия
- ! Үлкен бронхиальді жыланкөзбен кернелген пиопневмотораксты дұрыс емдеу әдісі:
- \*+бронхоблокада
- \* плевральді тесу
- \* активті аспирациямен плевра қуысын дренаждау
- \* радикальді операция
- \* бронхтың катетеризациясы
- ! Плевраның созылмалы эмпиемасын дұрыс емдеу әдісі қандай?
- \* плевральді тесу
- \* Бюлау бойынша плевра қуысын дренаждау
- \*+радикальді операция
- \* активті аспирациямен плевра қуысын дренаждау
- \* бронхоскопия
- ! Операциядан кейін өкпе ателектазының даму себебі қандай?
- \* бронхиальді жыланкөз
- \*+бронхтың бітелуі
- \* қан кету
- \* гидроторакс
- \* пневмоторакс
- ! Операциядан кейін өкпе ателектазының асқынуын алдын алу үшін қандай қалыпта жату қажет?
- \* Федоров бойынша
- \*+сау жақ бүйірінде жатқызу
- \* арқасында
- \* ішінде
- \* операция жасалған бүйірінде
- ! 1,5 айлық бала ауырғаннан 4 тәуліктен кейін келіп түскен. Жағдайы ауыр, дене қызуы жоғары. Қарап тексерген кезде сол жақ жамбас буыны ісінген. Қозғалысы шектелген. Пальпация жасағанда ауру сезімі бар. Сіздің болжам диагнозыңыз?
- \* аяқ басының соғылуы
- \* сол жақ сан сүйегінің сынығы

- \* аяқ басы сүйегінің сынығы
- \* жамбас сүйегінің остеомиелиті
- \*+сол жақ сан сүйегінің эпифизарлы остеомиелиті
- ! Кеуде ішілік кернелудің себебі не?
- \*+өкпенің туа біткен ісігі
- \* Баталов өзегінің бітпеуі
- \* жоғары еріннің бітіспеуі
- \* пневмония
- \* жоғары таңдайының бітіспеуі
- ! Рентгенограммада плевра қуысында горизонтальді сұйытық деңгейі анықталады, кеуде аралықтарының ығысуы жоқ өкпенің жартылай коллабириваниесі байқалады.
- Диагнозы?
- \* гигантты кортикальді абсцесс
- \* шектелген пиопневмоторакс
- \*+кернелуі жоқ пиопневмоторакс
- \* кернелген пиопневмоторакс
- \* жедел бактериялы деструктивті пневмонияның буллезді түрі
- ! Рентгенограммада плевра қуысында сұйықтың деңгейі анықталады, сау жаққа кеуде аралықтарының ығысуы бар өкпенің толық коллабириваниесі байқалады. Диагнозы?
- \* пиопневмоторакс
- \* пневмоторакс
- \*+кернелген пиопневмоторакс
- \* плевраның тотальді эмпиемасы
- \* өкпенің абсцесі
- ! Рентгенограммада: кеуде аралығы сау жағына ығысқан, плевра қуысында ауа бар, коллабириванген өкпе. Диагнозы?
- \* кернелген пиопневмоторакс
- \*+кернелген пневмоторакс
- \* гигантты кортикальді абсцесс
- \* плевраның тотальді эмпиемасы
- \* Өкпенің бактериялы майда ошақты деструкциясы
- ! Жедел гематогенді остеомиелитпен ауырғанына 8 ай болған. Жарадан ұзақ уақыт ірің аққан. Рентгенограммада сүйек тінінің деструкциясы анықталады, айқын остеоосклероз.
- Ағымы қандай?
- \* қалыпты
- \* созылған
- \*+созылмалы
- \* молниеносный
- \* септикопиемиялы
- ! Жедел гематогенді остеомиелитпен ауырғанына 10 күн болған. Операциядан кейін ұзақ уақыт ірің аққан, сүйек деструкциясы бар. Рентгенологияда остеопороз, секвестр, периостальді реакция. Ағымы қандай?
- \* қалыпты
- \* созылған
- \*+жедел
- \* молниеносный
- \* септикопиемиялы
- ! Аталған симптомдардың ішінен жедел гематогенді остеомиелитке тәні қайсысы:
- \*+жедел басталу, жоғары дене қызуы, қатты ауру сезімі, сүйекке ұрғанда ауру сезімінің болуы, козғалтқанда ауру сезімі
- \* буындағы ауру сезімі, жоғары дене қызуы
- \* гиперемия, флюктуация

- \* жүрек жағынан өзгерістер, майда буындардағы ауру сезімі
- \* салицилаттар әсерінің болуы мен козғалтқандағы ауру сезімі
- ! Гематогенді остеомиелиттің сирек кездесетін түрі:
- \* жедел
- \* созылмалы
- \*+атипті
- \* жеделдеу
- \* қайталамалы
- ! Жедел гематогенді остеомиелиттің ауыр түрінен кейін болатын асқыну:
- \* көптеген локализация
- \*+метастазды пневмония
- \* бауырдың көптеген абсцестері
- \* көк баурдың абсцесі
- \* перикардит
- ! Жедел гематогенді остеомиелитке тән негізгі рентгенологиялық белгі:
- \* буын қуысының кеңуі
- \* сүйектену ядросының фрагментациясы
- \*+периостальді реакция, сүйектің деструкциялы ошағы
- \* сүйектену ядросының лизисі
- \* сүйекте деструкциялану ошағының болуы
- ! Созылмалы остеомиелитті хирургиялық жолмен емдеу принциптері:
- \* антибиотикотерапия, иммунотерапия
- \*+секвестрэктомия, сүйек қуысының пластикасы, грануляцияны алып тастау
- \* иммунотерапия, физиоём
- \* антибиотикотерапия
- \* физио ем мен антибиотикотерапия
- ! Некрозды флегмонаның ағым ерекшелігі:
- \*+ауыр өтеді
- \* буынды зақымдайды
- \* қабырғаны зақымдайды
- \* тері некрозы болады
- \* септикопиемия
- ! Операциядан кейін болатын өкпе ателектазының себебі:
- \* бронхиальді жыланөз
- \*+бронхтың обтурациясы
- \* қан кету
- \* гидроторакс
- \* пневмоторакс
- ! Операциядан кейін өкпе ателектазын алдын алу мақсатымен баланы қалай жатқызу керек?
- \* Федоров бойынша
- \*+сау жағына
- \* арқасында
- \* ішінде
- \* операция жасалған бүйірінде
- ! Операциядан кейін дамыған өкпе ателектазы кезінде аускультация жасағанда:
- \* бронхиальді тыныс естіледі
- \* альвеолярлы тыныс естіледі
- \* амфорикалы тыныс естіледі
- \*+тынысы болмайды
- \* тынысы әлсіз
- ! Баланы қарап тексерген кезде жедел гематогенді остеомиелит анықталған. жұмсақ тіндерін пункциялаған кезде ірің алынған. Сіздің тактикаңыз қандай?

- \* жұмсақ тіндерін кесу
- \*+жұмсақ тіндерін кесу, остеоперфорация, сүйек ми каналын жуу
- \* тері асты остеоперфорациясын жасау
- \* сүйекке антибиотиктер енгізу
- \* консервативті трде қабынуға қарсы ем жасау
- ! Нәрестелердің флегмонасы кезінде болатын жергілікті қабыну процесінің белгісі:
- \* қан құйылу
- \* лимфостаз
- \*+терінің гиперемиясы
- \* ауру сезімі жоқ
- \* терісі ылғалданған
- ! Нәрестелер флегмонасын қай аурумен салыстырады:
- \* туа болған ксантоматозбен
- \*+рожалы қабынумен
- \* эксфолиативті дерматитпен
- \* туа пайда болған ихтиозбен
- \* Квинке ісігімен
- ! Пилоромиотомиядан кейін біраз уақыт өткеннен кейін кездесетін асқыну:
- \* асқазанның ойық жарасы
- \* парадуоденит
- \*+спайкалы ішек өтпеуі
- \* жоғары көтерілген холангит
- \* пилорикалы жомның дұрыс жабылмауы
- ! Нәрестенің флегмонасына алып келетін негізгі қоздырғыш:
- \* вирус
- \* қарапайымдар
- \*+стафилококк
- \* сапрофиттер
- \* ішек таяқшалары
- ! Нәресте флегмонасының дамуына алып келетін анатомиялық ерекшелік:
- \* тер бездерінің жетілмеуі
- \* инфекцияның кіндік арқылы енуі
- \*+терінің мүйізді қабатының нашар дамуы
- \* кіші қан айналым шеңберінің іркілісі
- \* жылыны реттеу орталықның бұзылысы
- ! Нәресте флегмонасының дамуына алып келетін анатомиялық ерекшелік:
- \* жақсы жұмыс істейтін тері бездері
- \* эпидермистің тез жарақаттануы
- \* тырнақ пластинкасының нашар дамуы
- \*+май тінінің дәнекер тіндерінің толық дамымауы (недоразвитие соединительнотканых перемычек жировой ткани)
- \* жылыны реттеу орталықның бұзылысы
- ! Нәресте флегмонасында біріншілік қабыну процесінің орналасатын жері:
- \* тері
- \*+тері асты май қабаты
- \* шырыш қабаты
- \* терінің лимфа түйіндері
- \* шеткі венозды тор
- ! Нәрестелер флегмонасына тән дене қызуы:
- \* некроз жойылғанға дейінгі субфебрильді дене қызуы
- \*+ауруының бірінші күндерінен

бастап 38-39 гр дене қызуы  
\* ауруының соңына дейін дене қызуы бір түсіп, бір көтеріліп отырады  
\* ауруының басында ғана дене қызуы көтеріліп, сосын күрт түседі  
\* дене қызуы қалыпты, кейде ғана субфебрильді санға дейін жоғарылайды  
! Некротикалы энтероколиттің продром кезеңінде анықталады:  
\*+кекіру (срыгивание)  
\* өт аралас құсу  
\* ішек заты аралас құсу  
\* патологиялық коспасы бар жиі нәжістің болуы  
\* нәжіс пен газдың болмауы  
! Некротикалы энтероколиттің продром кезеңінде рентгенде анықталады:  
\*+ішекте газдың болуы бірқалыпты жоғарылаған (повышенное равномерное газообразование)  
\* ішекте газдың болуы бірқалыпты емес, сұйықтық деңгейі бар  
\* іқұсақ қуысы локальді қарайған  
\* ішектің контуры анық  
\* ішек қабырғасының пневматозы  
! Асқазан өңеш рефлюксі болады:  
\*+қысқа өңеште  
\* кардии ахалазиясында  
\* өңеш стенозында  
\* пилороспазм  
\* пилоростенозда  
! Нәрестелердің некрозды флегмонасы емделеді:  
\* консервативті /томицид майымен таңу жасау арқылы/  
\*+сау тінін қамтып тілулер жасау арқылы, гипертониялық таңу жасау  
\* консервативті /Вишневский майымен таңу жасау арқылы/  
\* тілу жүне Вишневский майымен таңу жасау арқылы  
\* сәулемен емдеп, көк тамырға линкомицин салу  
! Тесілу кезеңіндегі некротикалы энтероколит кезінде рентгенсуретте анықталады:  
\*+құрсақ қуысындағы бос ауаның болуы  
\* ішектің газға толуы бірқалыпты жоғарылаған  
\* құрсақ қуысында локальді қараюдың болуы  
\* ішек контурының түзуленуі  
\* бауырдың порталды жүйесінің газды болуы  
! Эпифизарлы остеомиелиттен кейін болатын асқыну:  
\* созылмалы түріне ауысу  
\* патологиялы сынық  
\*+аяқтың қысқаруы  
\* жыланкөздің болуы  
\* буынның анкилоздануы  
! Ревматизмді жедел гематогенді остеомиелиттің бастапқы кезеңінен ажырататын белгі қайсы?  
\*+буынындағы тұрақсыз ауру сезімі /летучие боли/  
\* сүйекті ұрғанда ауру сезімінің болуы  
\* буын айналасындағы ісіктің болуы  
\* салицилаттарды пайдаланғаннан

ауру сезімі азаймайды  
\* гипертермия  
! Остеомиелит кезінде инфекция сүйекке қай жолмен енеді?  
\* лимфогенді  
\* тері арқылы  
\* ішек арқылы  
\*+гематогенді  
\* ауа тамшылы  
! Бронхологиялық зерттеуге көрсеткіш болып табылады:  
\* пневмония  
\* дене қызуы  
\* ЖРВИ  
\*+іріңді қақырық  
\* құрғақ жәтел  
! Рожалы қабынудың жиі қоздырғышы болып табылады:  
\*+стрептококк  
\* стафилококк  
\* пневмококк  
\* ішек таяқшасы  
\* клебсиелла  
! Өкпе ішілік кернелу синдромы болатын өкпенің даму ақауы қайсы?  
\*+лобарлы эмфизема  
\* өкпенің ісігі  
\* өкпелік секвестрация  
\* өкпенің агенезиясы  
\* өкпенің аплазиясы  
! Өкпе деструкциясының кернелмеген буллезді түрінің емі:  
\* булланы тесу  
\*+интенсивті ем жасау  
\* булланы дренаждау  
\* бронхоскопиялық дренаж  
\* плевральді тесу жасау  
! Плащ тәрізді плевритті емдеу әдісі:  
\* Бюлау бойынша плевральді іуысты дренаждау  
\* ошаққа тиіспей интенсивті ем жасау  
\*+плевральді қуыстан сұйықтықты алу  
\* активті аспирациялау арқылы плевральді қуысты дренаждау  
\* бронхоскопия  
! Іріңді плащ тәрізді плевритті емдеу әдісі:  
\* ошаққа тиіспей интенсивті ем жасау  
\* Бюлау бойынша плевральді қуысты дренаждау  
\*+плевральді пункция жасау, іріңді алу  
\* активті аспирациялау арқылы плевральді қуысты дренаждау  
\* бронхоскопия  
! Қалталанған /осумкованный/ іріңді плевритті емдеу әдісі:  
\* Бюлау бойынша плевральді қуысты дренаждау  
\*+плевральді пункция жасап, іріңді алу  
\* активті аспирациялау арқылы плевральді қуысты дренаждау  
\* радикальді операция жасау  
\* бронхоскопия  
! Плевраның тотальді эмпиемасын емдеу әдісі:  
\* плевральді қуысты тесу  
\* ошаққа тиіспей интенсивті ем жасау  
\* Бюлау бойынша плевральді қуысты дренаждау  
\*+активті аспирациялау, плевральді

қуысты дренаждау  
\* бронхты катетеризациялау  
! Парциальді пневмотораксты емдеу әдісі:  
\* Бюлау бойынша плевральді қуысты дренаждау  
\* ошаққа тиіспей интенсивті ем жасау  
\*+плевральді пункция жасау  
\* активті аспирациялау арқылы плевральді қуысты дренаждау  
\* бронхоскопия  
! Жай пневмотораксты емдеу әдісі:  
\* бронхоблокада  
\* плевральді қуысты тесу  
\*+Бюлау бойынша плевральді қуысты дренаждау  
\* активті аспирациялау арқылы плевральді қуысты дренаждау  
\* бронхоскопия  
! Балаға бронхоскопия жасағаннан кейін балада жетел /лающий/ пайда болады. Дауысы қарлыққан, инспираторлы еңгіту, дене қызуы 38 гр дейін жоғарылайды. Диагнозыңыз қандай?  
\* жедел пневмония  
\* жедел тыныс жетіспеушілігі  
\*+байлам асты кеңістіктің ісінуі /отек подсвязочного аппарата/  
\* трахеобронхит  
\* ангина  
! Бір айлық баланың ауырғанына 4 күн болған. Дене қызуы жоғарылап, аяғын қозғалтуы шектелген, ораған кезде мазасыз, жылайды. Жамбас буынында активті қозғалыс жоқ, ауырады. Сіздің болжам диагнозыңыз қандай?  
\*+сан сүйегінің эпифизарлы остеомиелиті  
\* сан сүйегінің флегмонасы  
\* жамбас буынының артриті  
\* шапты лимфаденит  
\* сан сүйегінің сынығы  
! Бір айлық балада кіндік сепсисі. Екі күн бұрын иық буыны ісініп, қолын қозғаған кезде ауру сезімі байқалады. Бала мазасыз. Сіздің болжам диагнозыңыз қандай?  
\* иық буынының шығуы  
\* иық сүйегінің сынығы  
\* иық буынының зақымы  
\* иық буыны аймағының флегмонасы  
\*+иық сүйегінің жоғарғы бөлігінің эпифизарлы остеомиелиті  
! 8 жастағы бала 2 күн бұрын сол аяғының балтыр аймағын ұрып алған. екі үкнен соң дене қызуы жоғарылап, локальді ауру сезімі күшейеді, ісіну пайда болып, аяғын баса алмайды. Сіздің болжам диагнозыңыз қандай?  
\* балтыр сүйегінің сынығы  
\* балтырдың жұмсақтіндерінің зақымы  
\* өкше буынының орнынан шығуы  
\*+жедел гематогенді остеомиелит  
\* балтыр аймағының флегмонасы  
! Жедел гематогенді остеомиелит кезінде жасалатын жергілікті емді неден бастайды?  
\* антибиотик салу  
\*+остеоперфорация, сүйек ми каналын жуу  
\* іріңді ошақты дренаждау

\* сүйек іуысын антибиотикпен жуу  
 \* иммобилизация жасау  
 ! Эпифизарлы остеомиелит кезінде рентгенологиялық белгісінің пайда болу мерзімі?  
 \* бірінші тәуліктен  
 \*+бірінші апта аяғына таман  
 \* ауруының 10-12 күндері  
 \* ауруының 14-21 күндері  
 \* 1 айдан соң  
 ! Некрозды флегмонаны бірінші кезекте қай аурумен салыстыру керек?  
 \*+рожамен  
 \* склеремамен  
 \* тері асты май қабатының адипонекрозымен  
 \* лимфаденитпен  
 \* тері асты май қабатының асептикалы некрозымен  
 ! Рентгенсуретте плевра қуысының үлкен бөлігін алып жатқан домалақ көлеңке байалады. Сіздің диагнозыңыз қандай?  
 \* плеврит  
 \* булла  
 \* пиоторакс  
 \*+гигантты кортикальді абсцесс  
 \* пневмоторакс  
 ! Рентгенсуретте өкпе паренхимасы өзгерген фонда қабырғасы жұқа, анық ауалы қуыс байқалады. Сіздің диагнозыңыз қандай?  
 \* өкпе абсцесі  
 \* өкпе ісігі  
 \*+өкпе деструкциясының буллезді түрі  
 \* пиопневмоторакс  
 \* гигантты кортикальді абсцесс  
 ! Науқастың тыныс алуы өте қиын, еңтігу болғандықтан кеуде қуысының қосымша бұлшық еттері дем алуға қатысады, Перкуторлы дыбыс зақым болған бөлігінде тұйықталған. Аускультацияда тынысы әлсіз, жөтеледі.  
 Сіздің диагнозыңыз қандай?  
 \* бронхопневмония  
 \*+бронхтың бөгде заты  
 \* кеңірдектің қозғалмалы бөгде заты  
 \* пиопневмоторакс  
 \* пневмоторакс  
 ! Науқастың жағдайы қанағаттанарлық, тынысы еркін, бірақ жөтеледі, рентгенсуретте өкпенің төменгі бөлігінің ателектазы байқалады. Сіздің диагнозыңыз?  
 \* бронхопневмония  
 \* кеңірдектің бөгде заты  
 \*+бөлікті бронхтың бөгде заты  
 \* пиопневмоторакс  
 \* пневмоторакс  
 ! Балада он ай бұрын жедел гематогенді остеомиелит болған. Функциональді бұзылыс жоқ. Жарасы бітіп кеткен. Рентгенде остеопороз, секвестр, периостальді реакция байқалады. Ағым варианты қандай?  
 \* үзілген /обрывной/  
 \* созылған  
 \*+созылмалы  
 \* найзағайлы /молниеносный/  
 \* септикопиемиялық

! 4 жастағы баланың ауырғанына 2 күн болған. Сан сүйегінің төменгі бөлігінің остеомиелиті деген диагноз қойылған. Жұмсақ тіндерді пункциялаған кезде ірің жоқ. Сіздің тактикаңыз қандай?  
 \* жергілікті антибиотик салу  
 \* жұмсақ тіндерді кесу  
 \* тері арқылы остеоперфорация жасау  
 \*+жұмсақ тіндерді кесу, остеоперфорация, сүйек ми каналын жуу  
 \* көк тамырға антибиотик енгізу  
 ! Нәрестелер флегмонының салыстырады:  
 \* туа пайда болған ксантоматоз  
 \*+нәрестелердіо кальцинозы  
 \* эксфолиативті дерматит  
 \* туа болған ихтиоз  
 \* Квинке ісігі  
 ! Нәрестелердің некрозды флегмонының жергілікті емдеу әдісі:  
 \* резиналы өткізгіш арқылы жараны дренаждау  
 \* кейін антибиотик енгізу үшін жараны ирригатормен дренаждау  
 \*+сау тінін қамтып тілу жасау  
 \* инструмент арылы тері асты май қабатының жабық қалташаларын ашу  
 \* кескеннен кейін жараны тампондау  
 ! Үш жасар бала стационарда оң жақты пневмонияға байланысты жатқан. Жедел түрде тыныс жетіспеушілігі өршиді, оң жағын перкуссиялағанда тимпанит естіледі, тынысы әлсіз. Рентгенсуретте кеуде аралық көлеңкесі сол жағына ығысқан. Оң жағынан ауалы қуыс анықталады. Ауалы қуыс плевральді қуыстың барлық бөлігін қамтып жатыр. Сіздің диагнозыңыз?  
 \* екі жақты пневмония  
 \* бөлікті эмфизема  
 \* кернелген пневмоторакс  
 \*+кернелген өкпе ісігі  
 \* деструктивті пневмонияның буллезді түрі  
 ! Аталық безінің кернелген сүйегінен кейін болатын асқынуды атаңыз?  
 \*+аталық безінің атрофияға ұшырауы  
 \* ауру синдромы  
 \* орхипидидимит  
 \* аталық без қабатының флегмоны  
 \* гипогенитализм  
 ! Қабылдау бөліміне он жастағы баланы алып келді, ол 7 ай бұрын сол иық сүйегінің жедел гематогенді остеомиелитімен ауырған. Екі күн бұрын сол иық сүйегінде ауру сезімі күшейіп, ісіну пайда болып, іріңді бөлініспен жыланкөз ашылған. Дене қызуы 37,6 гр. Сіздің диагнозыңыз?  
 \* иық буынының туберкулезі  
 \* иық буының аймағының флегмоны  
 \*+иық сүйегінің созылмалы остеомиелиті, жыланкөзді трі  
 \* иық сүйегінің ісігі  
 \* иық буынының іріңді артриті  
 ! Омфалитке тән симптомды атаңыз?  
 \* гиперемия  
 \* кіндік тамырларының даму ақаулары  
 \* үлкейген кіндік тамырларының

пальпациялануы  
 \*+кіндіктен іріңді серозды бөліністің болуы  
 \* кіндіктен нәжіс аралас серозды бөліністің бөлінуі  
 ! Қабылдау бөліміне бір айлық баланы алып келді. Анасының айтуы бойынша үш күн бұрын баланы ораған кезде қолының қозғалысы шектелген, ауру сезімі бар. Тамақтан бас тартады, дене қызуы жоғарылаған. Мазасыз. Сіздің диагнозыңыз?  
 \*+эпифизарлы остеомиелит  
 \* иық сүйегінің сынығы  
 \* туу кезіндегі Дюшен Эрба параличі  
 \* респираторлы вирусты ауру  
 \* нәрестелер флегмоны  
 ! Бала 5 жаста. 2 күннен бері иық буынының ауру сезімі күшейген. Дене қызуы кешке қарай 38,8 гр дейін жоғарылайды. Қарап тексерген кезде иық буыны ісінген, контуры тегіс. Рентгенсуретте иық буын қуысы кеңейген. Диагнозыңыз?  
 \* иық буынының туберкулезі  
 \* иық сүйегінің остеомиелиті  
 \* иық буынының соғылуы  
 \* иық сүйек басының эпифизиолизі  
 \*+иықбуынының іріңді артриті  
 ! Гематогенді остеомиелиттің сирек кездесетін түрі болып табылады.  
 \* жедел  
 \* созылмалы  
 \*+Гарре склероздану остеомиелиті  
 \* жеделдеу  
 \* рецидивті  
 ! Урограммада үнсіз бүйрек болған баланы ары қарай толық тексеру үшін міндетті түрде қажетті зерттеу әдісі:  
 \* радиоизотопты  
 \*+компьютерлі томография  
 \* бүйректің УДТ  
 \* Микционды цистоурография  
 \* экскреторная урография  
 ! Экскреторлы урография несеп шығару жүйесінің қай бөлігі туралы мәлімет береді:  
 \*+жоғарғы  
 \* төменгі  
 \* қуық  
 \* несеппағар  
 \* уретра  
 ! Уретраның жыртылуы болған кезде жасалатын операция варианты:  
 \* цистостомия  
 \* айналмалы катетерді қою  
 \*+цистостомиямен бірге біріншілік тігіс салу  
 \* аралық уретростомия  
 \* несеппағарды ішекке жалғау  
 ! Қуықнесеппағар рефлюксінің себебі болып табылады:  
 \*+созылмалы цистит  
 \* фимоз  
 \* пиело-уретральді қақпақшаның бітелуі  
 \* несеппағардың қуықтан тыс эктопиясы  
 \* баланопостит  
 ! Ісінген ұма синдромы кезінде жасалады:  
 \* антибактериальді ем, суспензий беріп тыныштандыру

\* 24 сағат ішінде бақылау, егер жақсару болмаса  
 аталық безін ашу операциясын жасау  
 \*+бала жасына қарамастан жедел операцияға алу  
 \* тек қана нәрестелерде жедел операция жасалады  
 \* операцияны бір жастан асқанда ғана жасайды  
 ! Қуықтың құрсақтан тыс жыртылуы болған кезде жасалатын оперативті ем мақсаты:  
 \* қуыққа тұрақты катетерді қою  
 \* лапаротомия арқылы қуыққа тігіс салу  
 \*+қуықтың өзіне ішінен тігіс салу (ушивание мочевого пузыря из его просвета)  
 \* несеппағарды сигма тәрізді ішекке жалғау  
 \* екі жақты пиелостомия  
 ! Қуықтың құрсақ ішілік жыртылуына тән рентгенологиялық белгі:  
 \* контрасты заттың қуық айналасындағы клетчаткаға ағуы  
 \*+қуық контурының анық болмауы және контрасты заттың ішек арасына таралуы  
 \* контрасты заттың несеппағарға ағуы  
 \* қуық контурының деформациясы  
 \* қуықтың толуының кемістігі  
 ! Нефробластома дамиды:  
 \* ми тінінен  
 \* жұлынның артқы мүйізінен  
 \* пейер бляшкаларынан  
 \*+метанефрогенді тінінен  
 \* парасимпатикалы ганглиден  
 ! Қуық-несеппағар рефлюксінің екінші дәрежесін диагностикалауға көмек беретін әдіс:  
 \* цистоскопия  
 \*+микционды цистоуретрография  
 \* цистометрия  
 \* урофлуорометрия  
 \* экскреторлы урография  
 ! Рефлюкс-нефропатияға тән рентгенологиялық белгі:  
 \*+бүйрек паренхимасының әр қалыпты жұқаруы  
 \* тиын тәрізді тостағаншалар  
 \* бүйрек көлемінің үлкейуі  
 \* тыныш бүйрек  
 \* түбек көлемінің үлкейуі  
 ! Крипторхизмді хирургиялық жолмен емдеудің оптимальді жас мөлшері:  
 \* 1-3 ай  
 \*+2 жаста  
 \* 6 жаста  
 \* 12-14 жаста  
 \* 14-16 жаста  
 ! Крипторхизм кезінде аталық безінің дегенеративті өзгерісіне алып келетін себепті атаңыз:  
 \* андрогеннің жетіспеуі  
 \*+аталық бездің ұмадан тыс болуы  
 \* гонадотропиннің жетіспеуі  
 \* дистопияланған аталық безінің механикалық жарақаты  
 \* гипоксия  
 ! Рефлюкс нефропатияға тән рентгенологиялық белгі:

\*+тостағаншалардың саңырауіклек тәрізді деформациясы  
 \* тиын тәрізді тостағаншалар  
 \* бүйрек көлемінің үлкейуі  
 \* тыныш бүйрек  
 \* астаулардың үлкейуі  
 ! Гипоспадия кезінде уретраның пластикасы қай жаста жасалады:  
 \* нәрестелерде  
 \* бір жаста  
 \* 2-4 жаста  
 \*+6-7 жаста  
 \* 12-14 жаста  
 ! Крипторхизммен қосарланған гипоспадияның қай түрі баланың жынысын анықтауда қиындық тудырады:  
 \* венечная  
 \* бағаналық  
 \* бағана-ұмалық  
 \* ұмалық  
 \*+аралықтың /промежностный/  
 ! Эмбриональді жарықтардың клиникалық түрлері:  
 \*+кіші, ортаңғы, үлкен көлемді  
 \* кіші, жалған, шар тәрізді  
 \* жартылай шар, аяқшада, үлкен көлемді  
 \* ассиметриялы, шын  
 \* орташа, ассиметрия, жалған  
 ! Кіндік бауының эмбриональді жарығы даму үшін қандай ақаудың әсері бар:  
 \* тері дефектісі  
 \* іштің бұлшы-ет апоневрозды қабырғасының дефектісі  
 \* кіндік қан тамырларының даму ақаулары  
 \* кіндіктің орналасу аномалиясы  
 \*+ішек айналуының аномалиясы  
 ! Нейробластоманы диагностикалауда мәліметті зерттеу әдісі болып табылады:  
 \* құрсақ қуысының шолу рентгенсуреті  
 \* қанда альфа фетопротеин мөлшерін анықтау  
 \* бауырдың сканы  
 \*+ісікті пункциялау және оны цитологиялық тексеру  
 \* бүйректің сканы  
 ! Рефлюкс нефропатияға тән рентгенологиялық белгі:  
 \* тиын тәрізді тостағаншалар  
 \*+бүйректің кішірейуі  
 \* бүйректің үлкейуі  
 \* тыныш бүйрек  
 \* түбектердің үлкейуі  
 ! Гипоспадияға тән белгі:  
 \* зәрін ұстай алмау  
 \* жыныс мүшесінің жоағры қарай қисаюы  
 \* шонданайдың айырылуы  
 \*+жыныс мүшесінің төменгі қабырғасы бойынша уретраның сыртқы тесігінің дистопиясы  
 \* қасағаның (крайняя плоть) жоғарғы жағынан төмен қарай фартук тәрізді салбырап тұруы  
 ! Қуық-несеппағар рефлюксінің хирургиялық жолмен емдеудің мақсаты:  
 \* нефрэктомия  
 \* пиелостомия

\*+несеппағарды қуыққа жалғап, антирефлюксті түрде жасау  
 \* несеппағар қақпақшасын ауыстыру (пересадка)  
 \* цистостомия  
 ! Гипоспадияға тән белгі:  
 \*+жыныс мүшесінің төмен қарай қисаюы  
 \* зәрін ұстамау  
 \* шонданайдың ажырауы  
 \* қасағаның (крайняя плоть) жоғарғы жағынан төмен қарай фартук тәрізді салбырап тұруы  
 \* жыныс мүшесінің жоғары қарай қисаюы  
 ! Қуық экстрофиясы кезінде қандай операция жасалады?  
 \* тері пластикасы арқылы жасанды қуық жасау  
 \* екі жақты пиелостомия жасау  
 \*+несеппағарды сигма тәрізді ішекке жалғау  
 \* несеппағар қақпақшасының пластикасы  
 \* несеппағарды аш ішекке жалғау  
 ! Гидронефрозға күдік тудыратын негізгі белгі:  
 \* тұрақы макрогематурия  
 \*+зәр шығару жүйесінің тұрақты инфекциясы  
 \* дизурия  
 \* никтурия  
 \* несептің шықпауы  
 ! Қуық экстрофиясы кезінде жасалатын операция мақсаты:  
 \* тері пластикасы арқылы жасанды қуық жасау  
 \*+ішектен жасанды қуық жасау  
 \* несеппағар қақпақшасының пластикасы  
 \* екі жақты пиелостом  
 \* несеппағарды аш ішекке жалғау  
 ! Гидроцеленің пайда болуы неге байланысты:  
 \*+қынап өсіндісінің бітіспеуіне  
 \* қабыну процесіне  
 \* шап аймағының жарақатына  
 \* ауырған ауруына  
 \* аталық безінің дистопиясына  
 ! Ерте жастағы балаларда гидроцеле кезінде жиі жасалатын операция түрі:  
 \*+Росса операциясы  
 \* Винкельман операциясы  
 \* Ру Краснобаев операциясы  
 \* Мартынов операциясы  
 \* шап каналын тігу  
 ! Варикоцеле анықтамасы:  
 \* шап жарығының түрлері  
 \* гидроцеле түрлері  
 \*+гроздьевидті көк тамырларының кеңейуі (гроздьевидное сплетение)  
 \* қосалқы без (придаток яичка) көк тамырларының кеңейуі  
 \* аталық безінің лимфостазы  
 ! Варикоцеле кезінде жиі қолданылатын операция түрі:  
 \* кейінген көк тамырларын кесу  
 \* Иванисевич операциясы  
 \*+Иванисевич-Ерохин операциясы  
 \* Ру-Краснобаев операциясы  
 \* Винкельман операциясы  
 ! Балаларда несеп шығару бұзылысының түрлері қандай?



\*+парадоксальді ишурия  
\* анурия  
\* полиурия  
\* олигоурия  
\* пиурия  
! Зәрдің мөлшері бойынша өзгерістер түріне жатпайды?  
\* полиурия  
\* дизурия  
\* +несепті ұстамау  
\* олигоурия  
\* гипонизостенурия  
! Несеп шығару каналының қандай аномалиясын білесіз?  
\* уретероцеле  
\*+эписпадия  
\* урахустың бітіспеуі  
\* қуық экстрозиясы  
\* гидронефроз  
! Зәр тас ауруына тән зәрдің өзгерісі:  
\* зәрде қанттың болуы  
\* уродилиннің жоғарылауы  
\*+гематурия  
\* полиурия  
\* гипонизостенурия  
! Вильмс ісігін диагностикалау әдісі:  
\* физикальді  
\* лабораторлы  
\* экскреторлы урография  
\* селективті урография  
\*+гистологиялық  
! Қуық қабырғасының трабекулярлығы қай патологияда болады?  
\*+уретраның артқы қақпақшасында  
\* туберкулезді микроцистит кезінде  
\* эписпадияда  
\* қуықтың шын дивертикуласында  
\* қуықтың жалған дивертикуласында  
! Жалған крипторхизмге тән:  
\* гипогенитализм  
\*+Томашевский симптомының оң болуы  
\* Томашевский симптомының теріс болуы  
\* ауру сезімі  
\* интеллекттің төмендеуі  
! Бүйрек пен несепардың қандай даму ақауына бүйректің шаншу синдромы тән:  
\*+аумалы /перемежающийся/  
гидронефроз  
\* қуық несепарға рефлюксі  
\* бүйректің гипоплазиясы  
\* жоғары несеп жолдарының қосарлануы  
\* поликистоз  
! Гематурия мен пиурия қай ауруға тән:  
\* гидронефроз  
\* калькулез  
\*+туберкулез  
\* нефроптоз  
\* бүйректің ісігі  
! Қай ауруда зәрдің шықпауы рефлекторлы болып табылады:  
\* фимоз  
\*+баланопостит  
\* қуықтың ісігі  
\* уретраның тасы  
\* уретраның жарақаты  
! Жедел несептің шықпауы себебінен қай ауруда катетеризация жасау қарсы көрсеткіш болып табылады?

\* фимоз  
\* қуықтың ісігі  
\* уретра тасы  
\*+уретраның жыртылуы  
\* қуық тасы  
! Бел аймағында көлемі үлкейіп келе жатқан ісіктің болуы қай ауруда кездеседі:  
\* бүйректің қосарлануы  
\* гидронефроз  
\* нефроптоз  
\*+бүйректің жарақаттануында  
\* туберкулез  
! Нәрестеге құрсақ қуысының рентгенсуретін жасаған кезде екі денгей анықталса, ол не туралы айтылып жатқаны?  
\* аш ішектің атрезиясы  
\* Гиршпрунг ауруының жедел түрі  
\* пилорикалық каналдың атрезиясы  
\* +12 елі ішектің толық туа болған өтпеуі  
\* артерио-мезентериальді өтпеу  
! Муковисцидоз қай патологияда байқалады?  
\* бүйректің туа пайда болған ауруларында  
\* созылмалы панкреатитте  
\* қант диабетінде  
\* ұйқы безінің ісігінде  
\*+ұйқы безінің кистозында  
! 9 жастағы балада жиі бүйрек шаншуы болады. Шаншу ұстамасы кезінде гематурия байқалады. Қандай зерттеу әдісін жасау керек?  
\* антеградты пиелография  
\*+экскреторлы урография  
\* ретроградты пиелография  
\* пневмопиелография  
\* цистография  
! 7 жастағы бала ішінің төменгі бөлігіндегі қатты ауру сезіміне, өз бетінше кіші дәретке отыра алмайтынына шағымданады. Қарап тексерген кезде қуық көлемі үлкен және пальпация жасағанда ауырады. Кіші дәретке бармағанына 10 сағат болған. Сіздің болжам диагнозыңыз?  
\* фимоз  
\* парафимоз  
\*+уретраның тасы  
\* қуық ісігі  
\* жедел цистит  
! 6 жастағы қыз бала іштің оң бөлігінің үнемі тұйық ауру сезіміне шағымданады. Екі жыл бойы пиурия байқалған.  
Зәр анализінде белок пен лейкоцитурия. Экскреторлы урография жасағанда тостағанша мен астаудың айтарлықтай кеңейгені анықталды. Сіздің болжам диагнозыңыз?  
\* оң бүйректің ісігі  
\*+оң жақты гидронефроз  
\* гидрокаликоз  
\* пионефроз  
\* сол бүйректің уретерогидронефрозы  
! Шап жарығына байланысты екі жастағы баланы операцияға дайындап жатыр. Жарты сағат бұрын операция алдында қандай шара жасалуға тиіс?  
\* жалпы ванна

\* тазалау клизмасы  
\*+премедикация  
\* тамақ пен су бермеу  
\* мұрын мен ауыз жолдарын тазалау  
! Қабылдау бөліміне 8 жастағы баланы алып келген. Жағдайы ауыр, галлюцинациясы бар, аузы құрғақ, дене қызуы жоғары, тыныс алуы қиын. Анамнезінен белгілі болғаны бала белгісіз дән (семена) жеген. Сіздің болжам диагнозыңыз?  
\* өңеш күйігі  
\*+жедел улану  
\* бас ми жарақаты  
\* бауыр мен бүйректің жедел жетіспеушілігі  
\* тыныс жолдарының бөгде заты  
! Балаларда қуықтың даму ақауы диагностикаланады:  
\* пневмоперитонеуммен  
\* бүйрек ангиографиясымен  
\* хромоцистоскопиямен  
\* экскреторлы урографиямен  
\*+цистографиямен  
! Несепардың аномалиясы қайсы?  
\*+мегауретер  
\* эписпадия  
\* гипоспадия  
\* қуық экстрозиясы  
\* фимоз  
! Бүйрек гипоплазиясын диагностикалауда мәліметті емес:  
\* экскреторлы урография  
\* ретроградты пиелография  
\* ретропневмоперитонеум  
\* селективті ангиография  
\*+цистография  
! Бүйректің жыртылуы диагнозын дәлелдейтін зерттеу әдісі:  
\*+экскреторлы урография  
\* ретроградты уретеропиелография  
\* қанда белокты анықтау  
\* қанның жалпы анализі  
\* зәрдің жалпы анализі  
! Қандай даму ақауы зәр ұстамаумен байқалады:  
\*+тотальді эписпадия  
\* аралықты гипоспадия  
\* субсимфизарлы эписпадия  
\* артқы уретра қақпақшасы  
\* эктопияланған уретероцеле  
! Экскреторлы урография жасау үшін қолданылатын контрасты зат:  
\* билинол  
\* иодолол  
\*+верографин  
\* барий қоспасы  
\* метилен көгі  
! Гидронефрозды трансформацияның дамуына алып келетін фактор:  
\* қабыну  
\*+механикалы  
\* гормональді  
\* жарақатты  
\* тұқым қуалау  
! Бүйректің жабық жарақатына тән симптом:  
\* гематурия, пиурия  
\* пиурия, асцит  
\*+бел аймағында ісік тәрізді түзілістің болуы, гематурия  
\* асцит, гематурия  
\* дене қызуының жоғарылауы мен пиурия

! Анурияның қай түрі емдеуді қажет етпейді:  
\* ренальді  
\* экстраренальді  
\* субренальді  
\*+нәрестелердің физиологиялық ануриясы  
\* аренальді  
! 4 жастағы қыз бала туылғаннан бастап күндіз және түнде зәрін ұстамайды. Бірақ қалыпты зәр шығаруы дұрыс. Зәр анализінде патологиялық өзгеріс жоқ. Болжам диагнозыңыз.  
\* энурез  
\*+несепағардың қуықтан тыс эктопиясы  
\* уретероцеле  
\* нейрогенді қуық  
\* эписпадия  
! 4 жастағы қыз бала туғаннан бастап күндіз және түнде зәрін ұстамайды. Бірақ қалыпты зәр шығаруы дұрыс. Зәр анализінде патологиялық өзгеріс жоқ. Сіз баланы тексеруді неден бастар едіңіз.  
\*+цистоскопия  
\* экскреторлы урография  
\* ретроградты пиелография  
\* бүйректің УДТ  
\* ретропневмоперитонеум  
! 3 жасқа дейінгі балалардың аталық безінің су ісігінің дамуы неге байланысты?  
\*+құрсақтың қынап өсіндісінің бітіспеуіне  
\* сұйықтықтың гиперпродукциясына  
\* лимфа сұйықтығының ағып кетуінің бұзылысына  
\* алдыңғы құрсақ қыбарғасының әлсіздігіне  
\* үлкен жүктемеге  
! Гидронефрозға тән:  
\* несепағардың кеңуі  
\* бүйрек паренхимасының гипертрофиясы  
\* несепағар мен тостағанша-астау жүйесінің кеңуі  
\* ренальді гипертония  
\*+тостағанша-астау жүйесінің кеңуі  
! Зәр анализінде өзгеріс болмаса гидронефроздың қай түрі болғаны?  
\* ашық  
\*+жабық  
\* аралас  
\* туа пайда болған  
\* жүре пайда болған  
! Гидронефрозды анықтаудың негізгі әдісі болып табылады?  
\* ретроградты пиелография  
\* цистография  
\*+экскреторлы урография  
\* ангиография  
\* уретраның графилотриясы  
! Урограммада гидронефроз кезінде болады:  
\* несепағардың кеңуі  
\* тостағаншалардың деформациясы  
\*+астаудың /лоханка/ кеңуі  
\* бүйрек дистопиясы  
\* шектелген гидрокаликоз  
! Жоғары дене қызуы, үнемі белінің ауру сезімі, құсу, белінде ісік тәрізді түзілістің болуы тән:

\* гидронефроздың ашық түріне  
\*+гидронефроздың жабық түріне  
\* гидронефроздың ауыспалы /перемежающей/ түріне  
\* гидронефроздың туа пайда болған түріне  
\* гидронефроздың жүре пайда болған түріне  
! Бел аймағында өз көлемін ауыстырып тұратын ісік тәрізді түзіліс тән:  
\* гидронефроздың ашық түріне  
\* гидронефроздың жабық түріне  
\*+гидронефроздың айнымалы түріне  
\* гидронефроздың туа пайда болған түріне  
\* гидронефроздың жүре пайда болған түріне  
! Гидронефрозды емдейді:  
\*+оперативті жолмен  
\* консервативті жолмен  
\* аралас  
\* бала жасында оперативті емді тек қана туа пайда болған гидронефроз кезінде жасайды  
\* жүре пайда болған түріне тек қана 15 жастан асканда ғана операциялық ем жасайды  
! Гидронефроз кезінде оперативті емді жасайды:  
\*+диагнозы қойыла салысымен  
\* 1 жастан асканда  
\* 5 жастан асканда  
\* 10 жастан асканда  
\* 15 жастан асканда  
! Гидронефроз кезінде жасалатын оперативті ем түрі:  
\*+ түбек-несепағар сегментінің пластикасы  
\* нефростомия  
\* нефролитотомия  
\* пиелотомия  
\* уретеронефростомия  
! Гидронефрозда жасалатын радикальді операция түрі:  
\* Боннин бойынша  
\* Фолля бойынша  
\* Коэн бойынша  
\* Политано Леадбеттер бойынша  
\*+Хайсен Андерсен Кучер бойынша  
! Гидронефрозға жасалған реконструктивті пластикалық операциядан кейін дамитын асқыну:  
\* уретеровезикальді сегменттің жетіспеушілігі  
\* қуық несепағар рефлюксі  
\*+түбек-несепағар сегментінің тыртықты стриктурасы  
\* зәрін ұстамау  
\* полиурия  
! Гидронефроз кезінде кеш рентгенсурет жасау көрсеткіші:  
\*+бүйрек қызметінің төмендеуі  
\* микрогематурия  
\* макрогематурия  
\* пиурия  
\* никтурия  
! Қуық несепағар рефлюксі дегеніміз:  
\* несепағардың тарылуы мен зәр эвакуациясының бұзылысы  
\*+зәрдің қуықтан кері жоғары несеп жолдарына ағуы  
\* уретероцеле  
\* инфравезикулярлы бітелу

\* несеп жолдарының нейробұлшық етті дисплазиясы  
! Қуық несепағар рефлюксі несепағардың қандай бұзылысы кезінде болады:  
\* несепағардың эвакуаторлы қызметі  
\* несепағардың жабылу /замыкательный/ қызметі  
\*+Несепағардың эвакуаторлы-жабылу қызметі  
\* несепағардың фильтрациялық қызметі  
\* несепағардың абсорбциялық қызметі  
! Қуық несепағар рефлюксі анықтаудағы мәліметті әдіс:  
\* томография  
\* экскреторлы урография  
\* ретроградты пиелография  
\*+цистография  
\* бүйрек қан тамырларының ангиографиясы  
! Қуық толып тұрған кезде контрасты заттың ретроградты кетуі қай рефлюксте болады?  
\* активті  
\* біріншілік  
\*+пассивті  
\* екіншілік  
\* туа пайда болған  
! Цистографияда зәр шығарып жатқан кезде контрасты заттың ретроградты кетуі қай рефлюксте тән?  
\*+активті  
\* біріншілік  
\* пассивті  
\* екіншілік  
\* туа пайда болған  
! Қуық толып тұрған кезде және микция кезінде контрасты заттың кері кетуі қай рефлюксте болады?  
\* жедел рефлюксте  
\* біріншілік және туа пайда болған рефлюксте  
\*+активті және пассивті рефлюксте  
\* екіншілік және жүре пайда болған рефлюксте  
\* созылмалы рефлюксте  
! Гипоспадияның пайда болуының негізгі бір себебі:  
\* эмбриональді кезеңде хромосомды абберация  
\*+эмбриогенез кезінде үрпі эпителиісінің даму ақауы  
\* инфравезикальді обструкция  
\* шап каналының жетілмеуі  
\* құрсақтың қынап тәрізді өсіндісінің толық бітіспеуі  
! Гипоспадияға тән:  
\* уретраның дорзальді қабырғасының туа болған бітіспеуі  
\*+уретраның төменгі қабырғасының болмауы мен несеп шағыру каналының сыртқы тесігінің орнынан ығысуы  
\* қуық мойнының склероздануы мен уретра қақпақшасының болуы  
\* аталық безінің ұмаға түспеуі  
\* ұрық бауы көк тамырларының кеңейуі  
! Гипоспадияны емдейді:  
\* консервативті  
\*+хирургиялық жолмен  
\* консервативті және хирургиялық

- \* кіші жаста емдеудің керегі жоқ
- \* поллиативті ем жасау
- ! Гипоспадияны оперативті жолмен емдеуге нақтылы көрсеткіш болып табылады:
- \* қалыпты несеп шығарудың бұзылысы
- \* аталық безінің гипотрофиясы
- \* шап аймағында ісінудің болуы
- \* ректовезикальді жыланкөздің болуы
- \*+жыныс ағзасының төмен қарай қисаюы мен уретраның сыртқы тесігінің тарылуы
- ! Қуық экстрофиясына тән:
- \* уретраның төменгі қабырғасының болмауы
- \* уретраның алдыңғы қабырғасының болмауы
- \* инфравезикальді обструкция
- \* тостағанша астау сегментінің обструкциясы
- \*+құрсақ қыбарғасы мен қуықтың алдыңғы қабырғасының болмауы
- ! Қуық экстрофиясы кезінде байқалады:
- \* уретраның сыртқы тесігінің тарылуы
- \* қуық мойнының инфравезикальді обструкциясы
- \*+зәрін ұстамау
- \* нәжісін ұстамау
- \* зәр мен нәжісін ұстамау
- ! Қуық экстрофиясы кезінде оперативті ем жасау мақсаты:
- \* уретеро уретроанастомозын жасау
- \* уретераның пластикасы
- \*+қуықтың резервтік және эвакуаторлы қызметін қалпына келтіру
- \* уретраның стриктурасын жою
- \* ректоуретральді жыланкөзді жою
- ! Гидронефроз себебі:
- \* несеп ағар қақпақшасының эктопиясы
- \* зәрді фильтрациялау қызметінің бұзылысы
- \*+несеп ағардың жоғары орналасуы /высокое отхождение мочеточника/
- \* қақпақшалардың эвакуаторлы-жабылу қызметінің бұзылысы
- \* бүйрек дистопиясы
- ! Гидронефроз себебі:
- \* несеп ағар қақпақшасының эктопиясы
- \* зәрді фильтрациялау қызметінің бұзылысы
- \*+астау-несеп ағар сегментінің тарылуы
- \* қақпақшалардың эвакуаторлы-жабылу қызметінің бұзылысы
- \* бүйрек дистопиясы
- ! Гидронефроз себебі:
- \* несеп ағар қақпақшасының эктопиясы
- \* зәрді фильтрациялау қызметінің бұзылысы
- \*+несеп ағардың қисаюы /перегиб/
- \* қақпақшалардың эвакуаторлы-жабылу қызметінің бұзылысы
- \* бүйрек дистопиясы
- ! Гидронефроз себебі:
- \* несеп ағар қақпақшасының эктопиясы

- \* зәрді фильтрациялау қызметінің бұзылысы
- \*+астау-несеп ағар сегментінің клапаны
- \* қақпақшалардың эвакуаторлы-жабылу қызметінің бұзылысы
- \* бүйрек дистопиясы
- ! Гидронефроз себебі:
- \* несеп ағар қақпақшасының эктопиясы
- \* зәрді фильтрациялау қызметінің бұзылысы
- \*+қосымша тамырлардың несеп ағарды басып қалуы
- \* қақпақшалардың эвакуаторлы-жабылу қызметінің бұзылысы
- \* бүйрек дистопиясы
- ! Гипоспадияның кездесетін түрлері:
- \*+туа пайда болған
- \* спастикалы
- \* ренальді
- \* жабық
- \* уретерогидронефроз кезеңіндегі
- ! Гидронефроздың клиникалық көрінісіне тән симптом:
- \* анурия
- \*+бел аймағындағы ауру сезімі
- \* құсу
- \* олигоурия
- \* толғақ тәрізді ауру сезімі
- ! Гидронефроздың клиникалық көрінісіне тән симптом:
- \* анурия
- \* пиурия
- \* құсу
- \* олигоурия
- \*+толғақ тәрізді ауру сезімі
- ! Гидронефроздың клиникалық көрінісіне тән симптом:
- \* анурия
- \*+бел аймағында ісік тәрізді түзілістің болуы
- \* құсу
- \* олигоурия
- \* толғақ тәрізді ауру сезімі
- ! Гидронефрозды анықтайтын әдіс:
- \* антеградты пиелография
- \*+УДТ
- \* цистоскопия
- \* лабораторлы тексеру
- \* цистография
- ! Гидронефрозды анықтайтын әдіс:
- \* антеградты пиелография
- \*+Компьютерлі томография
- \* цистоскопия
- \* лабораторлы тексеру
- \* цистография
- ! Гидронефрозды анықтайтын әдіс:
- \* антеградты пиелография
- \*+инфузиялы урография
- \* цистоскопия
- \* лабораторлы тексеру
- \* цистография
- ! Қуық несеп ағар рефлюксінің этиологиялық себебі болып табылады:
- \*+несеп ағар қақпақшасының /устья мочеточника/ эктопиясы
- \* қуық дивертикулы
- \* астау несеп ағар сегментінің тарылуы
- \* бүйректің фильтрациялау қызметінің бұзылысы
- \* бүйректің гидронефроты

- ! Қуық несеп ағар рефлюксінің этиологиялық себебі болып табылады:
- \*+несеп ағар қақпақшасы қызметінің жетіспеушілігі
- \* қуық дивертикулы
- \* астау несеп ағар сегментінің тарылуы
- \* бүйректің фильтрациялау қызметінің бұзылысы
- \* бүйректің гидронефроты
- ! Қуық несеп ағар рефлюксінің этиологиялық себебі болып табылады:
- \*+несеп жолдарының инфекциясы
- \* қуық дивертикулы
- \* астау несеп ағар сегментінің тарылуы
- \* бүйректің фильтрациялау қызметінің бұзылысы
- \* бүйректің гидронефроты
- ! Қуық несеп ағар рефлюксінің этиологиялық себебі болып табылады:
- \*+қуықтың нейрогенді дисфункциясы
- \* қуық дивертикулы
- \* астау несеп ағар сегментінің тарылуы
- \* бүйректің фильтрациялау қызметінің бұзылысы
- \* бүйректің гидронефроты
- ! Қуық несеп ағар рефлюксінің этиологиялық себебі болып табылады:
- \*+несеп ағардың интрамуральді бөлігінің қысқаруы
- \* қуық дивертикулы
- \* астау несеп ағар сегментінің тарылуы
- \* бүйректің фильтрациялау қызметінің бұзылысы
- \* бүйректің гидронефроты
- ! Қуық-несеп ағар рефлюксі болады:
- \* жедел және созылмалы
- \*+пассивті
- \* компенсирленген
- \* декомпенсирленген
- \* рецидивті
- ! Қуық-несеп ағар рефлюксі болады:
- \* жедел және созылмалы
- \*+активті
- \* компенсирленген
- \* декомпенсирленген
- \* рецидивті
- ! Қуық-несеп ағар рефлюксі болады:
- \* жедел және созылмалы
- \*+туа пайда болған
- \* компенсирленген
- \* декомпенсирленген
- \* рецидивті
- ! Қуық-несеп ағар рефлюксі болады:
- \* жедел және созылмалы
- \* компенсирленген
- \* декомпенсирленген
- \* рецидивті
- \*+жүре пайда болған
- ! Несеп ағар қақпақшасының жабылу-ашылу қызметінің бұзылысын анықтайтын әдіс:
- \*+цистография
- \* цистоскопия
- \* экскреторлы урография
- \* лабораторлы зерттеу
- ! Гидронефрозды анықтайтын әдіс:
- \* антеградты пиелография
- \*+инфузиялық урография
- \* цистоскопия
- \* лабораторлы зерттеу

- \* цистография
- ! Куық несепағар рефлюксінің этиологиялық себебі болып табылады:
- \*+несепағар қақпақшасының /устья мочеточника/эктопиясы
- \* астау несепағар сегментінің кеңейуі
- \* куық дивертикулы
- \* бүйректің абсорбциялық қызметінің бұзылысы
- \* бүйректің қосарлануы
- ! Куық несепағар рефлюксінің этиологиялық себебі болып табылады:
- \*+несепағар қақпақшасы қызметінің жетіспеушілігі
- \* астау несепағар сегментінің кеңейуі
- \* куық дивертикулы
- \* бүйректің абсорбциялық қызметінің бұзылысы
- \* бүйректің қосарлануы
- ! Куық несепағар рефлюксінің этиологиялық себебі болып табылады:
- \*+несеп шығару жолдарының инфекциясы
- \* астау несепағар сегментінің кеңейуі
- \* куық дивертикулы
- \* бүйректің абсорбциялық қызметінің бұзылысы
- \* бүйректің қосарлануы
- ! Куық несепағар рефлюксінің этиологиялық себебі болып табылады:
- \*+куықтың нейрогенді дисфункциясы
- \* астау несепағар сегментінің кеңейуі
- \* куық дивертикулы
- \* бүйректің абсорбциялық қызметінің бұзылысы
- \* бүйректің қосарлануы
- ! Куық несепағар рефлюксінің этиологиялық себебі болып табылады:
- \* астау несепағар сегментінің кеңейуі
- \* куық дивертикулы
- \*+несепағардың интрамуральді бөлігінің қысқа болуы
- \* бүйректің абсорбциялық қызметінің бұзылысы
- \* бүйректің қосарлануы
- ! Куық-несепағар рефлюксі болады:
- \* жедел
- \*+пассивті
- \* созылмалы
- \* қайталанатын
- \* декомпенсацияланған
- ! Куық-несепағар рефлюксі болады:
- \* жедел
- \*+активті
- \* созылмалы
- \* қайталанатын
- \* декомпенсацияланған
- ! Куық-несепағар рефлюксі болады:
- \* жедел
- \* созылмалы
- \* қайталанатын
- \* декомпенсацияланған
- \*+туа пайда болған
- ! Куық-несепағар рефлюксі болады:
- \* жедел
- \* созылмалы
- \*+жүре пайда болған
- \* қайталамалы
- \* декомпенсирленген
- ! Несепағар қақпақшасының жабылу-ашылу қызметінің бұзылысын анықтайтын әдіс:
- \*+цистография
- \* цистоскопия
- \* компьютерная томография
- \* бүйректің УДТ
- \* радиоизотопты зерттеу
- ! Куық-несепағар рефлюксінің бірінші дәрежесіне тән:
- \* астауда контрасты заттың ұсталып қалуы
- \* контрасты заттың қуықта ұсталып қалуы
- \*+контрасты заттың несепағардың дистальді бөлігіне лақтырылуы /заброс/
- \* несепағар қақпақшасының тарылуы
- \* несеп шығарудың бұзылысы
- ! Куық-несепағар рефлюксінің екінші дәрежесіне тән:
- \* контрасты заттың қуықта ұсталып қалуы
- \* контрасты заттың несепағардың дистальді бөлігіне лақтырылуы /заброс/
- \*+контрасты зат несепағардың барлық бөлігіне таралған,
- несепағар кеңеймеген
- \* несепағар қақпақшасының тарылуы
- \* несеп шығарудың бұзылысы
- ! Куық-несепағар рефлюксінің үшінші дәрежесіне тән:
- \* контрасты заттың іуыта істалып іалуы
- \* контрасты заттың несепағардың дистальді бөлігіне лақтырылуы /заброс/
- \* несепағар қақпақшасының тарылуы
- \* несеп шығарудың бұзылысы
- \*+астау мен несепағардың аздаған кеңейуі байқалады
- ! Куық-несепағар рефлюксінің төртінші дәрежесіне тән:
- \* контрасты заттың қуықта ұсталып қалуы
- \* контрасты заттың несепағардың дистальді бөлігіне лақтырылуы /заброс/
- \* несепағар қақпақшасының тарылуы
- \*+астау-тостағанша сегментінің және несепағардың айқын кеңейуі байқалады
- \* несеп шығарудың бұзылысы
- ! Куық-несепағар рефлюксінің бесінші дәрежесіне тән:
- \* контрасты заттың қуықта ұсталып қалуы
- \*+астау-тостағанша сегментінің деформациясы, несепағардың бірден айқын кеңейуі, бүйрек паренхимасының жұқаруы байқалады
- \* контрасты заттың несепағардың дистальді бөлігіне лақтырылуы /заброс/
- \* несепағар қақпақшасының тарылуы
- \* несеп шығарудың бұзылысы
- ! Куық-несепағар рефлюксінің I - II дәрежесін емдеу тактикасы:
- \*+консервативті
- \* оперативті
- \* емді қажет етпейді
- \* физио ем
- \* бүйректі дренаждау
- ! Куық-несепағар рефлюксінің IV-V дәрежесін емдеу тактикасы:
- \* консервативті
- \*+оперативті
- \* емді қажет етпейді
- \* физио ем
- \* бүйректі дренаждау
- ! Куық уретровезикальді сегментінің негізгі қызметі қандай?
- \* эвакуаторлы
- \* жабылатын /замыкательная/
- \*+ашылып-жабылатын
- \* фильтрациялық
- \* абсорбциялық
- ! Куық-несепағар рефлюксінің диагностикалауға көмек беретін әдіс:
- \* пиелография
- \* цистоскопия
- \*+цистография
- \* антеградты пиелография
- \* экскреторлы урография
- ! Гипоспадияның кездесетін түрлері:
- \* жыныс ағзасының гипоспадиясы
- \* толық гипоспадия
- \* тотальді
- \*+басында орналасқан /головчатая/
- \* аралықты
- ! Эписпадия дегеніміз не?
- \* уретраның төменгі қабырғасының болмауы мен сыртқы тесігінің орнынан ығысуы
- \*+несепағар каналының алдыңғы қабырғасының жартылай немесе толық дефектісі
- \* куық мойнының инфравезикальді обструкциясы
- \* аталық безінің ұмаға түспей ұсталып қалуы
- \* несеп шығару каналының сыртқы тесігінің тыртықты тарылуы
- ! Эписпадия түрлерін салыстыру үшін қажетті әдіс:
- \* антеградты пиелография
- \* цистография
- \* лапароскопия
- \* цистоскопия
- \*+клиникалық көрінісіне қарайды
- ! Эписпадияны емдеу жолы:
- \* консервативті
- \*+оперативті
- \* консервативті және оперативті
- \* кіші жаста емдеудің қажеті жоқ
- \* полиативті ем
- ! Эписпадияны оперативті емдеудің мақсаты:
- \* уретростомия
- \*+уретропластика жасау
- \* уретеро-уретероанастомоз
- \* цистостомия
- \* уретральді жыланкөзді жою
- ! Аталық безі құрсақ қуысында тұрып қалса, ол крипторхизмнің қай түріне жатады?
- \* аталық безінің эктопиясы
- \* шапты түрі
- \*+абдоминальді түрі
- \* ұмалы түрі
- \* мықынды түрі
- ! Жалған крипторхизмнің пайда болуы неге байланысты?
- \* шап жарығының болуына
- \*+кремашерлік рефлектің сезімталдығы
- \* шап аймағында қабыну процесінің болуы
- \* гонадотропты гормонның жетіспеуі

\* мезенхимальді тіндердің дифференцировкасының кеш болуы /задержка/  
! Үш жастағы балада шап каналында аталық безі байқалады, бірақ қолмен аталық безді төмен түсіруге болады. Сіздің диагнозыңыз?  
\* крипторхизмнің шапты түрі  
\* аталық безінің эктопиясы  
\*+жалған крипторхизм  
\* крипторхизмнің абдоминальді түрі  
\* шап жарығы  
! Балалардың урологиялық ауруында болмайтын синдромды атаңыз:  
\* зәрiнiң өзгеруі  
\* дизурия  
\* бүйректік шаншу  
\*+дисфагия  
\* гипертония  
! Бүйректің даму ақауынан кейін болатын асқынуды атаңыз:  
\* бүйректің поликистозы  
\* бүйректің жамбасты дистопиясы  
\* жедел бүйрек жетіспеушілігі  
\*+созылмалы бүйрек жетіспеушілігі  
\* созылмалы анемия  
! Зәрін ұстамау несепағардың қандай аномалиясына байланысты?  
\* стриктурасына  
\* мегауретерге  
\* қақпақшасына  
\* дивертикулына  
\*+эктопиясына  
! Жасырын лейкоцитурияны қай әдіспен диагностикалауға болады?  
\* жалпы зәр анализі  
\* Зимницкий сынағы  
\* клиренс тесты  
\*+Нечипоренко сынағы  
\* Аддис Коковский сынағы  
! Бүйрек сосочектерінің некрозына тән рентгенологиялық симптом:  
\* пиелоктазия  
\* тубулярлы рефлюкс  
\*+тостағаншалардың деформациясы мен дефектісі  
\* бүйрек қызметінің төмендеуі  
\* пиеловенозды рефлюкс  
! Бүйректің жедел жарақатын анықтауға көмек беретін зерттеу әдісі:  
\* реоренография  
\* цистоуретерография  
\* цистоскопия  
\*+экскреторлы урография  
\* полипозициялы цистография  
! Бүйректің жарақаты кезінде бүйректі ашуға белгі болып табылатын симптомды атаңыз:  
\* макрогематурия  
\* шок  
\*+бел аймағында өршіп үлкейіп келе жатқан ісіктің болуы  
\* дене қызуы, қалтырау, құсу  
\* ауру сезімі  
! 2 жастағы балада зәрі өз бетінше шықпайды. Қасағасы (крайняя плоть) ісінген, қызарған, оны төмен түсірген кезде жыныс басы ашылмайды. Диагнозыңыз қандай?  
\*+баланопостит  
\* анурия  
\* фимоз  
\* шокты бүйрек  
\* уретраның тасы

! 2 жастағы балада қан аралас зәр шығып жатыр. Гематурияның ұзақтығы екі апта созылады. Ауруханаға келгенде терісі бозарған, ішін пальпациялаған кезде сол жақ қабырға астынан үсті тегіс емес түзіліс байқалады. ЭТЖ 42мм/сағ, лейкоциті 4,8 мыңға тең. Диагнозыңыз қандай?  
\*+Вильмс ісігі  
\* спленомегалия  
\* құрсақ қуысының ісігі  
\* гидронефроз  
\* бүйрек туберкулезі  
! Шап жарығы мен гидроцеле арасындағы салыстырмалы диагностиканы көрсететін зерттеу әдісі:  
\* пальпация  
\* перкуссия  
\*+диафаноскопия  
\* орнына келтіру  
\* лапароскопия  
! Қай жаста жалған крипторхизм кезінде аталық безінің орнына түсуі болады?  
\* 1 жасқа дейін  
\* 3 жасқа дейін  
\* 7жасқа дейін  
\*+жыныстық жетілу кезінде  
\* 10 жасқа дейін  
! Несеп шығару жолдарының тасы ікй жерде орналасқанда бүйрек шаншуы болады?  
\* тостағаншада  
\* астауда  
\* коралл тәрізді тас  
\*+несепағарда  
\* қуықта  
! Гидронефрозға тән симптом:  
\* гематурия  
\* пиурия  
\*+ісіктің байқалуы  
\* ауру сезімі  
\* дизурия  
! Бес жастағы қыз балада дизуриялық белгілер байқалады, қосарланған несеп шығаруы бар /двойное мочеиспускание/. Зәрінделейкоцитурия, әсіресе екінші порциясында жоғары. Бүйірінен жасалған цистограммада қосымша көлеңке байқалады, көлеңке қуықтың артқы қабырғасын атақалып орналасқан. Сіздің диагнозыңыз?  
\* цистит  
\* уретрит  
\*+қуық дивертикулы  
\* қуық тасы  
\* қуық мойнының тарылуы  
! Фолликулярлы ангиомамен ауырған қыз баланың аяқ астынан дене қызуы 39,5 грдейін жоғарылаған, құсу мен бас ауруы. бел ауруы болады. Іші жұмсақ, екі жағынан да бүйректің соғу симптомы оң. Қанында Л1 19000, ЭТЖ 34 мм /сағ, Зәр анализінде лейкоцит саны 20-25 көру аймағында, бактериурия.  
\* жедел цистит  
\*+жедел пиелонефрит  
\* уретрит  
\* сол жақты гидронефроз

\* пионекроз  
! 9 жастағы қыз бала жалпы ұлсиздігіне, белінің ауру сезіміне шағымданады, анемиямен белгілі болғаны балада кезекті /периодический/дене қызуының жоғарылауы, қалтырау болады, Пульсі минутына 90 рет, АҚ 130/90 мм сын бағ, зәрінде белогы 6,6 мг/л, Л. саны 50-60 көру аймағында, Эр. саны 6-8 көру аймағында. Ішін пальпациялағанда екі бүйректің де ауру сезімі анықталады, соғу симптомы екі жағынан да оң. Сіздіө диагнозыңыз?  
\* жедел пиелонефрит  
\*+созылмалы пиелонефрит  
\* бүйректің поликистозы  
\* гидронефроз  
\* гломерулонефрит  
! 8 жасар бала білек буынының ауру сезіміне шағымданады. Рентгенсуретте шыбық сүйегі эпифизінің ығысқаны анықталды. Сынық түрі қандай?  
\* шыбық сүйегінің остеоэпифизиолизі  
\*+шыбық сүйегінің эпифизиолизі  
\* сүйек асты қабатының /поднадкостный/ сынығы  
\* жасыл ағаш тәрізді сынық  
\* шыбық сүйегі эпифизінің орнынан жұлынып кетуі  
! Аталық безі мен ұрықбауының жалғасып жатқан сүйісінің клиникалық белгісі қайсы?  
\*+кешке қарай ұма көлемінің үлкеюі  
\* Аталық без бен ұрық бауының ауыспалы кернелуі /перемежающее напряжение/  
\* ұманың ассиметриясы  
\* ауру сезімі  
\* гипогонадизм  
! Аталық без бен ұрық бауының сүйісігін анықтаудың кең тараған әдісі:  
\*+диафоноскопия  
\* Аталық без бен ұрық бауының пункциясы  
\* рентгенография  
\* эксплоративті скрототомия  
\* ксерография  
! Үш жастағы баланың аталық безі мен ұрық бауының жалғасып жатқан сүйісігін емдеу әдісі:  
\* Винкельман операциясы  
\*+Росс операциясы  
\* Бергман операциясы  
\* аталық безінің пункциясы  
\* аталық без қабырғасының пункциясы  
! Аталық без бен ұрық бауының жалғаспайтын сүйісігі диагнозын операция кезінде қай белгіге қарап қояды?  
\*+сұйықтық қапшығының қабырғасы мен сұйықтық сипатына қарап  
\* сұйықтық қапшығының көлеміне қарап  
\* шап аймағының бұлшық ет апоневрозды қабатының өзгерісіне қарап  
\* шап аймағының топографо анатомиялық өзгерісіне қарап  
\* ауруының ұзақтығына байланысты

! Үш жастағы балада зәр шығаруы сирек. Зәр шығаруы күшпен, тамшылап ағады. Қуыққа катетер салғанда 800 мл зәр бөлінді. Зәр анализінде лейкоцитурия. Сіздің болжам диагнозыңыз?  
\* уретраның тарылуы  
\*+қуық мойнының стенозы  
\* уретра тасы  
\* уретра клапаны  
\* гипертрофия  
! 6 жастағы қыз бала зәр шығаруының жиілігіне және ауру сезіміне шағымданады. Зәрін ұстамау болады. Ауру сезімі зәр шығарудың соңында күшейеді. Ауырғанына үш күн болған. Зәр анализінде пиурия мен гематурия.  
Сіздің болжам диагнозыңыз?  
\*+цистит  
\* уретрит  
\* пиелонефрит  
\* қуық тасы  
\* вульвовагинит  
! Крипторхизм кезінде аталық безін орнына түсіру операциясы қай жаста жасалады?  
\* 1 жасқа дейін  
\*+2-4 жаста  
\* 5-7 жаста  
\* 7-10 жаста  
\* 15 жастан асканда  
! Крипторхизм болмайды:  
\* шапты  
\* абдоминальді  
\* шын  
\* жалған  
\*+аралықты /промежностный/  
! Аталық безінің дистопиясы болмайды:  
\* шонданайлы /лобковый/  
\* санды /бедренный/  
\* аралықты /промежностный/  
\* қайшылы /перекрестный/  
\*+кіндікті  
! Крипторхизмді қай жаста оперативті жолмен емдейді?  
\* нәресте кезінде  
\* бір жасқа дейін  
\*+бір жастан асканда  
\* 7-8 жаста  
\* 14-15 жаста  
! Аталық безінің сүйсігі болмайды:  
\* туа пайда болған  
\* жүре пайда болған  
\* қатынасатын /сообщающейся/  
\* қатынаспайтын /несообщающейся/  
\*+аралас  
! Варикоцеле, ненің кеңейуі:  
\*+ұрық безі бауының көк тамырларының кеңейуі  
/вены гроздьвидного сплетения/  
\* аталық без көк тамырларының  
\* аталық без бен ұрық бау көк тамырларының  
\* аталық без бен оның қосалқаларының /придаток/көк тамырларының  
\* шап аймағы көк тамырларының  
! Аталық без бен ұрық бау қабатының сүйсігі дегеніміз:  
\* ұрық бау жолы бойынша сұйықтықтың жиналуы

\*+аталық без айналасында және ұрық бау жолы бойынша сұйықтықтың жиналуы  
\* аталық безінің меншікті жапырақшаларының арасында сұйықтықтың жиналуы  
\* Құрсақ қуысында сұйықтықтың жиналуы  
\* сұйықтықтың болмауы  
! Аталық без қабатының сүйсігі дегеніміз:  
\* ұрық бау жолы бойынша сұйықтықтың жиналуы  
\* аталық без айналасында және ұрық бау жолы бойынша сұйықтықтың жиналуы  
\*+аталық безінің қыртыс аралықсында сұйықтықтың жиналуы  
\* құрсақ қуысында сұйықтықтың жиналуы  
\* сұйықтықтың болмауы  
! Ұрық бауының ісігі /киста семенного канатика/ дегеніміз:  
\*+ұрық бау жолы бойынша сұйықтықтың жиналуы  
\* аталық без айналасында және ұрық бау жолы бойынша сұйықтықтың жиналуы  
\* аталық безінің меншікті жапырақшаларының арасында сұйықтықтың жиналуы  
\* Құрсақ қуысында сұйықтықтың жиналуы  
\* сұйықтықтың болмауы  
! Кіндік жарығы дегеніміз:  
\* дизонтогенетикалық ісік  
\*+кіндік асты қабырғасының даму ақауы  
\* урахустың бітіспеуі  
\* сары уыз өзегінің бітіспеуі  
\* кіндік бау жарығы  
! Крипторхизмнің негізгі симптомы:  
\* аталық без көлемінің үлкеюі  
\* аталық без көк тамырының кеңейуі  
\*+ұмада аталық безінің болмауы  
\* шап каналының сыртқы тесігінің кең болуы  
\* ұманың үлкейіп кетуі  
! Анорхизм дегеніміз:  
\* аталық безінің ұмаға түсу жолынан ауытқуы /отклонение от пути следования/  
\* туа болған бір аталық безінің болмауы  
\*+туа болған екі аталық безінің болмауы  
\* аталық безінің шап каналында ұсталып қалуы  
\* құрсақтың қынап өсіндісінің бітіспеуі  
! Монархизм дегеніміз:  
\* аталық безінің ұмаға түсу жолынан ауытқуы /отклонение от пути следования/  
\* құрсақтың қынап өсіндісінің бітіспеуі  
\*+туа болған бір аталық безінің болмауы  
\* туа болған екі аталық безінің болмауы  
\* аталық безінің шап каналында ұсталып қалуы

! Аталық безінің орналасуына байланысты крипторхизмнің келесі түрлері бар:  
\* монархизм  
\*+ингвинальді және абдоминальді  
\* ұмалық  
\* шап және ұмалық  
\* аралық  
! Аталық безінің эктопиясы дегеніміз:  
\* бір аталық безінің болмауы  
\* екі аталық безінің болмауы  
\*+аталық безінің ұмаға түсу жолынан ауытқуы  
/отклонение от пути следования/  
\* аталық безінің шап каналында ұсталып қалуы  
\* ұрық бау көк тамырларының кеңейуі  
! Аталық безінің сүйсігін шап-ұма жарығымен қай әдіс бойынша салыстырады:  
\* ирригография  
\* ФЭГДС  
\* колоноскопия  
\*+диафаноскопия  
\* фистулография  
! Варикоцеленің себебі:  
\* шап каналының аномалиясы  
\*+аталық без бауының көк тамырларының кеңейуі  
\* лимфа ағуының бұзылысы  
\* алдыңғы құрсақ қабырғасының әлсіздігі  
\* ауыр жүктеме беру  
! Крипторхизм термині нені білдіреді?  
\* құрсақтың қынап өсіндісінің облитерациялануы  
\* ұрық бау көк тамырының кеңейуі  
\* аталық безінің ретенциясын  
\* екі аталық безінің болмауын  
\*+аталық безінің ұмаға түспей жолда қалып қоюы  
! Крипторхизмнің даму себебі түсіндіріледі:  
\* тератогенді теориямен  
\*+механикалық кедергі мен гормональді жетіспеушілік  
\* эндокриндік теориямен  
\* аталық без эмбриогенезінің бұзылысы  
\* аталық бездің иннервациясының бұзылысы  
! Крипторхизм жиі ненің әсерінен дамиды?  
\* құрсақтың қынап өсіндісінің жетілмеуінен  
\* Гунтер тәжінің болмауы  
\* ұманың жетілмеуі  
\* ұрық артериясының ұзаруы  
\*+шап каналы бойынша фиброзды жабысудың болуы  
! Крипторхизмді қай жаста оперативті жолмен емдейді?  
\* нәресте кезінде  
\*+бір жастан асканда  
\* 6-10 жаста  
\* 10-14 жаста  
\* 15 жастан асканда  
! Крипторхизмді қандай оперативті әдіспен емдейді?  
\* Иванисевич бойынша  
\*+Кители-Торека-Герцен бойынша

- \* Палома бойынша
- \* Винкельман бойынша
- \* Росс бойынша
- ! Бір моментті орхидопексияны жасайды:
- \* бір жақты крипторхизмде
- \* екі жақты крипторхизмде
- \*+аталық без қан тамыр аяқшасының ұзаруында
- \* абдоминальді түрінде
- \* жалған крипторхизмде
- ! Екі моментті орхидопексияны жасайды:
- \* бір жасқа дейінгі балаларда
- \* 12-14 жастан асқан балаларда
- \*+аталық без қан тамыр аяқшасының қысқа болуында
- \* тек екі жақты түрінде
- \* жалған крипторхизмде
- ! Крипторхизм кезінде аталық безінің репродуктивті қызметінің бұзылысы неге байланысты?
- \* аталық безінің іысылуы
- \*+қоршаған тіннің дене қызуының жоғарылауынан
- \* қоршаған тіннің дене қызуының төмендеуінен
- \* тестикулярлы көк тамырдың кеңейуінен
- \* құрсақтың қынап өсіндісінің облитерациясының болмауынан
- ! Аталық без эктопиясын емдеу әдісі қандай?
- \* консервативті
- \*+оперативті
- \* емдеуді қажет етпейді
- \* шап каналының пластикасы
- \* Палома операциясы
- ! Крипторхизмді консервативті жолмен емдегенде тағайындайды:
- \* иммунодепрессанттарды
- \* ферменттерді
- \* бүйрек үсті без гормонын
- \*+хорион гонадотропинін
- \* ангиопротекторларды
- ! Крипторхизмді оперативті жолмен емдеген кезде міндетті түрде жасау керек:
- \* тестикулярлы көк тамырды байлау
- \*+құрсақтың қынап өсіндісін кесу, байлау, мобилизация жасау
- \* аталық без қабатын кесу, теріс айналдырып тігу
- \* шап каналының сыртқы тесігін тігу
- \* шап каналының ішкі тесігін тігу
- ! Варикоцеле термині нені білдіреді?
- \* қынап өсіндісі қуысында серозды сұйықтықтың жиналуы
- \* аталық безінің шап каналында орналасуын
- \* туғаннан бір аталық безінің болмауын
- \*+ұрық бау көк тамырының кеңейуін
- \* аталық безінің ұмаға түспеуін
- ! Варикоцеленің себебі:
- \* шап каналының аномалиясы
- \*+аталық без бауының қан тамырларының кеңейуі
- \* аталық бездің гипоплазиясы
- \* жоғары қуыс венасының басылуы
- \* анорхизм
- ! Аталық бездің сол жақ көк тамыры қай көк тамырға құяды?
- \*+бүйрек көк тамырына

- \* төменгі қуысты көк тамырға
- \* мықын көк тамырына
- \* төменгі геморроидальді көк тамырға
- \* кремастер көк тамырына
- ! Аталық бездің оң жақ көктамыры қай көк тамырға құяды?
- \* оң бүйрек көк тамырына
- \*+төменгі қуысты көк тамырға
- \* мықын көк тамырына
- \* төменгі геморроидальді көк тамырға
- \* кремастер көк тамырына
- ! Жалған крипторхизм дегеніміз:
- \* құрсақтың қынап өсіндісінің абсорбциялық қызметінің төмендеуі
- \* құрсақтың қынап өсіндісінің облитерациясы
- \* шап каналының жетілмеуі
- \* туа болған аталық безінің жетілмеуі
- \*+кремастер рефлексінің сезімталдығы
- ! Варикоцеленің клиникалық көрінісіне тән:
- \* аталық бездің гипоплазиясы
- \*+аталық без бен ұрық бау көк тамырының кеңейуі
- \* ұманың жетілмеуі
- \* шап аймағындағы ісік
- \* шап каналының сыртқы тесігінің кеңейуі
- ! Варикоцеле жиі кездеседі:
- \* 1-3 жаста
- \* 4-7 жаста
- \* 8-11 жаста
- \*+12-14 жаста
- \* 15 жастан асқанда
- ! Крипторхизмнің оперативті емінің радикальді әдісін атаңыз?
- \*+Иванисевич бойынша
- \* Кители-Торека-Герцен бойынша
- \* Палома бойынша
- \* Винкельман бойынша
- \* Росс бойынша
- ! Аталық без эктопиясын емдейді?
- \* консервативті жолмен
- \*+оперативті жолмен
- \* емді қажет етпейді
- \* шап каналының пластикасы
- \* Палома операциясын жасау керек
- ! Варикоцелені оперативті жолмен емдеуді қажет етеді:
- \* 1 дәрежесі
- \* 2-3 дәрежесі
- \*+4-5 дәрежесі
- \* бала жасында операцияны қажет етпейді
- \* операция жасаудың мүлдем керегі жоқ
- ! Аталық безінің сүйсігіне жасалған операциядан кейін керек:
- \* физио ем
- \* массаж
- \*+қалыпты режим
- \* жүктемені шектеу
- \* төсектік режимді сақтау
- ! Аталық без сүйсігіне жасалған операциядан кейін болатын асқынуды неге байланысты?
- \* бала жасына
- \* қосымша даму ақаулары болса
- \* кеш жасалған операцияға
- \*+техникалық қателіктерге

- \* жоғары несеп шығару жолдарының патологиясына
- ! Қынап өсіндісінің толық облитерациялануы қай жаста болады?
- \* құрсақ қуысында жатқанда 28-32 аптада
- \* туылғанда
- \*+1 жаста
- \* 2-3 жаста
- \* туылғаннан кейін 7 аптадан соң
- ! 6 айлық баланың ұрық бауының ісігін емдейді:
- \* жедел оперативті
- \*+1-2 рет пункция жасайды, әсер болмаса операцияға алады
- \* жоспарлы түрде операцияға алады
- \* динамикасын бақылау
- \* гормонмен емдеу
- ! Екі жастағы баланың ұрық бауының ісігін емдеу әдісі:
- \* ұрықбау элементтерін пункциялау арқылы
- \* қабаттарын кесу арқылы
- \*+Росс операциясы арқылы
- \* Винкельман операциясы арқылы
- \* аталық без қабатын ашу арқылы
- ! Ұрық бауының сүйсігіне жасалған операциядан кейін жасау керек:
- \* физио ем
- \* массаж
- \*+қалыпты режим
- \* жүктемені шектеу
- \* төсектік режимді сақтау
- ! Ұрық бауының сүйсігіне жасалған операциядан кейін болатын асқынуды неге байланысты?
- \* бала жасына
- \* қосымша даму ақаулары болса
- \* кеш жасалған операцияға
- \*+техникалық қателіктерге
- \* диагностикалық қателіктерге
- ! Төрт жастағы баланың қалыпты диурезі қанша?
- \* 10 мл
- \* 15 мл
- \*+20 мл
- \* 25 мл
- \* 30 мл
- ! Туа болған сан сүйегінің орнынан шығуына тән рентгенологиялық белгі:
- \*+жамбас ойығының дұрыс болмауы (скошенность крыши вертлужной впадины)
- \* ойықтың терең болуы
- \* сан сүйегінің ішке қарай ротациясы
- \* сан бұлшық етінің гипертрофиясы
- \* сан бұлшық етінің атрофиясы
- ! Балаларға тән сынық түрі:
- \* жарықшактанған
- \*+эпифизиолиз бен остеоэпифизиолиз
- \* бұрышты ығысумен
- \* ені бойынша үлкен ығысумен
- \* сан сүйек мойнының сынығы
- ! Туа біткен маймақтық кезінде аяқ басының деформациялану элементтері қандай:
- \* вальгусты деформация, аяқ басының эквинусы, аяқ басының пронациясы, аяқ басының аддукциясы
- \*+варусты деформация, аяқ басының эквинусы, аяқ басының супинациясы, аяқ басының инфлексиясы

\* аяқ басының супинациясы, табанның жалпайуы, вальгусты деформация  
\* аяқ басының инфлексиясы, аяқ басының пронациясы, табанның жалпайуы  
\* вальгусты деформация, аяқ басының пронациясы  
! Балаларда болатын қай ығысулы сынықты міндетті түрде жою қажет:  
\* ені бойынша ығысу  
\* ұзындығы бойынша ығысу  
\* бұрышты ығысу  
\* жарықшақтанған ығысу  
\* қисық ығысу  
! Балалардың сүйек сынығын емдеу әдісі:  
\* бір моментті репозиция, фиксация жасау  
\* интрамедулярлы остеосинтез  
\* компрессионды остеосинтез  
\* ашық орнына келтіру  
\* үнемі оперативті ашу жолымен емдеу  
! 3 жастан асқан балалардың сан сүйегінің сынығын емдеу әдісі:  
\* интрамедулярлы остеосинтез  
\* компрессионды остеосинтез  
\* скелетті тарту  
\* ашық орнына келтіру  
\* лейкопластырлы таңу салу  
! Нәрестелердің туа пайда болған сан сүйегінің орнынан шығуын консервативті түрде қалай емдейді:  
\* жаялыққа кеңінен орау (широкое пеленание)  
\* скелетті тарту  
\* наркоз арқылы жабық түрде орнына келтіру  
\* Лоренц бойынша гипсті таңу салу  
\* наркоз арқылы ашық түрде орнына келтіру  
! Бір жасқа дейінгі балалардың туа пайда болған сан сүйегінің орнынан шығуын консервативті түрде қалай емдейді:  
\* жаялыққа кеңінен орау (широкое пеленание)  
\* скелетті тарту  
\* наркоз арқылы жабық түрде орнына келтіру  
\* Лоренц бойынша гипсті таңу салу  
\* екі жаққа аяғын алшақтату жағдайында тұрақты ортопедиялық фиксация  
! Туа болған маймақтықты қай жастан бастап оперативті жолмен емдейді:  
\* 2-3 айдан бастап  
\* 6 айдан бастап  
\* туыла салысымен  
\* 2-3 жаста  
\* 7 жастан бастап  
! Сынық консолидациясынан кейін жасамайды:  
\* гипсті таңуды шешу  
\* емдеу дене шынықтыруын тағайындау  
\* массаж  
\* жылы процедура  
\* антибиотик тағайындау  
! Туа болған маймақтықты емдейді:  
\* екі жастан асқанда  
\* 8 жастан асқанда

\* өмірінің 2 ші аптасынан бастап  
\* қай жаста емдеудің маңызы жоқ  
\* 1 жастан асқанда  
! Туа болған маймақтықтың клиникалық белгісін атаңыз:  
\* аяқ басының супинациясы, эквинусы, аддукциясы  
\* аяқ басының пронациясы, эквинус, аддукциясы  
\* эквинус, аддукция, аддукция  
\* аяқ басының пронациясы, аддукциясы, аддукциясы  
\* аяқ басының супинациясы, аддукциясы  
! 14 жастағы бала туа болған маймақтықтың ауыр түрімен түскен. Ортопед тактикасы.  
\* аяқ басы сүйектерінің операциясы  
\* сіңір байлам аппаратына операция жасау  
\* этапты гипсті таңу  
\* ортопедті аяқ киім кию  
\* емдеу керек емес  
! 3 айлық баланың маймақтығын емдеу:  
\* аяқ бас сүйектерінің операциясы  
\* Зацепин операциясы  
\* этапты гипсті таңу  
\* ортопедті аяқ киім кию  
\* емдеу дене шынықтыруы мен бинтпен таңу  
! Туа болған сан сүйегінің орнынан шығуы патогенезіндегі басты элемент:  
\* жамбас ойығының гипоплазиясы  
\* сан сүйек мойнының варусты деформациясы  
\* жамбас буынының бұлшық ет байлам аппаратының даму ақауы  
\* сан бұлшық етінің гипертонусы  
\* сан сүйек басының гиперплазиясы  
! Қандай жергілікті белгілерге байланысты күйік пен үсуді ажыратуға болады:  
\* теріде серозды сұйықтыққа толған көпіршіктер  
\* шеткі қан тамыр пульсациясының болмауы арқылы  
\* жаракат болған жердің қызаруы  
\* мөлдір емес сұйықтыққа толған көпіршіктер  
\* ісіну  
! Туа болған сан сүйегінің орнынан шығуын дәлелдейтін рентгенологиялық белгі:  
\* антеторсия  
\* мойын-диафизарлы бұрыштың кеңейуі  
\* Розер-Нелатон сызығына байланысты үлкен айдаршықтың жоғары қарай ығысуы  
\* жамбас ойығы төбесінің ойықтығы нашар (окшоенность вертлужной впадины)  
\* сан сүйегінің проксимальді бөлігінің жоғары, сыртқа ығысуы, жамбас ойығы төбесінің ойықтығы нашар, сүйектену ядросының кеш пайда болуы  
! Жамбас буынының дисплазиясына тән ерте клиникалық симптом:  
\* аяқтың қысқаруы  
\* сыртқы ротация  
\* алып кетудің шектелуі

\* жамбас буынын қозғағанда болатын ауру сезімі  
\* сытыр симптомы  
! Жедел аппендициттің бастапқы кезеңіндегі құсудың патогенезі:  
\* интоксикациялы  
\* рефлекторлы  
\* ішек өтпеуінен  
\* копростаз  
\* мезаденит  
! Жаңадан болған сынық кезінде циркулярлы гипсті таңу салудан кейін болатын асыну:  
\* дене қызуының жоғарылауы  
\* сынған аяқта немесе колда қан айналым бұзылысы, тіндердің некрозы  
\* пневмония  
\* Фолькман контрактурасы  
\* анемия  
! Балаларға тән сынық түрі:  
\* сұғылған сынық (вколоченные переломы)  
\* ашық сынықтар  
\* эпифизиолизді сынық  
\* винт тәрізді сынық  
\* қисық сынықтар  
! Симфиздің ажырауымен болған сынық кезіндегі жасалатын ем:  
\* скелетті таңу салу  
\* бақа тәрізді қалыпта шитте фиксациялау  
\* гамак фиксациясын жасау (фиксация в гамачке)  
\* шонданаы сүйектерінің қосылған жеріне тігіс салу  
\* гипсті иммобилизация  
! Нәресте маймақтығының бірінші дәрежесі кезіндегі сіздің тактикаңыз?  
\* редрессиялық гимнастика мен массаж  
\* Финк Эттинген бойынша бинтті таңу  
\* гипсті таңу салу  
\* этапты гипсті таңу салу  
\* операция жасау  
! 8 жастағы бала 2 метрдегі биіктіктен құлаған. Шағымдары: бел аймағы ауырады, макрогематурия. Қарап тексергенде терісі бозарған, пульсі минутына 120 рет соғады, АҚ 80/55 мм сын бағ. Пальпация жасағанда бел аймағы ауырады, әсіресе сол жағынан. Сіздің болжам диагнозыңыз.  
\* сол бүйректің пиелонефриті  
\* бел омыртқаларының остеомиелиті  
\* бел омыртқаларының компрессионды сынығы  
\* сол бүйректің жабық жаракаты  
\* сол жақ 11-12 қабырғалардың жабық жаракаты  
! 8 жастағы бала 2 метрдегі биіктіктен құлаған. Шағымдары: бел аймағы ауырады, макрогематурия. Қарап тексергенде терісі бозарған, пульсі минутына 120 рет соғады, АҚ 80/55 мм сын бағ. Пальпация жасағанда бел аймағы ауырады, әсіресе сол жағынан. Сіз баланы тексерудің неден бастар едіңіз.  
\* ретроградты уретеропиелография  
\* бүйректің ангиографиясы  
\* экскреторлы урография  
\* бүйректің УДТ



\* компьютерлі томография  
! 6 жасар баланың білек сүйектері  
аздаған ығысумен сынған,  
рентгенсуретте сүйектің шығыңқы  
жағында кортикальді қабаты  
зақымдалған.  
\*+жасыл ағаш (зеленый прут) тәрізді  
сынық  
\* бұрышты ығысумен көлденең  
сынық  
\* бұрышты ығысумен қисық сынық  
\* ені бойынша ығысуы бар сынық  
\* ротациялық ығысуы бар сынық  
! Клиникаға 8 жастағы баланы алып  
келді. Бала оң жақ бел аймағының  
ауру сезіміне, жиі несеп шығаруына  
шағымданады. Бала 6 сағат бұрын  
арқасына биіктіктен құлаған. Терісі  
бозарған. Пульсі минутына 120 рет,  
АК 60\40 мм сын бағ бойынша. Оң  
жақ бел аймағын пальпациялағанда  
үлкен көлемді ісік тәрізді түзіліс  
байқалады. Қан анализінде  
гемоглобині 110 г/л, эритроциттер  
саны 3,2 зэр анализінде эритроциттер  
саны 50-60 көру аймағында. Сіздің  
болжам диагнозыңыз?  
\* іштің жабық жарақаты  
\*+оң бүйректің жабық жарақаты  
\* оң жақ 12 қабырғаның жабық  
жарақаты  
\* оң бел аймағының урогематомасы  
\* бел аймағының жұмсақ тіндерінің  
соғылуы  
! Клиникаға 8 жастағы баланы алып  
келді. Бала оң жақ бел аймағының  
ауру сезіміне, жиі несеп шығаруына  
шағымданады. Бала 6 сағат бұрын  
арқасына биіктіктен құлаған. Терісі  
бозарған. Пульсі минутына 120 рет,  
АК 60\40 мм сын бағ бойынша. Оң  
жақ бел аймағын пальпациялағанда  
үлкен көлемді ісік тәрізді түзіліс  
байқалады. Қан анализінде  
гемоглобині 110 г/л, эритроциттер  
саны 3,2 зэр анализінде эритроциттер  
саны 50-60 көру аймағында.  
Сіз баланы тексеруді жедел түрде  
неден бастар едіңіз.  
\* лапароскопия  
\* ретроградты пиелография  
\*+экскреторлы урография  
\* бүйректің УДТ  
\* бүйректің ангиографиясы  
! 13 жастағы бала қабылдау бөліміне  
білек буынының ауру сезімі мен  
деформациясына шағымданып келді.  
Рентгенсуретте шыбық сүйегі  
эпифизінің сүйекпен қоса ығысуы  
анықталды. Сынық түрі қандай?  
\* шыбық сүйегі диафизінің сынығы  
\* шыбық сүйегі метафизінің сынығы  
\* шыбық сүйегінің дистальді  
соңының орнынан шығуы  
\* шыбық сүйегінің дистальді  
эпифизінің эпифизолизі  
\*+шыбық сүйегінің  
остеоэпифизолизі  
! Бала 4 жаста. Қарап тексерген кезде  
эквинус, супинация, аяқ басының  
аддукциясы мен балтыр торсиясы  
анықталады. Коррекцияға келмейді.  
Сіздің диагнозыңыз қандай?  
\* қисық қол

\* артрогриппоз  
\* балтырдың амнионды тәжі  
\*+маймақтық  
\* миелодисплазия  
! 5 айлық балаға рентгенсурет  
жасағанда сан сүйегінің ығысуы бар  
диафизінің ортаңғы бөлігінің қисық  
көлденең  
сынығы анықталды. Сіздің  
тактикаңыз?  
\* колмен бір моментті репозиция  
жасап гипсті таңу салу  
\* аутоиммобилизация  
\* ашық репозиция  
\* скелетті таңу салу  
\*+Шаде бойынша вертикальді тарту  
! Нәрестелерде қолданбайды:  
\*+тетрациклин, неомицин,  
стрептомицин  
\* гентамицин, ампициллин  
\* полимиксин, генматидин  
\* ампициллин, оксациллин  
\* полимиксин, ампициллин  
! Туа пайда болған маймақтықты  
емдеуді бастайды:  
\*+14 күннен  
\* 6 айдан  
\* 1 жастан  
\* 3 жастан  
\* 5 жастан  
! Омыртқа жарақаты бар науқасты  
тасымалдау қалпы:  
\* арқасында жұмсақ жерге жатқызып  
\* ішіне жатқызып  
\* бүйіріне жатқызып  
\* отырғызып  
\*+қатты щитке арқасында жатқызып  
! Қай кезде эпифизолизде сүйектің  
ұзындық бойынша өсу бұзылысы  
болады?  
\* эпифиздің ығысуы бар өсу  
пластинкасының жарақаты кезінде  
\* эпифиздің көлденең сынығы кезінде  
\* ені бойынша ығысуы бар  
метафиздің өсу пластинкасының  
жарақаты кезінде  
\* эпифиздің сынығы мен өсу  
пластинкасының жарақаты кезінде  
\*+ығысусыз өсу сінірінің  
компрессиясы кезінде /компрессия  
росткового хряща/  
! Гипстегі метадиафизарлы сынық  
кезінде екіншілік ығысуын көрсететін  
бақылау рентген суретін бірінші рет  
түсіру уақыты қандай?  
\* 3-5 тәулікте  
\* репозиция жасағаннан кейін 1  
тәуліктен соң  
\*+5-7 тәулікте  
\* рентгенсурет жасау қажет емес  
\* 10-14 тәулікте  
! 6 айлық баланы қараған кезде аяқ  
басының аддукциясы, эквинусы,  
супинациясы байқалады. Сіздің  
болжам диагнозыңыз қандай?  
\* аяқ басының варусты  
деформациясы  
\* артрогриппоз  
\* сүйек кемістігіне байланысты аяқ  
басының деформациясы  
\*+туа пайда болған маймақтық  
\* аяқ бас сүйектерінің остеомиелиті  
! Екі жастағы балада ұманың оң жақ  
бөлігінде жұмсақ эластиканы, кешке

қарай үлкейетін, ауырмайтын, құрсақ  
қуысына енбейтін түзіліс анықталады.  
Перкуторлы тұйық дыбыс естіледі.  
Сіздің болжам диагнозыңыз қандай?  
\* шап ұма жарығы  
\* орхоэпидидимит  
\*+аталық безінің қатынасты сүйсігі  
/сообщающаяся водянка оболочек  
яичка/  
\* аталық безінің сүйсігі  
\* ұма ісігі  
! Екі жасқа дейінгі балалардың  
сынығы кезінде жасалатын ем:  
\*+Шаде бойынша лейкопластырлы  
тарту  
\* Киршнер спицасымен тарту  
\* металлостеосинтез арқылы ашық  
репозиция жасау  
\* циркулярлы гипсті тау  
\* жұмсақ таңу салу  
! Жаңа туған нәрестелердің бұғана  
сынығының біту мерзімі қандай?  
\*+7 күн  
\* 10 күн  
\* 14-18 күн  
\* 14 күн  
\* 21 күн  
! Апофизолиз дегеніміз не?  
\* эпифиз аймағындағы сынық  
\* диафиз аймағындағы сынық  
\*+өсу сінірінің сызығы бойынша  
апофиздің үзіліп кетуі  
\* буын ішлік апофиздің үзіліп кетуі  
\* метафиз аймағындағы сынық  
! Туа пайда болған маймақтық кезінде  
Финк Эттингер бойынша бинтті таңу  
арқылы консервативті емді қай жастан  
бастап қолданады:  
\*+кіндік жарасы бітісімен  
\* 2-3 аптадан бастап  
\* 1 жастан бастап  
\* 2-4 жаста  
\* 5 жастан бастап  
! Балаларда омыртқаның  
компрессиясының сынығының жиі  
орналасатын жері:  
\* мойын бөлігі  
\* жоғары кеуде бөлігінде  
\*+ортаңғы кеуде бөлігінде  
\* төменгі кеуде бөлігінде  
\* бел бөлігінде  
! Нәрестеде бұғана сынығы мен иық  
өрімінің жарақаты болса,  
қолын қалай фиксациялайды?  
\* қолын денесіне жақындатып бинт  
арқылы таңу  
\* Дезо таңуы  
\*+қолды иық деңгейінде 90 гр  
бұрышпен фиксациялау  
/в положении плеча под углом 90  
гр/  
\* фиксациялаудың қажеті жоқ  
\* қолын артына қарай фиксациялау  
! Бір жастағы баланың ата анасы  
қызының беліндегі лордоздың  
болуына шағымданады. Баланың  
жүрісі үйрек тәрізді, аяқтың қысқаруы  
жок, жамбас буынындағы ротациялық  
қозғалыс толық көлемді, сан сүйегін  
ажырату шектелген. Сіздің  
диагнозыңыз?  
\*+сан сүйегінің екі жақты шығуы  
\* кокса vara

\* сан сүйегінің дұрыс бітпеген сынығы  
 \* полиомиелит  
 \* рахит  
 ! Қабылдау бөліміне келген 8 айлық баланы қарау кезінде табанның ішкі қыры ішке қарай қисайған, супинация байқалады. Сіздің диагнозыңыз?  
 \* артрогриппоз  
 \* жалпақ табан  
 \* паралитикалы аяқ басы  
 \* Литгл ауруы  
 \*+маймақтық  
 ! Кіші балаларда кездесетін сынық:  
 \* енген сынықтар  
 \* ашық сынықтар  
 \*+эпифизиолизді сынық  
 \* винт тәрізді бұралған сынық  
 \* қисық ығысулы сынық  
 ! Туа пайда болған сан сүйек басының орнынан шығуына тән рентгенологиялық белгі:  
 \*+жамбас ойығының дұрыс болмауы (скошенность крыши вертлужной впадины)  
 \* жамбас ойығының терең болуы  
 \* саның сыртқа қарай ротациясы  
 \* санның ішке қарай ротациясы  
 \* жамбас бұлшық еттерінің гипертонусы  
 ! 7 айға дейінгі балалардың туа пайда болған сан сүйек басының орнынан шығуын консервативті емдеу әдісі:  
 \*+кең орау /широкое пеленание/  
 \* скелетті тарту  
 \* наркоз арылы жабық түрде орнына келтіру  
 \* Лоренц бойынша гипсті таңуды қолдану  
 \* Фрейк жастығында функциональді емдеу  
 ! 6 айдан асқан балалардың туа пайда болған сан сүйек басының орнынан шығуын консервативті емдеу әдісі:  
 \* кең орау /широкое пеленание/  
 \* функциональді тарту /функциональное вытяжение/  
 \* наркоз арқылы жабық түрде орнына келтіру  
 \* Лоренц бойынша гипсті таңуды қолдану  
 \*+Фрейк жастығында функциональді емдеу  
 ! Туа пайда болған қисық мойын кезінде басының дұрыс емес қалпы /неправильное положение головы/:  
 \* басы зақым болған жағына иілген  
 \* басы сау жағына қараған  
 \* басы зақым болған жағына қараған  
 \* басы сау жағына иілген  
 \*+басы зақым болған жағына иілген және беті сау жағына қараған  
 ! Туа пайда болған қисық мойынды қай жаста хирургиялық жолмен емдейді:  
 \* 1-2 жаста  
 \*+2-3 жаста  
 \* 3-4 жаста  
 \* 4-5 жаста  
 \* 5-6 жаста  
 ! Туа пайда болған қисық мойынды оперативті емдеу әдісі қандай?  
 \* Гаген-Торн бойынша  
 \* Торек-Герцен бойынша

\* Волков бойынша  
 \*+Зацепин-Микулич бойынша  
 \* Микулич бойынша  
 ! Туа пайда болған қисық мойынды автор бойынша емдеу тактикасы:  
 \* Микулич бойынша  
 \* Гаген-Торн бойынша  
 \*+Зацепин-Микулич бойынша  
 \* Волков бойынша  
 \* Штурм бойынша  
 ! Туа пайда болған қисық мойынға жасалған операциядан кейін баланың басын 7 күн бойы фиксациялайды:  
 \* Виленский шинасында  
 \* Петленко шинасында  
 \*+Глиссон тартуында /петля/  
 \* Волков тартуында /петля/  
 \* иммобилизация жасаудың қажеті жоқ  
 ! Маймақтықтың пайда болу себебін түсіндіретін теория:  
 \* Гиппократтың механикалық теориясы  
 \* тұқым қуалау теориясы  
 \*+біріншілік даму ақау теориясы  
 \* Остен-Сакен неврогенді теориясы  
 \* полиэтиологиялы теория  
 ! Туа пайда болған маймақтықты қай аурулармен салыстырады?  
 \*+артрогриппоз  
 \* амнионды тәжбен тартылу  
 \* миелодисплазия  
 \* жалпақ табан  
 \* жедел гематогенді остеомиелит  
 ! Туа пайда болған маймақтықты емдеу кезіндегі сіздің тактикаңыз қандай?  
 \* тек қана консервативті емдеу  
 \* Илизаров аппаратын қолдану арқылы оперативті ем жасау  
 \* ЦИТО аппаратын қолдану арқылы оперативті ем жасау  
 \* Федоров бойынша оперативті ем  
 \*+консервативті емдеп көру  
 ! Туа пайда болған қисық мойын кезінде зақымдалатын бұлшық ет қайсы?  
 \* төс бұлшық еті  
 \* бұғана бұлшық еті  
 \* төс-бұғана бұлшық еті  
 \*+төс-бұғана-емізгік тәрізді бұлшық ет мойын бұлшық еті  
 ! Зацепин-Штурм операциясын қолданады:  
 \*+туа пайда болған маймақтықта  
 \* қисық мойында  
 \* аяқ пен қолдың даму ақауы кезінде  
 \* сан сүйек басының орнынан шығуы болған кезде  
 \* шыбық сүйектің орнынан шығуы болған кезде  
 ! Кифоз дегеніміз:  
 \* жотаның бұзылысы /нарушение осанки/  
 \* омыртқаның артқа қарай қисаюы  
 \* жотасы дұрыс  
 \*+омыртқаның сыртқа қарай бүкірленіп қисаюы  
 \* төс сүйегінің қисаюы  
 ! Бұлшық етті қисық мойын кезінде төс-бұғана-емізгік тәрізді бұлшық ет жағынан өзгерістер қай кезде пайда болады?

\* 15 аптада  
 \*+2-3 аптада  
 \* 5-6 аптада  
 \* 1 жаста  
 \* 1 жастан асқанда  
 ! Емшек жастағы балалардың сан сүйегінің туа пайда болған орнынан шығуына тән мәліметті клиникалық симптомды атаңыз:  
 \* аяқтың қысқаруы  
 \* Тренделенбург симптомы  
 \* орнынан жылжу симптомы  
 \*+санды екі жаққа айқарудың шектелуі  
 \* тері қатпарларының ассиметриясы  
 ! Туа пайда болған сан сүйегінің орнынан шығуын қазіргі кезде консервативті емдеудің негізі:  
 \* аралас  
 \* үнемі тарту  
 \*+функциональді  
 \* классикалық  
 \* Лоренц әдісі  
 ! Аяқ басының деформациялану дәрежесін анықтайды:  
 \* сырқы түріне қарап  
 \* коррекциялау манипуляциясына қарап  
 \* редрессация әдісімен  
 \* инструментальді әдіспен  
 \*+рентгенсуретке негізделіп  
 ! Туа пайда болған маймақтықты емдеудің ертелікті консервативті әдісі болып табылады:  
 \* дене шынықтыру мен массаж  
 \* дәрілік ем  
 \*+Финк-Эттинген бойынша бинтпен таңу  
 \* қолмен редрессациялау  
 \* этапты гипсті таңу жасау  
 ! Туа пайда болған маймақтықты емдеу кезінде гипсті таңуды ауыстырып отыру жиілігі қандай?  
 \* айына 1 рет  
 \* екі аптада 1 рет  
 \*+7-8 күнде 1 рет  
 \* 10-15 күнде  
 \* 2 айда 1 рет  
 ! Туа пайда болған маймақтықты оперативті емдеудің мақсаты:  
 \*+аяқ басының ішкі беті бойынша байлам мен сіңірін ұзарту  
 \* аяқ басының сыртғы беті бойынша байлам мен сіңірін қысқарту  
 \* өкше сүйегін клин тәрізді кесу  
 \* өкше сүйектерін кесіп алып тастау  
 \* ішкі айдаршықтың остеотомиясы  
 ! Туа пайда болған бұлшық етті қисық мойынды қай жаста оперативті жолмен емдейді:  
 \* 1 жасқа дейін  
 \* 1-2 жаста  
 \*+2-5 жаста  
 \* 8-9 жастан асқанда  
 \* жас өспірім кезеңінде  
 ! Туа пайда болған бұлшық етті қисық мойынға жасалатын оперативті емді жасар алдын қандай зерттеу жасау қажет?  
 \*+мойын омыртқасының рентгенсуреті  
 \* УДТ  
 \* клиникалық тексеру

- \* мойын омыртқасының электромиографиясы
- \* мойынның компьютерлі томографиясы
- ! Маймақтықты емдеуде протез-ортопедті ем жасау мақсаты не?
- \*+аяқ басына лонгет пен аяқ киімді дайындау
- \* аяқ басын гипсті таңу
- \* ортез дайындау
- \* түрлі шиналарды дайындау
- \* Иллизаров аппаратын пайдалану
- ! Туа пайда болған маймақтықтың келесі түрлері бар:
- \*+типті және атипті
- \* жедел
- \* жеделдеу
- \* созылмалы
- \* аралас
- ! Туа пайда болған маймақтықты дер кезінде емдеу керек, өйткені....
- \* бала өсіп келе жатыр
- \*+жасы кіші болған сайын баланың аяқ бас тіндері созылғыш, оны тез орнына келтіруге болады
- \* бала аяғына басады
- \* ортопедті аяқ киімді кию оңай
- \* қосымша басқа туа болған даму ақауын емдеу керек
- ! Редрессация дегеніміз:
- \* дене шынықтыру комплексінің жинағы
- \* аяқ бас бұлшық етін қайталап күшпен орнына келтіру
- \*+деформацияны бір рет күшпен дұрыстау
- \* массаж жинағы
- \* массаж бен дене шынықтыру жинағы
- ! Зацепин мен Штурм операциясын қай жаста жасайды?
- \* 1 жасқа дейін
- \* 1 жастан асканда
- \*+8 жаста
- \* 10-12 жаста
- \* жас өспірім кезеңінде
- ! Туа пайда болған маймақтыққа операция жасар алдын консервативті ем жасау қажет па?
- \*+ия, консервативті ем дайындық этапы болып саналады
- \* жоқ, қажет емес
- \* этапты гипсті тағуды 1 жасқа дейін қолданады
- \* Этапты редрессацияны 1 жастан асқан балаларда ғана қолданады
- \* ахилл сіңірін жабық түрде созу
- ! Баланы емханада ортопедке көрсету мерзімін атаңыз:
- \* перзентханада, 3 айда 1 рет
- \* перзентханада қараған жетеді
- \*+1,3,6,9,12 айларда
- \* ортопед баланы тек педиатр жіберуімен қабылдайды
- \* жас өспірім кезеңінде
- ! Туа пайда болған сан сүйегінің орнынан шығуын анықтайды:
- \*+рентген арқылы
- \* УДТ арқылы
- \* артрография арқылы
- \* компьютерлі томография арқылы
- \* Доплерография арқылы

- ! Туа пайда болған қисық мойынға жасалған операциядан кейін қолданатын аппарат:
- \* гипсті таңу
- \*+Карабеков аппараты
- \* торакальді гипсті таңу
- \* фиксацияның қажеті жоқ
- \* Шанц тағуы /воротник/
- ! Туа пайда болған бұлшық етті қисық мойын себебі:
- \* жарақат
- \* күйік
- \* операциядан кейінгі асқыну
- \*+төс бұғана емізік тәрізді бұлшық еттің даму ақауы
- \* туу кезіндегі бұлшық еттің ишемиясы
- ! Туа пайда болған бұлшық етті қисық мойын кезінде қажет емес емдеу әдісі:
- \* коррекциялайтын гимнастика
- \* массаж
- \* электрофорез
- \* парафинді аппликация
- \*+лайлы /грязевые/аппликация
- ! Нәрестелердің сан сүйегінің шынығын емдеу әдісі:
- \* скелетті тарту
- \* Кред Кефор әдісі бойынша
- \* Шпици әдісі бойынша
- \*+Шаде бойынша
- \* гипсті таңу
- ! 2-3 жастағы балалардың сан сүйегінің шынығын емдеу әдісі:
- \*скелетті тарту
- \* Кред Кефор әдісі бойынша
- \* Шпици әдісі бойынша
- \*+Шаде бойынша
- \* гипсті таңу
- ! Жоғары биіктіктен құлаған кезде шығатын аяқ басының сүйектері:
- \* ладьевидті сүйек
- \* латеральді сүйек
- \* өкше сүйегі
- \* таран сүйегі
- \*+медиальді айдаршық
- ! Бас ми соғылуына тән симптом:
- \* анизокория
- \* гемипарез
- \*+есін жоғалту
- \* клонико тоникалық құрысу
- \* афазия
- ! Жамбас сақинасының зақымы жоқ, бірақ жамбас сүйектерінің шынығы болған кезде иммобилизацияны жасайды:
- \*+төсекті режим, бақа тәрізді қалыпта
- \* щитте жатады
- \* гамакте жатады
- \* бос режим
- \* гипсті таңу
- ! Гипоксия болғанда бірінші кезекте бұзылыс болатын ағза қайсы?
- \* бүйректі
- \*+миды
- \* бауырды
- \* өкпені
- \* жүректі
- ! Мантедж шынығы дегеніміз:
- \* шынтақ сүйек басының орнынан таюы және шыбық сүйегінің төменгі бөлігінен сынуы
- \*+шынтақ сүйектің диафизден сынуы мен шыбық сүйек басының орнынан таюы

- \* шынтақ сүйектің эпифизден сынуы
- \* шыбық сүйектің диафизден сынуы мен шынтақ сүйек басының орнынан таюы
- \* шыбықсүйек басының орнынан таюы
- ! Шыбық сүйек басының шынығына тән клиникалық белгі:
- \* білекті июдің шектелуі
- \* білекті жазудың шектелуі
- \*+ротациялық қозғалысты жасай алмау
- \* білектің иннервациясының бұзылысы
- \* білектің ұан айналымының бұзылысы
- ! Монтедждың шынығы мен орнынан таюы дегеніміз:
- \* шынтақсүйек басының орнынан таюы және шыбық сүйегінің мойын бөлігіндегі шынығы
- \*+шынтақ сүйектің диафизден сынуы мен шыбық сүйек басының орнынан таюы
- \* шынтақ сүйектің эпифизден сынуы
- \* шыбық сүйектің диафизден сынуы мен шынтақ сүйек басының орнынан таюы
- \* шыбық сүйек басының орнынан таюы
- ! Тізе буынына жедел пункция жасау белгісі:
- \*+кернелген гемартроз
- \* кернелмеген гемартроз
- \* айдаршық аралық шынығы
- \* іріңді артрит
- \* синовит
- ! Беллер шинасында скелетті тарту жасайды:
- \* балтырдың екі сүйегінің көлденең шынығы
- \* сан сүйегінің төменгі бөлігінің шынығы
- \* балтырдың үлкен жіліншігінің шынығы
- \*+балтырдың екі сүйегінің қисық шынығы
- \* балтырдың үлкен жіліншігінің дистальді эпифизінің шынығы
- ! Иық сүйегінің медиальді айдаршығы жұлынып кеткен кезде жасайды:
- \* жабық репозиция
- \* Иллизаров аппаратын қолданады
- \* ашық репозиция
- \*+ашық репозиция мен остеосинтез
- \* шынтақ есіндісінен скелетті тарту
- ! Иық сүйек айдаршығының орнынан таюы болып, оны жабық түрде орнына келтіре алмаса:
- \* қайталау жабық түрде орнына келтіру
- \* ЧКО аппаратын салу
- \* скелетті таңу
- \*+ашық репозиция жасау
- \* металлостеосинтез жасау
- ! Нәрестелерде іріңді аурулардың қоздырғышы болып табылады?
- \* стрептококк
- \* ішек таяқшасы
- \* стафилококк
- \* басқалары
- \*+аралас инфекция

! Өңеш атрезиясына тән белгі:  
\* туылғаннан құсудың болуы  
\* өңешінен қан кету  
\*+өмірінің алғашқы сағаттарынан бастап өкпесінде ылғалды сырылдың болуы  
\* ладьевидті іш  
\* ұйыған сүт аралас құсу (срыгивание с твороженным молоком)  
! Өңеш атрезиясына тән белгілер:  
\*+туылғаннан аузынан көбікті бөліністің болуы  
\* өңешінен қан кету  
\* ладьевидті іш  
\* емшек бергенде шашалу  
\* ұйыған сүт аралас құсу (срыгивание с твороженным молоком)  
! Өңеш атрезиясы диагнозын дәлелдеу мақсатымен жасалатын диагностикалық әдіс:  
\* кеуде қуысының шолу рентгенсуреті  
\*+Өңешті контраст жіберу арғылы тексеру  
\* эзофагоскопия  
\* асқазанына түтік салу  
\* УДТ  
! Өңеш атрезиясы бар баланы перзентханадан хирургиялық стационарға тасымалдау кезінде жасалатын шара:  
\* Бронхоскопия  
\* кеуде қуысына УВЧ жасау  
\*+аузынан бөлініп жатқан көбікті бөліністі үнемі сорып отыру  
\* бронхолитиктерді ингаляциялау  
\* орталық венасын тесіп парентеральді тамақтандыруды ұйымдастыру  
! Өңеш атрезиясы кезінде диастаза 1,5-2 см болса ғалай емдейді?  
\* Гастростомия  
\* мойын эзофагостомиясымен бірге гастростомия  
\*+Өңешті бөліктеріне тікелей анастомоз жасайды  
\* тоқ ішек трансплантантынан пластика жасайды  
\* қосарланған эзофагостомия  
! Өңеш ахалазиясы кезінде жасалатын оперативті емнің мақсаты:  
\*+кардиомиотомия жасау  
\* пилоромиятомия жасау  
\* Ниссен бойынша фундопликация  
\* Гастростомия  
\* Гастроэнтеростомия  
! Өңеш халазиясы мен рефлюкс эзофагит кезінде жасалатын оперативті көмек мақсаты:  
\* Кардиомиотомия  
\* Пилоромиятомия  
\*+Ниссен бойынша фундопликация  
\* Гастростомия  
\* Гастроэнтеростомия  
!. Пилоростеноз себебі:  
\* тамақтандырудың бұзылуы  
\*+пилорустың даму ағауы  
\* ішек түтігінің дамымауы  
\* жедел гастрит  
\* асқазанның ойық жарасы  
! Пилоростеноз кезінде фонтан тәрізді құсу қай уақыттан бастап байқалады?  
\* өмірінің бірінші аптасында

\*+өмірінің 3-4 аптасында  
\* өмірінің 1-3 айында  
\* 4-6 айда  
\* 1 жастан асғанда  
! Өт жолдарының атрезиясын диагностикалауға көмек беретін косымша зерттеу әдісі:  
\* Холецистохолангиография  
\* ретроградты холецистопанкреатография  
\* бауырдыө сканы  
\*+өт жолдарының УДТ  
\* компьютерлі томография  
! Пилоростенозға тән клиникалық белгі:  
\* өт пен жасыл аралас тәулігіне 5-6 рет құсу, адинамия, тез шаршау  
\*+өтсіз ұйыған сүтпен құсу, эксикоз, салмағын жоғалту  
\* өтсіз ұйыған сүтпен тәулігіне 15-20 рет құсу, іштіө кебуі  
\* баланың тұрақты мазасыздануы, эпигастрий аймағының кебуі, жиі сұйығ іш өту, жоғары лейкоцитоз  
\* гематокрит көрсеткішінің жоғарылауы мен спазмды жоятын дәрілік заттарды салғаннан үсердіө болуы  
! Туа болған пилоростенозда мәліметті диагностикалық әдіс қандай?  
\* асқазанды түтіктеу  
\* эзофагоскопия  
\*+барий қоспасымен рентген жасау  
\* Вангенстин бойынша рентгенге түсіру  
\* Лапароскопия  
! Перзентханада өңеш атрезиясына күмән болған кезде не жасау керек?  
\* Вангенстин бойынша рентгенге түсіру  
\*+Өңешке түтік салу  
\* ирригография  
\* эзофагоскопия  
\* лапароскопия  
! Пилоростеноздың негізгі клиникалық симптомы:  
\* Еңтігу  
\* Мазасыздану  
\*+фонтан тәрізді құсу  
\* құрысулар  
\* полиурия  
! Пилоростеноз кезінде болатын құсық:  
\* аздап кекіру  
\* көп рет кекіру  
\*+фонтан тәрізді  
\* емген сүтінен аз  
\* тоқтамайтын құсық  
! Пилоростеноз кезінде болатын құсық:  
\*+ұйыған сүт аралас  
\* меконий аралас  
\* қан аралас  
\* шырыш аралас  
\* өт аралас  
! Пилоростеноз кезінде асқазан перистальтикасының сипаты:  
\* Болмайды  
\*+күшейген  
\* Үнемі антиперистальтика  
\* қалыпты  
\* Эпизодта

! Туа болған пилоростенозды хирургиялық жолмен емдеу әдісі:  
\* Атропинизация  
\* асқазанның привратнигін кесу  
\*+пилоромиятомия  
\* гастроэнтеростомоз  
\* энтеростомия  
! Туа пайда болған пилоростеноз кезінде привратникте қандай морфологиялық өзгеріс болады?  
\* ганглиозды клетканың болмауы немесе жетілмеуі  
\*+привратниктің бірыңғай салалы бұлшық етінде фиброзды гипертрофиялық өзгеріс  
\* пилорустың шырыш қабатының дегенеративті өзгерісі  
\* асқазан ішек жолдарының даму ақаулары  
\* привратник айналасындағы ған тамырлардың кеңейуі  
! Туа пайда болған пилоростеноздың ең негізгі симптомы:  
\*+фонтан тәрізді құсу  
\* құрысулар  
\* олигоурия  
\* диспепсия  
\* адинамия  
! Өңеш атрезиясының белгісі:  
\*+аузы мен мұрнынан көбікті бөліністің болуы, көгеру  
\* өт аралас құсу, көгеру  
\* көгеру ұстамасы мен меконидің болмауы  
\* ішінің кебуі мен құсу  
\* меконий аралас құсу  
! Өңеш атрезиясы бар баланы хирургиялық стационарға тасымалдау кезінде қандай шара жасалуға тиіс:  
\* викасол енгізу  
\* антибиотик енгізу  
\* баланы тасымалдау кювезіне жатқызу  
\* баланы интубациялау  
\*+аузынан бөлініп жатқан көбікті бөліністі үнемі сорып отыру  
! Өңештің атрезиясы кезінде атрезия сегменттеріне тікелей анастомоз жасау көрсеткіші:  
\* 0,5 см  
\* 2,5 см асса  
\*+1,5-2,0 см болса  
\* 0,5-1,0 см  
\* 2,5 болса  
! Айқын тыныс жетіспеушілігі болып жатқан балаға мұрнынан катетер салу мүмкін емес. Себебі не?  
\* Трахеоөңешті жыланкөз  
\* Пьер Робин синдромы  
\*+хоан атрезиясы  
\* макроглоссия  
\* қатты таңдайдың даму ақауы  
! 5 күндік баланың бел сегізкөз аймағында диаметрі 2,5 тең шектелген қызарған орын анықталды. Баланың жағдайы ауыр, дене қызуы 39 гр. Сіздің диагнозыңыз?  
\* гипертермиялық синдром  
\* эксикоз  
\* токсикоз  
\*+нәресте флегмонасы  
\* сепсис  
! 3 күндік баланы тамақтандырған кезде тұншығу, көгеру, стридорозды

тыныс байқалады, төменгі жағы қысқа, иегі жетілмеген. Пьер Робин синдромы. Сіз өз тактикаңызды неден бастайсыз?

\* жайлап (постепенно) емшек сүтіне өткізу  
\* тілін шығарып, фиксациялау  
\* түтік арқылы тамақтандыру  
\*+ауа өткізетін түтік салу  
\* оттекті маска

! Асқазан ішек рефлюксі анықталады:  
\* ішкі ағзалардың УДТ, ангиография арқылы

\*+фибригастроскопия, Тренделенбург қалпында рентген жасау арқылы  
\* контрасты затты қолданып рентгенсурет жасау арқылы  
\* ирригография, ангиография  
\* компьютерлі томография жасау арқылы

! Пилоростенозды бірінші кезекте салыстырады:

\* Өңеш атрезиясымен  
\* толық жоғары ішек өтпеуімен  
\* төменгі туа пайда болған ішек өтпеуімен

\*+пилороспазммен  
\* дисфагиямен

! Пилороспазммен пилоростенозды ажырату үшін қолданылатын дәрілік затты атаңыз:

\*+Атропин  
\* Аминазин  
\* Пипольфен  
\* Анальгин  
\* но-шпа

! Пилоростеноз кезіндегі құсық сипаты:

\* аздап кекіру /скудное срыгивание/  
\* көп кекіру /обильное срыгивание/  
\*+фонтан тәрізді құсу  
\* бала емген сүтінен аз мөлшерде құсу

\* тоқтамайтын құсу

! Пилоростеноз кезіндегі нәжіс сипаты:

\*+нәжісі күрт азайған  
\* тұрақты іш қату  
\* тоқтамайтын көп мөлшерде  
\* жиі, сұйық, иісі нашар  
\* су сияқты

! Пилоростенозды қай аурулармен салыстырады?

\* артериомезентериальді іш өтпеуі  
\* ұйқы безінің ісігі  
\*+Өңеш ахалазиясы

\* сары уыз өзегінің ісігі  
\* аш ішектің атрезиясы

! Пилоромииотомиядан кейінгі уақытта болатын асқыну:

\* асқазанның ойық жарасы  
\* парадуоденит  
\*+жабысудан болатын іш өтпеуі  
\* жоғары көтерілген холангит  
\* пилорикалық жомның дұрыс болмауы

! Жаңа туған нәрестені тамақтандырған кезде тыныс тоқтауымен қоса құсу болды. Ауыз қуысынан құсық заттарын тазалағаннан кейін беткейлі тыныс пайда болды. Көгеру азайды. Аускультация жасағанда екі жағынан да ылғалды сырыл естіледі. Жүрек

үндері тұйықталған. Сіздің диагнозыңыз?

\* Пневмония  
\* жүрек жетіспеушілігі  
\* пневмоторакс  
\* жедел тыныс жетіспеушілігі  
\*+постаспирациялық синдром  
! Екі айлық қыз баланың ауырғанына екі апта болған. үнемі өт аралас фонтан тәрізді құсу болады, іші өтеді, адинамия, тамақтан бас тартады, салмағы төмендеді. Сүт бездері ісінген, шап аймағында түктер бар. Сіздің диагнозыңыз?

\* Пилоростеноз  
\*+бүйрек үсті безінің жетіспеушілігіне байланысты псевдопилоростеноз

\* пилороспазм  
\* жоғары ішек өтпеуі  
\* ішек инфекциясы

! Он күндік балада көгеру, еңтігу, дене қызуының жоғарылауы, аузы мен мұрнынан көбікті бөліністің бөлінуі байқалады. Ылғалды сырыл естіледі. Барлық айтылып отырған симптомдар өмірінің 7 күнінде байқалған. Сіздің болжам диагнозыңыз?

\* Өңеш атрезиясы  
\*+туа пайда болған кеңірдек өңешті жыланкөз

\* екі жақты пневмония  
\* Өкпенің жедел бактерияльді деструкциясы

\* құсық затымен тұншығу

! Құсуы болып жатқан нәрестеге бірінші кезекте не жасау керек?

\* асқазан ішек жолын рентген жасау арқылы тексеру керек  
\* құрсақ қуысының аускультациясын  
\* вертикальді жағдайда баланы тамақтандыру  
\* кеуде мен құрсақ қуысының шолу рентгенсуретін керек

\*+асқазанына түтік салу керек

! 6 апталық баланы клиничко рентгенологиялық тексеру кезінде туа пайда болған гипертрофиялық пилоростеноз анықталды, сіздің тактикаңыз қандай?

\* спазмды жоятын дәрілік заттар енгізу  
\* инфузиялық ем жасау  
\* жалпы дене шынықтыру емін жасау  
\* антибиотик салу  
\*+оперативті ем жасау

! 8 айлық балада дене қызуының жоғарылауы, еңтігу, мазасыздану байқалады. Оң жақ кеуде бөлігі тыныс алғанда артта қалады, перкуторлы дыбысы қысқарған, аускультацияда тынысы әлсіз. Рентгенсуретте үлкен қуысты горизонтальді сұйықтық денгейі анықталады. Қараюдың төменгі контуры анық, перифокальді реакциясы жоқ, синустары бос.

Диагнозы?

\* өкпенің іріндеген ісігі  
\*+өкпенің абсцесі  
\* пневмония  
\* өкпенің эхинококкозы  
\* өкпе ісігі

! Пилоростеноздың емдеу әдісін атаңыз:

\* Атропинизация

\* асқазанын кесу

\*+пилоромииотомия  
\* гастроэнтероанастомоз  
\* динамикасын бақылау

! Кіндік бауының эмбриональді жарығын консервативті емдеу:

\* іштің алдыңғы бетіне массаж жасау  
\*+жарық қабын ертінділермен тазалап, маймен таңу жасау  
\* жүйелі түрде клизманы қолдану  
\* лейкопластырлы таңу салу  
\* бандаж кигізу

! Туғаннан пайда болған шап жарығын жоспарлы түрде хирургиялық емдеудің оптимальді жас мөлшері қандай:

\* диагноз қойыла салысымен  
\* өмірінің бірінші айында

\*+6-12 ай арасында

\* 1 жастан асқанда

\* 3 жастан асқанда

! Шап жарығы кезінде бала жасына қарамастан жасалатын жоспарлы хирургиялық ем көрсеткіші:

\*+қайталамалы қысылу болған кезде  
\* қосымша даму ақаулары болса  
\* крипторхизммен бірге жүрсе  
\* жарық мөлшері кіші болса  
\* туыстарының сұрауы бойынша

! Диафрагма жарығын диагностикалауға көмек беретін қосымша зерттеу әдісі қандай?

\* асқазан мен тоқ ішектің эндоскопиялық зерттеуі  
\* қанның жалпы анализі  
\* тыныс алу қызметін тексеру

\*+кеуде қуысының шолу рентгенсуреті

\* кеуде қуысының УДТ

! Кіндік бауының эмбриональді жарығы кезінде жедел оперативті көмек көрсету қажет:

\* Үлкен көлемді жарықта  
\*+жарық қапшығы жыртылып кеткен жағдайда  
\* жарықтың аяғшалары болса  
\* қысылған кезде  
\* қосымша жүректің даму ақаулары болса

! Балалардың шап жарығына оперативті ем жасау үшін жарықты қалай ашады:

\*+ішкі шап сақинасы проекциясында шап каналын ашу арқылы  
\* төменгі тері қатпары бойынша  
\* пупарт байламынан вертикальді жоғары және төмен шап каналын кең ашу арқылы  
\* лапаротомия арқылы  
\* ұма арқылы

! Диафрагма жарығын диагностикалау кезінде мәліметті болып табылатын зерттеу әдісі:

\* асқазан мен тоқ ішектің эндоскопиялық зерттеуі  
\* қанның жалпы анализі  
\* сыртғы тыныс алу қызметін тексеру  
\*+асқазан ішек жолын контраст арқылы тексеру  
\* кеуде қуысының томографиясы

! Эфирді көп мөлшерде қолданған кезде болатын асқыну:

\*+тынысының тежелуі  
\* ауа өту жолдарының бұзылысы

- \* ларингоспазм
- \* бронхоспазм
- \* өкпенің ісінуі
- ! Шап жарығы кезінде оперативті емдеу жасайтын жас мөлшері:
- \* алты ай
- \* бір жас
- \*+диагноз қойыла салысымен
- \* Үш жаста
- \* бес жаста
- ! Шап жарығы кезінде тез оперативті ем жасау негізі не болып табылады?
- \* иммунитетіне байланысты
- \*+шап жарығының асқынуы дамуы мүмкін болса
- \* шап аймағының бұлшық ет апоневрозды қабатының ерекшелігіне байланысты
- \* дәнекер тіннің метаболизміне байланысты
- \* зат алмасу процесіне байланысты
- ! 10 жастағы баланы машина қағып кеткен. Бала өз есінде, сұрақтарға дұрыс жауап бермейді, терісі бозарған, шеткі пульсі анықталмайды. АҚ 70/70 мм сын бағ бойынша. Сіздің болжам диагнозыңыз?
- \* комалық жағдай
- \* улану
- \*+жарақатты шок
- \* есінен тану
- \* токсикалы шок
- ! Нәрестелерде қолдануға қолайлы наркотық дәрілік зат:
- \* Эфир
- \*+Фторотан
- \* Нейролептоанальгезия
- \* Трилен
- \* Гексенал
- ! Балаларда жедел бүйрек жетіспеушілігінің дамуына алып келетін этиологиялық фактор:
- \*+Уланулар
- \* Альбуминурия
- \* Гипогликемия
- \* Лейкоцитоз
- \* есінен тану
- ! Балаларда жиі болатын шок түрі:
- \* Гиповолемиялық
- \* Жарақатты
- \*+Токсикосептикалы
- \* Анафилактикалы
- \* күйікті
- ! Операция алдында атропин сульфаты қолдану мақсаты не?
- \* тері бөлінісін тежеу
- \*+шеткі М холинорецепторларды басу және кезеген нервтің фармакологиялық деиннервациясы үшін
- \* пульсті жиілету мен жүрек жұмысын жақсарту
- \* жансыздандыру мен қорқыныш сезімін жою үшін
- \* қан тамыр дистониясын алдын алу үшін
- ! Наркоз беру үшін қолайлы әдіс:
- \* Ингаляциялық
- \* Тері асты
- \* ректальді
- \*+көк тамырға
- \* Сублингвальді
- ! Қандай фактор улану кезінде баланың жағдайына әсер етеді?

- \*+удың улылығы
- \* баланың жасы
- \* уақыты
- \* тұрмыс жағдайы
- \* баланың салмағы
- ! Өкпе вентиляциясының адекватты екенін көрсететін көрсеткіш қайсы?
- \* PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, O<sub>2</sub> бойынша артериовенозды айырмашылық
- \*+PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, вентиляцияның қан ағысына қатынасы
- \* PaCO<sub>2</sub>, вентиляцияның қан ағысына қатынасы
- \* PaO<sub>2</sub>, O<sub>2</sub> бойынша артериовенозды айырмашылық
- \* вентиляцияның қан ағысына қатынасы
- ! Балаларда болатын жедел тыныс жетіспеушілігінің бір себебі:
- \*+тыныс жолдарының бөгде заты
- \* Рейно ауруы
- \* кеуде қуысының воронка тәрізді қисаюуы
- \* жоғарғы еріннің толық бітіспеуі
- \* жедел респираторлы ауру
- ! Қыз балаларда жарықты кесудің негізгі ерекшелігі:
- \* косметикалы тігісті пайдалану
- \* шап каналын және сыртқы шап канал сақинасын тігіп тастау
- \*+жатырдың домалақ байламын сақтау және ажырату, шап каналының анатомиялық структурасын орнына келтіру
- \* кетгут материалын пайдалану
- \* тері қатпары арқылы операциялық тілу
- ! Жедел респираторлы аурудан кейін жоспарлы операцияға алу мерзімі:
- \* бір аптадан соң
- \* екі аптадан соң
- \*+бір айдан кейін
- \* екі айдан кейін
- \* үш айдан кейін
- ! Жалпы анестезия жасағаннан кейін кездесетін жиі асқыну:
- \* тынысының тежелуі
- \*+тыныс жол өткізгіштігінің бұзылысы
- \* жүрек ритмінің бұзылысы
- \* тахикардия
- \* көгеру
- ! Бір айлық балада тәулігіне 4-5 рет фонтан тәрізді құсу байқалады. Бала мазасыз, әлсіз, эпигастрий аймағында іші кепкен, асқазанның құм сағат белгісі тәрізді перистальтикасы күшейген. Сіздің диагнозыңыз?
- \* нефропатиялық құсу
- \* пилороспазм
- \*+пилоростеноз
- \* дуоденальді іш өтпеуі
- \* Өнеш атрезиясы
- ! Хирургиялық стационардың қабылдау бөліміне екі айлық баланы алып келді. Анасының шағымдары: нәжіс пен газ өз бетінше туғаннан болмайды, іші кепкен, екі рет құсу болған. Кейінгі кезде жасаған тазалау клизмасынан жеңілдік жоқ. Сіздің болжам диагнозыңыз?
- \* Гиршпрунг ауруының жедел түрі
- \*+Гиршпрунг ауруының жеделдеу түрі

- \* Гиршпрунг ауруының созылмалы түрі
- \* Мегаколон
- \* Копростаз
- ! Бала туғаннан кіндік түбінде диаметрі 5 см тең ашық жер (расширение) байқалады. Ашық жер қабығы (оболочка) арқылы аш ішек көрініп тұр. Сіздің диагнозыңыз қандай?
- \*+эмбриональді жарық
- \* кіндік жарығы
- \* сары уыз өзегінің эвагинациясы
- \* қуық экстрофиясы
- \* кіндік аймағының ісігі
- ! Бала туылғаннан кіндік түбінде диаметрі 5 см тең ашық жер (расширение) байқалады. Ашық жер қабығы (оболочка) арқылы аш ішек көрініп тұр. Сіздің тактикаңыз қандай?
- \* алдыңғы құрсақ қабырғасының пластикасымен венральді жарық түзумен екі этапты операция жасау
- \*+алдыңғы құрсақ ғыбырғасының біріншілік пластикасы
- \* консервативті ем
- \* 6 ай өткеннен кейін оперативті ем жасау
- \* 1 жыл өткеннен кейін оперативті ем жасау
- ! Ерте жастағы балаларда қан кеткенде айналымдағы қан көлемі қаншаға төмендегенде бірінші клиникалық симптомы байқалады?
- \* 6%
- \*+7,5%
- \* 15%
- \* 12%
- \* 13%
- ! Немен улану кезінде құсық фиолет түсті болады:
- \* мыс тұзымен
- \*+кобальт тұзымен, перманганат калимен
- \* темір препаратымен
- \* барбитураттармен
- \* атропинмен
- ! Бір адам жүрекке жабық массаж бен өкпеге жасанды желдендіруді жасаған кездегі жиілік:
- \* 1:1
- \* 2:1
- \* 3:1
- \* 4:1
- \*+5:1
- ! Қарыншалық пароксизмальді тахикардия кезінде жасалатын жедел шара:
- \* кеңірдек интубациясы
- \* лазиксті енгізу
- \* Ашнер әдісін қолдану
- \* жүрек гликозидтерін енгізу
- \*+көк тамырға лидокаин салу
- ! Ауруханаға дейінгі этапта балалардың өкпе ісінуін жоюды бастайды:
- \* кеңірдек интубациясынан
- \* ӨЖЖ
- \* эуфиллин салу
- \*+100 пайызды оттекті және 33 пайызды спиртті ингаляциялау
- \* ганглиоблокаторларды енгізу

! Жүрек тоқтауы болған кезде бірінші кезекте енгізеді:

- \* атропин сульфат
- \* кальций хлористый
- \*+адреналин
- \* 4% бикарбонат натрий ерітіндісін
- \* физ ерітінді

! Жоғары тыныс жолдарының бөгде заты бар баланы тасымалдау қалпы:

- \* арқасында жатқызып
- \* ішінде жатқызып
- \* жартылай жатқызып
- \*+тек қана отырғызып
- \* Тренделенбург қалпында

! Улану кезінде асқазанын жууға арналған сұйықтық мөлшері:

- \* 200-300 мл жасына
- \* 400-500 мл жасына
- \*+1000 мл жасына
- \* 1500 мл жасына
- \* 200 мл жасына

! Гемо және пиоторакс болған кезде плевра қуысын қай жерден теседі?

- \* 2 қабырға аралықта
- \* алдыңғы қолтық асты сызық бойынша 3-4 қабырға аралығында
- \*+артқы қолтық асты сызық бойынша 6-7 қабырға аралығында
- \* қай сызықта тесу жасау керек екенінің маңызы жоқ
- \* артқы қолтық асты сызық бойынша 10 қабырға аралығында

! Шок кезінде қанның тұтқырлануы мен агрегациясының жоғарылауы неге алып келеді?

- \* вазодилатацияға
- \*+тромбозға
- \* қан тамырдың тарылуына
- \* қан тамырдың тарылуына
- \* ҰШ- синдромына
- \* гипокоагуляцияға

! Анафилактикалық шокта біріншілік көмек кезінде жасалатын шара:

- \* антигистаминді дәрілік заттарды енгізу
- \* допаминмен плазма орнына құйылатын ерітінділерді енгізу
- \* глюкокортикоидтар енгізу
- \*+адреналин салу
- \* атропин салу

! Құсуы болып жатқан науқасты тасымалдау қалпы қандай?

- \* Арқасында
- \* ішіне жатқызып
- \*+арқасында жатқызып басын бір жағына бұрған қалыпта
- \* Тренделенбург қалпында
- \* отырғызып

! Сау кезде аяқ астынан жедел тыныс жетіспеушілігінің дамуы, ол:

- \*+жоғарғы тыныс жолдарының бөгде заты
- \* пневмония
- \* бронхит
- \* жүректің даму ағауы
- \* улану

! Жарақатты шоктың бірінші дәрежесінде болатын белгілер:

- \*+систолалық қысым қалыпты, пульстің жиілігі 150% дейін жиілеген, сағатты диурезі қалыпты
- \* пульстің жиілігі 150% аса жиілеген, систолалық қысым 60% төмендеген

- \* систолалық қысым 60% төмендеген, олигоурия
- \* пульстің жиілігі 150% дейін жиілеген, олигоурия
- \* систолалық қысым 60% төмендеген, анурия

! Анафилактикалық шокта біріншілік көмек кезінде жасалатын шара:

- \*+адреналин енгізу
- \* атропин салу
- \* гидрокортизон салу
- \* глюкостат кальций салу
- \* физ. ерітінді

! Тоқ ұрған кезде жүрек тоқтау механизмі қандай?

- \* Асистолия
- \* электромеханикалық диссоциация
- \* Морганьи Адамс Стокс синдромы
- \*+қарыншалардың фибрилляциясы
- \* жүрекшелердің жыбырлауы (мерцание)

! Жүрекке электродефибриляция жасаудың көрсеткіші:

- \* ұйқы артериясында пульстің болмауы
- \* бір минут ішінде жасалған жүректің жабық массаждан әсердің болмауы
- \* көз қарашығының максималді кеңейуі
- \*+ЭКГ-да жүрек фибрилляциясы тіркелсе
- \* есі мен тынысының болмауы

! Қарынша фибрилляциясы болса, нені қолданған кезде әсер болуы мүмкін?

- \*+Электродефибриляцияны
- \* Ауыздан ауызға ӨЖЖ мен жүректің жабық массажи
- \* оттекті ӨЖЖ мен жүрек массажи, электродефибриляция
- \* прекардиальный удар
- \* 1 мл 0,1% адреналин ерітіндісін жүрек ішіне енгізу

! Геморрагиялық шоктың 3 дәрежесі мен сырттай қан кетіп жатса ауруханаға дейін жасалатын біріншілік емдеу шара:

- \* Жансыздандыру
- \* преднизолон енгізу
- \* көк тамырға инфузиялық жолмен қан орнына құйылатын ерітінділерді салу
- \*+сырттай кетіп жатқан қанды тоқтату
- \* ӨЖЖ

! Этил спиртін қай затпен улану болған кезде антидот ретінде пайдалануға болады?

- \* жүрек гликозидтерімен
- \* ауыр металл тұздарымен
- \* барбитураттармен
- \*+метил спиртімен
- \* цианидпен

! Қай жастағы балаларда тік шап жарығы жиі кездеседі?

- \* 3 жаста
- \* 7 жаста
- \* 10 жаста
- \*+10 жастан асканда
- \* 3 жасқа дейін

! Қыз балаларда қысылған шап жарығы кезінде жедел түрде операцияға алмаса қандай асқынға алып келеді?

- \* ішектің қысылуы мен некрозы

- \* ішектің іріңдеуі
- \*+жатыр қосалқаларының /придаток/ қысылуы мен некрозы
- \* жатыр қосалқасы ісігінің пайда болуы
- \* ішектен қан кету

! Жүректің тоқтау белгілері қайсы:

- \*+ұйқы артериясында пульстің болмауы
- \* АҚ төмен болуы
- \* Анурия
- \* есінің болмауы
- \* АҚ жоғары болуы

! 6 жастағы балада созылмалы іш кату болады. Құрсақ қуысын пальпациялаған кезде іштің төменгі бөлігінде өлшемі 8x6x5 см тең домалақ, қозғалмалы, ісік тәрізді, консистенциясы қамыр сияқты түзіліс анықталады. Сіздің диагнозыңыз?

- \*+нәжістік тас
- \* құрсақ қуысының ісігі
- \* қуық дивертикулы
- \* Вильмс ісігі
- \* урахус кистасы

! Нәрестеде кіндік аймағында диаметрі 12 см тең түзіліс байқалады. Сыртқы қабаты тегіс, жоғары ұшы кіндік бауына жалғасып жатыр, ішектер көрінеді. Сіздің диагнозыңыз?

- \* кіндік жарығы
- \*+эмбриональді жарық
- \* ішектің толық айналмауы
- \* құрсақ қуысының ісігі
- \* қуық экстрофиясы

! 2 жастағы балада ішінің тұрақсыз ауру сезімі байқалады. Бала әлсіз, тез шаршайды. Дамуы артта қалған. Кеуде қуысының сол бөлігі тыныс алуға қатыспайды, қысқарған перкуторлы дыбысы тимпанитпен ауысып отырады, аускультацияда тынысы әлсіз, сол жерден ішек шұрылы естіледі. Сіздің болжам диагнозыңыз қандай?

- \* созылмалы пневмония
- \* сол өкпенің ателектазы
- \* кеуде аралығының ісігі
- \*+диафрагма жарығы
- \* өкпелік секвестрацияның болуы

! Ұрық бауының жедел пайда болған ісігі кезінде қай нозологиялық түрмен салыстыру керек:

- \* Полиорхиямен
- \*+қысылған шап жарығымен
- \* крипторхизммен
- \* шап лимфаденитімен
- \* жедел аппендицитпен

! Гиповолемиялық шок кезінде стартты ерітінді болып табылады:

- \* Рингер ерітіндісі
- \* натрий хлорид ерітіндісі
- \*+полиглюкин
- \* гемодез
- \* альбумин

! Балаларда пайда болатын шап жарығының негізгі себебін атаңыз:

- \* шап аймағының бұлшық ет апоневрозды қабатының әлсіздігі
- \* кең беткейлі сақина

\*+Нукк дивертикулы немесе құрсақтық вагинальді өсіндісі бітуінің жетілмеуі /незавершенность/  
 \* құрсақ ішілік қысымның жоғарылауы  
 \* жиі болатын жедел вирусты инфекция  
 ! Бір айлық баланы қабылдау бөліміне алып келді. Қарап тексерген кезде кіндік аймағында жыланкөздің бар екені анықталды. Бала жылаған кезде жыланкөзден нәжіс шығады. Сіздің диагнозыңыз?  
 \* урахустың толық емес жыланкөзі  
 \* сары уыз өзегінің толық емес жыланкөзі  
 \*+сары уыз өзегінің толық жыланкөзі  
 \* кіндік фунгусы  
 \* урахустың толық жыланкөзі  
 ! Ауруханаға 13 жасар баланы екі аяқ басының үсуімен алып келді. Емдеуді неден бастау керек?  
 \* 39-40 гр дейін жылытылған глюкоза ерітіндісін құю  
 \* жылытылған Рингер ерітіндісін құю  
 \* тамыр кеңейтетін дәрілік заттарды салу  
 \*+аяқ басына термоизоляциялық таңуды жасау  
 \* баланы жылыту  
 ! Баланы көшеде машина қағып кеткен. Есін жоғалтқан жоқ. Бала кезінде қуысының оң бөлігінің ауру сезіміне шағымданады. Ауру сезімі жөтелу мен қозғалу кезінде күшейеді. Терісі бозарған, акроцианоз байқалады.  
 Дем алысы беткейлі, минутына 60 рет. Оң жақ 6-7 қабырға аймағын пальпациялаған кезде ісіну мен локальді ауру сезімі байқалады. Диагнозыңыз?  
 \* 6-7 қабырға аймағы жұмсақ тінінің соғылуы  
 \* кеуде қуысының соғылуы  
 \* бауырдың жыртылуы  
 \* пневмония  
 \*+6-7 қабырға сынығы  
 ! Құрсақтың вагинальді өсіндісінің бітуі /облитерация/ анықталады:  
 \* бір жаста  
 \* үш жаста  
 \* бес жаста  
 \*+туыла салысымен  
 \* туылғаннан біраз уақыт өткен соң  
 ! Сілтілі сұйықтықтармен ауыз қуысы мен өңештің күйігінде алғашқы көмекке жатады:  
 \* құсық шақыру  
 \*+асқазанды жуу  
 \* сұйықтықты көп мөлшерде беру  
 \* сұйықтықты аз мөлшерде беру  
 \* диуретиктер беру  
 ! Өңештің күйігінде профилактикалық бужирлеу қай аптаның соңында басталады? Дұрыс жауап қандай?  
 \* бірінші, I дәрежелі күйікте  
 \*+бірінші, II-III дәрежелі күйікте  
 \* үшінші, I дәрежелі күйікте  
 \* үшінші, II-III дәрежелі күйікте  
 \* төртінші, I дәрежелі күйікте  
 ! Балаларда асқазанды жуу жасалады:  
 \*+зонд арқылы

\* құсық шақыру арқылы  
 \* көп су ішкізу арқылы  
 \* аз су ішкізу арқылы  
 \* гастроскопия  
 диурезді бақылау  
 ! Өңештің күйігінде тыртықтанудың профилактикасына жатады:  
 \*+бужирлеу  
 \* эзофагоскопия  
 \* антибиотик  
 \* спазмолитик  
 \* сарғыш заттар  
 ! Өңештің III дәрежелі күйігінде бала хирургта қанша уақыт бақыланады  
 \*+1 жыл  
 \* 6 ай  
 \* 1,5 жыл  
 \* 2 жыл  
 \* 3 жыл  
 ! Деструктивті пневмонияның жедел диагностикасындағы ең ақпаратты әдісі:  
 \* торокоскопия  
 \*+рентгенография  
 \* бронхоскопия  
 \* клиникалық зерттеулер  
 \* бронхография  
 ! Диафрагманың өңештің тесігіндегі жарықта және қысқа өңеш кезіндегі өңештің пепитті стенозында дифференциальді диагностикасында қолданылатын тәсілдер:  
 \* өңеш пен асқазанды рентген контрасты зерттеу  
 \*+радиоизотопты зерттеу  
 \* ФЭГДС  
 \* өңештің төменгі бөлігінің шырышты қабатының биопсиясы  
 \* өңештің рН метриясы  
 ! Асқазан - өңеш рефлюксі кезіндегі анемия неге байланысты?  
 \* аштықпен  
 \* асқазанның шырышты қабатының жарақатымен  
 \* құсықпен  
 \*+эрозивті - жаралы эзофагитпен  
 \* асқазан жарасымен  
 ! 2 жастағы балада кернелген пиопневмоторакстың негізгі рациональді хирургиялық емін анықтаңыз:  
 \* плевральді пункция  
 \* бронхиальді жыланкөзді тігу мен торакотомия жасау  
 \*+белсенді аспирациямен дренаж қою  
 \* зақымдалған бөлікті алып тастау ( торакотомия арқылы )  
 \* пассивті аспирациямен дренаж қою  
 ! Өкпенің бактерияльді деструкциясының негізгі рациональді хирургиялық емінгі варианттарының қолайлысы қайсы:  
 \* пневмоабсцессотомия  
 \* пульмонэктомия  
 \* бір немесе екі бөлігін алып тастау  
 \* өкпенің жиектік немесе сына тәрізді резекциясы  
 \*+сегмент резекциясы  
 ! Қай жастағы балаларда бронхоэктазия жиі кездеседі:  
 \* 6 айға дейін  
 \* 1 жасқа дейін  
 \* 1 – 2 жаста  
 \*+4 – 7 жас

\* 7 жастан жоғары  
 ! Аталған симптомдардың қайсысы бронхоэктазиямен ауыратын науқастарға тән:  
 \* инспираторлық енгіту  
 \* түнгі жөтел  
 \*+жергілікті әртүрлі калибрлы сырылдар  
 \* зақымдалған өкпе аймағында ауру сезімінің болуы  
 \* құрғақ жөтел  
 ! Бронхоэктазиямен ауыратын науқаста операциядан кейінгі кезеңде ателектазды емдеу үшін қай әдіс ең тиімді:  
 \*+кеңірдектің катетеризациясы  
 \* бронхоскопия  
 \* кеңірдекті тері арқылы дренирлеу  
 \* антибиотикотерапия  
 \* постуральді дренаж  
 ! Қай жағдайларда бронхоэктазияда тек консервативті ем қолданылады:  
 \*+екі өкпенің тотальді зақымдалуы  
 \* бір өкпенің тотальді зақымдалуы  
 \* өкпенің мазайка тәрізді зақымдалуы  
 \* өкпенің жергілікті зақымдалуы  
 \* өкпенің бір сегментінің немесе бір бөлігінің зақымдалуы  
 ! Өкпе гипоплазиясына анықтама беріңіз:  
 \* туа біткен өкпенің дамымауы  
 \* туа біткен трахея (кеңірдек) және бронхтардың дамымауы  
 \* туа біткен кіші қан айналым жүйесінің дамымауы  
 \*+Өкпенің барлық құрылымдық элемент бірліктерінің дамымауы  
 \* Өкпенің паренхимасының туа біткен дамымауы  
 ! Жалпы рентгенограммада ұя тәрізді өкпе тіні, ал бронхограммада көптеген дөңгелек түзілістер барлық өкпе аймағында анықталады. Диагноз қойыңыз:  
 \* Бронхоэктазия  
 \* Өкпе агенезиясы  
 \*+Кистозды гипоплазия  
 \* Өкпе гипоплазиясы  
 \* Өкпе аплазиясы  
 ! Науқасты тұрақты рефлекторлы жөтел және жұтынғандағы ауру сезімі мазалайды. Тынысы қиындамаған. Анамнезінде: Тамақтанғанда шашалады. Бөгде заттың орналасқан жерін көрсетіңіз.  
 \* Жылжымалы бөгде зат трахеяда  
 \* Өкпенің бөгде заты  
 \* Бронхтың фиксирленген бөгде заты  
 \*+Көмейдің сыртқы элементтерінің бөгде заты  
 \* Сегментарлы бронхтың бөгде заты  
 ! Бала бір жұтым сірке қышқылын ішіп қойған және бірден ауруханаға түсті. Асқазанды жуу немен жүргізілуі керек:  
 \* Сілтілі ерітіндімен  
 \* Қышқылдандырылған ерітіндімен  
 \* Суық (мұздай) сумен  
 \*+Бөлме температурасындай сумен  
 \* Ыстық сумен  
 ! Өңештің атрезиясын анықтауда біреуінен басқа барлық әдістер дұрыс:  
 \* Иодолипольмен өңештің рентгенографиясы



\* Эзофагоскопия  
 \* Резеңке катетермен бірге жүргізілетін өңеш рентгенографиясы  
 \*+Трахеобронхоскопия  
 \* Катетер арқылы өңешке ауа енгізу  
 ! Жоғары сегменттің контрасталған өңеш атрезиясы бар баланың рентгенограммасында төмендегілердің барлығын табуға болады, біреуінен басқасы:  
 \* Өңештің атрезиясының деңгейі  
 \* Өңештің атрезиясының түрі  
 \* Өкпедегі қабыну өзгерістерін бағалау  
 \*+Трахео-өңештік жыланкөздердің өлшемін  
 \* Төменгі трахео-өңештік жыланкөзінде өңеш атрезиясына қосарланған ауруларды табуға болады.  
 ! Төменгі трахео-өңештік жыланкөзімен өңеш атрезиясы бар баланы тасымалдағандағы ең дұрыс қалпын ата:  
 \* Оң қырымен  
 \* Жамбас соңының жоғарылатуымен  
 \*+Тігінен  
 \* Көлденеңінен  
 \* Қалпы маңызды емес  
 ! Бронхоэктазияның рентгенологиялық диагностикасының әдісін ата:  
 \* рентгеноскопия  
 \* рентгенография  
 \*+бронхография  
 \* бронхоскопия  
 \* Ангиопульмонография.  
 ! Бронхоскопияның диагностикасындағы алдын-ала қолданылатын рентгенологиялық зерттеу әдісін ата:  
 \* рентгеноскопия  
 \*+рентгенография  
 \* бронхография  
 \* бронхоскопия  
 \* Ангиопульмонография.  
 ! Бронхоэктазияның рентгенологиялық диагностикасының әдісін ата:  
 \* рентгеноскопия  
 \* рентгенография  
 \*+бронхография  
 \* бронхоскопия  
 \* Ангиопульмонография.  
 ! Бронхиологиялық зерттеулерге көрсеткіштер:  
 \* пневмония  
 \* температура, жөтел  
 \* ЖРВИ  
 \*+қақырықпен жөтел  
 \* құрғақ жөтел  
 ! Қай ауруларда балаларда бронхоэктазия дамиды?  
 \*+қайталамалы пневмония  
 \* ревматизм  
 \* ЖРВИ  
 \* баспа  
 \* трахеобронхит  
 ! Бронхиоларлы жыланкөзді кернелген булланың емін көрсет:  
 \* бронхоскопия  
 \* ошаққа тиіспей жүргізілетін интенсивті ем  
 \*+булланың пункциясы  
 \* булланы дренаждау

\* бронхтың катетеризациясы  
 ! Бронхиоларлы жыланкөзді кернелген булланың емі:  
 \* бронхоскопия  
 \* радикальді операция  
 \*+булланың дренаждау  
 \* булланы пункциясы  
 \* буллаың катетеризациясы  
 ! Деструкцияның буллезді формасының емі (кернелмеген булла)  
 \* булланың пункциясы  
 \*+ошаққа тиіспей жүргізілетін интенсивті ем  
 \* булланы дренаждау  
 \* бронхоскопия  
 \* плевра пункциясы  
 ! Плащ тәрізді серрозды плевритте қолданылатын ем:  
 \* Бюлау бойынша плевра қуысын дренаждау  
 \* ошаққа тиіспей жүргізілетін интенсивті ем  
 \*+плевра қуысының пункциясы  
 \* активті аспирациямен бірге плевра қуысын дренаждау  
 \* бронхоскопия  
 ! Іріңді плащ тәрізді плевритте қолданылатын ем:  
 \* ошаққа тиіспей жүргізілетін интенсивті ем  
 \*+Бюлау бойынша плевра қуысын дренаждау  
 \* плевра қуысының пункциясы  
 \* активті аспирациямен бірге плевра қуысын дренаждау  
 \* бронхоскопия  
 ! Перзентханда бала туылғаннан кейін 4 сағаттан соң аузынан және мұрнынан көп мөлшерде сілекейдің бөлінгендігі байқалды. Сілекейі сорып алғаннан кейін қайтадан көп мөлшерде жиналды. Кейіннен баланы бақылау барысында айқын тыныс бұзылысы белгілері пайда болды: ентігу, акроцианоз, мазасыздану. Аталған диагноздардың қайсысы берілген жағдайға сәйкес келеді:  
 \* Бөліктік эмфизема  
 \* Көкет жарығы  
 \*+Өңеш атрезиясы  
 \* Асқазанның жүрмеуі  
 \* Асқазан-өңеш рефлюксі.  
 ! Туылғанына 12 сағат болған мұрнынан және аузынан көп мөлшерде көпіршікті бөліністің бөлінуімен қатар ентігу, цианоз, өкпеде ылғалды сырылдарға байланысты жалпы жағдайы нашарлады. Перзентханада бала дәрігері қандай диагностикалық зерттеу жүргізу қажет деп табады:  
 \* Кеуде қуысы ағзаларының жалпы рентгенографиясы  
 \* Өңештің контрасты рентгенологиялық зерттеуі  
 \* Кеуде және құрсақ қуысы мүшелерінің ультра дыбыстық зерттеуі  
 \* Кеуде қуысы мүшелерінің компьютерлік томографиясы  
 \*+Өңешке зонд қою  
 ! Балада туылғаннан кейінгі алғашқы сағаттарда жедел тыныс және жүрек-қантaмыр жетіспеушілігі белгілері

байқалды. Бала селкі, айқайы әлсіз, қайталамалы түрде запыранмен құсу болды. Тынысы қиындаған, беткей, қосымша бұлшықеттер тыныс алуға қатысады. Іші орташа мөлшерлі кернелген. Кеуде қуысының жалпы рентгенограммасында кеудеаралық мүшелерінің айқын ығысуы және сол жақтық көптеген ұсақ ұяшықты қуыстар байқалады. Берілген жағдайға аталған диагноздардың қайсысы сәйкес келеді:  
 \* Туа пайда болған жүрек ақауы  
 \* Бөліктік эмфизема  
 \* Бас миының туыт жаракаты  
 \*+Жалған көкет жарығы  
 \* Туа пайда болған өкпе торсылдағы ! 3 жастағы баллада жедел вирустық ауруының үшінші күні жалпы жағдайының нашарлауы, дене қызуының 38,5 – ке көтерілуі, ентігудің күшеюі, мұрын ерін үшбұрышының цианозы байқалады. Өкпенің төменгі бөлігінің аускультациясында тынысы аздап әлсіреген, перкуссияда – шамалы қысқарған перкуторлы дыбыс анықталады. Рентгенде оң өкпенің төменгі бөлігінің шамалы инфильтрациясы, соның әсерінен әртүрлі калибрлі көптеген ұяшықты қуыстар байқалады. Берілген жағдайда аталған диагноздардың қайсысы сәйкес келеді:  
 \* өкпе абсцесі  
 \* жедел іріңді лобит  
 \* іріңдеген өкпе торсылдағы  
 \* оң өкпенің төменгі бөлігінің ателектазы  
 \*+жедел деструктивті пневмония ! 5 жастағы бала іріңді хирургия бөлімшесіне: оң жақты жедел іріңді деструктивті пневмония, өкпелік түрі , өкпенің ұсақ ошақты көптеген деструкциясы диагнозымен келіп түсті. Жүргізілген емнің барысында баланың жалпы жағдайы нашарлай бастады: ентігу күшейді, дене қызуы 38,5 қа дейін жоғарлады. Қарап тексергенде оң жақ кеуде қуысының тыныс алу әктісінен артта қалуы, оның аздап керілуі ( выбухание ). Аускультативті тыныстың әлсіреуі, перкуссияда өкпенің төменгі бөліктерінде перкуторлы дыбыстың қысқаруы. Кеуде қуысының жалпы рентгенограммасында оң жақ кеуде аралықының кеуде қуысының қарама қарсы жаққа ығысуы мен тотальді қоюлануы. Аталған асқинулардың қайсысы бұл жағдайға тән?  
 \* Плащ тәрізді пиоторакс  
 \* Пиопневмоторакс  
 \*+Тотальді пиоторакс  
 \* Өкпе абсцесі  
 \* Өкпе ателектазы  
 ! 12 жастағы бала іріңді қақырықпен ылғалды жөтелге, әсіресе таңертенгілікте, әлсіздік және физикалық жүктемеден кейін көрінетін ентікпеге шағымданады. Баланың анасымен әңгімелескеннен кейін, бала ерте балалық шағында пневмониямен ауырғаны, келесі

жылдары созылмалы қайталамалы пневмония жөнінде емделгені анықталды. Кеуде қуысы ағзаларының жалпы рентгенограммасында жүрек шекарасын жабатын, сол бөліктің төменгі проекциясында үшбұрышты гомогенді көлеңке, кеуде аралықтың зақымданған жаққа ығысуы және диафрагманың жоғары орналасуы көрінеді.

\* Өкпенің торсылдақты гипоплазиясы

\* Өкпенәі секвестрациясы

\* Кеуде аралықтың ісігі

\* +Ателектаздық бронхоэктаздар

\* Өкпе торсылдағы

! 2 жастағы баланың жағдайы аяқ астынан (кенеттен) нашарлады, айқын тыныс жетіспеушілігі, ұстама тәрізді жөтел естіледі. Анасы жағдайының нашарлауын бөгде зат аспирациясымен байланыстырады. Бөгде заттың орналасу мүмкіндігі:

\* Негізгі бронхтар

\* Көмекей

\* Өңеш

\*+Трахея

\* Бөліктік бронхтар

! Бала 3 жаста бөгде зат жұтып қойған. Жалпы жағдайы ауыр. Айқын тыныс алу функциясының бұзылыстары байқалады. Қосымша бұлшықеттердің қатысуымен ентігу көрінеді. Аускультативті: оң жақта тыныстың айқын әлсіреуі, перкуторлы: оң жақ кеуде аймағында тимпанит; рентгенде: кеуде аралықтың қарама – қарсы жаққа ығысуы және оң жақ өкпе эмфиземасы. Бөгде заттың нақты орналасу мүмкін аймағын көрсетіңіз:

\* Көмей

\* Кеңірдек

\* Оң жақ төменгі бөліктік бронх

\*+Оң жақ негізгі бронх

\* Сол жақ негізгі бронх

! 6 айлық балада сүтпен

тамақтандыру кезінде ұстамалы жөтел пайда болды. Анасының айтуы бойынша тамақтандыру кезінде баланың қалпын өзгерткенде жөтел ұстамасы азаяды не мүлдем жоғалады. Мына көрсетілген аурулардың қайсысы балада болуы мүмкін:

\* Өңеш стенозы

\* Асқазан – өңештік рефлюкс

\*+Жекеленген кеңірдек – өңештік жыланкөз

\* Трахеомалиция

\* Өңеш ахалазиясы

! 12 айлық балада

тамақтандырылғаннан кейін лоқсу, құсу пайда болады, баланы тік ұстағанда төмендейді. Соңғы екі айда науқастың жағдайы нашарлаған. Анасы мұны баланың тамақтанудан жиі бас тартуы, тыныс бұзылыстарының пайда болуы және дене салмағын аз қосумен байланыстырады. Болу мүмкін ауруды атаныз:

\* Өңеш ахалазиясы

\*+Асқазан – өңештік рефлюкс

\* Кеңірдек өңештік жыланкөз

\* Өңеш стенозы

\* Трахеомалиция

! Оң жақты инфилтративті пневмониямен стационарда науқасталып жатқан 2 жастағы баланың кенеттен жағдайы нашарлап кетеді, мазасыздана бастайды, дем алысы жиілеп, үстіртіндеп, терісі мен қол аяғы көгере бастағаны байқалады. Перкуссияда оң жағында тимпанит, орталықты ағзаларының солға қарай ығысуы, аускультацияда демалысы оң жағында естілмейді. Қандай диагноз деп ойлайсыз?

\*+Оң жақты пневмоторакс

\* Диафрагма жарығы

\* Оң өкпенің іріңді кистасы

\* Оң өкпенің іріңдеуі

\* Оң жақ бөлікті эмфизема

! Оң жақты инфилтративті пневмониямен стационарда науқасталып жатқан 2 жастағы баланың кенеттен жағдайы нашарлап кетеді, мазасыздана бастайды, дем алысы жиілеп, үстіртіндеп, терісі мен қол аяғы көгере бастағаны байқалады. Перкуссияда оң жағында тимпанит, орталықты ағзаларының солға қарай ығысуы, аускультацияда демалысы оң жағында естілмейді. Ем шараларын неден бастаған жөн?

\* оттегі беру

\* жүрек жұмысын дұрыстайтын препараттар

\* өкпенің рентген суретін анықтау

\* оң жақты өкпе қабына дренаж жасау

\*+оң жақты өкпе қабына пункция жасау

! Жаңа туылған нәрестеде демалысы байқалмайды, брадикардия – жүрегінің соғуы минутына 62 рет. Жүрек үндері әлсіз, терісі ақшыл сұрғылт. Ауыз қуысында жатыр суы. Сіздің диагнозыңыз?

\* жүрек соғуының әлсіздігі

\* пневмоторакс

\*+жатыр суымен тұншығу

\* бас – ми жарақаты

\* тыныс алу орталықының нашарлығы

! Жаңа туылған нәрестеде демалысы байқалмайды, брадикардия – жүрегінің соғуы минутына 62 рет. Жүрек үндері әлсіз, терісі ақшыл сұрғылт. Ауыз қуысында жатыр суы. Емдеу шараларын неден бастаған жөн?

\* жасанды тыныс алдыру

\* атропин 0,1% көк тамырға

\* 20% глюкоза «С» витаминімен

\*+баланы төмен қаратып, ауыз

қуысындағы жатыр суынан босату

\* көк тамырға этимизол,

кортикостероид препараттары, 2% сода

! Стационарда жатқан омыраудағы 2 айлық балада 2 жақты бронхопневмония болатын. Кенеттен үстіртін қырылдаған дем алуы байқалды, ауыз қуысынан көбікті бөлініс шыға бастады, күре көктамырларының соғуы байқалды. Бала мазасыздана бастады, ерні көгерді. Өкпесінде барлық аумағында екі жақты ылғалды сырыл. Бауыры

кабырғадан 1,5 см шығыңқы. Орталық вена қысымы су бағанасымен 11 см..

Кезектегі реаниматологтың байқауынша балаға 2 сағат ішінде 200 мл сұйықтық құйылған. 4 сағат бойы балада кіші дәреті болмаған. Баланың жағдайы не себептен нашарлаған?

\* кернелген пневмоторакс

\* өкпенің бактериальді деструкциясы

\* құсықтан аспирация болу

\*+өкпенің сулануы

\* өңеште бөгде зат болуы

! Стационарда жатқан омыраудағы 2

айлық балада 2 жақты

бронхопневмония болатын. Кенеттен

үстіртін қырылдаған дем алуы

байқалды, ауыз қуысынан көбікті

бөлініс шыға бастады, күре

көктамырларының соғуы байқалды.

Бала мазасыздана бастады, ерні

көгерді. Өкпесінде барлық аумағында

екі жақты ылғалды сырыл. Бауыры

кабырғадан 1,5 см шығыңқы. Орталық

вена қысымы су бағанасымен 11 см..

Кезектегі реаниматологтың

байқауынша балаға 2 сағат ішінде 200

мл сұйықтық құйылған. 4 сағат бойы

балада кіші дәреті болмаған. Емдеу

шараларын неден бастаған жөн?

\*+көпіршіктенуді басатын дәрілер /

антиформсилан 30% спирт арқылы

оксигенация

жүргізу

\* диуретиктер қолдану

\* 10 – 20 альбумин көктамыр арқылы

\* жүрек гликозидтері

\* кардиотропты препараттар

! Балалар ауруханасына 8 айлық бала

түседі. Түскендегі шағымдары: дене

қызуының көтерілуі, тыныс тарылуы,

мазасыздануы. Жағдайы орташа,

терісі көкшіл сұрғылт. Ыстығы 37,7

градус, демалысы минутына 30 рет,

пульс 140 рет. Оң жақ кеуде қуысы

дем алу актісінен қалады, перкуссияда

– дыбысы тұйықталған,

аускультацияда – дем алысы әлсіз. R-

граммада оң жақ өкпе аумағында

горизонтальді сұйықтық деңгейі бар

аумақты қуыс. Көлеңкенің төменгі

контуры дұрыс, перифокальді

өзгерістер жоқ, синустары бос.

Орталық ағзалардың ығысуы

байқалады. Сіздің болжам

диагнозыңыз?

\*+өкпенің іріңді кистасы

\* өкпе абсцесі

\* пневмония

\* эхинококкты киста

\* өкпе ісігі

! Балалар ауруханасына 8 айлық бала

түседі. Түскендегі шағымдары: дене

қызуының көтерілуі, тыныс тарылуы,

мазасыздануы. Жағдайы орташа,

терісі көкшіл сұрғылт. Ыстығы 37,7

градус, демалысы минутына 30 рет,

пульс 140 рет. Оң жақ кеуде қуысы

дем алу актісінен қалады, перкуссияда

– дыбысы тұйықталған,

аускультацияда – дем алысы әлсіз. R-

граммада оң жақ өкпе аумағында

горизонтальді сұйықтық деңгейі бар

аумақты қуыс. Көлеңкенің төменгі

контуры дұрыс, перифокальді

өзгерістер жоқ, синустары бос.  
 Орталық ағзалардың ығысуы байқалады. Емдеу тактикасы қандай болу керек?  
 \*+кистаны пункциялау, одан соң дренаж қою  
 \* торакоцентез жасау, дренаж қою  
 \* хирургиялық көмек  
 \* антибиотиктер арқылы емдеу  
 \* бронхоскопия жасау, дренаж қою  
 ! Өзгерістерді дұрыс анықтау үшін кеуде қуысының рентгенографиясы қандай қалыпта орындалады:  
 \* арқасына жатқызып  
 \* тұрғызып  
 \*+ішіне жатқызып  
 \* Тремделенбург қалпында  
 \* төмпешіктің үстінде  
 ! Кеуде қуысының рентгенограммасында оң және сол жақтарын анықтайды:  
 \* рентгенограммадағы наклейка арқылы  
 \* рентгенотехниктің „П” немесе „П” әріпі арқылы  
 \*+асқазандағы газды деңгей арқылы  
 \* кеуде аралықтағы көленке арқылы  
 \* диафрагмадағы күмбездің жоғарылықы  
 ! Асқазанда газды деңгейдің болмауы қандай жағдайда байқалады:  
 \* өңештің төменгі кесіндісінің кеңірдек өңештік жыланкөзі мен өңеш атрезиясы  
 \*+өңеш атрезиясы (жыланкөзсіз түрі)  
 \* кардидің халазиясы  
 \* туа пайда болған қысқа өңеш  
 \* диафрагмадағы өңештік тесік жарығы  
 ! Бронхтың өзгеріске ұшырау дәрежесін тек бронхография арқылы дұрыс мәлімет бере алады  
 \*+бронхоэктазиялық ауру  
 \* туа пайда болған лобарлы эмфизема  
 \* өкпелік секвестрациясында  
 \* өкпе кистасында  
 \* өкпе ісігінде  
 ! Бронхографияға қарсы көрсеткіш:  
 \* өкпе ісігінде  
 \* өкпелік секвестрациясында  
 \*+туа пайда болған лобарлы эмфизема  
 \* өкпе кистасында  
 \* бронхоэктазияда  
 ! Балаларға бронхография жасағанда негізгі ұсынылған жансыздандыру әдісі болып табылады:  
 \* миорелаксантсыз интубациялық наркоз  
 \* жергілікті анестезия  
 \* кеңірдек интубациясының көк тамырға анестетик қолдану  
 \*+миорелаксанттарды қолдану арқылы интубациялық наркоз  
 \* кеңірдек интубациясының көк тамырға анестетик қолдану  
 ! Балаларға бронхография жасағанда негізгі ұсынылатыны:  
 \* маскылық анестезия арқылы бронхтың соқыр катетеризациясы  
 \* рентгендік экран бақылауы арқылы керек бронхқа интубациялық трубка арқылы катетер енгізу

\* рентгендік экран бақылауынсыз керек бронхқа интубациялық трубка арқылы катетер енгізу  
 \*+электроннооптикалық көрсеткішті рентгендік аппарат бақылауымен керек бронхқа бронхоскоп арқылы катетер енгізу  
 \* рентгендік аппарат бақылауынсыз керек бронхқа бронхоскоп арқылы катетер енгізу  
 ! Диагностикалық пневмоторакс көрсетілген  
 \* өкпе гематомасында  
 \* өкпелік секвестрацияда  
 \* лобарлы эмфиземада  
 \* кеудеаралық ісікте  
 \*+кистозды гипоплазияда  
 ! Қатты (жесткий) эзофагоскопия жасағанда өңеш перфорациясы жиі қай деңгейде байқалады:  
 \* біріншілік физиологиялық тарылуда  
 \*+екіншілік физиологиялық тарылуда  
 \* кардия аймағында  
 \* біріншілік және екіншілік физиологиялық тарылу аймағында  
 \* екіншілік физиологиялық тарылу мен кардия арасында  
 ! Балалардағы бронхоскопия ешқандай қосымша ақпарат бермейді:  
 \* бронхоэктазияда  
 \* туберкулезде  
 \* өкпе абсцесінде  
 \* өкпелік секвестрацияда  
 \*+өкпе агнезиясында  
 ! Балаларға торакоскопия жасаудың абсолютті көрсеткіші:  
 \*+өкпе кистасы  
 \* симптомды пневмоторакс  
 \* өкпелік секвестрациясы  
 \* өкпе ісігінде  
 \* кеудеаралық ісікте  
 ! Балаларға торакоскопия жасауда жиі анықталады:  
 \* кеуде қуысының қысылу (напряжения) синдромы  
 \*+өкпенің аспаптармен жаракаттануы  
 \* өкпе ісінуі  
 \* жүрек өкпе жетіспеушілігі  
 \* аталғандардың бәрі  
 ! Балаларға пункциялық биопсия жасаудың абсолютті көрсеткіші  
 \* өкпе ісігінде  
 \* Ханам Рич ауруында  
 \* пневмосклезда  
 \* эхиноккоккозда  
 \*+актиномикозда  
 ! Ішек өтпеушілігіне күмәнданғанда іш қуысына рентгенография жасау кезінде науқастың негізгі рациональді қалпы:  
 \*+вертикальді  
 \* жатып  
 \* оң жақ бүйірімен  
 \* сол жақ бүйірімен  
 \* көрсетілгендердің кез келгені  
 ! Паретикалық ішек өтпеушілігінде іш қуысының рентгенографиясында негізгі белгі:  
 \* бірлі жарым үлкен деңгейлнр  
 \*+көптеген ұсақ деңгейлер  
 \* асқазандағы үлкен газды көпіршік  
 \* іш қуысында көп мөлшерде сұйықтықтың анықталуы

\* іш қуысындағы бос газ  
 ! Құрсақ қуысының рентгенограммасы бойынша, ішектің механикалық өтімсіздігі көріністері болып табылады:  
 \*+бірлі жарым үлкен деңгейлнр  
 \* көптеген ұсақ деңгейлер  
 \* асқазандағы үлкен газды көпіршік  
 \* іш қуысында көп мөлшерде сұйықтықтың анықталуы  
 \* іш қуысындағы бос газ  
 ! Жабьсақ обтурациялық ішек өтімсіздігіне күмәнданған науқасқа барий ерітіндісін бергеннен кейін рентгенологиялық тексеруді орындау қажет:  
 \* әрбір сағат сайын  
 \* әрбір 3 сағат сайын  
 \* 3, 6, 12 сағаттан кейін  
 \* 12, 24 сағаттан кейін  
 \*+клиникалық көріністеріне және консервативті шаралардың нәтижелеріне байланысты  
 ! Гиршпрунг ауруымен ирригография кезінде патологиялық аймағын тапқан соң,  
 орындау қажет:  
 \* бір – тікелей сурет  
 \* бір – бүйірлік сурет  
 \*+екі – тіке және бүйірлік  
 \* екі – тіке және қиғаш  
 \* үш тіке, бүйілік және қиғаш  
 ! Ерте кезеңде ішек инвагинациясымен науқаста емдік диагностикалық пневмоирригография жүргізгеннен кейін, қанша рен рентген суретін жасау қажет:  
 \* біреу инвагинантты түзегеннен кейін  
 \* екеу инвагинантты анықтаған кезде және оны түзегеннен кейін  
 \*+үш рет рентгенограмма, инвагинантты анықтаған кезде және оны түзегеннен кейін  
 \* төрт инвагинантты анықтаған кезде, түзегенде және оны түзеу кезінде рентгенограмма жасау  
 \* рентген суретін жасамайды, контроль тек рентгеноскопиялық  
 ! Жамбас сүйегінің созылмалы остеомиелитімен науқасқа фистулография кезінде контрасты зат ретінде қолдану қажет:  
 \* ауа  
 \*+су ерігіш контраст  
 \* иодилиполь  
 \* барий ерітіндісі  
 \* аталғандардың кез келгені  
 ! Пилоростенозда привратник проекциясында нәрестенің өмірінің бірінші айында пальпация кезінде анықталатын орын  
 \* кіндіктен жоғары ортаңғы сызық  
 \* оң жақ қабырға астының жиегі  
 \* кіндік деңгейі  
 \* тік бұлшықеттің артқы жиегінен 2 – 3 см жоғары оң жақ қабырға асты аймағы  
 \*+оң жақ мықын сүйегінің алдыңғы бөлігінен ішке қарай  
 ! Өңешті баримен контрасты тексеру көрсетілмеген:  
 \* кардияның халазиясында  
 \* кардияның ахалазиясында

- \* туа пайда болған кеңірдек – өңеш жыланкөзінде
- \*+өңеш атрезиясында
- \* туа пайда болған қысқа өңеште
- ! Эзофагоскопия жасау керек емес:
- \* өңеш ахалазиясында
- \* туа пайда болған өңеш стенозында
- \* өңеш күйігінде
- \* кардияның халазиясында
- \*+өңеш атрезиясында
- ! Жаңа туған нәрестелердегі пневмонияның ауырлықын бағалау кезінде физикальді әдістердің қайсысы маңызды болып табылады:
- \* кеуде клеткасын бағалау
- \* өкпе аускультациясы
- \* кеуде клеткасының перкуссиясы
- \* бір минут ішінде тыныс алу жиілігі
- \*+цианоз дәрежесін және енгізу дәрежесін бағалау
- ! Жаңа туған нәрестені іш ауруына күмәнданған кезде физикальді тексеру әдістердің қайсысы ең мәліметті:
- \* баланың жағдайын бағалау
- \* ішті қарау
- \*+іштің деликатты пальпациясы
- \* іштің перкуссиясы
- \* асқазанға зонд қою
- ! Пилоростеноздың сенімді клиникалық көрінісі болып табылады:
- \* „құм сағаты„, симптомы
- \* көлемді құсу
- \* салмақты жоғалту
- \*+пальпация кезінде привратниктің анықталуы
- \* іш қатуға бейімділік
- ! Диагностикалық мақсатпен өңешке зонд қою қай кезде көрсетілмеген:
- \* туа пайда болған қысқа өңеште
- \*+пневмонияда
- \* өңеш атрезиясында
- \* туа пайда болған кеңірдек – өңеш жыланкөзінде
- \* туа пайда болған өңеш стенозында
- ! Цистография кезінде жаңа туған нәрестелерде жиі анықталады:
- \* уретроцеле
- \*+куық – несеппағар рефлюксінің болуы
- \* толық дамып бітпеген урахустың болуы
- \* куық – ішектік жыланкөздердің болуы
- \* куық дивертикулының болуы
- ! Ұрықтың антенатальды кезінде ультрадыбысты тексеруде анықтауға болмайды:
- \* бүйректің уронефротикалық трансформациясын
- \* туа пайда болған ішек өтімсіздігін
- \*+туа пайда болған кеңірдек – өңеш жыланкөзін
- \* гастрошизис
- \* туа пайда болған жүрек ақауын
- ! Өңештің және асқазанның рентгенконтрасты зерттеу кезінде анықтауға болмайды:
- \* кардияның халазиясын
- \* кардияның ахалазиясын
- \* көкет өңешті тесігінің жарығын
- \*+геморрагиялық гастритті
- \* пилоростенозды

- ! Барий ерітіндісімен ирригография әдісін диагностика үшін қолданбайды:
- \*+ортаңғы ішектің бұралуында
- \* аппендикстің атипті орналасуында
- \* гиришпунг ауруында
- \* жаңа туған нәрестеледегі ойық жаралы – некротикалық энтероколитінде
- \* ішек инвагинациясында
- ! Кіндік аймағының патологиясы кезінде нені анықтау үшін кіндік шұңқырына зонд енгізу жүргізілмейді:
- \*+кіндік аймағының кальцинозында
- \* кіндік фунгусында
- \* өт жолдарының толық жыланкөзінде
- \* өт жолдарының толық емес жыланкөзінде
- \* урахус жыланкөзінде
- ! Люмбальді пункцияға абсолютті қарсы көрсеткіш:
- \*+мидың ортаңғы құрылымының ығысуы
- \* менингит
- \* менингоэнцефалит
- \* өкпенің стафилококкты деструкциясы
- \* туыт бас ми жарақаты
- ! Өт қапшығының контрасталмауы тән:
- \*+жалпы өт өзегінің кистасына
- \* созылмалы тассыз холециститке
- \* созылмалы калькулезді холециститке
- \* өт жүйесінің туа пайда болған гипоплазиясына
- \* созылмалы гепатитке
- ! Спленокортография орындалады:
- \*+миорелаксанттарды қолданумен жалпы жансыздандыру
- \* жергілікті жансыздандыру
- \* алдыңғы құрсақ қабырғасы арқылы
- \* отырған қалыпта
- \* лапоротомиядан кейін
- ! Бауыр қақпасында қалыпты анатомиялық түзілістердің болмауы тән:
- \*+портальді гипертензияның бауырдан тыс түрінде
- \* созылмалы гепатитке
- \* бауыр циррозында
- \* туа пайда болған бауыр фиброзында
- \* бауыр эхинококкозында
- ! Бауырдың пункциялық биопсиясы жасалады:
- \*+жалпы жансыздандырумен
- \* жергілікті жансыздандырумен
- \* алдыңғы құрсақ қабырғасы арқылы
- \* отырған қалыпта
- \* лапоротомиядан кейін
- ! Аталық без қабығының пункциясына көрсеткіш болып табылады:
- \* ұрық шылбырының кистасы
- \* аталық безінің бұралуында
- \* орхэпидимиті
- \*+аталық бездің қысымды водянкасында
- \* уманың идеопатиялық ісігінде
- ! Гепатологияда функциональдық тексеру жүргізуге көрсеткіш болып табылады
- \* өңеш венасының варикозды кенеюімен бірге спленомегалия

- \* гепатомегалия
- \* гипербилирубинемия
- \* анемия жиі мұрнынан қан кетумен
- \*+асцит
- ! Диафаноскопия жасалады:
- \* шап жарығы кезінде
- \* шап – ума жарығы кезінде
- \* аталық безінің бұралуында
- \*+ұрық шылбыры элементтерінің жедел дамыған кистасы кезінде
- \* сан жарығы кезінде
- ! Ұрық шылбыры элементтерінің жедел дамыған кистасын дәлелдейді:
- \* умада аталық бкздің болмауы
- \* мазасыздық және дене қызуының көтерілуі
- \*+ұрық шылбыры жолында жұмсақ эластикалық түзілістің және диафаноскопия кезінде мөлдір сұйықтықтың болуы
- \* уманың гиперемиясы
- \* шат аймағының гиперемиясы және ауырсыну сезімі
- ! Экскреторлы урография ең мәліметті тексеру болып саналатын ауруды атаңыз:
- \* жедел несеп тежелуі
- \*+гидронефроз
- \* куық – несеппағар рефлюксі
- \* зәрін ұстай алмау
- \* нейрогенді куық
- ! Экскреторлы урография диагноз қоюға көмектесетін ауруды атаңыз:
- \*+артқы уретра клапаны
- \* гидронефроз
- \* жоғарғы зәр жолдарының екі еселенуі
- \* бүйректің торокальді дистониясы
- \* таға тәрізді бүйрек
- ! Антеградты пиелография жүргізіледі:
- \* куық дивертикулында
- \* куық – несеппағар рефлюксі болғанда
- \*+гидронефроз кезінде пиелоуретральді анастомоз өткізгіштігінде
- \* бүйрек ісігінде
- \* бүйрек кистасында
- ! Фармакодинамикалық сынама (УДЗ немесе лазерлік жүктемемен көктамырлы урография) диагноз анықтауға көмектеседі:
- \* бүйректің бүрісуінде және гипоплазиясында
- \* бүйректің кистасында және жаңа түзілістерінде
- \* бүйрек апостематозы немесе ЖРВИ
- \*+пиелоэктазия немесе гидронефрозда
- \* куық – несеппағар рефлюксі немесе нейрогенді куықта
- ! Цистографияға қарсы көрсеткіш:
- \* куық – ішектік және куық – қынаптық жыланкөздері кезінде
- \* уретроцеле кезінде
- \*+пиелонефрит асқынуы кезінде
- \* куық мойнының контрактурасы кезінде
- \* кіші жамбаста ісіктік процесс кезінде
- ! Цистография үшін қолданылады:
- \* иргозин
- \* барий сульфаты
- \*+верографин

- \* натрий сульфаты
- \* натрий тиосульфаты
- ! Цистографияны қолданғанда мәліметті алуға болмайды:
- \* қуықтың контуры және өлшемі
- \* қуық – несеппағар рефлюксі болуы
- \* бітелмеген урахус
- \* туа пайда болған қуық – ішектік жыланкөздер
- \*+несеппағардың уретеровезикальді сегментінің обструкциясында
- ! Уретрографияға қарсы көрсеткіш:
- \* уретраның қосарлануы кезінде
- \*+жедел орхоэпидидимит кезінде
- \* урогенитальді синуста
- \* артқы уретраның клапанынжа
- \* уретра кезінде
- ! Уретрография жасау үшін науқасты қандай қалыпта жатқызады:
- \* Тренделенбург қалпында
- \*+оң бүйір қалпында жатқызып сол аяғын сыртқа және артқа
- \* арқасына жатып аяқтарын алшақтатқанда
- \* арқасына жатып жамбас астына валик қойғанда
- \* бір жағына жатып аяқтарын бүгіп жатқанда
- ! Бүйрек астаушасында көрінбейтін тасы диагностикасында ең мәліметті тексеру әдісі болып табылады:
- \* экскреторлы урография
- \* урокинематография
- \* ретропневмоперитонеум
- \*+ультрадыбыстық тексеру
- \* урокимография
- ! Уретра жыртылуын диагностикалау үшін орындау керек
- \* экскреторлы урография
- \* +өрлеуші урография
- \* цистометрия
- \* урофлоуметрия
- \* микционды цистография
- ! Уретра жыртылуы кезінде жасауға болмайды
- \* инфузионды урографияны
- \* өрлеуші уретрографияны
- \* микционды цистоуретрография
- \*+қуықтың катетеризациясын
- \* урофлоуметрияны
- ! Қуықтың тасын анықтауда ең мәліметті тексеру әдісі болып саналады:
- \* микционды цистография
- \* көлемді рентген суреті
- \* пневмоцистография
- \*+цистоскопия
- \* урофлоуметрияны
- ! Екіншілік бүріскен бүйрек және бүйрек гипоплазиясы диагнозын қоюға көмектеседі:
- \* экскреторлы урография
- \* компьютерлік томография
- \* бүйрек ангиографиясы
- \* бүйрек биопсиясы
- \*+динамикада радиоизотопты тексеру
- ! Артқы уретра клапанының диагностикасында негізгі әдіс болып табылады:
- \* өрлеуші уретрография
- \* инфузионды урография
- \* цистометрия
- \*+уретроскопия
- \* урофлоуметрия

- ! Бояғыш сынама (қуыққа синька енгізу) жүргізу ең мәліметті болып табылады:
- \* жоғарғы зәр жолдарының екі еселенуі және уретроцеледе
- \* екі еселенген бүйректің жоғарғы бөлігінің несеппағардың рефлюксі
- \* энурезде
- \*+қуық сфинктерінен төмен несеппағардың қосымша өзекшесінің эктопиясы
- \* екі еселенген бүйректің бір жартысының уретрогидронефрозы
- ! Макрогематурия кезінде жасау керек:
- \* ретроградты пиелография
- \* экскреторлы урография
- \* цистоскопия
- \*+цистоуретрография
- \* радиоизотопты тексеру
- ! Гемоглобинурия симптомы болуы мүмкін:
- \* жедел пиелонефритте
- \* жедел гломерулонефритте
- \* некротикалық папилитте
- \* паранефритте
- \*+анилинмен уланғанда
- ! Анурия бар науқасқа өткізуге болмайды:
- \* құрсақ қуысының рентгенографиясын
- \*+экскреторлы урография
- \* цистоуретрография
- \* ретроградты пиелография
- \* цистоскопия
- ! „Ақ бүйрек„ рентгендік феноменіне (экскрецияның баяулауына) байланысты нефрограммадағы тұрақты фаза мына аурудың нәтижесі:
- \*+несеппағардың тастармен обструкциялануы
- \* екіншілік бүйректік бүрісуі
- \* жедел обструктивті емес пиелонефрит
- \* бүйрек жарақаттануы
- \* бүйректің ісіктері
- ! Артқы уретра клапанын диагностикалау үшін ең мәліметті рентгенконтрастты тексеру әдіс болып табылады:
- \*+микционды уретроцистография
- \* ретроградты уретрография
- \* экскреторлы урография
- \* инфузионды урография
- \* пневмоцистография
- ! Бұғана асты венасына пункция жүргізілетін нүкте:
- \* бұғананың 1/3 – нің сыртқы және ішкі шекаралары
- \* бұғана – төстік бітiскен жердің асты
- \* бұғана – төстік бітiскен жердің үсті
- \*+бұғананың 1/3 – нің сыртқы және ішкі шекарасы, бұғана асты
- \* мойындырық шұңқыры
- ! Ішкі мойындырық венасы орналасқан:
- \* ұйқы артериясынан ішке
- \* ұйқы артериясы артында
- \*+ұйқы артериясынан сыртқа
- \* ұйқы артериясына қатысты емес
- \* мойындырық шұңқырында
- ! Гиповолемиялық шокта гидродинамиканың орталықтануына тән белгі:

- \* сол қарыншалық жетіспеушілік
- \* оң қарыншалық жетіспеушілік
- \*+қанайналымның орталықтануы бүйрек қанайналымының жетіспеушілігімен
- \* кіші қанайналым шеңберінде қанның іркілуі
- \* құрсақ қуысы тамырларында қанның іркілуі
- ! Гиповолемиялық шокта микроциркуляция бұзылыстарына тән:
- \* капиллялы қан айналымының тездеуі
- \*+артерио – венозды шунт, метаболикалық ацидоз
- \* қан ағу уақытының ұзаруы
- \* жоғарғы гемоглобин және гематокрит
- \* капиллярлардың кеңеюі
- ! Тікелей ларингоскопияның жиі асқынуы болып табылады:
- \* пневмоторакс
- \* мұрыннан қан кету
- \*+тістің сынуы, жоғарғы жақтың шырышты қабатының жарақаты
- \* трахея жарақаты
- \* мұрын – жұтқыншақ жарақаты
- ! Жүрек тоқтауының клиникалық көрінісін арнайы зерттеу нәтижесінде анықтауға болады:
- \* Жүрек тондарының болмауы.
- Артериальдық қысым – 0 ., цианоз
- \* тынысының тоқтауы, перифериялық пульстің болмауы, АҚ – 0
- \* анизокория, тырысу
- \* тыныс ритімінің бұзылысы, анизокория, цианоз, АҚ – 0
- \*+тынысының тоқтауы, жалпы цианоз, ұйқы артериясында пульстің болмауы, көз қарашығының ұлғаюы
- ! Жүрек тоқтағанда ми қанайналысын қалыпқа келтіру қажет
- \* 1 минут ішінде
- \* 2 минут ішінде
- \*+4минут ішінде
- \* 5 минут ішінде
- \* 6 минут ішінде
- ! Жүрек жедел тоқтауы кезінде жедел терапия нені коррекциалауға бағытталады:
- \* жүрек қозғыштығын
- \* тыныстық алкалозды
- \*+метаболикалық ацидозды
- \* кезбе нерв тонусын
- \* метаболикалық алкалозды
- ! Жүрек жұмысын қалпына келтіргеннен кейін науқас коматозды жағдайда қала берсе не істеу керек:
- \* оттегі концентрациясын 30 % төмендету
- \* наркотик салу
- \* трахеостомия жасау
- \*+ЖӨВ (ИВЛ) жасау, гипотермия, кортикостероидтар, антигипоксанта
- \* тамыр ішіне ОЖЖ ынталандыратындарды салу
- ! Электртогының басты зақымдайтын көрсеткіштері
- \* алкалоз, Нв төмендеуі, гипонатриемия
- \*+тырысу, „тоқ белгілері,, миокард зақымдалуы
- \* ішінің ауыруы, полиурия, гипокальциемия

- \* обструктивті синдром, рСО<sub>2</sub> – жоғарлау, гипергликемия
- \* ацидоз, ісіну, гипопропротеинемия
- ! Миісінуі жиі дамиды:
- \*+ми жарақатында
- \* жүрек – өкпелік реанимацияда
- \* гипохальбуминемияда
- \* ұзақ уақытқа созылған гипохальбуминемияда
- \* астматикалық статуста
- ! Нәрестенің лапаротомия кезінде дене температурасының түсу себебі:
- \* суық сұйықтықты құю
- \* суық қан құю
- \*+терморегуляция орталықынның дамымауы
- \* жартылай ашық контурмен дем алу
- \* ашық жарақаттан жылудың көптеп кетуі
- ! Жаңа туған нәрестелерде өкпенің толық ауаға толып жазылуы байқалады:
- \* өмірінің 1 – минутында
- \* 1 сағаттан кейін
- \* 6 сағаттан кейін
- \* 1 тәуліктен кейін ұзақ гипоксиядан кейін
- \*+1 тәуліктен кейін
- ! Өкпенің жасанды вентиляциясының дұрыс жүргізілмеуі әкеліп соғады:
- \* өкпенің насосты қызметінің бұзылуы
- \* үлкен қантамырлардың жүректі қысуы
- \* өкпенің қалыпты қандануына кедергі келтіру
- \*+өкпенің механикалық зақымдалуы
- \* пневмомедиастинумға әкеледі
- ! Нәрестенің наркозға қолайлы препараты:
- \* эфир
- \*+фторотан
- \* нейролептик
- \* трилен
- \* генсенал
- ! Массасы 3 кг нәрестеге дәріні тағайындағанда енгізу қажет:
- \* 1/20 ересектер дозасының бөлігі
- \* 1/15 ересектер дозасының бөлігі
- \*+1/10 ересектер дозасының бөлігі
- \* 1/8 ересектер дозасының бөлігі
- \* 1/5 ересектер дозасының бөлігі
- ! Шок жағдайындағы науқасқа дәріні енгізу қажет:
- \* ректальді
- \* тері астына
- \* бұшықетке
- \*+тамыр ішіне
- \* ауыз қуысына
- ! В1, В6 витаминдерді бір шприцқа алып салса не болады:
- \* қозу
- \*+эффект болмайды
- \* анестезия
- \* гиперемия
- \* ұйқышылдық
- ! Фентанилдің морфиннен аналгетиктік қасиеті қанша есе жоғары:
- \* 10
- \* 15
- \* 60
- \*+130
- \* 200

- ! Ингаляциялық наркоздың соңынан жоғалады:
- \* көмекейлік рефлюкс
- \* фаренгеальді рефлюкс
- \* түбірлік рефлюкс
- \* перитонеальді рефлюкс
- \*+трахея бифуркациясындағы рефлюкс
- ! Жалпы анестезия асқынуына тән:
- \* дем алудың тежелуі
- \*+тыныс жолдарының өткізгіштігінің бұзылуы
- \* жүрек ритімінің бұзылуы
- \* тахикардия
- \* цианоз
- ! Емшек жасындағы балаларды жансыздандырғанда жағымсыз әсер байқалады:
- \*+брадикардия
- \* АҚ 90 – 60 мм. с.б.
- \* тахикардия 160рет/мин
- \* тыныстың бұзылуы
- \* қарашық тарылуы
- ! Перидуральді анестезияда науқастың жиі шағымдануы:
- \* бас ауруы
- \*+арқасында ауру сезімі
- \* құсу
- \* зәрдің тоқтап қалуы
- \* жүрек қағуы
- ! Респираторлы аурудан кейін операцияны жобалауға болады:
- \* 1 аптадан кейін
- \* 2 аптадан кейін
- \*+1 айдан кейін
- \* 1,5 айдан кейін
- \* 2 айдан кейін
- ! Жедел коррекциялауда науқасқа сұйықтықты енгізу қажет:
- \* 5 мл/кг
- \* 10 мл/кг
- \*+20 мл/кг
- \* 200 мл/кг
- \* 1500мл\*м<sup>2</sup>/тәул.
- ! Перитониттің 3 – ші дәрежесінде операция алдында инфузия көлемі болуы қажет:
- \* 100 мл
- \* 300 мл
- \* 10 мл/кг
- \*+20 мл/кг/сағ
- \* 1500мл
- ! Перитонитті науқасқа жедел коррекция жасағанда жүргізілетін емнің нәтижелігін бйқауға болады:
- \* температураның түсуі,пульстің, демалысының қалыптасуы
- \* лейкоцитоздың төмендеуі, Нв жоғарлауы, іш ауруының басылуы
- \* құсуының тоқтауы, үлкен дәретінің болуы, лейкоцитоз 15 – 20мың
- \*+диурезінің қалыптасуы, ОВД (ЦВД) қалыптасуы, температура 38 – дейін түсуі, терісінің түсінің түзелуі
- \* АҚ – 120/70 мм.с.б., пульс – 120 ,лейкоцитоз 10 – 12мың, диурез 50 мл
- ! Орталық антипиретиктерге жатады:
- \* дипразин
- \*+аналгин
- \* аминазин
- \* супрастин
- \* димедрол

- ! Іш қуысы мүшелерінің операциясынан кейін ішек парезінің жиі себебі:
- \* гипоксия
- \* мүшелер жарақаты
- \* интоксикация
- \*+гипохальбемия
- \* антибиотиктердің әсері
- ! Шап жарығының жоспарлы операциясынан кейін 3 жастағы балаға энтеральді тамактануды қашан бастауға болады
- \* наркоздан толық оянған соң
- \*+наркоздан оянғаннан кейін 2 сағаттан соң
- \* операциядан 12 сағаттан кейін
- \* операциядан 24 сағаттан кейін
- \* операциядан 36 сағаттан кейін
- ! Инвагинацияға байланысты жасалған жедел операциядан кейін 1 жастағы балаға энтеральді тамактануды қашан бастауға болады?
- \* наркоздан толық оянғаннан кейін
- \* операциядан 24 сағаттан кейін
- \*+ішектер пассажи қалыптасқаннан кейін
- \* қан сарысуында калий деңгейі қалыпты деңгейге жеткенде
- \* асқазаннан зондты алып тастағаннан кейін
- ! Балаларда минимальді сағаттық диурез мөлшерін құрайды:
- \* +0,1 мл/кг/сағ
- \* 0,5 мл/кг/сағ
- \* 1 – 2 мл/кг/сағ
- \* 5 – 10 мл/кг/сағ
- \* 30 – 50 мл/кг/сағ
- ! Клеткадағы энергияның негізгі тасымалдаушысы:
- \* сүт қышқылы
- \* креатинин
- \* гликоген
- \* флавопротеиндер
- \*+АТФ
- ! Қалыпты метаболикалық үрдістердің жылдамдығы мына жаста анағұрлым жоғары болады:
- \*+1 – 2 жаста
- \* 5 – 6 жаста
- \* 8 жаста
- \* 10 жаста
- \* 12 – 14 жаста
- ! Өмірінің алғашқы сағаттарындағы жаңа туған нәрестеге тән:
- \* метаболикалық алкалоз
- \*+метаболикалық ацидоз
- \* тыныстық алкалоз
- \* тыныстық ацидоз
- \* аралас ацидоз
- ! Жасушаға оттегі қажет:
- \* аминқышқылдар түзілу үшін
- \* сүт қышқылы түзілу үшін
- \* пирожүзім қышқылы түзілу үшін
- \* аминқышқылдарды дезаминдеу үшін
- \*+Кребс циклында глюкозаның толық тотығуы үшін
- ! Жаңа туған нәрестеде жиі байқалады:
- \*+тыныстың орталықты тежелуі
- \* қанда глюкоза деңгейінің төмендігі
- \* қан плазмасында натрий деңгейінің жоғары болуы
- \* организмде сұйықтықтың кідіруі

\* дене салмағының физиологиялық жоғалуды  
! Оң жүрек жетіспеушілігінің белгісі:  
\* артериальді қысымның төмендеуі  
\*+орталық венозды қысымның жоғарлауы  
\* орталық венозды қысымның төмендеуі  
\* анемия  
\* полицитемия  
! Айқын тамырлық коллапста пульстік қысым  
\*+азаяды  
\* жоғарлайды  
\* өзгеріссіз қалады  
\* варибельді  
\* азаяды, сосын жоғарлайды  
! Микроциркуляция бұзылысының клиникалық симптомы:  
\* тахикардия  
\* көз қарашығының тарылуы  
\*+, „боз дақ„ симптомы  
\* тырысулар  
\* брадикардия  
! Балаларда калийдің қалыпты қажеттілігі:  
\* жаңа туған нәрестелерде – тәулігіне 0,5 мэкв/кг  
\* 1 жастағы балаларда – тәулігіне 1 мэкв/кг  
\*+3 жасқа дейінгі балаларда – 3 мэкв/кг, бұл жастан жоғары балаларда – тәулігіне 2 мэкв/кг  
\* барлық жаста – 0,5 мэкв/кг  
\* калийге қажеттілік вариабльді  
! Төмендегі препараттардың бірі глюкокортикоид болып табылады:  
\* адреналин  
\* аминазин  
\* бутадиион  
\*+кортизон  
\* Д витамині  
! Бұғана асты вена катетеризациясының жиі асқынуы:  
\*+пневмоторакс  
\* сол жақ қабақтың птозы  
\* бұғана асты вена тромбозы  
\* бұғана асты артерияны тесу  
\* катетеризациялық сепсис  
! Өкпенің жасанды вентиляциясына көрсеткіш:  
\* гемоглобин 100г/л төмен, плазма калиі 3,5 ммоль/л  
\* ентігу минутына 40 реттен көп  
\* тахикардия минутына 180 реттен аса  
\*+рО2 – 55 мм.с.б. – нан төмен, рСО2 55 мм.с.б. – нан жоғары  
\* цианоз  
! Астматикалық статус терапиясына кіреді:  
\* анемия, гипокалиемия, гипонатриемия коррекциясы  
\* өкпенің жасанды вантациясы, ацидоз, анемия коррекциясы  
\*+регидратация, тыныс жолдарының өткізгіштігін қалпына келтіру, бронхоспазмды басу  
\* антибиотиктер, глюкокортикоидтар, диуретиктер  
\* атропин, адреналин, диуретиктер, көбік басушы препараттар  
! Балаларда шоктың негізгі симптомдары:

\* тахикардия, қан қысымының төмендеуі, Нв төмендеуі  
\*+акроцианоз, тері жамылғысының бозғылттығы, анурия, психикасының адекватсыздығы  
\* лейкоцитоз, анемия, тахикардия  
\* қан қысымының жоғарлауы, тахикардия, өкпе ісінуі  
\* кома, тырысулар, тахикардия  
! Гиповолемиялық кома кезінде жедел көмек кезінде енгізу қажет:  
\* қан  
\* кристаллоидтар  
\* глюкоза  
\* майлы эмульсиялар  
\*+коллоидтар  
! Өмірінің алғашқы тәулігіндегі дені сау жаңа туған нәрестенің сұйықтыққа қажеттілігі:  
\* тәулігіне 0 – 5 мл/кг  
\* тәулігіне 10 – 20 мл/кг  
\*+тәулігіне 40 – 60 мл/кг  
\* сағатына 5 мл/кг  
\* сағатына 10 мл/кг  
! Салмағы 3500гр жаңа туған нәрестеде қан көлемі шамамен:  
\* 1000 мл  
\* 850 мл  
\* 750 мл  
\* 600 мл  
\*+300 мл  
! Жаңа туылған нәрестелер хирургиясы бөлімшесіне тән емес ауру тобын көрсетіңіз:  
\* даму ақаулары  
\* іріңді – қабыну аурулары  
\*+кәтерлі ісіктер  
\* қантамырлық дисплазиялар  
\* туыт жаракаты  
! Перзентханада дәрігермен жүргізетін жұмыстардың ішінде қайсысы ең қажетті болып саналады:  
\* біріккен паталого – анатомиялық конференциялар  
\*+диагностикалық және емдік қателіктерді бірігіп талдау  
\* летальді комиссия  
\* ғылыми – практикалық конференция  
\* наукастардың кафедра қызметкерлерімен консультациясы  
! Аталған жұмыс көрсеткіштерінің қайсысы жаңа туылған нәрестелер хирургиясы бөлімшесінің жоғарғы дәрежеде сапалық және жақсы жұмысын көрсетеді:  
\* наукастардың ауруханада жатқан күндерінің орташа ұзақтығы  
\* емделіп шыққан науқас саны  
\*+өлімшілдік  
\* койка күн бойынша жоспардың орындалу пайызы  
\* төсек айналымы  
! Себептік факторлардың ішінде, жаңа туылған нәрестелердің даму ақауына бкйімдейтін ең көрнектісі қайсы:  
\* физикалық  
\* химиялық  
\* биологиялық  
\*+генетикалық абберациялар  
\* анасының гиповитаминозы

! Эмбрионның дамуына және ұрыққа зақымдаушы (тератогенді) әсер ететін қайсысы:  
\* радиация  
\* вирусты инфекция  
\* дәрілік заттар  
\* созылмалы өндірістік уланулар  
\*+бірнеше зақымдаушы факторлардың бірігуі  
! Аталғандардың қайсысы жаңа туған нәрестелерде ең жиі кездеседі:  
\* туа пайда болған генетикалық ақаулар  
\* өсіп келе жатқан ағзалар мен жүйелердің зқымдануы  
\* өсу диспропорциясы және жетілу дисфункциясы  
\*+1 және 2 факторлардың бірігуі  
\* жүре пайда болған аурулар  
! Төменде аталған нозологиялық атаудың қайсысында фетохирургиялық көмек мүмкін емес:  
\* мойынның көлемді лимфангиомасында  
\* несепағардың лоханка маңындағы стенозы  
\* артқы уретраның клапанында  
\*+туа пайда болған ішек өтпеуінде  
\* туа пайда болған гидроцефалияда  
! Аталған операциялардың қайсысын туғаннан кейін алғашқы сағаттарда және күндерде қолдану міндетті емес:  
\* атрезия кезіндегі өңеш пластикасы  
\* жалған көкет жарығы кезіндегі көкет пластикасы  
\*+таңдай пластикасы  
\* атрезия кезіндегі ащы ішек анастомозы  
\* гастрошизис кезіндегі алдыңғы құрсақ қабырғасының пластикасы  
! Туған баланың алғашқы аптасында операцияны жасау міндетті емес жағдай:  
\* жартылай ішек өтпеуі  
\* сегізкөз – құйымшақ аймағының тератомасы  
\* зәр ағуының бұзылысы  
\*+қас үстінің дермоидті кистасы  
\* жоғарғы еріннің пластикасы  
! Жаңа туған нәрестелердегі туа пайда болған аномалиялардың ішіндегі ең жиі тарағаны:  
\* туа пайда болған кеңірдек – өңештік жыланкөзі  
\* жоғарғы және төменгі жыланкөзбен өңеш атрезиясы  
\* жыланкөзсіз өңеш атрезиясы  
\*+төменгі кеңірдек – өңештік жыланкөзімен өңеш атрезиясы  
\* жоғарғы кеңірдек – өңештік жыланкөзімен өңеш атрезиясы  
! Төменгі кеңірдек – өңештік жыланкөзін жоққашығаратын, өңеш атрезиясы бар баладағы клиникалық симптомдарды көрсетіңіз:  
\* цианоз  
\* ентігу  
\*+ішінің қабысынуы (кебуі)  
\* ауыздан көбіктің бөлінуі  
\* өкпе аускультациясы кезіндегі сырылдар  
! Өңеш атрезиясының жыланкөзді түрінде және жоғарғы сегменттің

контрасталған рентген анализі кезінде алуға болмайтын мәліметті көрсетіңіз:

- \* атрезия деңгейі
- \* атрезия формасын
- \* өкпедегі қабыну өзгерістерінің дәрежеі
- \*+кеңірдек – өңеш жыланкөзінің ені
- \* қосымша ішек атрезиясын анықтау
- ! Атрезия кезінде өңешке тігіс сала отырып хирург мына қатардағы принциптерді сақтау қажат, соның ішінде ең қажеттісі болып табылады:
- \* атравматикалық жіпті қолдану
- \*+өңештің ұш аралықы 1,5 – 2 см аспау керек
- \* сирек түйінді тігіс (интервал 2 мм)
- \* өңештің жоғарғы тілігінің мобилизациясы
- \* өңештің төменгі тілігінің 1 – 1,5 см көп емес мобилизациясы
- ! Жаңа туған нәрестелердегі өңеш атрезиясына жасалған радикалды операциядан кейін, өңеш тігісінің жартылай тұрақсыздығыда не істеу керек, егер экстапплевральді жол қолданбағанда:
- \* ретрактомия, өңеш аностомозын айыру, эзофаго- және гастротомия жасау
- \* гастротомия, кеуде аралықты дренаждау
- \* ретрактомия, өңеш дефектісін тігу
- \*+консервативті терапия(интенсивті антибактериальді терапия, белсенді аспирациямен кеуде аралықты жуу)
- \* науқасты инкурабельді деп санау
- ! Өңеш тікелей анастомозының кеш асқынуында, төменде аталғандардың қайсысы ең жиі кездеседі:
- \* ұзақ гастрозофагалды рефлюкс
- \*+өңеш стенозы
- \* кеңірдек – өңештік жыланкөзінің реканализациясы
- \* рецидивті аспирациялық пневмония
- \* дисфагия
- ! Ең жиі кездесетін туа пайда болған кеңірдек – өңеш жыланкөзінің анатомиялық вариацияна жатады:
- \* мойын бөлігіндегі тар ұзын түрі
- \*+бірінші кеуде омыртқасы деңгейіндегі қысқа кең түгі
- \* қысқа тар түрі
- \* ұзын кең түрі
- \* трахея мен өңештің ортақ қабырғасы
- ! Бөлектенген кеңірдек – өңеш жыланкөзі үшін тән емес симптом:
- \* тамақтандыру жөтелмен өтеді
- \* тамақтандыру кезінде көгеріп қалу
- \*+ауыздан көбікті бөліністер
- \* вертикальді жағдайда тамақтандыру кезінде жөтелуі және көгеруі азаяды
- \* рецидивті аспирациялық пневмония
- ! Пилоростеноздың клиникалық симптомдары әдетте анықталады:
- \* туған соң алғашқы күндері
- \* өмірінің екінші аптасында
- \* өмірінің үшінші аптасында
- \*+өмірінің төртінші аптасында
- \* өмірінің 1 айынан кейін
- ! Пилоростеноздың клиникалық симптомдары болып табылады:
- \* іш қатуға бейімділік
- \* сарғыштық

- \*+, „фонтан,, тәрізді құсық
- \* шөлдеу
- \* олигурия
- ! Пилоростеноз кезінде дене массасы сипатталады:
- \* аз салмақ қосумен
- \*+жасына сай артта қалуы
- \* үдемелі келумен
- \* біркелкі емес қосумен
- \* салмақ қоспайды
- ! Пилоростеноз кезінде нәжісі:
- \*+қара жасыл түсті, аздау
- \* тұрақты іш қату
- \* көп мөлшерде, қорытылмаған нәжіс
- \* жиі, сұйық
- \* сулы
- ! Пилоростеноз кезінде құсық сипаты
- \* шырышпен
- \* өтпен
- \* жасыл түсті
- \* қан аралас
- \*+ұйыған сүтпен
- ! Пилоростеноз кезінде асқазан перистальтикасы:
- \* болмайды
- \*+күшейген
- \* әрқашан антиперистальтика
- \* қалыпты
- \* эпизодты
- ! Пилоростеноздың сенімді белгісі болып табылады:
- \* „құм сағаты,, симптомы
- \* тамақтандырғаннан кейінгі эпигастри аймағының кернелуі
- \*+пальпацияда привратниктің ұлғаюы
- \* гипотрофия
- \* олигурия
- ! Көрсетілген аурулардың қайсысымен пилоростенозды жиі салыстырады:
- \* артерио – мезентериальді өткізбеушілікпен
- \* қысқа өңеш
- \* өңештің ахалазиясы
- \*+өңештің халазиясы
- \* туа пайда болған жарақатпен
- !. Бала 1 айлық туғаннан бастап тамақтандырғаннан кейін локус анықталады, жылағанда, арқасына жатқызғанда жиіленеді. Құсығында шырыш және қан жағындылары бар.
- \* бас ми қанайналымының бұзылысы
- \* пилоростеноз
- \* жиі жоғарғы өтпеушілік
- \*+халазия, эзофагит
- \* пилороспазм
- ! 2,5 айлық балада айқын локус симптомы, салмақ аз қосуда, пневмония, бронхитпен жиі ауырады. Құсығында қан және шырыш, тамақтандырғанда мазасыздану, ұйықтағанда жөтеледі:
- \* пилороспазм
- \*+диафрагманың өңеш тесігінің жарығы
- \* жоғарғы ішек өтпеушілігі
- \* постгипоксиялық энцефалопатия
- \* муковисцидоз
- ! Пилоротомиядан кейін ұзақ мерзімде мүмкін болатын асқынуларға жатады:
- \* асқазанның ойық жарасы
- \* гастродуоденит
- \*+жабысқақтық өтпеушілік

- \* өрлеуші холангит
- \* пилорикалық жомның тұрақсыздығы
- ! Пилоротомиядан кейін өлімшілдік құрайды:
- \*+0,1 %
- \* 0,5 – 1,0 %
- \* 1,5 – 2,0 %
- \* 2,5 – 3,0 %
- \* 3,5 – 4,0 %
- ! Ішек өтпеушілігінің себептерінің ішінде нәрестелерде ішек атрезиясына себепкер:
- \* ішек айналымының бұзылысы
- \* ұйқы безінің кистозы
- \* ішек қабырғасының иннервациясының бұзылысы
- \* қантамыр аномалиясы
- \*+солидті шнур кезеңінде ішек түтігінің эмбриогенезінің бұзылысы
- ! 12 – елі ішектің мембранозды атрезия түріндегі операцияда не істеуге болмайды:
- \* жоғарғы ортаңғы лапоротомия
- \*+ішек резекциясы
- \* ішек ревизиясы
- \* пальпация және зонд арқылы мембрананы табу
- \* ішек қабырғасын мембрана үстінен кесіп, мембрананы ашу
- ! 12 – елі ішектің атрезиясы кезіндегі радикалды операцияда жиі болатын асқыну:
- \* пневмония
- \*+12 – елі ішектің моторикасының қалыпқа келуінің кешеуілденуі
- \* анастомоздың тарылуы
- \* әртүрлі дәрежедегі жедел бүйрек жеткіліксіздігі
- \* метаболикалық бұзылыстар
- ! Жаңа туған балада төменгі ішек өтпеуі жоққа шығаратын симптом:
- \* тұрып қалған бөлініспен жиі құсу
- \* нәжісінің болмауы
- \* аспирация
- \*+ауру сезімсіз жұмсақ іш
- \* ауру сезімсіз кепкен іш
- ! Меконилік құсық болмайды:
- \* перитонитте
- \* Гиршпрунг ауруының жедел түрінде
- \*+аш ішектің атрезиясы
- \* тоқ ішектің атрезиясы
- \* тоқ ішектің атрезиясы
- ! Өңешке және ішекке пластикалық операция жасағанда жаңа туылғандар мен шала туылғандарға хирургиялық тігіс салудың қолайлы әдісі:
- \* капромен екі қатарлы тігіс
- \*+атравматикалық жіппен бір қатарлы түйінді тігіс
- \* II –тәрізді бірқатарлы түйінді тігіс
- \* үзіліссіз бірқатарлы тігіс
- \* механикалық тігіс
- ! Жіңішке ішектің атрезиясына операция жасалған балаға, операциядан кейінгі кезеңдегі ауыр асқыну ол:
- \* пневмония
- \* метаболикалық бұзылыс
- \*+ішектің тұрақты парезі
- \* ми қанайналымының бұзылуы
- \* жедел бүйрек жетіспеушілігі



! Мықын ішектің атрезиясында ішектің бөліктерінің диаметрі айырмашылығында нәрестелерге көрсетілген варианттар ішінен қайсысымен ішек анастомозын іске асырады:  
\* „ұшына ұш,, анастомозы  
\*+U – тәрізді анастомоз  
\* „ұшы мен бүйірі,, анастомозы  
\* Микулич бойынша қосарланған илеостомия  
\* „бүйір бүйірге,, анастомозы  
! Тік ішектің атрезиясы бар нәрестеге инвертограмма 24 – 26 сағаттан кейін жасалуы тиіс өйткені:  
\* диагнозды нақтылау үшін  
\* ішекте деңгейлер анықтау үшін  
\* операция алды дайындық мерзімі мен көлемін анықтау  
\*+атрезия биіктігін анықтау  
\* қосымша ауруларын анықтау үшін  
! Тік ішектің және анустың атрезиясы бар балада Вангенстин бойынша қырынан инвертограмманы қай уақытта жүргізу керек  
\* туылғаннан кейін бірден  
\* туылғаннан кейін 8 сағаттан кейін  
\* туылғаннан кейін 12 сағаттан кейін  
\*+туылғаннан кейін 24-26 сағаттан кейін  
\* туылғаннан кейін 36 сағаттан кейін  
! Тік ішектің атрезия деңгейін анықтауда төменде келтірілген диагностикалық әдістердің қайсысы нақты мәлімет береді:  
\* туылғаннан кейін 24-26 сағат ішінде бүйірлік инвертограмма  
\* аралық пункция  
\* түрткі симптомның анықталуы  
\* шонданай төмпешіктері арасындағы қашықтық  
\*+шат аралықтың УДЗ  
! Салмағы 3 кг туылғанына 1 тәулік болған қыз бала жаңа туған нәресте хирургиясы бөлімшесіне тік ішек атрезиясы жыланкөздік түрі деген диагнозбен түсті. Жыланкөзді ректовестибулярлы зондылау кезінде диаметрі 4 мм, ұзындығы 2 см. Мекони жақсы шығып жатыр. Балаға не істеу қажет?  
\* жедел операция  
\* нәрестелік кезеңінде жедетілген операция  
\*+жыланкөзді бужирлеу және 6 – 8 айында операция жасау  
\* 1 жасында операция  
\* 4 – 5 жасында операция  
! Жаңа туған нәрестеде ішек айналу симптомның нақты белгісі болып табылады:  
\* мазасыздық  
\* науқастың қиналған түр кейпі  
\* тік ішектен қан кету  
\*+іш пальпациясында білінетін ісік тәрізді ауырсынатын түзіліс  
\* іркілісті бөліністермен қайталамалы құсу  
! 7 күндік балада кенеттен жағдайы нашарлады: мазасыздық, өтпен қайталамалы құсық, кейін үлкен дәретінің болмауы, үлкен дәретінде қан, пальпация кезінде ішінің ауырсынуы, қиналған кейіп. Диагноз:

\* жаралы – некротикалық энтероколит  
\* ішектің инвагинациясы  
\*+ішектің бұралуы  
\* тік ішек полипті  
\* геморрагиялық синдром меленамен бірге  
! Босану үйінен шыққан балада өмірінің 5 тәулігінде кешке өт қоспасымен құсу пайда болды, сұйық нәжіс болып кейін бірнеше сағаттан кейін мүлдем жоқ болған. Бала мазасыз, тамақтан бас тартады, көздері қиналған, терісі мәрмәр түсті. Қараған кезде: іші эпигастральді аймақта аздап кебіңкі, пальпация кезінде ауырады. Диагноз қойыңыз:  
\* пилоростеноз  
\* жоғарғы бөліктік ішек өтпеуі  
\* төменгі ішек өтпеуі  
\*+Ледл синдромы  
\* ішек инвагинациясы  
! Босану үйінен шыққан балада өмірінің 5 тәулігінде кешке өт қоспасымен құсу пайда болды, сұйық нәжіс болып кейін бірнеше сағаттан кейін мүлдем жоқ болған. Бала мазасыз, тамақтан бас тартады, көздері қиналған, терісі мәрмәр түсті. Қараған кезде: іші эпигастральді аймақта аздап кебіңкі, пальпация кезінде ауырады. Диагнозды анықтау үшін орындау керек:  
\* іштің пальпациясын  
\* контрасты ирригография  
\*+іш қуысы ағзаларының R - графиясы  
\* қан қоспасын анықтау үшін клизманы және жел шығаратын түтікшені енгізу  
\* іш қуысының УДЗ  
! Ледда синдромымен туылған нәрестеде жасауды қажет етпейтін тәсілді көрсетіңіз:  
\* оралып қалған ішекті түзету  
\*+цекоплексия  
\* эмбриональді спайкаларды кесу  
\* аппендэктомиа  
\* энтеральді қоректендіру үшін ащы ішекке зонд енгізу  
! Салмағы 1800 гр шала туылған бала НМК II – III дәрежесімен және жүректің туа біткен аауымен клиникаға анустың және тік ішек атрезиясы диагнозымен түсті. Тексерген кезде: уретра жыланкөзі мен атрезияның аралық формасы анықталды. Оперативті тәсілдердің ең тиімдісі қайсы болып табылады:  
\* жоғарлаушы ішекке колостомия  
\* өмірінің I тәулігінде радикальді операция  
\*+трансвердостомия  
\* жыланкөзді кесу, терминальді колостомия  
\* сигмостомия  
! Асқынбаған меконияльді өтпеушілікті емдеудің алғашқы рациональді әдісі қарастырады  
\* Микулич бойынша қосарланған илеостомияны  
\* энтеростомия, ішектің саңылауынан меконді жуу  
\* U тәрізді анастомоз

\*+гастрографинмен және АКЦ мен бірге жоғары клизманы  
\* илеостомияны  
! Жаңа туған нәрестелерде перитониттің дамуының жиі себебі болып табылады:  
\* ятрогенді зақымдану  
\* лизоцим жетіспеушілігі (дефициті)  
\*+жаралы – некротикалық энтероколит III және IV дәрежесі  
\* ішек қабырғасының даму ақауы  
\* қан ауыстырып құю  
! Жаңа туған нәрестелерде перитонитке тән емес клиникалық симптомды көрсетіңіз:  
\* эсикоз  
\* іштің кебуі  
\* нәжісінің болмауы  
\*+полиурия  
\* жүрек қантамыр бұзылысы  
! Жаңа туған нәрестедегі жайылған перитонит үшін төменде көрсетілген симптомдардың қайсысы анық мағлұмат береді:  
\* лейкоцитоз  
\* құсу іркілісті бөліністермен  
\*+ісік, іш құрсағының гиперемиясы  
\* сұйық нәжіс  
\* динамикалық іш өтпеушілік  
! Ауыр асфиксиядан және реанимациядан шыққан шала туылған нәрестенің өмірінің 2 күнінде кенеттен жағдайы өте ауырлады. Ішінің бірден кебуі, лоқсу, денесінің төменгі бөлігінің көкшіл түстес болуы байқалады:  
\* ішек парезі  
\* мықын тамырларының тромбозы  
\* ми қанайналымының бұзылуы III дәрежесі  
\*+асказан тесілуі, кернелген пневмоперитонеум  
\* төменгі ішек өтпеушілігі  
! Жаңа туған нәрестенің гемолитикалық ауруында сарғыштық пайда болды  
\* туыла салысымен  
\* 1 – 2 күні, тез үдейді  
\*+2 күннен  
\* өмірінің 3 күні  
\* 2 – 8 аптадан тез үдейді  
! Жаңа туған нәрестеде билирубин алмасуы байланысты емес:  
\* бауырдың билирубин коньюгациялау мүмкіндігінің төмендеуі  
\* өт шығару жүйесі құрылысының анатомиялық ерекшеліктеріне  
\* гепатоэнцефальді барьерде тіндердің гистологиялық жетілмеуі  
\*+витамин С жеткіліксіздігі  
\* патологиялық жағдайында билирубин айналымы жүйесінің нашарлауы  
! Жұлмы ми жарығының төменде келтірілген клиникалық симптомдарының қайсысында шұғыл операция жасалады:  
\* бел аймағында үлкен ісік тәрізді түзіліс  
\* жамбас органдарының қызметінің бұзылуы  
\* төменгі жақ парезі

\*+ликвордың ағуымен бірге қабықтың жарылуы  
\* жарық үстіндегі терінің бірден жұқаруы  
! Кіндіктен әртүрлі көлемде ұдайы зәрдің бөлінуі шақырылады:  
\* қуықтың экстрофиясымен  
\*+урахустың толық жыланкөзімен  
\* эписпадиямен  
\* артқы уретраның клапанымен  
\* қуық дивертикульмен  
! Сарысу өзегінің толық жыланкөзі кезінде шұғыл хирургиялық емге көрсеткіш:  
\* жыланкөз жолының инфидирленуі  
\* флегмонозды омфолит  
\* ішектің құрамының жоғалуында  
\* кіндік аймағындағы тері мацерациясы  
\*+ішектің эвагинациясы  
! Клиникаға туғанына 2 сағат болған нәресте эмбриональді кіндік бауы жарығымен жеткізілді. Нәрестеге қандай көмек көрсету қажет:  
\* калий перманганаты ерітіндісімен өңдеу  
\* шұғыл операция  
\* құрсақ қуысының рентгенограммасы  
\*+өмірінің 2-тәулігінде радикалды операция жасау  
\* 2-4 сағаттық дайындықтан кейін Гросс операциясының I-этапы  
! Клиникаға орташа өлшемді эмбриональді кіндік жарығы және III дәрежедегі ми-қан айналымының бұзылысы, туа пайда болған жүрек ақауы бар шала туылған нәресте жеткізілді. Көрсетілетін көмек:  
\* шұғыл операция (I этап Гросс бойынша)  
\*+калий перманганаты ерітіндісімен өңдеу  
\* радикалды операция  
\* пластикті қап тігу  
\* антисептикпен таңғыш салу  
! Эмбриональді кіндік жарығының жиі өлімге әкелетін себебі болып:  
\* перитонит  
\* сепсис  
\*+қосарланған ауыр даму ақауы  
\* пневмония  
\* гемостаз бұзылысы  
! Гастрошизиспен туылған нәрестеде кездесетін анатомо-физиологиялық ерекшеліктерге тән емесі:  
\* кіші өлшемді алдыңғы құрсақ қабырғасының дефектісі  
\* шарық қабығының болмауы  
\* ішек ілмектерінің айқын ісінуі, шефильрациясы  
\*+қосымша генетикалық ауруларының болуы  
\* үйлескен ішек атрезиясы  
! Клиникаға гастрошизиспен туғанына 5 сағат болған нәресте келіп түсті. Перзентханада ешқашандай ем шаралары жүргізілмеген. Дамитын патологиялық симптомдарға тән емесін көрсетіңіз:  
\* гипотермия  
\* гемоконцентрация  
\* гиповалемия  
\* декомпенсирленген ацидоз

\*+декомпенсирленген алкалоз  
! Нәрестенің асфиксияның синдромының дамуына жиі әкелетін жоғары тыныс жолдарының даму ақауы:  
\* атрезия хоан  
\*+Пьер-Робен синдромы  
\* ранула  
\* эпулис  
\* макроглоссия  
! Нәресте тыныс жетіспеушілігінің жиі себебі болып:  
\* жоғарғы тыныс жолдары  
\* кеңірдек патологиясы  
\* кеуде қуысы органдарының даму ақауы  
\*+өкпенің аурулары  
\* мойын органдарының патологиясы  
! Шұғыл хирургиялық коррекциялауды қажет ететін нәрестелердің асфиксия синдромының жиі себебі болатын кеуде қуысының даму ақауы болып табылады:  
\* бөліктік эмфизема  
\* деструктивті пневмония  
\*+жалған диафрагмальды жарық  
\* туа пайда болған ателектоз  
\* кеуде аралық ісік  
! Нәрестеде туыла салысымен тыныс жетіспеушілігі үдей түсті, айқай кезінде бала қызара түсті, нәрестеде болуы мүмкін:  
\* диафрагмальды жарық  
\*+атрезия хоан  
\* өкпе кистасы  
\* бөліктік эмфизема  
\* пневмоторок  
! Жедел тыныс жетіспеушілігі дамыған балада шырышты сорып алу үшін мұрын катетерін енгізу мүмкін емес. Бұл жағдайдың себебі болуы мүмкін:  
\* трахея-өңештік жыланкөз  
\* Пьер-Робен синдромы  
\*+атрезия хоан  
\* макроглоссия  
\* қатты таңдай даму кемістігі  
! Келтірілген көкет жарықтарының жіктеу топтарының ішінде құсу және лоқсу негізгі симптом болып табылады:  
\* көкеттің өзінің шынайы жарығында  
\* көкеттің ақауларында  
\*+көкеттің өңеш-тесігінің жарығында  
\* алдыңғы жарықта  
\* френоперикардальды жарықтарда  
! Көкет жарығы және тыныс жетіспеушілігі бар нәрестеге тән емес клиникалық белгіні көрсетіңіз:  
\* кеудеаралықтық ығысу  
\* жылағанда күшейе түсетін цианоз  
\* өкпе аускультациясында перистальтикалық шулардың естілуі  
\* жүрек-қан тамыр жетіспеушілігі  
\*+ішінің кебуі  
! Нәрестенің туа пайда болған өкпе кистасының жиі асқынуы болып табылады:  
\* киста жарылып, пневмоторакс дамуы  
\* кистаның кернелуі  
\* қан кету  
\*+кистаның іріңдеуі  
\* кистаның көлемінің тез ұлғаюы

! Құрсақ қуысында пальпацияланатын түзіліс көбінесе болып табылады:  
\* босану кезінде ағзаның зақымдануы  
\*+зәр шығару жолдары ақауы (ЗШЖ)  
\* апластикалық емес үрдіс  
\* қабыну үрдісі  
\* АПШ даму ақауы  
! 28 күндік нәрестеде кеуде қуысы, арқа аймағында көлемді гемагиома, аяқ-қолдарында көптеген гемагиома, тромбозитопения бар. Балаға не ұсыну керек:  
\* кезенді хирургиялық емдеу  
\* гормонотерапия  
\* қысқа фокусты рентгенотерапия  
\* көп кезенді криодеструкция  
\*+қысқа фокусты рентгенотерапиямен үйлескен гормонотерапия  
! Вильмс ісігіне тән:  
\* макрогематурия  
\*+құрсақ қуысында пальпацияланатын түзіліс  
\* толқын тәрізді қызба  
\* салмақ жоғалту  
\* іштің үлкеюі  
! Хирургиялық сепсисінің емін анықтайтын принцип болып табылады:  
\*+ошақтың санациясы  
\* иммунокоррекция  
\* коздырғышты жою  
\* басқарылатын гипокоагуляция  
\* гемодинамика бұзылысын қалыптастыру  
! 10 күндік нәрестеге жедел сол жақтық ірінді мастит диагнозы қойылған, айқын анықталмайтын флюктуация. Балаға жасау керек:  
\* жылыту компрессі  
\* жақпалы таңғыш  
\*+ореоладан шегініп, инфильтрат үстінен 1-3 радиалды тілік жасау  
\* антибиотикті ем  
\* пункция арқылы сору, абцисс қуысын жуу  
! Ерте емшек жасындағы баланың тілімесінің орналасу орны :  
\* бел-сегізкөз аймағы  
\* кеуде қуысы  
\* бет  
\*+шат аралық және жыныс ағзалары  
\* аяқ-қол  
! 10 күндік нәрестеде шап-ұма аймағының ауру сезімінен ісінуі, жұмсақ тіндердің ісінуі, терінің гипертермиясы анықталды. Хирургтың іс-әрекетіне жатады:  
\* динамикалық бақылау  
\* түзілістің пункциясы  
\* түзілісті құрсақ қуысына ендіруге тырысу  
\* құрсақ қуысының рентгенографиясы  
\*+операция, шап-ұма аймағын шолу  
! Жаңа туған нәрестелерде флегмонаның жиі орналасатын жерін көрсетіңіз:  
\* кіндік маңы  
\* алдыңғы кеуде қабырғасы  
\* бет  
\*+дененің артқа беті  
\* дененің ашық бөлігі

! Жаңа туған нәрестелердің некротикалық флегмонасымен ауырған баланың ошағында манипуляция кезіндегі дұрыс әрекетті көрсетіңіз:

- \* жараны резеңкелік өткізгішпен дренаждау
  - \* антибиотиктерді енгізу үшін ирригатормен дренаждау
  - \*+гипертониялық ерітіндімен таңғыш қою
  - \* тері асты клетчаткадағы соқыр қалталарды (слепые карманы) инструментпен айыру
  - \* жараны кескеннен кейін тампонадалау
- ! Жаңа туған нәрестелердің остеомиелитіне тән:
- \* көп сүйектердің зақымдалуы
  - \* құрсақшілік остеомиелит
  - \* жалпақ сүйектердің жиі зақымдалуы
  - \* грам – теріс және анаэробты флораның басым болуы
  - \*+грам оң флораның басым болуы

! Жаңа туылған нәрестелердің остеомиелитінде ұзын түтікшелі сүйектер зақымдалғанда ерте клиникалық симптом болып табылады:

- \* субфебринді температура
- \* әлсіз ему

\*+псевдопарез клиникасы

- \* буынды қоршаған тіндердің пастозды болуы
- \* терінің гиперемиясы

! Жаңа туылған нәрестелердің остеомиелитінде сүйектегі патологиялық процесстің жиі орналасуы:

- \* эпифиз
- \* диафиз
- \*+метаэпифизарлы аймақ
- \* сүйектің тотальды зақымдануы
- \* метадиафизарлық зақымдану

! Жаралы некротикалық энтероколиттің III дәрежесінің сенімді рентгенологиялық белгісі болып табылады:

- \* ішек ілмектерінде әр түрлі калибрлі көптеген деңгейдегі сұйықтық
- \* ішек түтікшесінің жоғарғы газға толуы

\* ішек ілмектерінің қабырғаларының локальды (жергілікті) қалыңдауы

- \*+ішек қабырғасының жергілікті пневматозы

\* кіші жамбас қуысында сұйықтықтың болуы

! Жаңа туылған нәрестелерде жоғарғы қан аққыштық жиі байланысты:

- \* витамин К жетіспеушілігі
- \*+ДВС синдром
- \* туа пайда болған тромбопатиялар
- \* туа пайда болған коагулопатиялар
- \* анатомо-физиологиялық ерекшеліктеріне

! Жаңа туылған нәрестелердің геморрагиялық синдром көріністерінің классикалық себептерінің ішінен жиі кездесетіні:

- \* кіндіктен қан ағу

\*+асқазан-ішек жоларынан қан кету

- \* өспелі кефалогематома
- \* бүйрек үсті безіне қан құйылу
- \* трахеядан қан кету

! Кефалогематомаға тән емес симптом:

- \* баланың басының деформациясы
- \* сүйек үсті қабын сылатын гематома
- \* инфицирлену
- \*+ісік үстіндегі терінің өзгеруі
- \* флюктуация

! 3 күндік жаңа туылған нәрестеде оң жақ төбе аймағында көлемді кефалогематома бар. Не істейміз:

- \* емнің керегі жоқ
- \* балаға 5 күн толғанда кефалогематома пункциясы
- \* кефалогематома аймағын кесу
- \* физиотерапия
- \*+өмірінің 9-10 күні кефалогематома пункциялау

! Жаңа туылған нәрестенің басішілік қанқұйуының жарқын клиникалық белгісі болып табылады:

- \* анемия
- \* апноэ, тырысулар
- \* гипотермия
- \*+үлкен еңбектің кернелуі, нистагм
- \* вегетативті жүйке жүйесіндегі өзгерістер

! Жаңа туылған нәрестелердің бүйрек үсті бездеріне қан құйылуына тән емес симптом:

- \* анемия
- \*+жүрек жетіспеушілігі
- \* пальпацияланатын ісік тәрізді түзіліс
- \* тамыр жетіспеушілігі
- \* ішек парезі

! Келесі келтірілген туыт кезіндегі зақымдануларының ішінен жиі орын алатыны:

- \* бас сүйегінің сынығы
- \*+бұғана сынығы
- \* сан сынығы
- \* иық сүйегінің диафизден сынуы
- \* иық сүйегінің жарақаттық эпифизиолизі

! Бұғананың туыт кезіндегі сынығына тән емес симптом:

- \* бұғананың ортаңғы 1/3-бөлігінде ісіну
- \* крепитация
- \* псевдопарез
- \* гематома

\*+пальпациясы ауру сезімсіз

! Төменде келтірілген белгілердің ішінен санның туыт кезіндегі сынығына тән емес:

- \* анамнезінде босану кезінде акушерлік құралдарды қолдану (әдістерді, шараларды)
- \* жамбас- сан және тізе буындарында аяқтың бүгілуі
- \*+сан тіндерінің ісінбеуі
- \* қозғалыстың күрт шектелуі
- \* жарықшақтардың крепитациясы

! Жаңа туған нәрестенің сан сынығында емнің оптимальды әдісі:

- \* Шеде бойынша лейкопластырьмен тарту

- \*+Блаунт бойынша лейкопластырьмен тарту
- \* гипстік лангета

\* таңғышпен аяғын баланың ішіне фиксациялау

\* фиксациясыз қалдыру

! Жаңа туған нәрестенің сан сынығында иммобилизация мерзімі:

- \* 7 күн
- \*+12-14 күн
- \* 15-21 күн
- \* 22-28 күн
- \* 1 ай

! Балада туа пайда болған сан шығуының сенімді клиникалық белгісі болып табылады:

- \* тері қатпарларының ассиметриясы
- \* «шерту» симптомы (шелчок)
- \*+санның шектеулі әкетуі

\* бір аяқтың қысқаруы

\* санның сыртқа ротациясы

! Иық сүйегінің туыт кезіндегі сынығына тән емес белгіні таңдаңыз:

- \* анаменезінде босануы кезінде, акушерлік әдістерді қолдануы
- \* қолдың белсенді қозғалыстың болмауы

\* қолдың бұрыштық деформациясы

\*+қиын диагностикаланады

\* жарықшақтардың крепитациясы

! Зәрге визуальды баға бере отырып, анықтауға болады:

- \* пиурияны
- \* альбуминурияны
- \* микрогематурияны
- \*+макрогематурияны
- \* оксалурияны

! Урологиялық наукаста ауру сезімі жиі орналасады:

- \*+бел аймағында
- \* тік бұлшық еттің сыртқы жиегінде
- \* шап үсті аймағы
- \* шат аралығы
- \* эпигастрийде

! Бүйрек жарақатын алған балаларда гипертония дамуының негізгі себебі:

- \*+бүйректің екіншілік семуі
- \* екіншілік тас түзілуі
- \* несепағар девиациясы
- \* жалған гидронефроз
- \* некротикалық папиллит

! Балада зәр шығару каналынан патологиялық бөліністің пайда болуының жиі себебі:

- \* сыртқы жыныс жолдарының іріңді-қабыну ауруы
- \* цистит

\*+бөгде заттың болуы

\* спецификалық уретрит

\* уретраның саңырауқұлақты зақымдануы

! Балаларды екі жақты макрогематурияның пайда болуы:

- \* зәр-тас ауруы
- \* гидронефроз
- \*+жедел гломерулонефрит
- \* бүйрек ісігі
- \* бүйректің параперикальды кистасы

! Бір жақты макрогематурия байқалады:

- \* Верльгоф ауруында
- \* түйінді периартериитте
- \* жедел гломерулонефритте
- \* поликистозда (бүйректің)
- \*+бүйрек ісігінде

! Балада макрогематурия болса тез арада орындау қажет:

- \* ретроградты пиялография
- \* экскреторлы урография
- \*+цистоскопия
- \* цистоуретрография
- \* радиоизотопты әдісі