

## Uşaq endokrinologiyası.

1. Tip 1 şəkərli diabeti olan uşaqlarda cinsi inkişaf dövründə insulinə sutkalıq olan tələbat nə qədər təşkil edir ?
- A) 0,5-1 vahid/kq
  - B) 2,5-3 vahid/kq
  - C) 1,5-2 vahid/kq
  - D) 0,2-0,5 vahid/kq
  - E) 4,5-5,0 vahid/kq

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулинотерапия сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, с.15

2. Uzuntəsirli insulinin inyeksiya yerini masaj etdikdə neçə saatdan sonra onun sorulması sürətlənir?
- A) Sürətlənmir
  - B) 3 saatdan sonra
  - C) 1 saatdan sonra
  - D) 2 saatdan sonra
  - E) 4 saatdan sonra

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулинотерапия сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, с.14

3. Tip 1 şəkərli diabeti olan uşaqlarda xəstəliyin ilk 1-2-ci ilində insulinə olan tələbat nə qədərdir?
- A) 0,1-0,2 vahid/kq
  - B) 1-2,0 vahid/kq
  - C) 0,5-0,6 vahid/kq
  - D) 0,3-0,4 vahid/kq
  - E) 0,2-0,3 vahid/kq

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулинотерапия сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, с.14

4. Tip 1 şəkərli diabeti olan yeniyetmələrdə qəbul etdikləri qısa/uzuntəsirli insulinlərin nisbəti necədir?

- A) 1:1 - 1:2
- B) 1:12 - 1:4
- C) Nisbəti dəyişmir
- D) 2:1 – 3:1
- E) 1:6 – 1:3

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулинотерапия сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, səh. 15

5. Bədən kütləsi 25 kq.-dan aşağı olan tip 1 şəkərli diabetli uşaqlarda 1 vahid insulin necə mmol/l qanda qlükozanın səviyyəsini aşağı salır ?
- A) 3-4 mmol/l
  - B) 1-2 mmol/l
  - C) 2-3 mmol/l
  - D) 5-10 mmol/l
  - E) Salmır

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулинотерапия сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, с.17

6. Somodci sindromuna aid deyil ?
- A) Arıqlama
  - B) Kəskin hipo- və hiperqlikemik hallar
  - C) Yanaşı xəstəliklər zamanı vəziyyətin yaxşılaşması
  - D) Səhər hiperqlikemiya
  - E) Bədən kütləsinin artması

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулинотерапия сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, с.51

7. Diabetik ketoasidoz zamanı 10-14 yaşlı 30-50 kq bədən kütləsi olan uşağın mayeyə olan sutkalıq tələbatı nə qədər olmalıdır ?
- A) 30 ml/kq

- B) 40 ml/kg
- C) 70 ml/kg
- D) 50 ml/kg
- E) 60 ml/kg

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулинотерапия сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, с.72

8. İnsulinin əks təsirinə aid deyil?

- A) Hipoqlikemiya
- B) Hiperkaliemiya
- C) Lipodistrofiya
- D) Ödem
- E) İnsiline qarşı allergiya

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулинотерапия сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, с.52-58

9. Yenidoğulmuşlarda hipoqlikemiya qlükozanın hansı göstəricisi olduqda sayılır?

- A) 4,0 mmol/l-dan aşağı olduqda
- B) 3,5 mmol/l-dan aşağı olduqda
- C) 2,6 mmol/l-dan aşağı olduqda
- D) 3,0 mmol/l-dan aşağı olduqda
- E) 2,0 mmol/l-dan aşağı olduqda

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 677

10. Diabetik ketoasidoz zamanı yaranan beyin ödemində 20% -li manitolun dozası nə qədər olmalıdır?

- A) 1-2 ml/kg
- B) 10 ml/kg

- C) 5 ml/kq
- D) 4-8 ml/kq
- E) 6-8 ml/kq

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулиноterapia сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, с.78

11. Diabetik ketoasidoz zamanı natriuma olan həqiqi tələbat hansı formula vasitəsilə hesablanır?

- A)  $Na_{korreksiya} = Na_{təyin olunan} - 4x[(qanda qlükoza -4,4/5,5)]$
- B)  $Na_{korreksiya} = Na_{təyin olunan} + 2x[(qanda qlükoza -4,5/4,5)]$
- C)  $Na_{korreksiya} = Na_{təyin olunan} + 2x[(qanda qlükoza -5,5/5,5)]$
- D)  $Na_{korreksiya} = Na_{təyin olunan} + 3x[(qanda qlükoza -3,3/5,5)]$
- E)  $Na_{korreksiya} = Na_{təyin olunan} + 1x[(qanda qlükoza -5,5/5,5)]$

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулиноterapia сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, с.76

12. 4%-li natrium bikarbonatın diabetik ketoasidoz halında vurulmasının potensial zərəri nə deyil?

- A) Asidozun yüksəlməsi
- B) Hipokaliemiya
- C) Hipoqlikemiya
- D) Toxumaların hipoksiyasının artması
- E) Osmolyarlığın yüksəlməsi

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулиноterapia сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, с.76

13. Diabetik ketoasidozda qanda qlükozanın səviyyəsinin 15 mmol/l.-dan yüksək olduqda insulin dozası neçə faiz artırılır?

- A) Artırılmır
- B) 50%
- C) 75%

- D) 25%
- E) 100%

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулинотерапия сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, с.74

14. "Lizpro" insulinin təsir piki necə saatdan sonra başlayır?

- A) 30 dəqiqə
- B) 2 saat
- C) 2 saat
- D) 1 saat
- E) 4 saat

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулинотерапия сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, с.9

15. Ultraqısatəsirli insulinin üstünlüklərinə aid deyil?

- A) Postprandial qlikemiyanı aşağı salır
- B) Xəstələrin həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırır
- C) Hipoqlikemiya riskini azaldır
- D) İnsulin sekresiyasını artırır
- E) Qlikohemoqlobin səviyyəsini azaldır

Ədəbiyyat: И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова, Инсулинотерапия сахарного диабета 1 типа у детей и подростков, Пособие для врачей, Москва 2003, с.11

16. Uşaqlarda piylənmə ilə assosasiya olunmayan vəziyyət hansıdır?

- A) İnsulinə rezistentlik sindromu
- B) Dislipidemiya
- C) Letargiya
- D) Erkən pubertat
- E) Yuxu apnoesi

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.2

17. Uşaqlarda piylənmə hansı üsul vasitəsilə qiymətləndirilir?

- A) Bədən kütləsi
- B) Bədən sahəsi
- C) Boyu ölçməklə
- D) Bədən kütlə indeksi
- E) Yaşla

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.8

18. Uşaqlarda piylənmə hansı halda sayılır?

- A) Bədən kütlə indeksi 85 persentildən yüksək olduqda
- B) Bədən kütlə indeksi 95 persentildən yüksək olduqda
- C) Bədən kütlə indeksi 50 persentildən yüksək olduqda
- D) Bədən sahəsi  $1,5 \text{ m}^2$  yüksək olduqda
- E) Bədən kütlə indeksi 50-75 persentil arasında olduqda

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.8

19. Lawrence-Moon-Bardet-Biedl sindromu üçün səciyyəvi sayılmır?

- A) Polidaktiliya
- B) Retinitis pigmentosa
- C) Hipoqonadizm
- D) Hipermetropiya
- E) Əqli gerilik

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.12

20. Tip 1A psevdohipoparatiroidizm üçün səciyyəvi deyil?

- A) Hipertelorizm
- B) Piylənmə
- C) Əqli gerilik
- D) Boydan geri qalma
- E) Dərialtı kalsifikatlar

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.12

21. Bekvit Viderman sindromu üçün səciyyəvi deyil?

- A) Piylənmə
- B) Hipoqlikemiya
- C) Hiperinsulinemiya
- D) Hipoqonadizm
- E) Hemihipertrofiya

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.12

22. Anoreksikantlara aiddir

- A) Leptin
- B) Kortizol
- C) Qrelin
- D) Neyropeptid-Y
- E) Melanin

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.14

23. Oreksikantlara aid deyil

- A) GLP-1
- B) Dopamin
- C) Serotonin
- D) Qrelin
- E) Leptin

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.14

24. Peptid Tirozin-Tirozin (PYY) hormonu harada sintez olunur?

- A) Mədə-bağırsaq traktında
- B) Ağciyərlərdə
- C) Hipofizdə
- D) Tireoid vəzidə
- E) Böyrəküstü vəzilərdə

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.16

25. Peptid Tirozin-Tirozin (PYY) hormonunun funksiyası nədir?

- A)  $T_4$ -ün  $T_3$ -ə parçalanmasında iştirak edir
- B) TSH sintez olunmasında iştirak edir
- C) Qida qəbulunun fizioloji tənzimləyicisidir
- D) Hipofizdə TSH sintezini ləngidir
- E) Diyoddan triyodun əmələ gəlməsində iştirak edir

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.16



26. Visfatin qanda qlükozanın səviyyəsini

- A) Aşağı salır
- B) Dəyişmir
- C) Yüksəldir
- D) Normallaşdırır
- E) Kəskin yüksəldir sonra aşağı salır

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.18

27. Uşaqlarda piylənmə zamanı erkən pubertata səbəb nədir?

- A) Qonadorelizing hormonların səviyyəsini artırması
- B) Qonodotropinlərin səviyyəsini artırması
- C) TSH səviyyəsini artırması
- D) Adrenal cinsi hormonların səviyyəsini artırması
- E) Prolaktinin səviyyəsini artırması

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.18

28. Uşaqlarda piylənmə zamanı prolaktinin səviyyəsi

- A) Çox yüksəlir
- B) Tədricən aşağı enir
- C) Dəyişmir və ya zəif yüksəlir
- D) 3 dəfə yüksəlir
- E) Kəskin aşağı enir

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.19

29. Uşaqlarda piylənmə zamanı tireoid paneldə aşağıdakı dəyişikliklər olur

- A) TSH normal olur, T<sub>4</sub> enir, T<sub>3</sub> yüksəlir
- B) TSH, T<sub>4</sub> və T<sub>3</sub> normal olur
- C) TSH və T<sub>4</sub> yüksəlir, T<sub>3</sub> aşağı enir
- D) TSH və T<sub>4</sub> normal olur, T<sub>3</sub> yüksəlir
- E) TSH aşağı enir, T<sub>4</sub> və T<sub>3</sub> yüksəlir

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.19

30. Prader-Labhart-Villi sindromu üçün xas deyil

- A) Hipotoniya
- B) Həqiqi ginekomastiya
- C) Kriptorxizm
- D) Əqli gerilik
- E) Boydan geri qalma və piylənmə

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.12

31. Pubertatın ləngiməsi hesab edilir

- A) 14 yaşda oğlanlarda xayanın həcmnin 4 ml.-dən kiçik olması və 13 yaşda qızlarda döş vəzilərin böyüməməsi
- B) 11 yaşda oğlanlarda xayanın həcmnin 3 ml.-dən kiçik olması və 10 yaşda qızlarda döş vəzilərin böyüməməsi
- C) 9 yaşda oğlanlarda xayanın həcmnin 4 ml.-dən kiçik olması və 8 yaşda qızlarda döş vəzilərin böyüməməsi
- D) 10 yaşda oğlanlarda xayanın həcmnin 4 ml.-dən kiçik olması və 11 yaşda qızlarda döş vəzilərin böyüməməsi
- E) 11 yaşda oğlanlarda xayanın həcmnin 3 ml.-dən kiçik olması və 10 yaşda qızlarda döş vəzilərin böyüməməsi

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.383

32. Pubertatın ləngiməsinin səbəbi deyil

- A) Xronik xəstəliklər
- B) Endokrinopatiyalar
- C) Konsitusional geri qalma
- D) Adrenal hiperplaziya
- E) Hiperprolaktinemiya

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.385

33. Pubertatın ləngiməsinin və ya olmamasının hipogonadotropik səbəbinə aid deyil

- A) Prader - Villi sindromu
- B) Kalman sindromu
- C) Septio-optik displaziya
- D) Klaynfelter sindromu
- E) Anadangəlmə adrenal hipoplaziya

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.385.

34. Pubertatın ləngiməsinin və ya olmamasının hiperqonadotropik səbəbinə aid deyil

- A) Nunan sindromu
- B) Qonodal disgeneziya
- C) Kalman sindromu
- D) Turner sindromu
- E) 5  $\alpha$ -reduktaza çatışmazlığı

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.385

35. Klaynfelter sindromunun kariotipi hansıdır?

- A) 45 XXY və ya 46 XY və ya 48 XY
- B) 47XXY və ya 48XXXXY və ya 49XXXXY və ya 46 XX-kishi, XYY
- C) 45 XO
- D) 49XXXXXY
- E) 47XXXXY və ya 48XXXXXY və ya XXY

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.385

36. Anadangəlmə Leydiq aplaziyası üçün hansı hormonal dəyişikliklər xasdır ?

- A) FSH yüksək, LH yüksək, testosteron aşağı
- B) FSH aşağı, LH aşağı, testosteron aşağı
- C) FSH normal, LH yüksək, testosteron aşağı
- D) FSH aşağı, LH aşağı, testosteron yüksək
- E) FSH yüksək, LH aşağı, testosteron yüksək

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.389

37. Qonodal disgeneziya üçün səciyyəvi deyil

- A) Pubertatın olmaması
- B) Döş vəzilərin 1-ci dərəcə böyüməsi
- C) Uşaqlığın olmaması
- D) FSH yüksək, LH aşağı olması
- E) Amenoreya

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.389

38.5  $\alpha$ -reduktaza fermenti lazımdır

- A) Testosteronun sintezi üçün
- B) Böyrəküstü vəzilərdə androgenlərin sintezi üçün
- C) Testosteronun dehidrotosterona çevrilməsi üçün
- D) Esterogenin parçalanması üçün
- E) FSH sintezi üçün

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, , p.390

39. Qonadotropindənəsilı həqiqi erkən cinsi inkişaf aşağıdakı sindromların birində olmur

- A) Klaynfelter sindromu
- B) Prader Villi sindromu
- C) Silver Rassel sindromu
- D) Neyrofibratoz tip 1
- E) Vilyams sindromu

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.406

40. Qonadotropindənəsilı olmayan həqiqi erkən cinsi inkişafın səbəbi deyil

- A) Anadangəlmə adrenal hiperplaziya
- B) Anadangəlmə ağır hipotireoz

- C) Mak-Kyun Olbrayt sindromu
- D) Hipotalamik qamartoma
- E) Testotoksikoz

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.407.

41.46 XY testikulyar disgeneziyanın səbəbi deyil

- A) XY qonodal disgeneziya
- B) SF-I mutasiyası
- C) 46XXY kariotipi
- D) 9p-, 10q- delesiyası
- E) XO/XY mozasizm

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.435

42. Anti-Müller hormonu oğlanlarda harada sintez olunur

- A) Leydiq hüceyrələrində
- B) Sertoli hüceyrələrində
- C) Böyrəküstü vəzilərdə
- D) Hipofizdə
- E) Tireoid vəzidə

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.435

43. Hansı halda oliqomenorreyə sayılır ?

- A) Menstrual dövrlərin il ərzində 12 dəfə olması
- B) Menstrual dövrlərin il ərzində 9-dan az olması
- C) Menstrual dövrlərin ərzində 10 dəfə olması
- D) Menstrual dövrlərin il ərzində 11 dəfə olması
- E) Menstrual dövrlərin il ərzində olmaması

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.435

44. Hiperandrogenizmin səbəbi deyil ?

- A) Zəif nəzarət olunan anadangəlmə adrenal hiperplaziya
- B) Kuşinq sindromu
- C) İnsulinə rezistentlik sindromu
- D) Aldosteronun səviyyəsinin yüksək olması
- E) Prolaktinin səviyyəsinin yüksək olması

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, , p.456

45. Birincili amenoreya sayılır ?

- A) 12 yaşdan sonra menstrual dövrlərin olmaması
- B) 15 yaşdan sonra menstrual dövrlərin olmaması
- C) 16 yaşdan sonra menstrual dövrlərin olmaması
- D) 11 yaşdan sonra menstrual dövrlərin olmaması
- E) 14 yaşdan sonra menstrual dövrlərin olmaması

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.460

46. Qlükoza tolerantlıq sınağının nəticəsi neçə saatdan sonra əhəmiyyət kəsb edir?

- A) 30 dəqiqə sonra
- B) 2 saat sonra
- C) 1 saat sonra
- D) 45 dəqiqə sonra
- E) 30 dəqiqə və 1 saat sonra

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.58

47. İnsulin təsirinin genetik qüsurlarına aid deyil?

- A) Tip A insulin rezistentlik
- B) Lepreçauizm
- C) MODY diabet
- D) Rabson-Mendenhal sindromu
- E) Lipoatofik diabet

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.58

48. Hansı genetik sindromlar şəkərli diabetlə assosasiya olunur?

1. Daun sindromu
2. Klaynfelter sindromu
3. Turner sindromu
4. Nunan sindromu
5. Loran sindromu

- A) 2,3,4
- B) 3,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.58.



49. Aşağıdakı düstürün hansı vasitəsilə HOMA indeksi hesablanır?

- A) Qlükoza 30 dəq (mmol/l) x İnsulin 30 dəqiqə ( $\mu$ U/mL)/ 11,5
- B) Qlükoza 0 dəq (mmol/l) x İnsulin 0 dəqiqə ( $\mu$ U/mL)/ 11,5
- C) Qlükoza 1 saat (mmol/l) x İnsulin 1 saat ( $\mu$ U/mL)/ 22,5
- D) Qlükoza 0 dəq (mmol/l) x İnsulin 0 dəqiqə ( $\mu$ U/mL)/ 22,5
- E) Qlükoza 0 dəq (mmol/l) x İnsulin 0 dəqiqə ( $\mu$ U/mL)/ 7,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.232

50. Lidl sindromunun əlaməti deyil

- A) Aldosteronun səviyyəsini aşağı olması
- B) Reninin səviyyəsinin aşağı olması
- C) Hipokaliemiya
- D) Reninin səviyyəsinin yüksək olması
- E) Hipertenziya

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.266

51. Hansı endokrin xəstəliklər zamanı hipertenziya qeyd edilir?

1. Lidl sindromu
2. Kuşinq sindromu
3. Psevdohipoaldosteronizm
4. Hiperparatireoz
5. Anadangəlmə hipotireoz

- A) 2,3,4
- B) 3,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.264

52. Birincili aldosteronizmin əlamətləri hansılardır?

1. Hipokaliemiya
2. Hipertenziya
3. Hipotonik sindrom
4. Hiperqlikemiya
5. Hipoqlikemiya

- A) 2,3
- B) 3,4
- C) 1,4
- D) 1,2
- E) 2,4

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.268

53. Pseudohypoaldosteronism Tip II—Qordon sindromunun əlamətləri hansılardır?

1. Hiperkaliemiya
2. Hipertenziya
3. Asidemiya
4. Hipokaliemiya
5. Hipoqlikemiya

- A) 2,3,4
- B) 3,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.269

54. İkincili hipertriqliseridemiya hansı endokrin xəstəliklərdə rast gəlir?

1. Şəkərli diabet
2. Hipotireoz
3. Kuşinq sindromu
4. Hipoparatireoz
5. Addison xəstəliyi

- A) 1,2,3
- B) 2,3,4
- C) 3,4,5
- D) 1,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.282

55. İkincili hiperxolesterinemiya hansı endokrin xəstəliklərdə rast gəlir?

1. Şəkərli diabet
2. Hipotireoz
3. Hipopitiuitarizm
4. Hipoparatireoz
5. Adrenogenital sindrom

- A) 1,2,3
- B) 2,3,4
- C) 3,4,5
- D) 1,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.282

56. Anadangəlmə hiperinsulinizm zamanı hansı dərman preparatlarından istifadə olunur?

1. Diazoksid
2. Oktreotid
3. Obzidan
4. Tirazol
5. Fludrokortinef

- A) 2,3,4
- B) 3,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.351

57. Anadangəlmə hiperinsulinizm zamanı istifadə olunan oktreotidin dozası hansıdır və necə istifadə olunur?

- A) 10-20 mg/kq hər 4-6 saatdan bir dəri altına
- B) 5-10 mg/kq hər 4-6 saatdan bir dəri altına
- C) 5-10 mg/kq hər 6 saatdan bir per os
- D) 5-40 mg/kq hər 4-6 saatdan bir dəri altına
- E) 10-15 mg/kq hər 8 saatdan bir per os

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.352

58. Ketotik hipoqlikemiyanın səbəbləri hansılardır?

1. Fankoni-Biskel sindromu
2. Qlükaqon toplanma xəstəlikləri
3. Fruktoza 1,6 bifosfotaza çatışmazlığı
4. Tireotoksikoz

5. Hipotireoz

- A) 2,3,4
- B) 3,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.296

59. Uşaqlarda hipoqlikemiyanın səbəbləri hansılardır?

- 1. Hiperinsulinizm
- 2. Somatotrop hormon çatışmazlığı
- 3. Fruktosa 1,6 bifosfotaza çatışmazlığı
- 4. Tireotoksikoz
- 5. Hipoparatireoz

- A) 2,3,4
- B) 3,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.296

60. Hipoqlikemiyanın neyroqlikopenik əlamətlərinə aid deyil?

- 1. Tremor
- 2. Rəngin avazıması
- 3. Aclıq hissi
- 4. Baş ağrısı
- 5. Qıcolma

- A) 1,2,3
- B) 2,3,4

- C) 3,4,5
- D) 1,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.314

61. PİT-1 kombinə olunmuş hormonların çatışmazlığında hansı hormonların çatışmazlığı olur?

- 1. Somatotrop hormon çatışmazlığı
- 2. TSH çatışmazlığı
- 3. Prolaktin çatışmazlığı
- 4. AKTH çatışmazlığı
- 5. LH çatışmazlığı

- A) 1,2,3
- B) 2,3,4
- C) 3,4,5
- D) 1,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.15

62. POMC sindromunda hansı çatışmazlıqlar olur?

- 1. AKTH çatışmazlığı
- 2. Qırmızı saç
- 3. Piylənmə
- 4. LH və FSH çatışmazlığı
- 5. TSH çatışmazlığı

- A) 3,4,5
- B) 1,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,3,5
- E) 2,3,4

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.15

63. DAX-1 geninin mutasiyasında hansı çatışmazlıqlar olur?

1. Hipoqonadotropik hipoqonadizm
2. Anadangəlmə adrenal hipoplaziya
3. Somatotrop hormon çatışmazlığı
4. İzolə olunmuş FSH çatışmazlığı
5. TSH çatışmazlığı

- A) 3,4
- B) 4,5
- C) 3,5
- D) 1,2
- E) 2,3

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.15

64. Müalicə olunmamış anadangəlmə hipotireozda levotiroksinin ilkin dozası nə qədərdir?

- A) 5 µg/kq
- B) 10 µg/kq
- C) 15 µg/kq
- D) 10–15 µg/kq
- E) 20 µg/kq

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.20

65. Böyrəküstü vəzin hansı ferment çatışmazlıqlarında arterial hipertenziya olur?

1. 17 $\alpha$ -hidroksilaza
2. 11 $\beta$ -hidroksilaza
3. StAR protein
4. 3 $\beta$ -hidroksisteroid dehidrogenaza
5. 21- hidroksilaza

- A) 2,4
- B) 4,5
- C) 1,2
- D) 1,3
- E) 2,3

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.29

66. Böyrəküstü vəzin 21- hidroksilaza fermentini bətdaxili çatışmazlığında (prenatal mərhələdə) hansı preparatdan və hansı dozada (ananın bədən kütləsi nəzərə alınmaqla) istifadə olunur?

- A) Deksametazon 20 mg/kq
- B) Prednizolon 1-2 mg/kq
- C) Hidrokortizon 5-10 mg/m<sup>2</sup>
- D) Deksametazon 10 mg/kq
- E) Kortinef 0,1 ½ həb 1 dəfə

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, p.29

67. Tireotrop hormonun rezistent formasında aşağıdakı hansı hormonal dəyişikliklər olur?

1. Sərbəst T<sub>4</sub> və sərbəst T<sub>3</sub> yüksək olur, TSH normal olur
2. Sərbəst T<sub>4</sub> və sərbəst T<sub>3</sub> yüksək olur, TSH nisbətən yüksək olur
3. Sərbəst T<sub>4</sub> və sərbəst T<sub>3</sub> aşağı olur, TSH nisbətən yüksək olur
4. Sərbəst T<sub>4</sub> normal və sərbəst T<sub>3</sub> aşağı olur, TSH yüksək olur
5. Ümumi T<sub>4</sub> və ümumi T<sub>3</sub> normal olur, TSH aşağı olur

- A) 3,4
- B) 2,5



- C) 3,5
- D) 1,2
- E) 1,3

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.91

68. Tireotrop hormonun rezistent formasında levotiroksinin dozası neçə olur?

- A) 150 µg/kq
- B) 100 µg/m<sup>2</sup>
- C) 20-30 µg/kq
- D) 200 µg/m<sup>2</sup>
- E) 40-50 µg/kq

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.91

69. Qreyvs xəstəliyində metimazolun dozası neçə olur?

- A) 10–15 mg/ m<sup>2</sup>
- B) 0,5–1,0 mg/kq
- C) 2–3 mg/kq
- D) 5–10 mg/kq
- E) 5–10 mg/kq

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.94

70. Tireoid düyünün hansı ölçüsü biopsiyaya göstərişdir?

- A) ≥ 1,5 sm
- B) ≥ 2 sm
- C) ≥ 3 sm

- D)  $\geq 1$  sm
- E)  $\geq 0,5$  sm

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.99

71. Xaşıtoksikoz nə vaxt adlanır?

- A) Yalnız Qreyvs xəstəliyi olduqda
- B) Hipotireoz olduqda
- C) Yalnız xronik limfositik tireodit zamanı
- D) Qreyvs və xronik limfositik tireodit birlikdə olduqda
- E) Hipotireoz və xronik limfositik tireodit birlikdə olduqda

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.88

72. Tireoid vəzin funksiyasına hansı dərman preparatları təsir etmir?

- A) Antikonvulsantlar
- B) Ürək qlükozidləri
- C) Litium preparatları
- D) Aminosalisilat turşusu
- E) Tionamidlər

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.89

73. AKTH hormonunun pik saatları hansılardır?

- A) Saat 08.00
- B) Saat 23.00
- C) Saat 04.00-06.00
- D) Saat 09.00-10.00

E) Saat 02.00-03.00

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.103

74. Kortizolun pik saati hansıdır?

- A) Saat 09.00
- B) Saat 03.00
- C) Saat 06.00
- D) Saat 08.00
- E) Saat 07.00

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.103

75. Xronik böyrəküstü vəzi çatışmazlığının əlaməti deyil?

- A) Hiperkaliemiya
- B) Hipoqlikemiya
- C) Hiponatriemiya
- D) Hipofosfatemiya
- E) Hipovolemiya

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.111

76. Kuşinq xəstəliyinin əlaməti deyil?

- A) Çəki artımı
- B) Hipovolemiya
- C) Osteopeniya
- D) Hipertenziya
- E) Pubertatın ləngiməsi və ya dayanması

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.115

77. Kon sindromu üçün səciyyəvi deyil?

- A) Hipokalemik alkaloz
- B) Hipertenziya
- C) Hiponatriemiya
- D) Poliuriya
- E) Renin səviyyəsinin aşağı olması

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.118

78. Qlükokortikoidlərin yüksək dozada istifadəsinin xronik ağırlaşması deyil?

- A) Mədə xorası
- B) Sümük sınıqları
- C) Katarakta
- D) Toksik psixoz
- E) Osteoporoz

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.120

79. Qlükokortikoidlərin yüksək dozada istifadəsinin kəskin ağırlaşması deyil?

- A) Hiperkalsiuriya
- B) Qlükozuriya
- C) Qastrit
- D) Hipokalsiuriya
- E) İmmunsupressiya

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.120

80. Qlükokortikoidlərlə müalicədən neçə müddət keçdikdən sonra onun dozasını tədricən azaltmaq lazımdır?

- A) 10 gündən çox
- B) 2 həftədən çox
- C) 1 həftədən çox
- D) 8 gündən çox
- E) 5 gündən çox

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.121

81. Kearns–Sayre sindromunun əlaməti deyil

- A) Xarici oftalmoplegiya
- B) Çəpgözlük
- C) Piqmentli retinopatiya
- D) Kardiomiopatiya
- E) Hipoparatireoz

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.130

82. DiGeorge sindromunun əlaməti deyil

- A) İmmunçatışmazlıq
- B) Hiperparatireoz
- C) Anadangəlmə ürək qüsuru
- D) Üz anomaliyaları
- E) Hipoparatireoz

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.130

83. Kenny–Caffey və Sanjad– Sakati sindromlarının əlamətləri sayılırlar

1. Hipoparatireoz
2. Boydan geri qalma
3. Əqli gerilik
4. Subklinik hipotireoz
5. Erkən cinsi inkişaf

- A) 1,3,4
- B) 2,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,3,5
- E) 1,2,4

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.130

84. Uşaqlarda hipoparatireoz zamanı istifadə olunan kalsitriolun dozası nə qədərdir?

- A) 5–10 mg/kq
- B) 15–30 ng/kq
- C) 30–40 mg/kq
- D) 50–60 ng/kq
- E) 15–30 mg/kq

Ədəbiyyat: Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology, EDITED BY Charles G.D. Brook, Rosalind S. Brown, 2008 Charles Brook, Rosalind Brown, USA, p.130

85. Tam XY qonadal disgeneziya üçün (Syer sindromu) xarakterik əlamətlər hansılardır ?

1. Fenotipi qadındır
2. Xarici və daxili cinsi üzvləri var
3. Döş vəziləri inkişaf etmir
4. Fenotipi kişidir
5. Xaya olur

- A) 1,3,4
- B) 2,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,3,5
- E) 1,2,4

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 110

86. WAGR sindromunun əlaməti deyil?

- A) Vilyams şişi
- B) Aniridiya
- C) Hipokortizizm
- D) Genital anomaliyalar
- E) Əqli gerilik

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 110

87. Anorxiya xorionik qonadotropin sınağı apararkən hansı halda təsdiq olunur?

1. Antimüller hormonun aşağı olması
2. Testosteronun səviyyəsinin aşağı olması
3. İngibin B-nin səviyyəsinin aşağı olması
4. FSH səviyyəsinin aşağı olması
5. Estradiolun səviyyəsinin aşağı olması

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 2,4,5
- D) 1,3,5

E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 111

88. Kraniofaringiomanın əlaməti deyil?

- A) Baş ağrısı
- B) Ürəkbulanma
- C) Poliuriya
- D) Pollakiuriya
- E) Görmənin zəifləməsi

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 158

89. Oğlanlarda somatotrop hormonun stimulyasiya sınağını aparmaq üçün prayminqdən necə gün sonra sınaq aparılır?

- A) 2-3 gün
- B) 7-10 gün
- C) 1-2 gün
- D) 5-6 gün
- E) 3-4 gün

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 207

90. Boydan geri qalmanın endokrinoloji səbəblərinə aiddir

1. Hipotireodizm
2. Kuşinq sindromu
3. Pseudohipoparatiroidizm
4. Turner sindromu
5. Nunan sindromu

A) 1,3,4



- B) 2,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 205

91. Qızlarda somatotrop hormonun stimulyasiya sınağını aparmaq üçün prayminqdən necə gün sonra sınaq aparılır?

- A) 4-5 gün
- B) 7-10 gün
- C) 2-3 gün
- D) 5-6 gün
- E) 3-4 gün

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 207

92. Somatotrop hormonla normal dozada müalicənin ağırlaşması nə ola bilər?

1. Hipotireodizm
2. Kəllədaxili hipertenziya
3. Skolioz
4. Böyrək çatışmazlığı
5. Qamartoma

- A) 1,3,4
- B) 1,2,3
- C) 2,4,5
- D) 1,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 209

93. Somatotropinlə müalicədə titrasiya nəyə əsasən aparılır?

- A) Biləklərin rentgenoqrammasına görə
- B) Qanda somatotropinin səviyyəsinə görə
- C) Qanda qlükozanın səviyyəsinə görə
- D) IGF-1 normal səviyyəsinə görə
- E) Boy cədvəllərinə əsasən

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 209

94. Hipofizitin formalarına hansı forma aid deyil?

- 1. Qanqlioz
- 2. Limfositik
- 3. Xantamatoz
- 4. Qarışıq
- 5. Nekrotik

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 213

95. Laron sindromu üçün səciyyəvi deyil

- A) Somatotrop hormonun səviyyəsinin yüksək olması
- B) IGFBP-3 yüksək olması
- C) IGF-1-in aşağı olması
- D) ALS-in (Acid-Labile Subunit- Turş-Labil Subvaid) aşağı olması
- E) IGFBP-3 aşağı olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 214

96. IGF-1 generasiya sınağı zamanı somatotrop hormonun səviyyəsi necədən yüksək olduqda sınaq normal hesab edilir?

- A) >15 µg/L
- B) <10 µg/L
- C) <5 µg/L
- D) 8-9 µg/L
- E) <15 µg/L

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 214

97. STAT5b çatışmazlığı ilə Laron sindromu arasındakı fərqlər nədən ibarətdir?

- 1. İmmunodefisit halların olması
- 2. Prolaktin səviyyəsinin yüksək olması
- 3. Somatotrop hormonun səviyyəsinin yüksək olması
- 4. IGF-1-in aşağı olması
- 5. ALS-in (Acid-Labile Subunit- Turş-Labil Subvoid) aşağı olması

- A) 1,3
- B) 1,2
- C) 2,4
- D) 3,5
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 214

98. STAT5b çatışmazlığı üçün səciyyəvi deyil

- A) ALS-in (Acid-Labile Subunit- Turş-Labil Subvoid) yüksək olması
- B) Somatotrop hormonun səviyyəsinin yüksək olması
- C) IGF-1-in aşağı olması
- D) İmmunodefisit hallar
- E) IGFBP-3 aşağı olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 214

99. ALS (Acid-Labile Subunit- Turş-Labil Subvaid) çatışmazlığı üçün səciyyəvi deyil

- A) Boydan geri qalma
- B) IGF-1-in aşağı olması
- C) Pubertatın ləngiməsi
- D) İmmunodefisit hallar
- E) IGFBP-3 aşağı olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 214

100. IGF-1 geninin delesiyaı sindromu üçün səciyyəvi deyil?

- A) Neyrosensor karlıq
- B) IGF-1-in aşağı olması
- C) Mikrocefaliya
- D) Makrocefaliya
- E) IGFBP-3 və ALS (Acid-Labile Subunit- Turş-Labil Subvaid) normal olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 215

101. IGF-1 delesiyaı/inaktivliyi sindromu başqa IGF-1-ə həssassızlıq sindromlarından hansı əlamətlərə görə fərqlənir?

1. IGFBP-3 səviyyəsinin normal olması
2. Əqli gerilik
3. Karlıq
4. IGF-1-in aşağı olması
5. Boydan geri qalma

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 2,4,5
- D) 1,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 215

102. Rekombinant insan IGF-1 ilə müalicəyə göstərişə nə aid deyil?

- A) Boy SDS <-3SD
- B) IGFBP-3 səviyyəsinin normal olması
- C) IGF-1-in səviyyəsinin cins və yaşa görə <2,5 sentil olması
- D) IGF-1-in ikincili çatışmazlıqlarının inkar olunması
- E) Somatotrop hormonun yüksək olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 215

103. IGF-1-in ikincili çatışmazlığı hansı hallarda olur?

- 1. Hipotireoz
  - 2. Qidalanmanın zəif olması
  - 3. Uzun müddət qeyri-steroid preparatlarından istifadə
  - 4. Şəkərli diabet
  - 5. Prolaktinoma
- A) 1,3,4
  - B) 1,2,3
  - C) 2,4,5
  - D) 2,3,5
  - E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 215

104. Rekombinant insan IGF-1 neçə dəfə və hansı dozada təyin edilir?

- A) 40 µg/kq gündə 2 dəfə
- B) 40 µg/kq gündə 1 dəfə
- C) 10-20 µg/kq gündə 2 dəfə
- D) 60 µg/kq ayda 1 dəfə
- E) 100 µg/kq ayda 2 dəfə

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 215

105. Rekombinant insan IGF-1 ilə müalicədə daha tez-tez rastgəlen ağırlaşma hansıdır ?

- A) Hiponatriemiya
- B) Hipoqlikemiya
- C) Hipokaliemiya
- D) Hiperqlikemiya
- E) Hipomaqnezemiya

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 215

106. Rekombinant insan IGF-1 ilə müalicəsi zamanı nə tövsiyyə olunmur?

- A) Qanda qlükozanın təyini
- B) Biləklərin retgenoqramması
- C) TSH, T<sub>4</sub> təyini
- D) Qanda IGF-1-in səviyyəsinin təyini
- E) Qan təzyiqinin ölçülməsi

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 216

107. Rekombinant insan IGF-1 preparatı ilə müalicəyə başladıqdan sonra onun dozası hansı müddətdən sonra nə qədər dozaya kimi artırılır?

- A) 1 aydan sonra 200 µg/kq
- B) 6 aydan sonra 150 µg/kq
- C) 3 aydan sonra 120 µg/kq
- D) 3 aydan sonra 60 µg/kq
- E) 5 aydan sonra 90 µg/kq

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 215

108. Hesatasion yaşına görə qısaboylu uşaqlar (SGA) hansı uşaqlar hesab olunur?

- A) Boydan və bədən kütləsindən -2SD aşağı olan
- B) Boydan və ya bədən kütləsindən -2SD aşağı olan
- C) Boydan -1,5 SD aşağı olan
- D) Bədən kütləsindən -1,5 SD aşağı olan
- E) Bədən kütləsində normal və boydan -2SD aşağı olan

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 216

109. Hesatasion yaşına görə qısa boylu uşaqların (SGA) səbəbləri hansılardır?

1. Ana ilə bağlı səbəblər
2. Plansentar
3. Fetal
4. Yalnız fetal

5. Postnatal

- A) 1,3,4
- B) 2,4,5
- C) 1,2,3
- D) 2,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 217

110. Avropada hesatasion yaşına görə qısaboylu uşaqların (SGA) hansı göstəricisi müalicə kriteriyası deyil?

- A) Doğularkən bədən kütləsi  $< -2$  SDS
- B) Doğularkən boy ölçüsü  $< -2,5$  SDS və valideynlərin boy ölçüsünün 1 SDS-dən aşağı
- C) Boy artma sürəti  $SDS < 0$  SD
- D)  $< 2$  yaş
- E)  $< 4$  yaş

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 217

111. Avropada hesatasion yaşına görə qısaboylu uşaqların (SGA) müalicəsi üçün somatotrop hormonun tövsiyyə olunan dozası hansıdır?

- A) 25  $\mu\text{g}/\text{kq}$
- B) 15  $\mu\text{g}/\text{kq}$
- C) 35  $\mu\text{g}/\text{kq}$
- D) 45  $\mu\text{g}/\text{kq}$
- E) 50  $\mu\text{g}/\text{kq}$

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 217



112. Somatotrop hormonun istifadəsindən öncə hansı analiz yoxlanılır?

- A) İnsulin
- B) Tireoid hormonlar
- C) Qanda kalsium
- D) Qanda qlükoza
- E) İFG-1

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 217

113. Qısa boylu uşaqların (SGA) müalicəsi üçün somatotrop hormonun istifadə olunması hansı halda kəsilir?

- A) İl ərzində 1 sm.-dən az boy artımı olduqda
- B) İl ərzində 3 sm.-dən az boy artımı olduqda
- C) İl ərzində 2 sm.-dən az boy artımı olduqda
- D) İl ərzində 4 sm.-dən az boy artımı olduqda
- E) İl ərzində 5 sm.-dən az boy artımı olduqda

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 217

114. Turner sindromunun əlaməti deyil?

- A) Ürək qüsurları
- B) Boydan geri qalma
- C) Cubitus valgus
- D) Görmə sinirinin atrofiyası
- E) Xronik otit

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 218

115. Prader Villi hansı xromosomun patologiyasıdır?

- A) 5-ci xromosomun
- B) 13-ci xromosomun
- C) 15-ci xromosomun
- D) 17-ci xromosomun
- E) 18-ci xromosomun

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 219

116. Prader Villi sindromunun klinik əlamətlərinə aid deyil?

- A) Piylənmə
- B) Boydan geri qalma
- C) Psixoloji problemlər
- D) Hiperprolaktinemiya
- E) Hipoqonadizm

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 219

117. Prader Villi sindromunda boydan geri qalmanı müalicəsi üçün somatotrop hormonun tövsiyə olunan başlanğıc dozası hansıdır?

- A) 25 µg/kq
- B) 9-12 µg/kq
- C) 15 µg/kq
- D) 35 µg/kq
- E) 50 µg/kq

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 217

118. Nunan sindromunun klinik əlamətlərinə aid deyil?

- A) Boydan geri qalma
- B) Kriptorxizm
- C) Eşitmənin zəif olması
- D) Anadangəlmə ürək qüsuru
- E) Döş qəfəsinin anomaliyaları

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 220

119. Nunan sindromunda kardiomiopatiyası olan uşaqlara hansı hallarda somatotropla müalicə məsləhətdir?

- A) Məsləhət deyil
- B) Məsləhətdir
- C) Kardioloji müalicə fonunda məsləhətdir
- D) Müalicə kursundan sonra məsləhətdir
- E) Kardioloqla konsultasiyadan sonra məsləhətdir

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 220

120. Leopart sindromunun klinik əlamətlərinə aid deyil?

- A) Lentiqolar
- B) Pulmonar stenoz
- C) Boydan geri qalma
- D) Korluq

E) Karlıq

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 220

121. Nunan sindromunun Leopart sindromundan fərqi nədədir?

- A) Döş qəfəsinin anomaliyaları olmur
- B) Pulmonar stenoz olmur
- C) Boydan geri qalma olmur
- D) Lentiqolar rast gəlmir
- E) Kritorxizm olmur

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 220

122. Qiqantizm olmur

- A) Leopart sindromunda
- B) Marfan sindromunda
- C) Klaynfelter sindromunda
- D) Homosistinuriyada
- E) Bekvit Videman sindromunda

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 229

123. Mərkəzi mənşəli erkən cinsi inkişafın səbəbi deyil

- A) Hipotalamik qamartoma
- B) Qlioma
- C) Astrositoma
- D) Xorionik qonadotropin sintez edən şişlər

E) Ependimoma

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 229

124. Qonadotropin relizinq sınağı zamanı LH səviyyəsinin necədən yüksək olması həqiqi cinsi inkişafın göstəricisidir ?

- A)  $\geq 5$  İU/L
- B)  $\geq 3$  İU/L
- C)  $\geq 2$  İU/L
- D) 3-4 İU/L
- E)  $\geq 3,5$  İU/L

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 263

125. Van Vuk Qrumbax sindromunun əlaməti deyil

- A) Hipoqonadizm
- B) Hipotireoz
- C) Həqiqi erkən cinsi inkişaf
- D) Qəbzlik
- E) Qalaktoreya

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p. 568

126. Yenidoğulmuşlarda 21-hidroksilaza çatışmazlığını skrining məqsədilə təyin etmək üçün hansı hormon yoxlanılmalıdır?

- A) AKTH

- B) Kortizol
- C) DHEA-sulfat
- D) 17-OHP
- E) Androstenedion

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 456

127. 21-hidroksilaza çatışmazlığının prenatal diaqnostikası üçün hansı üsul daha infomativdir ?

- A) Amniotik mayedə 17-OHP təyini
- B) Amniotik mayedə androstenedionun təyini
- C) Döldə DNT ardıcılığının təyini
- D) Amniositlərdə HLA yoxlanılması
- E) Anada kortizol, AKTH və 17-OHP təyini

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 456

128. Ağır 21-hidroksilaza çatışmazlığının əlaməti deyil

- A) Diarreya
- B) Qusma
- C) Dehidratasiya
- D) Hipernatiemiya
- E) Hiperkaliemiya

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 456

129. İkincili adrenal çatışmazlığın səbəbi deyil

- A) Adrenoleykodistrofiya
- B) Hipotalamik şişlər
- C) Hipopituitarizm
- D) İzolə olunmuş AKTH çatışmazlığı
- E) POMC sintezinin qüsurları

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p. 456

130. Birincili adrenal çatışmazlığın səbəbi deyil

- A) Adrenoleykodistrofiya
- B) Anadangəlmə adrenal hiperplaziya
- C) Sarkaidoz
- D) POMC sintezinin qüsurları
- E) Amiloidoz

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p. 456

131. Kəskin birincili adrenal çatışmazlığın səbəbi deyil

- A) Hipokaliemiya
- B) Hipoqlikemik qıcolmalar
- C) Hərərət
- D) Qusma
- E) Hipoxloremiya

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p. 461

132. Tip 1 autoimmun poliendokrin sindromun (APS1) əlaməti deyil

- A) Tip 1 şəkərli diabet
- B) Autoimmun Addison xəstəliyi
- C) Selikli qişanın xronik kandidozu
- D) Hipoparatireodizm
- E) Alopesiya və vitiliqo

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 462

133. Tip 2 autoimmun poliendokrin sindromun (APS2) əlaməti deyil

- A) Autoimmun Addison xəstəliyi
- B) Hipoparatireoz
- C) Anemiya
- D) Alopesiya
- E) Tip 1 şəkərli diabet

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 462

134. IPEX (X-ilişikli immunodisrequlyasiya, poliendokrinopatiya və enteropatiya) sindromunun əlamətləri hansılardır ?

- 1. Tip 1 şəkərli diabet
- 2. Eozinofiliya
- 3. Autoimmun tiroidit
- 4. Qəbzlik
- 5. Autoimmun Addison xəstəliyi

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 2,4,5
- D) 2,3,5



E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 462

135. SLOS (Smith-Lemli-Opitz) sindromunda hansı genital anomaliyalar rast gəlir?

1. Hipospadiya
2. Kriptorxizm
3. Qeyri -müəyyən cinsiyyət orqanları
4. Mikrofallus
5. Makrofallus

- A) 1,3,4
- B) 2,4,5
- C) 2,3,5
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 465

136. Zellveger spektrinə hansı xəstəliklər daxildir?

1. Zellveger sindromu
2. Neonatal adrenoleykodistrofiya
3. İnfantil Refsum xəstəliyi
4. Hipoparatireoz
5. Addison xəstəliyi

- A) 1,3,4
- B) 2,4,5
- C) 2,3,5
- D) 1,2,3

E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 465

137. Neonatal adrenoleykodistrofiya üçün hansı dəyişikliklər xarakterikdir?

1. C26:0 səviyyəsinin yüksək olması
2. C26:1 aşkar edilməsi
3. C26:C22 və C24:C22 səviyyəsinin yüksək olması
4. C22:0 səviyyəsinin yüksək olması
5. C24:0 səviyyəsinin yüksək olması

- A) 1,3,4
- B) 2,4,5
- C) 2,3,5
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 465

138. Hansı genetik xəstəliklərdə adrenal çatışmazlıq rast gələ bilər?

1. Niman-Pik tip B xəstəliyi
2. Lizosomal lipid toplanma xəstəliyi
3. Turner sindromu
4. Lidl sindromu
5. Prader Villi sindromu

- A) 1,2
- B) 3,4
- C) 2,4
- D) 3,5
- E) 1,4

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 465

139. Kuşinq sindromuna səbəb hansı xəstəliklər ola bilər?

1. Adrenal adenoma
2. Adrenal karsinoma
3. Mikronodulyar adrenal hiperpalziya
4. Makroadenoma
5. Prolaktinoma

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 2,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 467

140. Qanda AKTH səviyyəsi hansı xəstəliklər zamanı normadan yuxarı olur?

1. Kuşinq xəstəliyi
2. Ektopik AKTH sindrom
3. Adrenal adenoma
4. Nodulyar adrenal hiperpalziya
5. Adrenal karsinoma

- A) 3,4
- B) 1,2
- C) 4,5
- D) 3,5
- E) 1,4

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 470

141. Qanda AKTH səviyyəsi hansı xəstəliklər zamanı normadan aşağı enir?

1. Adrenal adenoma
2. Nodulyar adrenal hiperpalziya
3. Adrenal karsinoma
4. Kuşinq xəstəliyi
5. Ektopik AKTH sindrom

- A) 3,4,5
- B) 1,4,5
- C) 1,2,3
- D) 2,3,5
- E) 1,3,4

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 470

142. Hansı xəstəlikdə qanda DHEA və ya DHEA-sulfatın səviyyəsi normadan aşağı olur?

- A) Kuşinq xəstəliyi
- B) Ektopik AKTH sindrom
- C) Adrenal adenoma
- D) Nodulyar adrenal hiperpalziya
- E) Adrenal karsinoma

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 470

143. Hansı xəstəlikdə yüksək dozalı deksametazon sınağı zamanı qanda kortizolun səviyyəsi aşağı enir?

- A) Adrenal adenoma
- B) Ektopik AKTH sindrom
- C) Nodulyar adrenal hiperpalziya
- D) Kuşinq xəstəliyi
- E) Adrenal karsinoma

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p. 470

144. Hansı xəstəlikdə yüksək dozalı deksametazon sınağı zamanı qanda AKTH və 17-OHP səviyyəsi aşağı enir?

- A) Kuşinq xəstəliyi
- B) Adrenal adenoma
- C) Ektopik AKTH sindrom
- D) Nodulyar adrenal hiperpalziya
- E) Adrenal karsinoma

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p. 470

145. Hansı xəstəlikdə venadaxili AKTH sınağı zamanı qanda kortizolun səviyyəsi yüksəlir?

- A) Adrenal adenoma
- B) Kuşinq xəstəliyi
- C) Ektopik AKTH sindrom
- D) Nodulyar sinakten hiperpalziya
- E) Adrenal karsinoma

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP

Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p. 470

146. Kiçik dozalı deksametazon sınağını aparmaq üçün deksametazonun dozası nə qədər dozada götürülür və nə vaxt verilir?

- A) 0,5 mq yatmadan öncə
- B) 2 mq yatmadan öncə
- C) 1 mq yatmadan öncə
- D) 1 mq səhər və yatmadan öncə
- E) 1 mq gündə 3 dəfə

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p. 471

147. Kiçik dozalı deksametazon sınağı zamanı kortizolun səviyyəsi göstəricisi necədən aşağı enməlidir?

- A) 2,0 µg/dL (70 nmol/L)
- B) 1,8 µg/dL (50 nmol/L)
- C) 2,5 µg/dL (80 nmol/L)
- D) 3,0 µg/dL (90 nmol/L)
- E) 3,5 µg/dL (100 nmol/L)

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p. 471

148. Psevdohipoaldosteronizmin əlaməti deyil?

- A) Hiperkaliemiya
- B) Reninin qanda yüksək olması
- C) Hipokaliemiya
- D) Hiponatriemiya
- E) Aldosteronun qanda yüksək olması

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p. 473

149. Aldosteronun sintezinə nə təsir etmir?

- A) Angiotenzin II
- B) Natrium
- C) AKTH
- D) Kalium
- E) Renin

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.200

150. Böyrəküstü vəzi hansı sahələrdən ibarətdir?

- 1. Yumaqcıqlı sahə
- 2. Dəstəli sahə
- 3. Torlu sahə
- 4. Qranulomatoz sahə
- 5. Limfa-kapilyar sahə

- A) 3,4,5
- B) 1,2,3
- C) 1,4,5
- D) 2,3,5
- E) 1,3,4

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.195

151. 3 $\beta$ -HSD-nin açıqlaması hansıdır?

- A) 3 beta hidrosisterioid dehidrogenaza
- B) 3 beta steroid
- C) 3 beta dehidrogenaza
- D) 3 hidroksi peroksidaza
- E) 3 beta hidrosisulfat dehidrogenaza

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.196

152. Feoxromositomanın əlamətləri hansılardır?

- 1. Hipertenziya
- 2. Ürəkbulanma və qusma
- 3. Polidipsiya və poliuriya
- 4. Hiperfagiya
- 5. Tonik və klonik qıcolmalar

- A) 3,4,5
- B) 1,4,5
- C) 1,2,3
- D) 2,3,5
- E) 1,3,4

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.250

153. Feoxromositoma hansı xəstəliklərlə differensasiya olunur?

- 1. Böyrək arteriyalarının stenozu
- 2. Aortanın koartikasiyası
- 3. Neyroblastoma
- 4. Qamartoma
- 5. Adrenal adenoma

- A) 3,4,5
- B) 1,4,5



- C) 2,3,5
- D) 1,2,3
- E) 1,3,4

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.250

154. Feoxromositomanın laborator diaqnostikasında hansı analizi yoxlamaq daha düzgündür?

- A) Renin
- B) Qanda sərbəst metanefrinlər
- C) Aldosteron
- D) Qanda natrium
- E) Qanda kortizol

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.250

155. Feoxromositomanın hipertenziv krizində hansı preparatdan və hansı dozada istifadə olunur?

1. Fentolamin 2-5 mg vena daxili
2.  $\alpha$ -metil paratirozin 250 mg per os
3. Atenelol 20-60 mg per os
4. Fenoksibenzamin 20-60 mg per os
5. Enap 5 mg per os

- A) 3,4
- B) 1,4
- C) 1,2
- D) 2,3
- E) 1,3

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.255

156. Feoxromositomanın antihipertenziv müalicəsində hansı istifadə olunmur?

- A) Fentolamin
- B)  $\alpha$ -metil paratirozin
- C) Furasemid
- D) Atenelol
- E) Fenoksibenzamin

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.255

157. MEN 2A (Sipple sindromu) sindromunun komponentləri hansılardır?

- 1. Tireoid karsinoma
- 2. Feoxromositoma
- 3. Hiperparatireodizm
- 4. Adrenal adenoma
- 5. Mikroadenoma

- A) 2,3,4
- B) 1,4,5
- C) 2,3,5
- D) 1,2,3
- E) 1,3,4

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.256

158. MEN 2B sindromunun komponentləri hansılardır?

- 1. Selikli qişaların nevromaları
- 2. Feoxromositoma
- 3. Marfanabənzər habitus
- 4. Adrenal adenoma
- 5. Mikroadenoma

- A) 2,3,4
- B) 1,4,5
- C) 1,2,3
- D) 2,3,5
- E) 1,3,4

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.258

159. Tip II Von Hippel–Lindau (VHL tip II ) sindromu üçün səciyyəvi deyil

- A) Feoxromositoma
- B) Hemangioblastoma
- C) Mikroadenoma
- D) Böyrəyin karsinoması
- E) Neyroendokrin pankreatik şişlər

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.258

160. Tip I Von Hippel–Lindau (VHL tip I ) sindromu üçün səciyyəvi deyil

- A) Endolimfatik şişlər
- B) Hemangioblastoma
- C) Böyrəyin karsinoması
- D) Feoxromositoma
- E) Neyroendokrin pankreatik şişlər

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.258

161. Karney triadasının komponentləri hansılardır?

1. Ekstra-adrenal feoxromositoma
2. Pulmonar xondroma
3. Qasrtik leiomiosarkoma

4. Adrenal adenoma
5. Makroadenoma

- A) 2,3,4
- B) 1,4,5
- C) 2,3,5
- D) 1,2,3
- E) 1,3,4

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.259

162. Turner sindromu üçün bu kariotip səciyyəvi deyil

- A) 46 XX
- B) 46 XY
- C) 45 XO
- D) 46 XXY
- E) 47 XXX

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.306

163. Turner sindromunda somatotropinin başlanğıc dozası nə qədərdir?

- A) 0,035 mg/kq
- B) 0,025 mg/kq
- C) 0,04 mg/kq
- D) 0,05 mg/kq
- E) 0,02 mg/kq

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.319

164. Turner sindromunda estrogenlə müalicə necə yaşdan sonra məsləhət görülür?

- A) 9 yaşdan sonra
- B) 13 yaşdan sonra
- C) 10 yaşdan sonra
- D) 11 yaşdan sonra
- E) 14 yaşdan sonra

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.319

165. İkincili amenoreyanın səbəbi deyil?

- A) Anadangəlmə adrenal hiperplaziya
- B) Hiperprolaktinemiya
- C) Qeyri-normal tireoid funksiyası
- D) Hipotalamik səbəblər
- E) Hamiləlik

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.352

166. Birincili amenoreyanın səbəbləri hansılardır?

1. Mozaik Turner sindromu
2. 46X Turner sindromu
3. Prader Villi sindromu
4. Hiperprolaktinemiya
5. Qeyri-normal tireoid funksiyası

- A) 2,3,4
- B) 1,4,5
- C) 1,2,3
- D) 2,3,5
- E) 1,3,4

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.352

167. Tam 46 XY qonadal disgeneziyanın əlamətlərinə aiddir

1. Pubertatın ləngiməsi
2. Amenorreya
3. LH yüksək və estradiolun aşağı olması
4. LH və FSH aşağı olması
5. Testosteronun qanda aşağı olması

- A) 2,3,4
- B) 1,4,5
- C) 2,3,5
- D) 1,3,4
- E) 1,2,3

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.371

168. Qonadoblastomalı tam 46 XY qonadal disgeneziyalı xəstələrdə klinik əlamətə aid deyil

- A) Döş vəzilərin böyüməsi
- B) LH və estradiolun yüksək olması
- C) Testosteronun normal və ya yüksək olması
- D) Kişi fenotipinin olması
- E) Menstrual dövrlərin olması

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.371

169. Tam 46 XY qonadal disgeneziyalı xəstə hamilə qala bilər?

1. Ekstrakorporal donor yumurtahüceyrə vasitəsilə
2. Embrionun uşaqlığa implantasiyası vasitəsilə
3. Xeyr qala bilməz
4. Təbii yolla qala bilər

5. Təbii yolla estrogenlərlə müalicə fonunda qala bilər

- A) 2,3
- B) 1,4
- C) 1,2
- D) 2,3
- E) 1,3

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.371

170. Hissəvi 46 XY qonadal disgeneziyanın əlamətlərinə aiddir

- 1. LH və FSH-ın yüksək olması
- 2. Testosteronun normal və ya aşağı olması
- 3. Qeyri-müəyyən xarici cinsi orqanlar
- 4. Testosteronun yüksək olması
- 5. Prolaktinin yüksək olması

- A) 2,3,4
- B) 1,4,5
- C) 2,3,5
- D) 1,2,3
- E) 1,3,4

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.371

171. Anadangəlmə hipotireozun skriningi doğuşdan neçə gün sonra aparılır?

- A) 1 gün sonra
- B) 4 gün sonra
- C) 2 və ya 3 gün sonra
- D) 5 gün sonra
- E) 1 həftə sonra

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.395

172. Anadangəlmə hipotireozun skriningi zamanı TSH-ın səviyyəsi neçəyə kimi olduqda normal götürülür?

- A) <11 mIU/L
- B) <5 mIU/L
- C) <8 mIU/L
- D) <10 mIU/L
- E) <4 mIU/L

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.395

173. Anadangəlmə hipotireozun skriningi zamanı TSH-ın səviyyəsi neçədən yüksək olduqda ətraflı müayinə olunmalıdır?

- A)  $\geq 10$  mIU/L
- B)  $\geq 30$  mIU/L
- C)  $\geq 20$  mIU/L
- D)  $\geq 25$  mIU/L
- E)  $\geq 15$  mIU/L

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.395

174. Anadangəlmə hipotireozun skriningi zamanı T4 nə zaman yoxlanılmalıdır?

- A) TSH 10-14 mIU/L olduqda
- B) TSH 5-9 mIU/L olduqda
- C) TSH 6-8 mIU/L olduqda
- D) TSH 15-29 mIU/L olduqda
- E) TSH 11-13 mIU/L olduqda



Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.395

175. 3-6 aylıq uşağa levotiroksin hansı dozada təyin edilir?

- A) 3-4 mcg/kq/sutka
- B) 8-10 mcg/kq/sutka
- C) 2-4 mcg/kq/sutka
- D) 2-3 mcg/kq/sutka
- E) 10-15 mcg/kq/sutka

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.397

176. Hansı dəyişiklik mərkəzi mənşəli hipotireoza uyğundur?

- A) Yüksək TSH, aşağı sərbəst  $T_4$
- B) Normal TSH, normal sərbəst  $T_4$
- C) Normal TSH, yüksək sərbəst  $T_4$
- D) Normal TSH, aşağı sərbəst  $T_4$
- E) Yüksək TSH, yüksək sərbəst  $T_4$

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.397

177. Nə zaman ümumi  $T_4$  yüksək, sərbəst  $T_4$  normal olur ?

- A) Hipotireoz zamanı
- B) Tiroksin birləşdirici qlobulinin qüsuru zamanı
- C) Autoimmun tireoiditdə
- D) Greyvs xəstəliyində
- E) Tireoid hormonlarına rezistentlik sindromunda

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.399

178. Tireoid hormona rezistentlik sindromu zamanı tireoid hormonlar necə dəyişilir ?

1. TSH norma, sərbəst  $T_4$  yüksək, sərbəst  $T_3$  yüksək olur
2. TSH yüksək, sərbəst  $T_4$  yüksək, sərbəst  $T_3$  yüksək olur
3. TSH aşağı, sərbəst  $T_4$  yüksək, sərbəst  $T_3$  yüksək olur
4. TSH aşağı, sərbəst  $T_4$  aşağı, sərbəst  $T_3$  yüksək olur
5. TSH yüksək, sərbəst  $T_4$  aşağı, sərbəst  $T_3$  aşağı olur

- A) 1,2
- B) 2,3
- C) 4,5
- D) 3,5
- E) 3,4

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.406

179. Bartter sindromunun əlaməti deyil

1. Hipoqlikemiya
2. Piylənme
3. Hipokaliemik alkaloz
4. Aldosteronun yüksək olması
5. Reninin qanda yüksək olması

- A) 3,4
- B) 3,5
- C) 1,4
- D) 1,2
- E) 1,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.440

180. Hipofosfatemik raxit, metabolic asidoz, fotofobiya, boydan geri qalma, hipotireodizm və böyrək çatışmazlığı hansı xəstəlik üçün səciyyəvidir?

- A) Hipofosfatemik raxit
- B) Sistinoz
- C) Bartter sindromu
- D) Turner sindromu
- E) Fankoni sindromu

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.445

181. Kəskin hiperkalsiemiya hansı preparatdan və ya üsuldən istifadə olunur

- A) Prednizolon
- B) Calsitonin
- C) Maqnezium preparatlarından
- D) Cinacalset
- E) Dializ

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.448

182. Hiperkalsiemiyanın əlaməti deyil

- A) Qıcolma
- B) Poliuriya
- C) Polidipsiya
- D) Ürəkbulanma və qusma
- E) Renal kalsifikasiya

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.448

183. Hipofasfataziya üçün səciyyəvi olan əlamətlər hansılardır ?

1. Sümük deformasiyaları
2. Hiperkasiemiya
3. Hiperfosfatemiya
4. Hipokasiemiya
5. Hipofosfatemiya

- A) 3,4
- B) 3,5
- C) 1,2
- D) 1,4
- E) 1,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.453

184. İkincili osteoporoz hansı xəstəlikər zamanı yaranır ?

1. Neyrozələ xəstəlikləri
2. Uşaq leykemiyası
3. Hipoqonadizm
4. Qreyvs xəstəliyi
5. Autoimmun tireoidit

- A) 3,4,5
- B) 1,3,5
- C) 1,2,3
- D) 1,4,5
- E) 1,2,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.459

185. Osteogenezis imperfektanın əlamətləri hansılardır ?

6. Sümük deformasiyaları
7. Sümük sınıqları
8. Mavi sklera

9. Hiperkalsiemiya  
10. Hipofosfatemiya

- A) 1,3,4  
B) 2,3,5  
C) 1,3,4  
D) 1,2,3  
E) 1,2,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.456

186. İdiopatik infantil hiperkalsiemiya üçün hansı əlamət səciyyəvi deyil?

- A) Parathormonun aşağı enməsi  
B) Hipofosfatemiya  
C) Hiperfosfatemiya  
D) Korreksiya olunmuş kalsiumun yüksəlməsi  
E) 1,25 (OH)<sub>2</sub>D qanda yüksək olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.471

187. Birincili hiperparatireoz üçün hansı əlamət xas deyil?

- A) Parathormonun yüksək olması  
B) 25 (OH) D-nin normal olması  
C) Hipofosfatemiya  
D) Hiperfosfatemiya  
E) 1,25 (OH)<sub>2</sub>D-nin qanda yüksək olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.471

188. Tip I vitamin D-dən asılı raxit (VDDR I, 1  $\alpha$ -hidroksilaza çatışmazlığı) üçün səciyyəvi deyil?

- A) Hipofosfatemiya
- B) 25 (OH) D normal olması
- C) Parathormonun yüksək olması
- D) FGF23-ün (fibroblast boy faktoru 23) yüksək olması
- E) 1,25 (OH)2D-nin normal və ya aşağı olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA p.471

189. Tip II vitamin D-dən asılı raxit (VDDR II) üçün səciyyəvi deyil?

- A) 25 (OH) D-nin aşağı olması
- B) Hipofosfatemiya
- C) FGF23-ün (fibroblast boy faktoru 23) aşağı olması
- D) Parathormonun yüksək olması
- E) 1,25 (OH)2D-nin yüksək olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.471

190. Hipofosfatemik raxit (HPR) üçün səciyyəvi deyil?

- A) Korreksiya olunmuş kalsiumun normal olması
- B) FGF23-ün (fibroblast boy faktoru 23) yüksək olması
- C) Korreksiya olunmuş kalsiumun aşağı olması
- D) 25 (OH) D-nin normal olması
- E) 1,25 (OH)2D-nin aşağı olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.471

191. Mak-Kyun Olbrayt sindromu üçün səciyyəvi deyil?

- A) Korreksiya olunmuş kalsiumun normal olması
- B) TmP/GFR (Renal Tubulyar Fosforun Reabsorbsiyası) yüksək olması
- C) FGF23-ün (fibroblast boy faktoru 23) yüksək olması
- D) 25 (OH) D-nin normal olması
- E) 1,25 (OH)2D-nin aşağı olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.471

192. İrsi hiperkalsiuriyalı fosfatemik raxit (HHRH) üçün səciyyəvi deyil?

- A) TmP/GFR (Renal Tubulyar Fosforun Reabsorbsiyası) aşağı olması
- B) FGF23-ün (fibroblast boy faktoru 23) yüksək olması
- C) 25 (OH) D-nin normal olması
- D) 1,25 (OH)2D-nin aşağı olması
- E) Hipofosfatemiya

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.471

193. 2 yaşa qədər olan uşaqlarda poliuriya hansı göstərici olduqda hesab olunur?

- A) 30–40 mL/kq/24 saat
- B) 50–60 mL/kq/24 saat
- C) 70–80 mL/kq/24 saat
- D) 100–110 mL/kq/24 saat
- E) 80–100 mL/kq/24 saat

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.471

194. Südəmə və kiçik yaşlı uşaqlarda mərkəzi mənşəli şəkərsiz diabet aşağıdakı halda qoyulur ?

- A) Plazma osmolyarlığı >295 mOsm/kq və/və ya natrium >143– 145 mmol/L və sidiyin osmolyarlığı >300 mOsm/kq və ya sidik/plasma osmolyarlığı <1 olduqda
- B) Plazma osmolyarlığı >195 mOsm/kq və/və ya natrium >143– 145 mmol/L və sidiyin osmolyarlığı >300 mOsm/kq və ya sidik/plasma osmolyarlığı <1 olduqda
- C) Plazma osmolyarlığı >295 mOsm/kq və/və ya natrium <143– 145 mmol/L və sidiyin osmolyarlığı <300 mOsm/kq və ya sidik/plasma osmolyarlığı >1 olduqda
- D) Plazma osmolyarlığı <295 mOsm/kq və/və ya natrium >143– 145 mmol/L və sidiyin osmolyarlığı <300 mOsm/kq və ya sidik/plasma osmolyarlığı >1 olduqda
- E) Plazma osmolyarlığı >295 mOsm/kq və/və ya natrium >143– 145 mmol/L və sidiyin osmolyarlığı <300 mOsm/kq və ya sidik/plasma osmolyarlığı >1 olduqda

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.564

195. Plazmanın osmolyarlığı aşağıdakı hansı düstur vasitəsilə hesablanır?

- A) Plazma osmolyarlığı =  $2[K^+] + Qlükoza (mg/dl)/18 + qalıq\ azotu/2,8$
- B) Plazma osmolyarlığı =  $2[Na^+] + Qlükoza (mmol/l)/18 + qalıq\ azotu/2,8$
- C) Plazma osmolyarlığı =  $2[Na^+] + Qlükoza (mg/dl)/18 + qalıq\ azotu/2,5$
- D) Plazma osmolyarlığı =  $2[Na^+] + Qlükoza (mg/dl)/18 + qalıq\ azotu/2,8$
- E) Plazma osmolyarlığı =  $2[Na^+] + Qlükoza (mg/dl)/18 + qalıq\ azotu/2,2$

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.565

196. Hansı hallarda depravasiya sınağı dayandırılır ?

1. Qanda natriumun səviyyəsi 143-145 mmol/lş-dan yüksək olduqda
2. İlkin çəki itkisinin 5%-ni itirdikdə
3. Plazma osmolyarlığı 295-300 mOsm/kq.-dan yüksək olduqda
4. Plazma osmolyarlığı 270-290 mOsm/kq arasında olduqda
5. İlkin çəki itkisinin 3%-ni itirdikdə



- A) 1,3,4
- B) 1,2,3
- C) 2,3,5
- D) 1,3,4
- E) 1,2,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.565

197. Nefrogen şəkərsiz diabet hansı hallarda yarana bilər?

- 1. AVPR2 reseptor geninin mutasiyası zamanı
- 2. İkincili hiperkalsiemiya və hipokaliemiya zamanı
- 3. Hipoqlikemiya zamanı
- 4. Çoxlu maye qəbul etdikdə
- 5. İkincili hipokalsiemiya və hiperkaliemiya zamanı

- A) 1,2
- B) 1,3
- C) 3,5
- D) 3,4
- E) 2,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.573

198. Euvolemik və hipervolemik hiponatriemiyada hansı preparatdan istifadə olunur?

- 1. Conivap
- 2. Desmopressin
- 3. Amilorid
- 4. Hidroxlortiazid
- 5. İndometasin

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.574

199. Hiponatriemiyanın simptomlarına hansılar aiddir?

1. Letargiya
2. Başağrıları
3. Başgicəllənmə
4. Poliuriya
5. Polidipsiya

- A) 1,3,4
- B) 1,3,5
- C) 3,4,5
- D) 1,2,3
- E) 1,2,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.574

200. Hiperinsulinemik hipoqlikemiyanın əlamətinə aid deyil

- A) Qanda ketonların səviyyəsinin aşağı olması
- B) Qanda sərbəst yağ turşularının səviyyəsinin aşağı olması
- C) Hidroksibutirikarnitinin səviyyəsinin yüksək olması
- D) Qanda ketonların səviyyəsinin yüksək olması
- E) Qanda ammoniumun yüksək olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA p.683

201. Hiperinsulinemik hipoqlikemiyada hansı dərman preparatlarından istifadə olunur?

1. Diazoksid
2. Oktreotid
3. Nifedepin
4. Amilorid
5. Hidroxlortiazid

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,3,5
- D) 3,4,5
- E) 1,2,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA p.685

202. Hipoinsulinemik hipoketotik hipoqlikemiya hansı hallarda yaranır?

1. AKT2 geninin mutasiyasında
2. IGF-II qeyri normal olması zamanı
3. ABCC8/ KCNJ11/ GCK/ genlərinin mutasiyasında
4. Boy hormonu çatışmazlığında
5. Adrenal çatışmazlıqda

- A) 1,3
- B) 1,5
- C) 4,5
- D) 1,2
- E) 2,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 679

203. Uşaqlarda boy hormonu çatışmazlığının səbəbləri hansılardır?

1. Kraniofaringioma
2. Üzü səbəblər
3. İdiopatik
4. Qamartoma
5. Mikroadenoma

- A) 1,3,4
- B) 1,4,5
- C) 1,2,3
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 141

204. Uşaqlarda boy hormonu ilə terapiya kəsildikdə hansı ağırlaşmalar yarana bilər?

1. Çəkinin artması
2. Sümük sıxlığının azalması
3. Diqqət və ya öyrənmə qabiliyyətinin azalması
4. Arıqlama
5. Hipotireoz

- A) 1,3,4
- B) 1,4,5
- C) 1,2,3
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 141

205. Boy hormonu ilə terapiyaya əks göstərişlər hansılardır?

1. Şişlər
2. Proleferativ retinopatiyası olan şəkərli diabetli xəstələr
3. Hamiləliyin son 3 ayı
4. Hamiləliyin ilk 3 ayı
5. Son 6 ay ərzində kraniofaringioması stabil olan olan xəstələr

- A) 1,3,4
- B) 1,4,5
- C) 3,4,5
- D) 1,2,3
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 144-145

206. Mərkəzi mənşəli şəkərsiz diabetin səbəbləri hansılardır?

1. Kraniofaringioma
2. Makroadenoma
3. Siflis
4. Mikroadenoma
5. Qamartoma

- A) 1,3,4
- B) 1,4,5
- C) 3,4,5
- D) 1,2,3
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 158

207. Uşaqlarda baş beyin şişlərinin şüalanma ilə müalicəsi zamanı hansı endokrin xəstəliklər yarana bilər ?

1. Boy hormonu çatışmazlığı
2. Hiperprolaktinemiya
3. Erkən cinsi inkişaf
4. Hiperparatireoz
5. Piylənmə

- A) 1,3,4
- B) 1,4,5
- C) 3,4,5
- D) 1,2,3
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.175

208. Uşaqlarda baş beyin şişlərinin kimyəvi terapiya ilə müalicəsi zamanı əsasən hansı endokrin xəstəlik yarana bilər ?

- A) Boy hormonu çatışmazlığı
- B) Böyrəküstü vəzin çatışmazlığı
- C) Şəkərli diabet
- D) Şəkərsiz diabet
- E) Hipoqonadizm

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.175

209. Uşaqlarda anoreksiya nevroza xəstliyində hansı hormonal dəyişikliklər yaranır ?

- 1. Qanda kortizolun səviyyəsi yüksəlir
- 2. Qanda  $T_4$  və  $T_3$  səviyyəsi aşağı enir
- 3. Qanda prolaktinin səviyyəsi normal olur
- 4. Testosteronun səviyyəsi yüksəlir
- 5. IGF-1 səviyyəsi yüksəlir

- A) 1,3,4
- B) 1,2,3
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.193

210. Hansı dərman preparatlarından sonra birincili adrenal çatışmazlıq yarana bilər ?

- 1. Ketokanazol
- 2. Rifampisin
- 3. Suramin
- 4. Depakin
- 5. Fenobarbital

- A) 1,3,4
- B) 1,4,5
- C) 1,2,3
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.208

211. Birincili adrenal çatışmazlığın səbəbləri hansılardır ?

- 1. Sepsis
- 2. DAX-1 mutasiyası
- 3. Ketokanazol preparatı
- 4. Baş beyin travması
- 5. Onurğa beyinin şişləri

- A) 1,3,4
- B) 1,4,5
- C) 3,4,5
- D) 1,2,3
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.208

212. Birincili adrenal çatışmazlığın hansı xəstəliklərdən sonra yarana bilər ?

- 1. Vərəm
- 2. Sarkoidoz
- 3. Blastomikoz
- 4. Herpes
- 5. Məxmərək

- A) 1,3,4
- B) 1,4,5
- C) 1,2,3
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.208

213. Birincili adrenal çatışmazlığı aşkar etmək üçün istifadə olunan qlükaqon sınağında qlükaqon hansı dozada götürülür və kortizolun səviyyəsi neçədən yüksək olmalıdır ?
- A) 5 µg/dL, 0,05 mg/kq
  - B) 8 µg/dL, 0,2 mg/kq
  - C) 20 µg/dL, 0,1 mg/kq
  - D) 10 µg/dL, 0,3 mg/kq
  - E) 15 µg/dL, 0,5 mg/kq

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.215

214. Birincili adrenal çatışmazlığı zamanı istifadə olunan Cosyntropin 250 mg stimulyasiya sınağı zamanı mineralokortikoid çatışmazlığını aşkar etmək üçün qanda hansı analizlər yoxlanılmalıdır ?
- 1. Renin
  - 2. Aldosteron
  - 3. Elektrolitlər
  - 4. AKTH
  - 5. Kortizol
- A) 1,2,3
  - B) 1,3,4
  - C) 1,4,5
  - D) 3,4,5
  - E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H.



Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.214

215. İkincili adrenal çatışmazlığını aşkar etmək üçün Cosyntropin 250 mg stimulyasiya sınağı zamanı Cosyntropinin dozası nə qədər olmalıdır ?

- A) 1 µg, və ya 0.5 µg/m<sup>2</sup>
- B) 2 µg, və ya 1 µg/m<sup>2</sup>
- C) 10 µg, və ya 5 µg/m<sup>2</sup>
- D) 5 µg, və ya 5 µg/m<sup>2</sup>
- E) 3 µg, və ya 0.2 µg/m<sup>2</sup>

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.214

216. Birincili adrenal çatışmazlığı zamanı hidrokortizon hansı dozada və gündə necə dəfə istifadə olunur ?

- A) 10–15 mg/m<sup>2</sup>/ gündə 2–3 dəfə
- B) 5–8 mg/m<sup>2</sup>/ gündə 4 dəfə
- C) 20–25 mg/m<sup>2</sup>/ gündə 1 dəfə
- D) 2–3 mg/m<sup>2</sup>/ gündə 2–3 dəfə
- E) 4–7 mg/m<sup>2</sup>/ gündə 2-3 dəfə

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.216

217. Kəskin adrenal krizi zamanı hidrokortizonun və ya deksametazonun dozası nə qədər təşkil edir ?

- A) 100 mg/m<sup>2</sup> hidrokortizon və ya 2,5 /m<sup>2</sup> deksametazon
- B) 30 mg/m<sup>2</sup> hidrokortizon və ya 0,5 /m<sup>2</sup> deksametazon
- C) 50 mg/m<sup>2</sup> hidrokortizon və ya 1,5 /m<sup>2</sup> deksametazon
- D) 70 mg/m<sup>2</sup> hidrokortizon və ya 3,5 /m<sup>2</sup> deksametazon
- E) 20 mg/m<sup>2</sup> hidrokortizon və ya 4,5 /m<sup>2</sup> deksametazon

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.217

218. Gec neonatal (3gün-6 həftə arası) hipokalsiemiyanın səbəbi deyil

- A) Anadangəlmə adrenal çatışmazlıq
- B) Maqnezium çatışmazlığı
- C) Anada hiperparatireodizm
- D) Yenidoğulmuşlarda hiperparatireodizm
- E) Anadangəlmə vitamin D çatışmazlığı

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.23

219. Korreksiya olunmuş kalsium hansı düstur vasitəsilə hesablanır?

- A) Korreksiya olunmuş plazma kalsiumu =  $(0,02 \times (\text{normal albumin} - \text{xəstənin albumini}) + \text{plazma kalsiumu})$
- B) Korreksiya olunmuş plazma kalsiumu =  $(0,04 \times (\text{normal albumin} - \text{xəstənin albumini}) + \text{plazma kalsiumu})$
- C) Korreksiya olunmuş plazma kalsiumu =  $(0,02 \times (\text{xəstənin albumini} - \text{normal albumin}) + \text{plazma kalsiumu})$
- D) Korreksiya olunmuş plazma kalsiumu =  $(0,02 \times (\text{normal albumin} - \text{xəstənin albumini}) - \text{plazma kalsiumu})$
- E) Korreksiya olunmuş plazma kalsiumu =  $(0,05 \times (\text{normal albumin} - \text{xəstənin albumini}) + \text{plazma kalsiumu})$

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.26

220. Hipoparatireodizmin fəsadları nə ola bilər ?

1. Nefrokalsinoz
2. Qıcolma
3. Laringospazm
4. Hipokaliemiya
5. Hipofosfatemiya

A) 1,3,4

B) 1,4,5

- C) 1,2,3
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.48

221. Psevdohipoparatireodizmin əlamətləri hansılardır ?

- 1. Hiperfosfatemiya
- 2. Hipokalsiemiya
- 3. Parathormonun yüksək olması
- 4. Parathormonun aşağı olması
- 5. Hipofosfatemiya

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.49

222. Uşaqlarda hiperkalsiemiyanın səbəbləri hansılardır ?

- 1. Vilyams sindromu
- 2. Üçüncü hiperparatireoz
- 3. Tireotoksikoz
- 4. Psevdohipoparatireoz
- 5. Hipomaqnezemiya

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.56-57

223. Hansı şiş xəstəlikləri hiperkalsiemiya səbəb ola bilər ?

1. Leykemiya
2. Burkitt limfoması
3. Hockin və Qeyri-Hockin limfoması
4. Qamartoma
5. Kraniofaringioma

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.58

224. Paratireoidektomiya göstərişlər hansılardır ?

1. Qanda kalsiumun normadan 1 mg/dL yüksək olması
2. Böyrək daşları və ağır hiperkalsiuriya (400 mg/sutkada)
3. Sümük kütləsi ilə müqayisədə azalmış sümük sıxlığının <-2,5 SDS olması
4. Vilyams şişi
5. Kraniofaringioma

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.62

225. Anadangəlmə hiperparatireodizmin ağırlaşmaları hansılardır ?

1. Nefrolitiaz
2. Dehidratasiya
3. Ürək artimiyaları
4. Hipofosfatemiya
5. Şəkərsiz diabet

- A) 1,3,4

- B) 1,2,3
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.62

226. Uşaqlarda osteoporoz diaqnozu nə vaxt qoyulur?

1. Anamnezdə əvvəllər sınığın olması
2. Sümük kütləsi ilə müqayisədə azalmış sümük sıxlığının  $<-2,0$  SDS olması
3. Hipomaqnezemiya
4. Hipokalsiemiya
5. Hipofosfatemiya

- A) 1,2
- B) 1,3
- C) 1,4
- D) 3,4
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.63

227. Uşaqlarda mikropenis hansı göstərici əsasında təyin edilir ?

- A) Vizual olaraq təyin edilir
- B) Penisin uzunluğunun 3,0 sm.-dən kiçik olması
- C) Yaşa görə penisin uzunluğunun -1,5 SDS aşağı olması
- D) Yaşa görə penisin uzunluğunun -2,5 SDS aşağı olması
- E) Penisin uzunluğunun 4,0 sm.-dən kiçik olması

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.62

228. Qızlarda yalnız bu halda hiperqonadotrop hipoqonadizm olmur ?

- A) Barde-Bidl sindromu
- B) Turner sindromu (45,X)
- C) Svayer sindromu (46, XY)
- D) Qaqrışıq qonadal disgeneziya (46,XX/45,XY)
- E) Qalaktozemiya

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.147

229. Oğlanlarda hansı halda hiperqonadotrop hipoqonadizm olur ?

- 1.Klaynfelter sindromunda
- 2.Anorxiya
- 3.LH gen mutasiyasında
- 4.Barde-Bidl sindromunda
- 5.Prader Villi sindromunda

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.147

230. Anadangəlmə ginekomastiya hansı xəstəlik üçün səciyyəvidir ?

- A) Aromataza artıqlığı sindromu
- B) Anadangəlmə hipotireoz
- C) Tireotoksikoz
- D) Barde-Bidl sindromu
- E) Prader Villi sindromu

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.163

231. Anadangəlmə ginekomastiyanın klinik əlamətləri hansılardır ?

1. Pre- və ya peripubertat ginekomastiya
2. Hipoqonadotrop hipoqonadizm
3. Sümük yaşının xronoloji yaşını öhdələməsi
4. Sümük yaşının xronoloji yaşından geri qalması
5. Adrenarxe

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.163

232. Diabetik ketoasidoz zamanı hansı əlamət olmur ?

- A) Subikteriklik
- B) Qarında ağrı
- C) Poliuriya
- D) Polidipsiya
- E) Ürəkbulanma və qusma

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.25

233. Diabetik ketoasidoz zamanı kaliyuma tələbat nə qədər təşkil edir ?

- A) 1 mmol/kq
- B) 0,5 mmol/kq
- C) 2 mmol/kq
- D) 1,5 mmol/kq
- E) 2,5 mmol/kq

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.105

234. Diabetik ketoasidotik koma zamanı kalium preparatı necə faiz şəklində vena daxilinə vurulur ?

- A) 1 %
- B) 4 %
- C) 7,5 %
- D) 2 %
- E) 3 %

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.26

235. Diabetik ketoasidotik koma zamanı insulin hansı dozada istifadə olunur?

- A) 0,1 vahid/kq/saatda
- B) 0,2 vahid/kq/saatda
- C) 0,3 vahid/kq/saatda
- D) 0,4 vahid/kq/saatda
- E) 0,5 vahid/kq/saatda

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.26

236. Diabetik ketoasidotik koma zamanı natriumun dozası hansı düstur vasitəsilə hesablanır?

- A)  $[Na^+]_{korreksiya\ olunan} = [Na^+]_{ölcülən} + 1,6 \times ([qlükoza] - 100) / 100$
- B)  $[Na^+]_{korreksiya\ olunan} = [Na^+]_{ölcülən} - 1,6 \times ([qlükoza] - 100) / 100$
- C)  $[Na^+]_{korreksiya\ olunan} = [Na^+]_{ölcülən} + 1,1 \times ([qlükoza] - 100) / 100$
- D)  $[Na^+]_{korreksiya\ olunan} = [Na^+]_{ölcülən} + 1,3 \times ([qlükoza] - 100) / 100$
- E)  $[Na^+]_{korreksiya\ olunan} = [Na^+]_{ölcülən} + 1,2 \times ([qlükoza] - 100) / 100$

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.28

237. 20 kq.- dan az bədən kütləsi olan şəkərli diabeti olanlara GlucaGen® HypoKit hansı dozada təyin edilir ?

- A) 0,5 mg
- B) 1 mg
- C) 0,2 mg
- D) 0,1 mg
- E) 2,0 mg

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.22

238. Hansı genetik sindromlarda şəkərli diabet yanaşı ola bilər ?

1. Daun sindromu



2. Klaynfelter sindromu
3. Prader Villi sindromu
4. Nunan sindromu
5. Sekkel sindromu

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərş vəsaiti, 2018, səh.32

239. Şəkərli diabetin diaqnostik meyarlarına hansılar aiddir ?

1. Qanda qlükozanın səviyyəsinin ac qarına  $\geq 126$  mq/dl olması
2. Tolerantlıq sınağından 2 saat sonra  $\geq 200$  mq/dl olması
3. HbA1c  $\geq 6,5\%$ .
4. Qanda qlükozanın səviyyəsinin ac qarına  $\geq 100$  mq/dl olması
5. HbA1c  $\geq 7,0\%$ .

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərş vəsaiti, 2018, səh.32

240. Tip 2 şəkərli olan uşaqlarda insulin hansı hallarda təyin edilir ?

1. Metabolik stabil, asidozu olmayan, HbA1c $>8\%$
2. Metabolik qeyri stabil, asidozlu uşaqlarda
3. Metabolik stabil, asidozu olmayan, HbA1c  $<7\%$
4. Metabolik stabil, asidozu olmayan, HbA1c $<8\%$
5. Qanda qlükozanın səviyyəsinin  $\geq 500$  mq/dl olması

- A) 1,2
- B) 1,3
- C) 1,4
- D) 3,4
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.32

241. Tip 2 şəkərli olan uşaqlarda DPP-IV inhibitorları hansı halda təyin edilir ?

- A) 18 yaşdan sonra
- B) Metabolik qeyri stabil, asidozlu uşaqlarda
- C) HbA1c <10%
- D) Metabolik stabil, asidozu olmayan, HbA1c<9%
- E) Qanda qlükozanın səviyyəsinin  $\geq 500$  mq/dl.-dan yüksək olması

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.49

242. Tip 2 şəkərli olan uşaqlarda sulfaniluriya və meqlitinid/repaqlinid preparatları hansı halda təyin edilir ?

- A) 18 yaşdan sonra
- B) Metabolik qeyri stabil, asidozlu uşaqlarda
- C) HbA1c <10%
- D) Metabolik stabil, asidozu olmayan, HbA1c<8%
- E) Qanda qlükozanın səviyyəsinin  $\geq 600$  mq/dl.-dan yüksək olması

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.49

243. İnsulin rezistentliyinin klinik və laborator əlamətlərinə aid deyil

- A) Triqliseridlərin normal, ASLP yüksək olması
- B) Akantosis niqrikans
- C) İnsulinin ac qarına yüksək olması
- D) Triqliseridlərin yüksək olması, ASLP aşağı olması
- E) Qanda qlükozanın ac qarına  $>100$  mq/dl,  $\leq 126$  mq/dl olması

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.46

244. İnkretin mimetiklərin (qlükaqonabənzər peptid-1 (GLP-1) reseptor aqonistləri: ekzanitid, lıraqlütid) təsirinə aid deyil

- A) Qlükaqonun ifraz olunmasını sürətləndirir
- B) Qlükaqonun ifraz olunmasını ləngidir
- C) Mədə boşalmasını ləngidir

- D) Doyma hissi yaradır
- E) İnsulin sekresiyasını artırır

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.50

245. Tip 2 şəkərli olan uşaqlarda tiazolidinedion preparatları hansı halda təyin edilir ?

- A) Təyin edilmir
- B) Metabolik qeyri stabil, asidozlu uşaqlarda
- C) HbA1c <10%
- D) Metabolik stabil, asidozu olmayan, HbA1c<9%
- E) Qanda qlükozanın səviyyəsinin  $\geq 400$  mq/dl.-dən yüksək olması

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.49

246. Şəkərli diabeti olanlarda Amilin neçə yaşdan sonra istifadə olunur ?

- A) 18 yaşdan sonra
- B) 10 yaşdan sonra
- C) 5 yaşdan sonra
- D) 12 yaşdan sonra
- E) 15 yaşdan sonra

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.50

247. Hansı dərman preparatları hiperqlikemiya səbəb olur ?

1. Diazoksid
2. Nistatin
3. Ribavirin
4. Fenobarbital
5. Betaserk

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.78

248. Şəkərli diabeti olan 10% dehidratasiyalı 6 yaşlı 20 kq bədən kütləsi təşkil edən uşağa saatda necə ml maye vurulmalıdır ?

- A) 50 ml
- B) 100 ml
- C) 80 ml
- D) 90 ml
- E) 40 ml

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.102

249. Diabetik koma zamanı yaranan beyin ödemində mannitol hansı dozada təyin edilir?

- A) 0,5-1,0 q/kq
- B) 2,0-2,5 q/kq
- C) 0,2-0,4 q/kq
- D) 3,0-4,0 q/kq
- E) 5,0-6,0 q/kq

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.108

250. Mitoxondrial şəkərli diabetin klinik əlamətləri hansılardır?

1. Eşitmənin zəif olması
2. Qıcolmalar
3. Fiziki inkişafdan geri qalma
4. Piylənmə
5. Kоруq

- A) 1,3,4
- B) 1,4,5
- C) 3,4,5
- D) 1,2,3
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Uşaqlarda şəkərli diabet. A.A.Əyyubova, G.Ə.Əhmədov, A.A.Süleymanlı, dərs vəsaiti, 2018, səh.72

251. Bədən kütlə indeksi hansı düstur vasitəsilə hesablanır?

- A) BKİ=bədən kütləsi (kq)/boy (m<sup>2</sup> )
- B) BKİ=bədən kütləsi (kq)/boy (sm)
- C) BKİ=boy (sm)/bədən kütləsi (m<sup>2</sup> )
- D) BKİ boy (sm)/bədən kütləsi
- E) BKİ=bədən kütləsi (kq)-boy (sm)/bədən kütləsi (m<sup>2</sup> )

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.335

252. Hansı xəstəliklərdə boy hormonu istifadə olunur?

- 1. Boy hormonu çatışmazlığı
- 2. Xronik böyrək çatışmazlığı
- 3. Prader Villi sindromu
- 4. Osteogenezis imperfekta
- 5. Kalman sindromu

- A) 1,3,4
- B) 1,2,3
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.339

253. Hansı xəstəliklərdə boy hormonu istifadə olunur?

- 1. Turner sindromu
- 2. Nunan sindromu
- 3. SHOX geni haploçatışmazlığı
- 4. Barde-Bidl sindromu
- 5. Mukopolisaxaridozlar

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5

E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.339

254. Oğlanlarda həqiqi erkən cinsi inkişafın səbəbini aşkar etmək üçün hansı müayinələr aparılmalıdır?

1. Anamnez və obyektiv müayinə
2. Sümük yaşının təyini
3. Qanda LH, FSH və testosteronun təyini
4. Qanda prolaktinin təyini
5. AKTH, kortizol və 17 OHP-nin təyini

- A) 1,2,3  
B) 1,3,4  
C) 1,4,5  
D) 3,4,5  
E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.674

255. Oğlanlarda erkən cinsi inkişafın səbəbini aşkar etmək üçün qanda hansı hormonlar yoxlanılmalıdır?

1. TSH və T<sub>4</sub>
2. DHEA-S, 17-OHP
3. Qanda LH, FSH və testosteron, bəzi hallarda estradiol
4. Prolaktin
5. Aldosteron

- A) 1,3,4  
B) 1,2,3  
C) 1,4,5  
D) 3,4,5  
E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.674

256. Oğlanlarda erkən cinsi inkişafın səbəbini aşkar etmək üçün yanaşı olaraq hansı müayinələr aparılmalıdır?

1. Baş beyinin və hipofizin MRT-si
2. AKTH stimulyasiya sınağı
3. GnRH stimulyasiya sınağı
4. Abdominal USM-si
5. AKTH və kortizolun təyini

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.674

257. GnRH aqonistlərindən istifadə zamanı pubertatın supresiyasında təkrar müayinə necə vaxtdan sonra və hansı hormonal müayinələr aparılmalıdır?

- A) 6-12 aydan sonra LH, FSH, E<sub>2</sub>/T, 25 OH vitamin D
- B) 3-4 aydan sonra LH, FSH
- C) 12 aydan sonra LH, FSH, E<sub>2</sub>/T
- D) 8 aydan sonra LH, FSH,
- E) 6-12 aydan sonra LH, FSH, testosteron

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.699

258. GnRH aqonistlərindən istifadə zamanı pubertatın supresiyasında təkrar rentqenoqrama necə vaxtdan sonra aparılmalıdır?

- A) 1-2 ildən sonra sol biləyin rentgenoqramması və DEXA (ikili enerjili rentgen absorpsimetriyası) vasitəsilə sümük sıxlığı
- B) 6 aydan sonra hər iki biləyin rentgenoqramması
- C) 6 aydan sonra sol biləyin rentgenoqramması
- D) 8 aydan sonra sağ biləyin rentgenoqramması
- E) 6 aydan sonra sol biləyin rentgenoqramması və DEXA (ikili enerjili rentgen absorpsimetriyası) vasitəsilə sümük sıxlığı

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.699

259. Şəkərli diabetin MODY 2 tipində müalicə hansı üsulla aparılır ?

- A) İdman və pəhriz
- B) İnsulin
- C) Metformin
- D) Sulfaniluriya preparatları
- E) İnsulin və metformin

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.862

260. Şəkərli diabetin MODY 1 tipində müalicə hansı üsulla aparılır ?

- A) İnsulin və sulfaniluriya preparatları
- B) İnsulin
- C) Metformin
- D) Sulfanilsidik cövhəri preparatları
- E) İnsulin və metformin

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.862

261. Şəkərli diabetin MODY tiplerindən hansısı daha tez-tez rast gəlir?

- A) MODY 2, MODY 3, MODY 1 və MODY 5



- B) MODY 6, MODY 7, MODY 8 və MODY 10
- C) MODY 11
- D) MODY 4
- E) MODY 13, MODY 14

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.861

262. Roger sindromunun əlamətləri hansılardır?

- 1. Şəkərli diabet
- 2. Neyrosensor karlıq
- 3. Vitamin B1 (tiamin) çatışmazlığı
- 4. Korluq
- 5. Vitamin B6 (piridoksin) çatışmazlığı

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.863

263. Ginekomastiya hansı xəstəliklərdə rast gəlinir?

- 1. Tireotoksikoz
- 2. Hipoqonadizm
- 3. Klaynfelter sindromu
- 4. Prolaktinoma
- 5. Kraniofaringioma

- A) 1,3,4
- B) 1,4,5
- C) 1,2,3
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.686

264. Prepubertat dövründə ginekomastiya hansı xəstəliklərdə rast gəlir?

1. Aromataza ferment geninin autosomal-dominant mutasiyasında (CYP19A1)
2. Sertoli hüceyrələrinin şişlərində
3. Peutz-Jeqhers sindromunda
4. Prolaktinomada
5. Qamartomada

- A) 1,2,3
- B) 1,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.686

265. Oğlanlarda pubertatın və boyun konsititusal ləngiməsi ilə hipofonadotrop hipofonadizmin differensiasiyasında hansı hormonal analiz daha spesifkdir ?

- A) İngibin B
- B) Xorionik qonadotropin
- C) LH və FSH
- D) Yalnız FSH
- E) Testosteron

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.682

266. Oğlanlarda pubertatin və boyun konsititusal ləngiməsi ilə hipoqonadotrop hipoqonadizmin differensasiyası xorionik qonadotropinin 3 günlük və 19 günlük sınaqlarında hansı hormonal analizə görə qiymətləndirilir ?

- A) Testosteron
- B) Xorionik qonadotropin
- C) LH
- D) FSH
- E) LH və FSH

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.682

267. Neonatal dövrdə hipokalsiemiyanın səbəbi deyil?

- A) Anada Greyvs xəstəliyi
- B) Anada şəkərli diabet
- C) Anada hiperparatireodizm
- D) Anada vitamin D çatışmazlığı
- E) Ananın istifadə etdiyi anikonvulsatlar

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.709

268. Neonatal dövrdə hipolaksiemiyanın səbəbi deyil?

- A) Hiperparatireodizm
- B) Hiperbilirubinemiya
- C) Hipoparatireodizm
- D) Bədən kütləsinin aşağı olması
- E) Hipomaqnezemiya və hipermaqnezemiya

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.709

269. DiGorci sindromu üçün səciyyəvi deyil?

- A) Hiperparatireodizm
- B) Hipokalsiemiya
- C) Hipoparatireodizm
- D) Ürək qüsurları
- E) Timusun aplaziyası

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.709

270. Neonatal dövrdə hiperkalsiemiyanın səbəbi deyil?

- A) Anada hiperparatireodizm
- B) Anada psevdohipoparatireodizm
- C) Anada hipoparatireodizm
- D) Mukolipidoz tip II
- E) Anadangəlmə hipotireoz

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.729

271. Uşaqlarda hiperparatireodizmə aid deyil?

- A) Anada hiperparatireodizm
- B) Paratireoid vəzilərin adenoması, hiperplaziyası, sarkoması
- C) Hipokalsiematik hiperkalsiuriya tip 1
- D) Çoxsaylı endokrin neoplaziya tip I
- E) Mak-Kyun Olbrayt sindromu

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.729

272. Oğlanlarda orxidopeksiya neçə yaşa kimi aparılmalıdır?

- A) 1 yaşa kimi
- B) 6 aylığına kimi
- C) Pubertat dövründə
- D) 15 yaşda
- E) 10-12 yaşda

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 126

273. Bekvid Videman sindromuna aid deyil ?

- A) Neonatal hipokalsiemiya
- B) Makrosomiya
- C) Makroqlosiyya
- D) Neonatal hipoqlikemiya
- E) Embrional şişlər

Ədəbiyyat: Sperling Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperling, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.514

274. Tip 1 neyrofibratoz xəstəliyində hansı endokrin patologiyalar ola bilər?

1. Katexolamin sintez edən şişlər
2. İnsulinoma
3. Qıqantizm
4. Böyrəküstü vəzi çatışmazlığı
5. Hipotireoz

- A) 1,2,3
- B) 2,3,4
- C) 3,4,5
- D) 1,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.515

275. Haşimoto tireoditində tireoid vəzi hansı funksional vəziyyətlərdə ola bilər ?

1. Eutireoid
2. Tranzitor hipertireoid
3. Hipotireoid
4. Yalnız hipotireoid
5. Davamlı hipertireoz

- A) 1,2,3
- B) 2,3,4
- C) 3,4,5
- D) 1,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.400

276. Uşaqlarda hansı dəyişiklik subklinik hipotireodizm kimi qiymətləndirilir ?

- A)  $T_4$  və  $T_3$  normal, TSH yüksək olduqda
- B)  $T_4$  və  $T_3$  aşağı, TSH yüksək olduqda
- C)  $T_4$  və  $T_3$  normal, TSH aşağı olduqda
- D)  $T_4$  və  $T_3$  yüksək, TSH yüksək olduqda
- E)  $T_4$  normal,  $T_3$  aşağı, TSH yüksək olduqda

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.401

277. Uşaqlarda subklinik hipotireodizm zamanı TSH-in hansı göstəricisində levotiroksinlə müalicə tövsiyyə olunur ?

- A) TSH 5-10  $\mu\text{U/mL}$  arasında olduqda
- B) TSH 8  $\mu\text{U/mL}$  –dən yüksək olduqda
- C) TSH 10  $\mu\text{U/mL}$  –dən yüksək olduqda
- D) TSH 7  $\mu\text{U/mL}$  –dən yüksək olduqda
- E) TSH 4,5  $\mu\text{U/mL}$  –dən yüksək olduqda

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.401

278. İkincili hipotireodizmin levotiroksinlə müalicəsinə nəzarətdə hansı hormonal göstərici tövsiyyə olunur ?

- A) Sərbəst  $T_4$
- B) TSH
- C) TSH və sərbəst  $T_4$
- D) Ümumi  $T_4$
- E) Ümumi  $T_3$

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.402

279. İkincili hipotireodizmin levotiroksinlə müalicəsinə hansı dozadan başlamaq tövsiyyə olunur ?

- A) 1,6 mcg/kg
- B) 2,5 mcg/kg
- C) 2,3 mcg/kg
- D) 4-5 mcg/kg
- E) 5-10 mcg/kg

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.402

280. Hipotireodizm böyük hemangiomalarla assosasiya olduqda levotiroksinlə müalicənin xüsusiyyəti nədən ibarətdir ?

- A) Levotiroksin yüksək dozalarda verilir
- B) Levotiroksin kiçik dozalarda verilir
- C) Levotiroksin yaşa uyğun dozalarda verilir
- D) Levotiroksin fasilələrlə verilir
- E) Levotiroksin verilmir

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.402

281. Metimazolun əlavə təsirləri hansılardır ?

- 1. Övrə
- 2. Neytropeniya
- 3. Artralgiya
- 4. Anemiya
- 5. Hiperbilirubinemiya

- A) 1,2,3
- B) 2,3,4
- C) 3,4,5
- D) 1,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.404

282. Uşaqlarda Greyvs xəstəliyinin müalicəsində remissiya necə qiymətləndirilir ?

- A) Antitireoid preparatların qəbulu kəsildikdən 1 il ərzində eutireoid və hipotireoid vəziyyət olduqda
- B) Antitireoid preparatların qəbulu zamanı eutireoid vəziyyət olduqda



- C) Antitireoid preparatların qəbulu 6 ay ərzində eutireoid və hipotireoid vəziyyət olduqda
- D) Antitireoid preparatların qəbulu fonunda yaranan eutireoid və hipotireoid vəziyyət olduqda
- E) Antitireoid preparatların qəbulu kəsildikdən 3 ay ərzində eutireoid və hipotireoid vəziyyət olduqda

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.404

283. Uşaqlarda Greyvs xəstəliyinin müalicəsində radioaktiv yodla ( $^{131}\text{I}$ ) müalicə neçə yaşdan sonra aparılır ?

- A) 10 yaşdan sonra
- B) 15 yaşdan sonra
- C) 5 yaşdan sonra
- D) 8 yaşdan sonra
- E) Ümumiyyətlə uşaqlarda  $^{131}\text{I}$ -lə müalicə aparılmır

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.405

284. Uşaqlarda kriptorxizm hansı xəstəliklərdə rast gələ bilər ?

- A) Hipoxondroplaziya
- B) Bekvid Videman sindromu
- C) Nunan sindromu
- D) Sekkel sindromu tip 1-5
- E) Prader Villi sindromu

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.150

285. Sotos sindromunu əlaməti deyil ?

- A) Sümük yaşının xronoloji yaşdan çox olması
- B) Giqantizm
- C) Kriptorxizm
- D) Korluq
- E) Hipotireoz

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.150

286. Anadangəlmə hipotireozun səbəbi deyil ?

- A) Tireoid vəzin disgeneziyası
- B) Tireoid hormonların disgeneziyası
- C) PİT-1
- D) TSH rezistenliyi
- E) Tireoid hormonların periferik inaktivasiyası

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.277

287. Anadangəlmə hipotireozun əlaməti deyil ?

- A) Qəbzlik
- B) Makroqlossiya
- C) Taxikardiya
- D) Bradikardiya
- E) Boydan geri qalma

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.293

288. Uşaqlarda Greyvs xəstəliyinin əlaməti deyil ?

- A) Ur
- B) Taxikardiya
- C) Bədən kütləsinin azalması
- D) Anemiya
- E) Ekzoftalm

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.298

289. Tireotoksikozun səbəbi deyil ?

- A) TSH-in normadan aşağı olması
- B) Greyvs xəstəliyi
- C) Toksik adenoma
- D) Toksik coxdüyülü ur
- E) TSH-in sekresiyasının atması

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.299

290. Neonatal tireotoksikozun klinik əlamətləri hansılardır ?

- 1. Ur
- 2. Taxikardiya
- 3. Bətdaxili inkişafın ləngiməsi
- 4. Hirsutizm
- 5. Bədən kütləsinin çox olması

- A) 2,3,4
- B) 3,4,5
- C) 1,3,5
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.304

291. Tireoid hormonun rezistentlik sindromunu klinik əlaməti deyil?

- A) Ur
- B) Boydan gei qalma
- C) Taxikardiya
- D) Ekzoftalm
- E) Əqli inkişafdan geri qalma

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.313

292. Hansı endokrin xəstəlikdə piylənmə olmur ?

- A) Prolaktinoma
- B) Hipotireoz
- C) Kuşinq xəstəliyi
- D) Boy hormonu çatışmazlığı
- E) Psevdohipoparatireodizm 1A

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.965

293. Neonatal dövrdə persistent hipoqlikemiya risk hansı deyil ?

- A) Anada hipertireoz
- B) Anada şəkərli diabetin olması
- C) Bətdaxili inkişafın ləngiməsi
- D) Asfiksiya

E) Yarımqıq uşaqqlar

Ədəbiyyat: Sperliq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperliq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.177

294. İlk 24-48 saatda yaranan ağır neonatal hipoqlikemiyada ilk yardım necə aparılır ?

- A) Dekstroza v/d 0,2 qr/kq bolyus sonra isə 4-6 mq/kq/dəqiqədə damcı üsulu ilə
- B) Qlükoza 0,1 qr/kq bolyus v/d
- C) Sol. Prednizolon 1 mg/kq sonra isə qlükoza 5-10 mq/kq/dəqiqədə damcı üsulu ilə
- D) Qlükoza 0,1 qr/kq bolyus v/d
- E) Per os qlükoza məhlulu

Ədəbiyyat: Sperliq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperliq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.178

295. Neonatal hipoqlikemiyanı differensasiya etmək üçün ilkin mərhələdə yoxlanılır?

- A) Qanda insulin
- B) Qanda qlükoza
- C) Bikarbonatlar
- D) Laktat
- E) Keton

Ədəbiyyat: Sperliq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperliq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.182

296. Neonatal hipoqlikemiya zamanı qanda asidemiya  $\text{HCO}_3^- < 16-18$  varsa və laktat normadan yüksəkdirsə hansı qrup xəstəlikdən şübhələnmək olar ?

- A) Qlükoneogenez qüsuru ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- B) Ketotik hipoqlikemiya ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- C) Yağ turşusu oksidasiyası ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- D) Hipoketotik hipoqlikemiya ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- E) İkincili adrenal çatışmazlığından

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.182

297. Neonatal hipoqlikemiya zamanı qanda asidemiya  $\text{HCO}_3^- < 16-18$  varsa və  $\beta$ -hidroksibutirat normadan yüksəkdirsə hansı qrup xəstəlikdən şübhələnmək olar ?

- A) Ketotik hipoqlikemiya ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- B) Qlükoneogenez qüsuru ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- C) Yağ turşusu oksidasiyası ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- D) Hipoketotik hipoqlikemiya ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- E) Birincili adrenal çatışmazlığından

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.182

298. Neonatal hipoqlikemiya zamanı qanda asidemiya yoxdursa  $\text{HCO}_3^- > 16-18$  və  $\beta$ -hidroksibutirat aşağı və sərbəst yağ turşuları normadan yüksəkdirsə hansı qrup xəstəlikdən şübhələnmək olar ?

- A) Yağ turşusu oksidasiyası ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- B) Ketotik hipoqlikemiya ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- C) Qlükoneogenez qüsuru ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- D) Hipoketotik hipoqlikemiya ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- E) Birincili adrenal çatışmazlığından

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.182

299. Neonatal hipoqlikemiya zamanı qanda asidemiya yoxdursa  $\text{HCO}_3^-$  16-18 və  $\beta$ -hidroksibutirat və sərbəst yağ turşuları normadan aşağıdırsa hansı qrup xəstəlikdən şübhələnmək olar ?

- A) Hipoketotik hipoqlikemiya ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- B) Yağ turşusu oksidasiyası ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- C) Ketotik hipoqlikemiya ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- D) Qlükoneogenez qüsuru ilə səciyyələnən xəstəliklərdən
- E) Birincili adrenal çatışmazlığından

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.182

300. Hiperinsulinizmi təsdiq etmək üçün uşaqda eyni vaxtda hansı analizlər yoxlanılmalıdır ?

- A) Qanda qlükoza, insulin və C-peptid
- B) Qanda qlükoza və qlikohemoqlobin
- C) Qanda insulin və kortizol
- D) Qanda kortizol və somatotrop hormon
- E) Qanda insulin, somatotrop hormon və qlükoza

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.183

301. Hiperinsulinizmi təsdiq etmək üçün uşaqda hipoqlikemiya zamanı insulinin səviyyəsi necə olmalıdır ?

- A)  $>2 \mu\text{U/mL}$

- B) >5 µU/mL
- C) >10 µU/mL
- D) >15 µU/mL
- E) >20 µU/mL

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.183

302. Hiperinsulinizmi təsdiq etmək üçün uşaqda hipoqlikemiya zamanı C-peptidin səviyyəsi necə olmalıdır ?

- A) ≥0,5 ng/mL
- B) ≥1,0 ng/mL
- C) ≥1,5 ng/mL
- D) ≥2,0 ng/mL
- E) ≥3,5 ng/mL

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.183

303. Tranzitor hiperinsulinizm hansı xəstəlik zamanı yaranmır ?

- A) Anada tireotoksikoz
- B) Anada hestasion şəkərli diabet
- C) Anada preeklampsiyanın olması
- D) Uşaqda asfiksiya
- E) Bətdaxili inkişafın ləngiməsi

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.184



304. Hiperinsulinizm hansı sindrom zamanı yaranmır ?

1. Bekvit Viderman sindromu
2. Kabuki sindromu
3. Turner sindromu
4. Prader Villi sindromu
5. Kalman sindromu

- A) 2,3,4
- B) 3,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.183

305. Kabuki sindromunda hansı endokrin patologiya olmur ?

- A) Hipertireoz
- B) Hipoqlikemiya
- C) Telarxe
- D) Boydan geri qalma
- E) Hipotireoz

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.190

306. Volf-Chaikof effektinə hansı hallar aiddir ?

1. Tireoid vəzidə yod tərkibli preparatlardan sonra yaranan vəziyyət
2. Amidaronun qəbulundan sonra tireoid vəzidə yaranan vəziyyət
3. Katerizasiya üçün istifadə olunan yod tərkibli preparatlardan sonra tireoid vəzidə yaranan vəziyyət

4. Bromkreptinin qəbulundan sonra yaranan vəziyyət
5. Omnadren-250 preparatın istifadəsindən sonra yaranan vəziyyət

- A) 2,3,4
- B) 3,4,5
- C) 1,3,5
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.212

307. Anadangəlmə hipotireozu olan uşaqlar 3 yaşa kimi necə aydan bir müayinə olunmalıdırlar ?

- A) 6 aydan bir
- B) 3 aydan bir
- C) 8 aydan bir
- D) 12 aydan bir
- E) 2 aydan bir

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.190

308. Anadangəlmə hipotireozu olan uşaqlar 3 yaşdan sonra necə müddətdən bir müayinə olunmalıdırlar ?

- A) 12 aydan bir
- B) 6 aydan bir
- C) 8 aydan bir
- D) 2 ildən bir
- E) 2 aydan bir

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.190

\

309. "Neonatal şəkərli diabet" termini şəkərli diabet uşağın necə yaşına kimi aşkar edildikdə istifadə olunur ?

- A) 6 aya kimi
- B) 28 günə kimi
- C) 3 aya kimi
- D) 1 yaşa kimi
- E) 5 aya kimi

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.279

310. Tranzitor neonatal şəkərli diabet uşağın neçə yaşına kimi davam edir ?

- A) Uşağın ilk 2 ayına kimi
- B) Uşağın ilk 6 ayına kimi
- C) Uşağın ilk 12 ayına kimi
- D) Uşağın 2 yaşına kimi
- E) Ömür boyu

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p.282

311. Hansı genetik sindrom üçün persistent hipoqonadotrop hipoqonadizm xas deyil ?

- A) Nunan sindromu
- B) Prader Villi sindromu

- C) Barde-Bidl sindromu
- D) Kalman sindromu
- E) CHARGE sindromu

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.677

312. Hansı endokrin xəstəlik üçün funksional hipoqonadotrop hipoqonadizm xas deyil ?

- A) Panhipopitiutarizm
- B) Şəkərli diabet
- C) Hipotireodizm
- D) Kuşinq sindromu
- E) Boy hormonu çatışmazlığı

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.677

313. Hansı xəstəlik üçün hiperqonadotrop hipoqonadizm xas deyil ?

- A) Kalman sindromu
- B) Nunan sindromu
- C) Qonadal disgeneziya
- D) 5  $\alpha$ -reduktaza çatışmazlığı (SR5A2)
- E) Anadangəlmə lipoid adrenal hiperplaziya

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.677

314. Hansı xəstəlik üçün hiperqonadotrop hipoqonadizm xas deyil ?

- A) Kuşinq sindromu

- B) 17 hidrosisteroid dehidogenaza çatışmazlığı (HSD17B3)
- C) 17,20 liaza çatışmazlığı (CYP17A1)
- D) Autoimmun orxit
- E) Del Castilio sindromu

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.677

315. Hansı endokrin xəstəlikdə piylənmə olmur ?

- A) Hipotireoz
- B) Kuşinq xəstəliyi
- C) Boy hormonu çatışmazlığı
- D) Hipertireoz
- E) Psevdohipoparatireodizm 1A

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p.965

316. Oğlanlarda pubertatin ləngiməsinin izolə olunmuş formasında testosteronla müalicə hansı yaşdan sonra başlanılır ?

- A) 13,5 yaş
- B) 14,5 yaş
- C) 12 yaş
- D) 14 yaş
- E) 16 yaş

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 279

317. Qızlarda pubertatin ləngiməsinin izolə olunmuş formasında estogenlərlə müalicə hansı yaşdan sonra başlanılır ?

- A) 14 yaş
- B) 12 yaş
- C) 11 yaş
- D) 13 yaş
- E) 15 yaş

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 282

318. Mariak sindomunun əlamətlərinə aid deyil ?

- A) Hiperandrogenizm
- B) Pubertatın ləngiməsi
- C) Hepatomeqaliya
- D) Boydan geri qalma
- E) Xronik hiperqlikemiya

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 256

319. Tip 1 şəkərli diabeti olan uşaqlarda diabetik nefropatiya nə vaxt skrinq olunmalıdır?

- A) 11 yaşdan sonra 2-5 il şəkərli diabetlə xəstə olan
- B) 10 yaşdan sonra
- C) Şəkərli diabet aşkar olduqdan dərhal sonra
- D) Hər dəfə diabetoloqa müraciət zamanı
- E) 2 ildən bir

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 857

320. Tip 1 şəkərli diabeti olan uşaqlarda diabetik retinopatiya nə vaxt skrinq olunmalıdır?

- A) 11 yaşdan sonra 2-5 il şəkərli diabetlə xəstə olan
- B) 8 yaşdan sonra
- C) Şəkərli diabet aşkar olduqdan sonra
- D) Hər dəfə diabetoloqa müraciət zamanı
- E) 3 ildən bir

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 857

321. Tip 1 şəkərli diabeti olan uşaqlarda diabetik neyropatiya nə vaxt skrinq olunmalıdır?

- A) 11 yaşdan sonra 2-5 il şəkərli diabetlə xəstə olan
- B) 10 yaşdan sonra
- C) Şəkərli diabet aşkar olduqdan 1 il sonra
- D) Hər dəfə diabetoloqa müraciət zamanı
- E) 2 ildən bir

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 857

322. Diabetik nefropatiyanın ilkin markeri nədir?

- A) Makroalbuminuriya
- B) Arterial təzyiqin yüksək olması
- C) 5 il şəkərli diabetlə xəstə olmaq
- D) Mikroalbuminuriya
- E) Aşağı ətraflarda ödemlərin olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 858

323. Oğlanlarda mikroalbuminuriya hansı halda hesab olunur?

- A) Albumin/kreatinin nisbətinin 2,5-25 mg/mmol və ya birdəfəlik səhər sidyində 30-300 mg/q albumin aşkar olduqda
- B) Albumin/kreatinin nisbətinin 0,5-20 mg/mmol və ya birdəfəlik səhər sidyində 10-100 mg/q albumin aşkar olduqda
- C) Albumin/kreatinin nisbətinin 1,5-20 mg/mmol və ya birdəfəlik səhər sidyində 50-200 mg/q albumin aşkar olduqda
- D) Albumin/kreatinin nisbətinin 3,0-20 mg/mmol və ya birdəfəlik səhər sidyində 400-600 mg/q albumin aşkar olduqda
- E) Albumin/kreatinin nisbətinin 3,5-30 mg/mmol və ya birdəfəlik səhər sidyində 800-900 mg/q albumin aşkar olduqda

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 858

324. Qızlarda mikroalbuminuriya hansı halda hesab olunur?

- A) Albumin/kreatinin nisbətinin 3,5-25 mg/mmol və ya birdəfəlik səhər sidiyində 42-300 mg/q albumin aşkar olduqda
- B) Albumin/kreatinin nisbətinin 0,5-15 mg/mmol və ya birdəfəlik səhər sidiyində 10-30 mg/q albumin aşkar olduqda
- C) Albumin/kreatinin nisbətinin 1,5-20 mg/mmol və ya birdəfəlik səhər sidiyində 20-30 mg/q albumin aşkar olduqda
- D) Albumin/kreatinin nisbətinin 3,0-20 mg/mmol və ya birdəfəlik səhər sidiyində 400-500 mg/q albumin aşkar olduqda
- E) Albumin/kreatinin nisbətinin 3,5-15 mg/mmol və ya birdəfəlik səhər sidiyində 600-900 mg/q albumin aşkar olduqda

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 858

325. Mikroalbuminuriya hansı halda hesab olunur?

- A) Albuminin ekskresiya surəti 20-200 mkq/dəq və ya albuminin səviyyəsi 30-300 mg/24 saat olduqda
- B) Albuminin ekskresiya surəti 5-10 mkq/dəq və ya albuminin səviyyəsi 10-20 mg/24 saat olduqda
- C) Albuminin ekskresiya surəti 10-15 mkq/dəq və ya albuminin səviyyəsi 5-10 mg/24 saat olduqda
- D) Albuminin ekskresiya surəti 300-400 mkq/dəq və ya albuminin səviyyəsi 400-600 mg/24 saat olduqda
- E) Albuminin ekskresiya surəti 500-900 mkq/dəq və ya albuminin səviyyəsi 600-900 mg/24 saat olduqda

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 858



326. Uşaqlarda piylənmədə hansı preparatdan və necə yaşdan sonra istifadə olunur?

- A) Orlistat, 12 yaşdan sonra
- B) Metformin, 10 yaşdan sonra
- C) Oktreotid, 5 yaşdan sonra
- D) Leptin, bütün yaşlarda
- E) Topiramət, 3 yaşdan sonra

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 974

327. Yumurtalıqların polikistoz sindromunun əlaməti deyil?

- A) Testosteronun normadan aşağı olması
- B) Amenoreya
- C) Hirsutizm
- D) Piylənmə
- E) Qanda LH yüksək olması

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.456.

328. Yeniyetmələrdə menstrual pozulmaların səbəbi deyil ?

- A) Qamartoma
- B) Anovulyator xəstəliklər
- C) FSH-in aşağı olması
- D) Hiperprolaktinemiya
- E) Hipotireodizm

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.453.

329. Hiperandrogenizmin səbəbi hansı deyil?

- A) Hipertireodizm
- B) Kuşinq sindromu
- C) Piylənmə
- D) Ağır insulınə rezistentlik
- E) Hiperprolaktinemiya

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.456.

330. Mərkəzi mənşəli şəkərsiz diabetin səbəbi deyil?

- A) Septo-optik displaziya
- B) Kraniofaringioma
- C) Germinoma
- D) Böyrək tubulyar asidoz
- E) Bakterial meningit

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology a practical clinical guide edited by Sally Radovick, MD University of Chicago Medical Center, Chicago, Margaret H. Macgillivray, MD Children's Hospital of Buffalo, Buffalo, NY, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2003, p.158

331. Oğlanlarda FSH-nın funksiyası nədən ibarətdir?

- A) Sertoli hüceyrələrinə təsir edir və spermatogenez üçün vacibdir
- B) Leydiq hüceyrələrinə təsir edir
- C) Prolaktinin sintezini aşağı salır
- D) Oğlanlarda heç bir funksiya daşımır
- E) Testosteronun sintezini artırır

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.12

332. Oğlanlarda LH-ın funksiyası nədən ibarətdir?

- A) Leydiq hüceyrələrinə təsir edir və testosteronun sintezini artırır
- B) Sertoli hüceyrələrinə təsir edir və spermatogenez üçün vacibdir

- C) Prolaktinin sintezini normada saxlayır
- D) Oğlanlarda heç bir funksiya daşımır
- E) Testosteronun sintezini azaldır

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.12

333. Prolaktin hormonunun funksiyası nədən ibarətdir?

- A) Sütün sintezini artırır
- B) Qadınlarda döş vəzilərin böyüməsində iştirak edir
- C) LH və FSH səviyyəsini normada saxlayır
- D) Heç bir funksiya daşımır
- E) Sümüklərdə böyümə zonalarına təsir edir

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.13

334. Qadınlarda oksitosin hormonunun funksiyası nədən ibarətdir?

1. Mieloepitelial hüceyrələrin yığılmasına səbəb olur
2. Qadınlarda döş vəziyərində sütün alveollardan çıxmasına səbəb olur
3. Uşaqlığın yığılmasına səbəb olur
4. Heç bir funksiya daşımır
5. Sütün əmələ gəlməsində iştirak edir

- A) 2,3,4
- B) 1,2,3
- C) 3,4,5
- D) 1,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.14

335. Fankoni sindromunun əlaməti deyil?

- A) Hipoxloremiya
- B) Hipofosfatemik raxit
- C) Polidipsiya, poliuriya, dehidratasiya
- D) Boydan geri qalma
- E) Hiperxloremiya

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.40

336. Tranzitor hipoparatireodizmin səbəbləri hansılardır?
1. Anada hiperparatireodizm səbəbindən hiperkalsiemiyanın olması
  2. Hipomaqnezemiya
  3. Hipermaqnezemiya
  4. Hiponatriemiya
  5. Hiperxloremiya
- A) 3,4  
B) 4,5  
C) 1,2  
D) 3,5  
E) 1,4

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.44

337. Persistent hipoparatireodizm hansı xəstəliklərdə rast gəlir?
1. DiGorci sindromu
  2. Ailəvi hipoparatireodizm
  3. X-ilişikli ressesiv hipoparatireodizm
  4. Kalman sindromu
  5. Prader Villi sindromu
- A) 1,2,3  
B) 3,4,5  
C) 1,4,5  
D) 1,3,5  
E) 2,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.44

338. Persistent hipoparatireodizm hansı xəstəliklərdə rast gəlir?
1. Kearns-Sayre sindromu
  2. Sanjad Sakati sindromu
  3. Kalsiuma həssas reseptorların mutasiyası
  4. Barde Bidl sindromu

5. Kraniofaringioma

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.45

339. Qazanılmış hipoparatiroidizm hansı xəstəliklərdə rast gəlir?

- 1. Boyun nahiyənin şüalanmasından sonra
- 2. Hemosideroz
- 3. Autoimmun poliendokrinopatiya tip 1
- 4. Sanjad Sakati sindromu
- 5. Kearns-Sayre sindromu

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.46

340. Neonatal və 1 yaşa qədər olan uşaqlar üçün desmopressinin nazal formasının dozası nə qədər tövsiyyə olunur?

- A) 1,0-2,5 mq
- B) 3-4 mq
- C) 5-6 mq
- D) 8-10 mq
- E) 10-15 mq

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.280

341. 1-5 yaşlı uşaqlar üçün desmopressinin nazal formasının dozası nə qədər tövsiyyə olunur?

- A) 2,5-5 mq
- B) 6-8 mq
- C) 9-11 mq
- D) 12-15 mq
- E) 16-20 mq

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.280

342. 5 yaşdan yuxarı uşaqlar üçün desmopressinin nazal formasının dozası nə qədər tövsiyə olunur?

- A) 12-15 mq
- B) 16-19 mq
- C) 5-10 mq
- D) 20-25 mq
- E) 26-30 mq

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.280

343. 17  $\alpha$ -hidroksilaza çatışmazlığının əlamətləri hansılardır?

1. Qızlarda cinsi inkişafın ləngiməsi və oğlanlarda viril sindrom
2. Hipertenziya
3. Hipokaliemiya
4. Qızlarda viril sindrom və oğlanlarda cinsi inkişafın ləngiməsi
5. Hiperprolaktinemiya

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.371

344. Mineralokortokoid çatışmazlığının əlamətləri hansılardır?

1. Hiperkaliemiya
2. Hiponatriemiya

3. Metabolik asidoz
4. Reninin qanda aşağı olması
5. Hipokaliemiya

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.373

345. Mineralokortikoid preparatının qəbulunun adekvat olmasını bilmək üçün hansı analiz yoxlanılmalıdır ?

- A) Qanda renin
- B) Qanda kortizol
- C) 17-OHP
- D) Sidikdə kortizol
- E) AKTH və kortizol

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.375

346. Tripl A sindromunun komponentləri hansılardır ?

1. Alakrimiya
2. Axalaziya
3. İkincili adrenal çatışmazlıq
4. Alopesiya
5. Asidoz

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,3,5
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.388

347. İkincili adrenal çatışmazlığın diaqnostikası üçün istifadə olunan sinakten preparatın dozası nə qədər olmalıdır ?

- A) 1 µg
- B) 250 µg
- C) 10 µg
- D) 50 µg
- E) 60 µg

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.270

348. Pediatrik metabolik sindromun əlaməti deyil ?

- A)
- B) Mərkəzi piylənmə və bel dairəsinin >95 sentildən yüksək olması
- C) Qanda triqliseridlərin  $\geq 150$  mg/dL olması
- D) Bədən kütlə indeksinin 35-dən yüksək olması YSLP < 40 mg/dL olması
- E) Arterial sistolik təzyiqin  $\geq 130$  mm civ. süt. və ya diastolk təzyiqin > 85 mm civ. süt. olması

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.427

349. 2 yaşdan kiçik olan uşaqlarda piylənmə necə qiymətləndirilir ?

- A) Bədən kütləsinin  $\geq 95$  sentildən yüksək olmasına görə
- B) Bədən kütlə indeksinə əsasən
- C) Bel dairəsinin >95 sentildən yüksək olmasına əsasən
- D) Bazu nahiyəsində dərialtı piy qatını ölçməklə
- E) Boy və bədən kütləsinə əsasən

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.427

350. Uşaqlarda piylənmənin cərrahi göstərişlərinə aid deyil ?

- A) Bədən kütlə indeksinin  $\geq 32$  –dan yüksək olması
- B) Bədən kütlə indeksinin  $\geq 40$  –dan yüksək olması
- C)  $\geq 6$  ay və daha uzun müddət ərzində müalicənin effektiv olmaması
- D) Qızların  $\geq 13$  yaşdan yuxarı olması
- E) Oğlanların  $\geq 15$  yaşdan yuxarı olması

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.434



351. Pediatrik ikincili hiperlipoproteinemiya hansı endokrin xəstəliklərdə rast gəlir ?

1. Hipotireoz
2. Şəkərli diabet
3. Şəkərsiz diabet
4. Tireotoksikoz
5. Anadangəlmə adrenal çatışmazlıq

- A) 1,2
- B) 2,3
- C) 4,5
- D) 1,5
- E) 1,4

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, səh. 1009

352. Uşaqlarda total xolesterinin norması necəyə kimidir ?

- A)  $\geq 199$  mg/dl
- B)  $\geq 200$  mg/dl
- C)  $\geq 100$  mg/dl
- D)  $\geq 150$  mg/dl
- E)  $\geq 130$  mg/dl

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, səh. 1011

353. Tip 1 və tip 2 şəkərli dabetdə lipidlərin ilk skriningi nə vaxt aparılır ?

- A) 9 yaşında
- B) 11 yaşında
- C) 12 yaşında
- D) 10 yaşında
- E) 13 yaşında

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, səh. 1014

354. Tip 1 və tip 2 şəkərli dabetdə statinlərlə müalicəyə göstərişlərə hansılar aiddir ?

1.  $\geq 10$  yaş
2. Aşağı sıxlıqlı lipoproteinlər  $>160$  mg/dL
3. Aşağı sıxlıqlı lipoproteinlərin nəticəsi  $130-159$  mg/dL olduqda və ürək qan damar risk faktoru olan halda
4.  $\geq 12$  yaş
5. Aşağı sıxlıqlı lipoproteinlər  $>120$  mg/dL

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,5
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, səh. 1014

355. Adrenarxe üçün əsas dominat marker hormon hansıdır ?

- A) DHEA-S
- B) LH
- C) FSH
- D) AKTH
- E) Kortizol

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, səh. 1014.

356. Birincili amenoreyada döş vəziləri böyüməyibse və ya kiçikdirsə, bədən kütləsi normal və qanda LH göstəricisi prepubertaldırsa bu zaman hansı xəstəliklərdən şübhələnmək olar ?

1. Pubertatın konstitusional geri qalması
2. Hipoqonadotrop hipoqonadizm
3. Rokitanski sindromu
4. Androgenlərə rezistentlik
5. Birincili yumurtalıq çatışmazlığı

- A) 3,4
- B) 2,4
- C) 1,2
- D) 1,3
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, səh. 580.

357. Birincili amenoreyada döş vəziləri böyüməyibse və ya kiçikdirsə, bədən kütləsi aşağıdırsa hansı xəstəliklərdən şübhələnmək olar ?

1. Qidalanma çatışmazlığı
2. Atletik amenoreya
3. Pubertatın konstitusional geri qalması
4. Androgenlərə rezistentlik
5. Birincili yumurtalıq çatışmazlığı

- A) 1,2
- B) 3,4
- C) 2,4
- D) 1,3
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, səh. 580.

358. Birincili amenoreyada döş vəziləri böyüməyibse və ya kiçikdirsə, bədən kütləsi normal və qanda FSH göstəricisi normadan yüksəkdirsə bu zaman hansı xəstəliklərdən şübhələnmək olar ?

1. Birincili yumurtalıq çatışmazlığı
2. Turner sindromu
3. Rokitanski sindromu
4. Androgenlərə rezistentlik
5. Pubertatın konstitusional geri qalması

- A) 1,2
- B) 3,4
- C) 2,4
- D) 1,3
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, səh. 580

359. İkincili amenoreyada döş vəziləri normal ölçüdədirsə, xarici cinsi vəzilər normaldırsa  $\beta$ -xorionik qonadotropin normadan yüksəkdirsə nədən şübhələnmək olar ?

- A) Turner sindromundan
- B) Rokitanski sindromundan
- C) Androgenlərə rezistentlikdən
- D) Hamiləlikdən
- E) Pubertatın konstitusional geri qalmasından

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, səh. 580

360. Birincili amenoreyada döş vəziləri normal ölçüdədirsə, xarici cinsi vəzilər qeyri-normaldırsa nədən şübhələnmək olar ?

1. Vaginal aplaziya
2. İntersex
3. Rokitanski sindromu
4. Androgenlərə rezistentlik
5. Turner sindromu

- A) 1,2
- B) 3,4
- C) 2,4
- D) 1,3
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, səh. 580

361. Birincili amenoreyada döş vəziləri normal ölçüdədirsə, xarici cinsi vəzilər normaldırsa  $\beta$ -xorionik qonadotropin normadan aşağıdırsa və testosteron yüksəkdirsə nədən şübhələnmək olar ?

- A) Androgenlərə rezistentlikdən
- B) Hamiləlikdən
- C) Turner sindromundan
- D) Rokitanski sindromundan
- E) Pubertatın konstitusional geri qalmasından

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, səh. 580

362. Qanda ümumi və ya sərbəst testosteron, 17-OHP və DHEA-S yüksəkdirsə hansı xəstəliklərdən şübhələnmək olar ?

1. Anadangəlmə adrenal hiperplaziya
2. Adrenal şişdən
3. Turner sindromundan
4. Rokitanski sindromundan
5. Addison xəstəliyindən

- A) 1,2
- B) 3,4
- C) 2,4
- D) 1,3
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, səh. 597

363. Qanda ümumi və ya sərbəst testosteron və prolaktin yüksəkdirsə nədən şübhələnmək olar ?

- A) Adrenal şişdən
- B) Turner sindromundan
- C) Prolaktinemiya
- D) Rokitanski sindromundan
- E) Anadangəlmə adrenal hiperplaziya

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, səh. 597

364. Qanda ümumi və ya sərbəst testosteron, kortizol və IGF-1 yüksəkdirsə hansı xəstəliklərdən şübhələnmək olar ?

- 1. Kuşinq sindromundan
- 2. Kortizola rezistenlikdən
- 3. Akromeqaliyadan
- 4. Rokitanski sindromundan
- 5. Addison xəstəliyindən

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, səh. 597

365. Turner sindromunda adətən hansı böyrək anomaliyası rast gəlmir ?

- A) Böyrəklərin kistası
- B) Böyrəklərin ektopiyası
- C) Nalabənzər böyrək
- D) Kasa-ləyən sisteminin duplikasiyası
- E) Unilateral böyrək ageniziyası

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD,

FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, səh. 642

366. Turner sindromunda hansı autoimmun xəstəklər rast gəlir ?

1. Xaşimoto tireoditi
2. Yuvenil revmatoid artrit
3. Seliakiya xəstəliyi
4. Autoimmun poliqlandulyar sindrom
5. Autoimmun adrenalit

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, səh. 643

367. Turner sindromunda esterogenlərlə müalicə necə yaşdan başlanılır?

- A) 11-12 yaşlar arasında
- B) 13 yaşdan sonra
- C) 14 yaşdan sonra
- D) 15 yaşdan sonra
- E) Esterogenlərlə müalicə aparılmır

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, səh. 650

368. Turner sindromunda esterogenlərlə müalicə zamanı progesteron preparatı nə vaxt əlavə olunur?

- A) Menstrual qanaxma başladıqda
- B) 11-12 yaşlar arasında
- C) 13 yaşdan sonra
- D) 14 yaşdan sonra
- E) 15 yaşdan sonra

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, səh. 650

369. Oğlanlarda anti-müller hormonu harada sintez olunur?

- A) Leydiq hüseyrələrində
- B) Böyrəküstü vəzidə
- C) Sertoli hüceyrələrində
- D) Hipofizdə
- E) Hipotalamusda

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, səh. 666

370. Qızlarda anti-müller hormonu harada sintez olunur?

- A) Qranuloza hüceyrələrində
- B) Tireoid vəzidə
- C) Böyrəküstü vəzidə
- D) Hipofizdə
- E) Hipotalamusda

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, səh. 666

371. Oğlanlarda anti-müller hormonu hansı hallarda yüksək olur?

1. Sertoli hüceyrələrinin şişlərində
2. 1 yaşa kimi
3. Adrenal adenomada
4. Kraniofarinqiomada
5. Qamartomada

- A) 3,4
- B) 1,2
- C) 2,4
- D) 1,3
- E) 4,5



Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, səh. 666

372. Qızlarda anti-müller hormonu hansı xəstəlikdə yüksək olur?

- A) Qranuloza hüceyrələrinin şişlərində
- B) Adrenal adenomada
- C) Kraniofaringiomada
- D) Qamartomada
- E) Kohn sindromunda

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, səh. 666

373. Oğlanlarda inhibin-B hormonu harada sintez olunur?

- A) Leydiq hüceyrələrində
- B) Böyrəküstü vəzidə
- C) Sertoli hüceyrələrində
- D) Hipofizdə
- E) Tireoid vəzidə

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, səh. 666

374. Qızlarda inhibin-B hormonu harada sintez olunur?

- A) Qranuloza hüceyrələrində
- B) Tireoid vəzidə
- C) Böyrəküstü vəzidə
- D) Hipofizdə
- E) Hipotalamusda

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, səh. 666

375. Oğlanlarda inhibin-B hormonunu hansı hormon stimülə edir?

- A) LH
- B) FSH
- C) Testosteron
- D) TSH
- E) Somatotrop hormon

Ədəbiyyat: Sperling Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperling, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, səh. 666

376. Anadangəlmə hipotireozu olan uşaqlarda TSH hansı səviyyədə saxlanılmalıdır?

- A) 0,5–3,0 mU/mL
- B) 0,3–0,4 mU/mL
- C) 3,5–4,0 mU/mL
- D) 4,5–5,0 mU/mL
- E) 5,5–7,0 mU/mL

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.411

377. 15 yaşdan yuxarı olan uşaqlara levotiroksinin dozası nə qədər təyin edilir?

- A) 2-3 mcg/kq
- B) 5-6 mcg/kq
- C) 10-15 mcg/kq
- D) 7-8 mcg/kq
- E) 4 mcg/kq

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.411

378. Hansı dərman preparatını qəbulu zamanı levotiroksinə tələbat artmır?

- A) Amidaron
- B) Furosemid
- C) Esterogen
- D) Xolesteramin
- E) Karbamazepin

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.410

379. Hansı xəstəliklərdə levotiroksinə tələbat artır?

- 1. Seliakiya
- 2. Nazik bağırsağın rezeksiyası
- 3. Enterit
- 4. Pielonefrit
- 5. Ensefalit

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.410

380. Hansı şişdə ağır hipotireoz yaranmır?

- A) Leyomiosarkoma
- B) Astrasitoma
- C) Oliqodendroqlioma
- D) Qlioblastoma
- E) Massiv hemangioma

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.410

381. Qanda sərbəst T<sub>4</sub>-ün və sərbəst T<sub>3</sub>-ün yüksək olması, TSH-ın normal və ya yüksək olması hansı hallada ola bilər?

1. Analiz zamanı artefakt
2. Tireoid hormonlara rezistentlik
3. Hipofizin şişi
4. Anadangəlmə hipotireoz
5. Tireotoksikoz

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,3,4
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.448

382. Tireoid vəzidə olan düyünün ölçüsü  $\geq 1$  sm böyükdürsə, qanda TSH normadan aşağıdırsa hansı müayinə aparılmalıdır?

- A) Tireoid vəzin radioaktiv yodla (<sup>123</sup>I) skan olunması
- B) Düyünün biopsiyası
- C) Əlavə olaraq T<sub>4</sub> və T<sub>3</sub> təyini
- D) Tireoid vəzin USM-si
- E) Baş beyinin MRT-si

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.449

383. Tireoid karsinomaya riski olan xəstə uşağın TSH göstəricisini hansı səviyyədə saxlamaq məsləhət görülür?

- A) 0,3–0,4 mU/mL
- B) 3,5–4,0 mU/mL
- C) 0,1 mU/mL –dən aşağı
- D) 4,5–5,0 mU/mL
- E) 5,5–7,0 mU/mL

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.411

384. Tireoid karsinomaya görə cərrahi əməliyyatdan sonrakı monitoring hansı hormona əsasən aparılır?

- A) TSH
- B) Sərbəst T<sub>4</sub>
- C) Tireoglobulin anticisimləri
- D) Tireoglobulin və tireoglobulin anticisimləri
- E) Ümumi T<sub>4</sub> və T<sub>3</sub>

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.468

385. Qanda kalsiumun səviyyəsi yüksəkdirsə, sidikdə kalsiumun səviyyəsi aşağıdırsa, parathormon yüksək və ya normaldırsa bu hansı xəstəlikdir?

- A) Tireotoksikoz
- B) Adrenal çatışmazlıq
- C) Xronik böyrək çatışmazlığı
- D) Ailəvi hipokalsiurik hipokalsiemiya
- E) Vilyams sindromu

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.490

386. Qanda kalsiumun səviyyəsi yüksəkdirsə, sidikdə kalsiumun səviyyəsi aşağıdırsa, parathormon yüksək və ya normaldırsa, kalsium klirens nisbəti <0,01 olduqda bu hansı xəstəlikdir?

- A) Hipotireoz
- B) Ailəvi hipokalsiurik hipokalsiemiya
- C) Adrenal çatışmazlıq

- D) Qaraciyər çatışmazlığı
- E) Kalman sindromu

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 2 Growth, Adrenal, Sexual, Thyroid, Calcium, and Fluid Balance Disorders, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.490

387. İdiopatik boy geriliyində somatotrop hormonla müalicəyə göstəriş nədir?

- A) Boyun -2-3 SDS-dən aşağı olması
- B) Ailədə ananın boydan geri qalması
- C) Ailədə atanın boydan geri qalması
- D) Boyun -1,0 SDS-dən aşağı olması
- E) Boyun -1,5 SDS-dən aşağı olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 110

388. Somatotropinin dozasına hansı xəstəliyin həssaslığı yüksəkdir?

- A) Turner sindromu
- B) Nunan sindromu
- C) Somatotrop hormon çatışmazlığı olan xəstələr
- D) Prader Villi sindromu
- E) Sekkel sindromu

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 219

389. Axondroplaziyada və hipoxondroplaziyada somatotropindən istifadə etmək olarmı?

- A) Xeyr olmaz
- B) Qızlarda esterogenlərlə kombinə şəkildə olar
- C) Bəli olar, amma effekti zəifdir
- D) Oğlanlarda testosteronla kombinə şəkildə olar

E) Aromataza ingibitorları ilə birlikdə olar

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 228

390. Leri-Vell disxondrosteoz və SHOX çatışmazlığı sindromlarında somatotropinlə müalicə üçün tövsiyyə olunan doza hansıdır?

- A) 50 µg/kq/sutkada
- B) 35 µg/kq/sutkada
- C) 20 µg/kq/sutkada
- D) 10 µg/kq/sutkada
- E) 70 µg/kq/sutkada

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 229

391. Leri-Vell disxondrosteoz sindromunun əlamətlərinə hansılar aiddir?

1. Boydan geri qalma
2. Madelunq deformasiyası
3. Ətrafların mezomelik formada olması
4. Əqli gerilik
5. Hidrosefaliya

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.229

392. Gestasiya yaşına görə kiçik olan (SGA) uşaqlarda somatotropinlə müalicə üçün tövsiyyə olunan doza hansıdır?

- A) 35-70 µg/kq/sutkada
- B) 15 µg/kq/sutkada
- C) 10 µg/kq/sutkada
- D) 5 µg/kq/sutkada
- E) 90 µg/kq/sutkada

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 216

393. Boy hormonu stimulyasiya sınağında insulinin dozası nə qədər götürülür və hara vurulur ?

- A) 0,1-0,15 vahid/kq venaya
- B) 0,1-0,15 vahid/kq dərialtına
- C) 0,5-0,8 vahid/kq əzələyə
- D) 1-1,5 vahid/kq dərialtına
- E) 0,5-0,8 vahid/kq əzələyə

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 206

394. Boy hormonu stimulyasiya sınağında somatotropun maksimal nəticəsi neçə götürülür ?

- A) 10 µg/L və bəzi mərkəzlərdə 12 µg/L
- B) 5 µg/L və bəzi mərkəzlərdə 7 µg/L
- C) 7 µg/L və bəzi mərkəzlərdə 10 µg/L
- D) 15 µg/L
- E) 12 µg/L

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 206



395. Madelunq deformasiyasının radioqrafik kriteriyası deyil ?

- A) Dirsək sümüyünün qısa olması
- B) Bilək sümüklərinin paz formasında olması
- C) Mil sümüyünün distal epifizinin üçbucaq formasında olması
- D) Mil sümüyünün qısa olması
- E) Mil-bilək oynaqının çıxığı

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p.229

396. Boy çatışmazlığı olan uşaqlarda somatotropinlə müalicə üçün tövsiyyə olunan başlanğıc doza hansıdır?

- A) 25-35 µg/kq/sutkada
- B) 50 µg/kq/sutkada
- C) 60 µg/kq/sutkada
- D) 5 µg/kq/sutkada
- E) 10 µg/kq/sutkada

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 209

397. Boy çatışmazlığı olan uşaqlarda somatotropinlə müalicə üçün maksimal tövsiyyə olunan doza hansıdır?

- A) 50 µg/kq/sutkada
- B) 35 µg/kq/sutkada
- C) 60 µg/kq/sutkada
- D) 40 µg/kq/sutkada
- E) 70 µg/kq/sutkada

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 209

398. Boy çatışmazlığı olan uşaqlarda somatotropinlə müalicənin effektivliyinin zəif olması göstəriciləri hansılardır?

1. İl ərzində 3 sm.-dən az boy artma
2. İl ərzində boyun 0,3-0,5 SDS –dən az artması
3. İl ərzində artma sürətinin +1 SDS-dən az olması
4. İl ərzində boy artımının 5-6 sm arasında olması
5. İl ərzində boyun artma sürətinin 1,5-2,0 SDS arasında olması

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 209

399. Boy hormonunun patoloji qanda yüksək olması hansı xəstəliklərdə rast gəlir?

1. Mak-Kyun Olbrayt sindromunda
2. Karney kompleksində
3. Akromeqaliyada
4. Kalman sindromunda
5. Həqiqi erkən cinsi inkişaf

- A) 3,4,5
- B) 1,2,3
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 230

400. Boy hormonunun patoloji qanda yüksək olması zamanı hansı dərman preparatlarından istifadə olunur?

1. Oktreotid
2. Lanreotid
3. Peqvisomant
4. Hidrokortizon
5. Kortinef

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 231

401. Marfan sindomunun əlaməti deyil?

- A) Aortanın koartikasiyası
- B) Büllurun ektopiyası
- C) Qiçantizm
- D) Makroadenoma
- E) Skaliroz

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 232

402. Erkən cinsi inkişaf qızlarda və oğlanlarda necə yaşa kimi hesab edilir?

- A) 8 yaşa kimi qızlarda, 9 yaşa kimi oğlanlarda
- B) 9 yaşa kimi qızlarda, 8 yaşa kimi oğlanlarda
- C) 10 yaşa kimi qızlarda, 9 yaşa kimi oğlanlarda
- D) 11 yaşa kimi qızlarda, 12 yaşa kimi oğlanlarda
- E) 7 yaşa kimi qızlarda, 8 yaşa kimi oğlanlarda

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 256

403. Anadangəlmə adrenal hiperplaziyanın hansı formasında arterial təzyiq yüksək olur ?

1. 11  $\beta$ -hidroksilaza çatışmazlığı
2. 3  $\beta$ -hidoksisteroid dehidrogenaza çatışmazlığı
3. 17  $\alpha$ -hidoksilaza çatışmazlığı
4. 21-hidroksilaza çatışmazlığı
5. 18-hidroksilaza çatışmazlığı

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,3,4
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.265

404. Hansı endokrin xəstəliklərdə arterial təzyiq yüksək olur ?

1. Hiperaldoseronizm
2. Kuşinq sindromu
3. Feoxromasitoma
4. Addison xəstəliyi
5. Prolaktinoma

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.265

405. Lidl sindromunda hansı laborator dəyişikliklər olur ?

1. Qanda reninin aşağı olması
2. Qanda kaliumun normal olması
3. Sidikdə çüzi aldosteronun aşkar edilməsi
4. Qanda reninin yüksək olması
5. Qanda kaliumun yüksək olması

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Pediatric Endocrinology, Fifth edition, Volume 1 Obesity, Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, and Hypoglycemia, Edited by Fima Lifshitz, 2007, p.266

406. Lipolizə səbəb olan hormon hansıdır ?

- A) Somatotrop hormon
- B) Kortizol
- C) Qlükaqon
- D) İnsulin
- E) Epinefrin

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 673

407. Ketogenezi zəiflədən hormon hansıdır ?

- A) Somatotrop hormon
- B) İnsulin
- C) Kortizol
- D) Qlükaqon
- E) Parathormon

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 673

408. Qlükogenolizi sürətləndirməyən hormon hansıdır ?

- A) İnsulin
- B) Somatotrop hormon
- C) Kortizol
- D) Qlükaqon
- E) Epinefrin

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 673

409. Postprandial hipoglükemiyanın səbəbləri hansılardır ?

1. Hiperinsulinizm
2. Qalaktozemiya
3. İrsi fruktoza dözümsüzlüyü
4. Qlükogen toplanma xəstəliyi
5. Ketotik hipoglükemiya

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 690

410. Hansı genetik sindromda piylənmə olmur ?

- A) Karpenter sindromu
- B) Kohen sindromu
- C) Marfan soindromu
- D) Barde-Bidl sindromu
- E) Alstrom sindromu

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 705

411. Piylənmənin ağırlaşması deyil ?

- A) Obstruktiv ağciyər xəstəliyi
- B) Büllurun ektopiyası
- C) Hipertenziya
- D) Yuxu apnoyesi
- E) Pikvikian sindromu

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 714

412. Piylənmənin endokrin ağırlaşması deyil ?

- A) Hiperprolaktinemiya
- B) Hiperinsulinemiya
- C) Erkən pubertat
- D) Dislipidemiya
- E) Dismenorreya

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 714

413. Yod çatışmazlığında tireoid hormonların hansı dəyişikliyi baş verir ?

- A) Sərbəst T<sub>4</sub> aşağı olur

- B) TSH normal olur
- C) Sərbəst T<sub>3</sub> yüksək olur
- D) TSH aşağı olur
- E) Sərbəst T<sub>3</sub> aşağı olur

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 316

414. İnterkurrent xəstəliklərdə tireoid hormonların hansı dəyişikliyi baş verir ?

- 1. Sərbəst T<sub>3</sub> yüksək olur
- 2. Sərbəst T<sub>4</sub> yüksək olur
- 3. TSH normal olur
- 4. TSH aşağı olur
- 5. Sərbəst T<sub>3</sub> aşağı olur

- A) 3,4,5
- B) 1,2,3
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 316

415. Heparin qəbulu zamanı tireoid hormonların hansı dəyişikliyi baş verir ?

- 1. Sərbəst T<sub>4</sub> və sərbəst T<sub>3</sub> yüksək olur
- 2. Total T<sub>4</sub> normal olur
- 3. TSH normal olur
- 4. TSH aşağı olur
- 5. Sərbəst T<sub>3</sub> aşağı olur

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5



Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 316

416. Ailəvi disalbuminemik hipertiroksinemiya da tireoid hormonların hansı dəyişikliyi baş verir ?

1. Sərbəst T<sub>4</sub> yüksək olur
2. Sərbəst T<sub>3</sub> yüksək və ya normal olur
3. TSH normal olur
4. TSH yüksək olur
5. Sərbəst T<sub>3</sub> aşağı olur

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,3,4
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 316

417. Tireoid hormonun nəqlinin qüsuru sindromunun (MCT8 və ya Allan–Herndon–Dudley sindromu -AHDS) klinik və laborator əlamətləri hansılardır ?

1. Sərbəst T<sub>4</sub> aşağı və ya normal olur
2. Sərbəst T<sub>3</sub> yüksək, TSH normal olur
3. Əqli gerilik, danışa bilməmək
4. TSH yüksək olur
5. Hiperaktivlik sindromu olur

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 316

418. Androgenlərin qanda yüksək olması hansı xəstəliklərdə rast gəlir ?

1. Ailəvi testotoksikoz
2. Adrenal adenoma
3.  $11\beta$ -hidroksilaza çatışmazlığı
4. Kona sindromu
5. Ailəvi hiperaldosteronizm tip 1 (FHA 1)

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,3,4
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 394

419. Qlükokortikoidlərin qanda yüksək olması hansı xəstəliklərdə rast gəlir ?

1. Mak-Kyun Olbrayt sindromu
2. İzolə olunmuş mikronodulyar adrenokortikal xəstəlik
3. Ektopik AKTH sindromu
4. Kona sindromu
5. Anadangəlmə adrenal hiperplaziya

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,3,4
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 394

420. Mineralokortikoidlərin qanda yüksək olması hansı xəstəliklərdə rast gəlinir ?

1. 11-β-hidroksilaza çatışmazlığı tip II
2. Ailəvi hiperaldosteronizm tip 3 (FHA 3)
3. Kohn sindromu
4. Ektopik AKTH sindromu
5. Anadangəlmə adrenal hiperplaziya

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 394

421. Boy hormonunun müalicəsinə nəzarət etmək üçün IGF-1-i necə vaxtdan bir nəzarət etmək lazımdır ?

- A) İldə 1 dəfə
- B) Yoxlamaq lazım deyil
- C) 3-6 aydan bir
- D) 2 ildən bir
- E) 1-2 aydan bir

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 209

422. Tireoid medulyar karsinomanın (MCT) markeri hansı hormondur ?

- A) TSH
- B) T<sub>4</sub>
- C) Kalsitonin

- D) T<sub>3</sub>
- E) Tireoqlobulin

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 421

423. Qızlarda həqiqi erkən cinsi inkişafın başlamasını nə vaxt şübhələnmək olar ?

1. Döş vəzilərin 8 yaşdan əvvəl böyüməsi
2. Döş vəzilərin 8-9 yaş arasında böyüməsi
3. Menarxenin 10 yaşdan tez başlaması
4. Yalnız qoltuqaltı tüklənmənin olması
5. Yalnız tər iyinin 8 yaşdan kiçik yaşda başlaması

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,3,4
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 261

424. Qızlarda həqiqi erkən cinsi inkişafın başlamasını nə vaxt şübhələnmək olar ?

1. İl ərzində böyümə sürətinin 6 sm.-dən çox olması
2. Pubertatın bir mərhələsinin sonrakı mərhələsini 6 ay öhdələməsi
3. Qasıq nahiyənin tüklənməsinin 8 yaşdan tez başlaması
4. Yalnız qoltuqaltı tüklənmənin olması
5. Yalnız qoltuqaltı tər iyinin 8 yaşdan kiçik yaşda başlaması

- A) 3,4,5
- B) 1,2,3
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 261

425. Oğlanlarda həqiqi erkən cinsi inkişafın başlamasını nə vaxt şübhələnmək olar ?

1. Xayaların həcmninin 9 yaşdan əvvəl 3 ml-dən çox olması
2. Qasıq nahiyənin tüklənməsinin 9 yaşdan tez başlaması
3. Pubertatın 10 yaşında başlaması
4. Yalnız qoltuqaltı tüklənmənin olması
5. Yalnız tər iyinin 9 yaşdan kiçik yaşda başlaması

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,3,4
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 261

426. Oğlanlarda həqiqi erkən cinsi inkişafın başlamasını nə vaxt şübhələnmək olar ?

1. İl ərzində böyümə sürətinin 6 sm.-dən çox olması
2. Pubertatın bir mərhələsinin sonrakı mərhələsinə 6 ay öhdələməsi
3. Nevroloji klinikanın yaranması
4. Yalnız qoltuqaltı tüklənmənin olması
5. Yalnız qoltuqaltı tər iyinin 9 yaşdan kiçik yaşda başlaması

- A) 3,4,5
- B) 1,2,3
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 261

427. Qızlarda həqiqi erkən cinsi inkişafı necə yaşa kimi GnRH aqonistləri ilə müalicə olunması məsləhət gəforülür ?

- A) 11 yaşa kimi
- B) 10 yaşa kimi
- C) 12 yaşa kimi
- D) 13 yaşa kimi
- E) 14 yaşa kimi

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 265

428. Kraniofaringiomanın əlamətinə aid deyil ?

- A) Baş ağrısı
- B) Ürəkbulanma
- C) Pollakiuruya
- D) Görmənin zəifləməsi
- E) Polidipsiya və poliuriya

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 158

429. İllik böyümə sürəti hansı düstur vasitəsilə hesablanır ?

- A) İllik böyümə sürəti (sm) = 1-ci müraciətdə boy (sm)- 2-ci müraciətdə boy (sm) x 12 / müraciətlərsı ayların sayı
- B) İllik böyümə sürəti (sm) = 1-ci müraciətdə boy (sm) x 12 / müraciətlərsı ayların cəmi
- C) İllik böyümə sürəti (sm) = Atanın boyu (sm)- Ananın boyu (sm) x 12 / uşağın boyu x 2

- D) İllik böyümə sürəti (sm) =  $\frac{\text{Atanın boyu (sm)} + 12,5 \text{ sm} - \text{Ananın boyu (sm)} \times 12}{\text{uşağın boyu} \times 2}$
- E) İllik böyümə sürəti (sm) =  $\frac{\text{atanın boyu} + \text{ananın boyu}}{2}$

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 310

430. Oğlanların proqnoz olunan boyu necə hesablanır ?

- A) Proqnoz olunan boy (sm) =  $\frac{[(\text{ananın boyu} + 13 \text{ sm}) + \text{atanın boyu}]}{2}$
- B) Proqnoz olunan boy (sm) =  $\frac{\text{Atanın boyu (sm)} - \text{Ananın boyu (sm)} \times 12}{\text{uşağın boyu} \times 2}$
- C) Proqnoz olunan boy (sm) =  $\frac{[(\text{atanın boyu} + 13 \text{ sm}) + \text{ananın boyu}]}{2}$
- D) Proqnoz olunan boy (sm) =  $\frac{[(\text{atanın boyu} + 15 \text{ sm}) / 2 + \text{ananın boyu}]}{2}$
- E) Proqnoz olunan boy (sm) =  $\frac{[(\text{ananın boyu} + 12,5 \text{ sm}) + \text{atanın boyu}]}{2}$

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, səh. 313

431. Qızların proqnoz olunan boyu necə hesablanır ?

- A) Proqnoz olunan boy (sm) =  $\frac{[(\text{atanın boyu} - 13 \text{ sm}) + \text{ananın boyu}]}{2}$
- B) Proqnoz olunan boy (sm) =  $\frac{\text{Atanın boyu (sm)} - \text{Ananın boyu (sm)} \times 12}{\text{uşağın boyu} \times 2}$
- C) Proqnoz olunan boy (sm) =  $\frac{[(\text{atanın boyu} + 12,5 \text{ sm}) + \text{ananın boyu}]}{2}$
- D) Proqnoz olunan boy (sm) =  $\frac{[(\text{atanın boyu} + 15 \text{ sm}) / 2 + \text{ananın boyu}]}{2}$
- E) Proqnoz olunan boy (sm) =  $\frac{[(\text{ananın boyu} + 12 \text{ sm}) + \text{atanın boyu}]}{2}$

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD,

432. Uşaqlarda hansı göstəricilər olduqda boy hormonu çətişməzliyinə görə müayinə olunmalıdırlar ?

1. Ağır boy geriliyi, boyun geri qalması -3 SD-dən aşağı olması
2. Valideynlərin orta boy göstəricinin -1,5 SD-dən aşağı olması
3. Boyun geri qalması -2 SD-dən aşağı olması
4. Boyun geri qalması -1 SD-dən aşağı olması
5. Boyun geri qalması -1,5 SD-dən aşağı olması

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p. 316

433. Uşaqlarda hansı göstəricilər olduqda boy hormonu çətişməzliyinə görə müayinə olunmalıdırlar ?

1. Boy artımını sürətinin 1 il ərzində xronoloji yaşdan -1 SD-dən aşağı olması
2. Valideynlərin orta boy göstəricinin -1,5 SD-dən aşağı olması
3. 2 yaşa qədər olan uşaqlarda 1 il ərzində boy artımının 0,5 SD-dən aşağı olması
4. Boydan geri qalmanın -1 SD-dən aşağı olması
5. Boydan geri qalmanın -1,5 SD-dən aşağı olması

- A) 3,4,5
- B) 1,2,3
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5



Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 316

434. Uşaqlar hansı göstəricilər olduqda boy hormonu çətişməzliyinə görə müayinə olunmalıdırlar ?

1. Normal boy fonunda 1 il ərzində boyun artma sürətinin -2 SD aşağı olması
2. Normal boy fonunda 2 il ərzində boyun artma sürətinin -1,5 SD aşağı olması
3. Mərkəzi sinir sisteminin klinik əlamətlərinin əmələ gəlməsi
4. Boydan geri qalmanın -1,5 SD-dən aşağı olması
5. Boydan geri qalmanın -0,5 SD-dən aşağı olması

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 316

435. Boy hormonun stimulyasiya sınağında istifadə olunan Glucogen Hipo Kit preparatı hansı dozada götürülür və hara vurulur?

- A) 0,03 mq/kq, əzələ daxili və ya dərialtı
- B) 0,1 mq/kq, əzələ daxili və ya dərialtı
- C) 0,3 mq/kq, dərialtı
- D) 0,5 mq/kq, əzələ daxili və ya venadaxili
- E) 1,0 mq, əzələ daxili və ya dərialtı

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 336

436. Boy hormonun stimulyasiya sınağında istifadə olunan Clonidine preparatı hansı dozada götürülür və necə istifadə olunur?

- A) 0,05 mg/m<sup>2</sup> peros
- B) 50 mg əzələdaxili
- C) 150 mg/m<sup>2</sup> dərialtı
- D) 0,15 mg/m<sup>2</sup> peros
- E) 150 mg peros

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 336

437. Natriumun hansı göstəricisi hiponatriemiya kimi götürülür?

- A) <135 mmol/l
- B) <140 mmol/l
- C) <145 mmol/l
- D) <150 mmol/l
- E) <139 mmol/l

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 368

438. Hiponatriemiya zamanı hansı laborator dəyişikliklər olur ?

1. Qanda reninin yüksək olması
2. Qanda aldosteronun yüksək olması
3. Qanda sidik cövhərinin yüksək olması
4. Qanda reninin aşağı olması
5. Qanda aldosteronun aşağı olması

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4

E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 368

439. GnRH aqonistləri ilə müalicə zamanı monitoring hansı göstəricilərə əsasən qiymətləndirilir ?

1. Tanner cədvəlinə əsasən
2. Hər 3-6 aydan bir böyümə sürətini qiymətləndirməklə
3. Hər 6-12 aydan br sümük inkişafını qiymətləndirməklə
4. 6 ayda 1 dəfə qanda qonadotropinləri təyin etməklə
5. İldə 1 dəfə qanda esterogen və ya testosteronu təyin etməklə

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 675

440. 3 və 19 günlük xorionik qonadotropin sınağını aparan zaman boyun və pubertatın konstitusional geri qalması ilə hipoqonadotrop hipoqonadizmin differensiasiyasında testosteronun göstəricisi necə olur ?

- A) Boyun və pubertatın konstitusional geri qalmasında sınaqdan sonra testosteronun səviyyəsi yüksək olur
- B) Boyun və pubertatın konstitusional geri qalmasında sınaqdan sonra testosteronun səviyyəsi aşağı olur
- C) Hipoqonadotrop hipoqonadizmində testosteronun səviyyəsi yüksək olur
- D) Testosteronun səviyyəsi hər iki halda dəyişmir
- E) Boyun və pubertatın konstitusional geri qalmasında sınaqdan sonra testosteronun səviyyəsi normal olur

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p. 682

441. Böyük yaşlı uşaqlarda desmopressin hansı dozalarda təyin edilir?

- A) 11–15 µg 2 dəfə gündə
- B) 20–25 µg bir dəfə gündə
- C) 2,5–10 µg bir və ya 2 dəfə gündə
- D) 1–2 µg bir və ya 2 dəfə gündə
- E) 40–50 µg bir dəfə gündə

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 574

442. Neonatal və südəmə dövrədə desmopressin hansı dozada istifadə olunur?

- A) İstifadə olunmur
- B) 11–15 µg 2 dəfə gündə
- C) 20–25 µg bir dəfə gündə
- D) 1–2 µg bir və ya 2 dəfə gündə
- E) 40–50 µg bir dəfə gündə

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphia, USA, p. 379

443. Desmopressinin dozası nəyə əsasən titrasiya olunur?

- A) Qanda natriumun səviyyəsinə əsasən
- B) Qəbul olunan suyun həcminə əsasən
- C) Diurezə əsasən

- D) Klinik əlamətlərə əsasən
- E) Xəstənin çəkisinə əsasən

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 379

444. Yumurtalıqların polikistoz xəstəliyinin diaqnostik kriteriyaları hansılardır ?

1. Hiperandrogenzmin klinik və laborator göstəriciləri
2. USM-də kistaların aşkar edilməsi
3. Oliqoanovulyasiyanın olması
4. Arıqlama
5. Piylənmə

- A) 3,4,5
- B) 1,2,3
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 589

445. Aşağıda adları sadə olanların hansıları yumurtalıqların polikistoz xəstəliyinin diaqnostik kriteriyalarına aiddir ?

1. USM-də kistaların aşkar edilməsi
2. Oliqoanovulyasiyanın olması
3. Arterial təzyiqin olması
4. Arıqlama
5. Piylənmə

- A) 3,4
- B) 2,4
- C) 1,3

D) 1,2

E) 4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 589

446. Yumurtalıqların polikistoz xəstəliyində hansı hormonal dəyişikliklər olur?

1. Sərbəst testosteronun yüksək olması
2. DHEA-S yüksək olması
3. Androstenedionun yüksək olması
4. Kortizolun aşağı olması
5. AKTH-ın yüksək olması

A) 3,4,5

B) 2,4,5

C) 1,2,3

D) 1,3,4

E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Sperlinq Pediatric Endocrinology, Fifth Edition, Editor Mark A. Sperlinq, Associate editors Joseph A. Majzoub, MD Ram K. Menon, MD, FRCP Constantine A. Stratakis, MD, D(MED)Sc, PhD(hc), 2021 by Elsevier, Inc., Philadelphiya, USA, p. 590

447. Tanner cədvəlində oğlanların cinsi inkişafının qiymətləndirilməsi nəyə əsasən aparılır?

1. Xarici cinsi vəzilərə görə
2. Qasıq nahiyədə tüklənməyə görə
3. Qoltuqaltı nahiyədə tüklənməyə görə
4. Üzdə və bədəndə səpgilərə görə
5. Səsin kobudlaşmasına görə

A) 1,2

B) 3,4

C) 2,4

D) 1,3

E) 4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 237

448. Tanner cədvəlində qızların cinsi inkişafının qiymətləndirilməsi nəyə əsasən aparılır?

1. Döş vəzilərin böyüməsinə görə
2. Qasıq nahiyədə tüklənməyə görə
3. Qoltuqaltı nahiyədə tüklənməyə görə
4. Üzdə və bədəndə səpgilərə görə
5. Səsin incələşməsinə görə

- A) 3,4
- B) 2,4
- C) 1,3
- D) 1,2
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 237

449. Tanner cədvəlinin I dərəcəsinə görə oğlanlarda hansı cinsi dəyişikliklər olur?

1. Xayaların həcmi 1-3 ml olur
2. Qasıq nahiyədə tüklənmə olmur
3. Qasıq nahiyədə tüklənmə olur
4. Xayaların həcmi 5-8 ml olur
5. Səs kobudlaşır

- A) 3,4
- B) 2,4
- C) 1,2
- D) 1,3
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 237

450. Tanner cədvəlinin I dərəcəsinə görə qızlarda hansı cinsi dəyişikliklər olur?

1. Döş vəzin giləsi böyüyür
2. Qasıq nahiyədə tüklənmə olmur
3. Qasıq nahiyədə tüklənmə olur
4. Döş vəzilər böyüyür
5. Üzdə və bədəndə səpgilər olur

- A) 3,4
- B) 2,4
- C) 1,3
- D) 1,2
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 237

451. Androgenlərin antoqonistlərinə hansı preparatlar aiddir?

1. Cyproterone Acetate
2. Spironolactone (Aldactone)
3. Flutamide
4. Cabergoline
5. Fosomax

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,3,4
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.141



452. Uşaqlara Cyproterone Acetate hansı dozada təyin edilir ?

- A) 70-150 mg/m<sup>2</sup> gündə 2 dəfə
- B) 10-20 mg/m<sup>2</sup> gündə 3 dəfə
- C) 30-40 mg/m<sup>2</sup> gündə 2 dəfə
- D) 50-60 mg/m<sup>2</sup> gündə 2 dəfə
- E) 200-250 mg/m<sup>2</sup> gündə 1 dəfə

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.141

453. Antiesterogenlərə hansı preparatlar aiddir ?

- 1. Tamoksifen
- 2. Raloxifen
- 3. Cyproterone Acetate
- 4. Flutamide
- 5. Cabergoline

- A) 3,4
- B) 2,4
- C) 1,2
- D) 1,3
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.141

454. Yumurtalıqların polikistoz xəstəliyində hansı dərman preparatlarından istifadə olunur?

- 1. Metformin
- 2. Cyproterone acetate
- 3. Raloxifen
- 4. Cabergoline
- 5. Fosomax

- A) 1,2
- B) 3,4
- C) 2,4
- D) 1,3
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.156

455. Yumurtalıqların polikistoz xəstəliyində spironolactone (Aldactone) hansı müddətə kimi istifadə olunur?

- A) 1 ildən çox
- B) 2 ay
- C) 3-4 ay
- D) 5 ay
- E) 6 ay

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.156

456. Hipertrixozun səbəbləri hansılardır?

1. İrsi faktorlar
2. Porfiriya
3. Streptomycin, penicillamine
4. Prolaktin
5. Vazopressin

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,3,4
- D) 1,2,3
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.159

457. Anadangəlmə tireotoksikozda metimazol hansı dozada təyin edilir?

- A) 0,5-1,0 mg/kq gündə 3 dəfə
- B) 10-20 mg/m<sup>2</sup> gündə 3 dəfə
- C) 2,0-3,0 mg/kq gündə 2 dəfə
- D) 50-60 mg/m<sup>2</sup> gündə 2 dəfə

E) 20-25 mg/m<sup>2</sup> gündə 1 dəfə

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.188

458. Tireoid hormonlara rezistentlik sindromunda hansı preparatdan istifadə olunur?

- A) Levothyroxine
- B) Triiodothyroacetic acid (TRIAC)
- C) Luqol məhlulu
- D) Propylthiouracil (PTU)
- E) Methimazole (MMI)

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.188

459. Somatotropinlə müalicə zamanı nəzarət necə aparılmalıdır?

1. Birinci il 3 aydan bir, sonrakı illərdə isə hər 6 aydan bir həkimə müraciət
2. 3-6 aydan bir qanda IGF-1 və IGFBP-3-ün təyini
3. İldə 1 dəfə tireoid hormonların, qlükozanın təyin
4. İldə 2 dəfə qanda prolaktinin təyini
5. İldə 1 dəfə qanda IGF-1 təyini

- A) 3,4,5
- B) 2,4,5
- C) 1,2,3
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.238

460. Somatotropinlə müalicənin alternativləri hansılardır?

1. Anabolik steroidlərlə müalicə
2. IGF-1-lə müalicə
3. Aromataza inhibitorları
4. Levothyroxine
5. Cabergoline

- A) 1,2,3
- B) 3,4,5
- C) 2,4,5
- D) 1,3,4
- E) 1,4,5

Ədəbiyyat: Blueprint of pediatric endocrinology book, Abdulmoein Eid Al - Agha, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, January 2014, p.240

461. Lovrens-Mun sindromunda hansı endokrin patologiyalar rast gəlir?

1. Boydan geri qalma
2. Hipoqonadotrop hipoqonadizm
3. Adrenal çatışmazlıq
4. Kuşinq sindromu
5. Hiperandrogenizm

- A) 3,4
- B) 2,4
- C) 1,2
- D) 1,3
- E) 4,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 268

462. Testosteron preparatlarının necə sümük yaşına kimi istifadəsi məsləhət deyil?

- A) 10 yaşa kimi
- B) 11 yaşa kimi
- C) 12 yaşa kimi
- D) 13 yaşa kimi
- E) 14 yaşa kimi

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 279

463. Persistent hipoqonadizmdə testosteron preparatları necə yaşdan sonra və hansı dozadadan başlayaraq istifadə olunur?

- A) 10 yaşdan sonra 100 mg
- B) 12 yaşdan sonra 50 mg
- C) 11 yaşdan sonra 25 mg
- D) 14 yaşdan sonra 25 mg
- E) 15 yaşdan sonra 100 mg

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 279

464. Pubertatın izolə olunmuş ləngiməsində xorionik qonadotropin preparatlarından istifadə olunması tövsiyyə olunur ?

- A) Bəli tövsiyyə olunur
- B) Kiçik dozalarda (500 TV həftədə 2 dəfə 5 həftə) tövsiyyə olunur
- C) Xeyr tövsiyyə olunmur
- D) Kiçik dozalarda (1000 TV həftədə 2 dəfə 5 həftə) tövsiyyə olunur
- E) 12 yaşdan sonra 1500 TV həftədə 2 dəfə 5 həftə tövsiyyə olunur

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 279

465. Persistent hipofonadizmdə xorionik qonadotropin preparatlarından istifadəsi zamanı onların dozası hansı göstəriciyə əsasən titrasiya olunur?

- A) Qasıq və qoltuqaltı nahiyələrdə tüklənməyə görə
- B) Fallusun ölçüsünə görə
- C) Qanda testosteronun səviyyəsinə görə
- D) Xayalıq kisəsinin piqmentasiyasına görə
- E) Xayaların həcmnin artmasına görə

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 279

466. Hansı yaşda və levotiroksinin hansı dozasında anadangəlmə hipotireozun davamlı və ya tranzitor olması qiymətləndirilir və müalicə dayandırılır?

- A) 3 yaşda, levotiroksinin 25 mkq və aşağı dozalarında
- B) 1 yaşda, levotiroksinin 12,5 mkq və aşağı dozalarında
- C) 2 yaşda, levotiroksinin 50 mkq və aşağı dozalarında
- D) 4 yaşda, levotiroksinin 37,5 mkq və aşağı dozalarında
- E) 6 yaşda, levotiroksinin 12,5 mkq və aşağı dozalarında

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 279

467. Yarımqıq doğulan uşaqlarda hansı halda levotiroksinlə müalicəyə ehtiyac var?

- A) Qanda sərbəst T4 aşağı və TSH normal olduqda
- B) Qanda sərbəst T4 aşağı olduqda
- C) Qanda sərbəst T4 yüksək və TSH normal olduqda
- D) Müalicəyə ehtiyac yoxdur
- E) Qanda TSH normanın aşağı sərhədlərinə yaxın olduqda

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 308

468. Mak-Kyun Olbrayt sindromunda tireoid vəzin funksiyası necə dəyişilir?

- A) Hiperfunksiyası olur
- B) Hipofunksiyası olur
- C) Eutireoid vəziyyətdə olur
- D) Həm hipofunksiyası, həm də hiperfunksiyası olur
- E) Zəif hipofunksiya olur

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 309

469. Piylənmədə tireoid hormonlar adətən necə dəyişilir və bu zaman levotiroksinlə müalicəyə ehtiyac varmı?

- A) Sərbəst  $T_4$  və sərbəst  $T_3$  normal olur, TSH nisbətən yüksəlir, müalicəyə ehtiyac yoxdur
- B) Sərbəst  $T_4$  və sərbəst  $T_3$  normal olur, TSH nisbətən yüksəlir, müalicəyə ehtiyac var
- C) Sərbəst  $T_4$  nisbətən yüksək və sərbəst  $T_3$  normal olur, TSH nisbətən yüksəlir, müalicəyə ehtiyac yoxdur
- D) Sərbəst  $T_4$ ,  $T_3$ , TSH normal fonunda tireoid vəzidə USM zamanı dəyişikliklər olduqda müalicəyə ehtiyac var
- E) Sərbəst  $T_4$  və TSH normal və sərbəst  $T_3$  yüksək olur, müalicəyə ehtiyac var

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 315

470. Qeyri-tireoidal xəstəlikləri sindromu (NTIS) nədir və bu zaman tireoid vəzin hansı hormonal dəyişiklikləri olur və müalicəyə ehtiyac varmı?

- A) somatik xəstəliklər zamanı yarana bilər və bu zaman sərbəst  $T_4$  normal və ya aşağı, sərbəst  $T_3$  aşağı, TSH normal olur, müalicəyə ehtiyac yoxdur

- B) Tireoid vəzin xəstəliyi zamanı yarana bilər və bu zaman sərbəst T<sub>4</sub> yüksək, sərbəst T<sub>3</sub> aşağı, TSH normal olur, müalicəyə ehtiyac yoxdur
- C) Tireoid vəzin xəstəliyi zamanı yarana bilər və bu zaman sərbəst T<sub>4</sub> yüksək, sərbəst T<sub>3</sub> aşağı, TSH normal olur, müalicəyə ehtiyac var
- D) Somatik xəstəliklər zamanı yarana bilər və bu zaman sərbəst T<sub>4</sub> normal və ya aşağı, sərbəst T<sub>3</sub> aşağı, TSH normal olur, müalicəyə ehtiyac var
- E) Tireoid vəzin xəstəliyi zamanı yarana bilər, sərbəst T<sub>4</sub> və TSH normal olur və müalicəyə ehtiyac var

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 315

471. Adrenal çatışmazlığı aşkar etmək üçün kortikotropin sınağı necə aparılır?

- A) Əzələ və ya venadaxili sinakten yeridilir, inyeksiyadan əvvəl 0 dəqiqədə və 30 dəqiqə, 60 dəqiqədən sonra qanda kortizolun səviyyəsi yoxlanılır, normada kortizolun göstəricisi 500 nmol/L-dən (18µg/dL) yüksək olmalıdır
- B) Dərialtına sinakten yeridilir, inyeksiyadan əvvəl 0 dəqiqədə və 60 dəqiqə, 120 dəqiqədən sonra qanda kortizolun səviyyəsi yoxlanılır, normada kortizolun göstəricisi 300 nmol/L-dən (12 µg/dL) yüksək olmalıdır
- C) Əzələ və ya venadaxili sinakten yeridilir, inyeksiyadan əvvəl 0 dəqiqədə və 30 dəqiqə, 60 dəqiqədən sonra qanda kortizolun səviyyəsi yoxlanılır, normada kortizolun göstəricisi 300 nmol/L-dən (18µg/dL) yüksək olmalıdır
- D) Əzələ və ya venadaxili sinakten yeridilir, inyeksiyadan əvvəl 0 dəqiqədə və 30 dəqiqə, 60 dəqiqədən sonra qanda kortizolun səviyyəsi yoxlanılır, normada AKTH göstəricisi normadan 2 dəfə yüksək olmalıdır
- E) Əzələ və ya venadaxili sinakten yeridilir, inyeksiyadan əvvəl 0 dəqiqədə və 30 dəqiqə, 60 dəqiqədən sonra qanda kortizolun səviyyəsi yoxlanılır, normada 17-OHP göstəricisi normadan 2 dəfə az olmalıdır

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 362



472. Adrenal çatışmazlığı aşkar etmək üçün sinakten hansı dozalarda istifadə edilir?

- A) 2 yaşdan böyük uşaqlarda birdəfəlik doza 250 µg, 1-2 yaşlı uşaqlar üçün 125 µg, 1 yaşdan kiçik uşaqlarda doza 15 µg/kg olmalıdır.
- B) Bütün yaşlar üçün 250 µg birdəfəlik doza verilir
- C) 2 yaşdan böyük uşaqlarda birdəfəlik doza 125 µg, 1-2 yaşlı uşaqlar üçün 75 µg, 1 yaşdan kiçik uşaqlarda doza 5 µg/kg olmalıdır.
- D) 2 yaşdan böyük uşaqlarda birdəfəlik doza 500 µg, 1-2 yaşlı uşaqlar üçün 205 µg, 1 yaşdan kiçik uşaqlarda doza 50 µg/kg olmalıdır.
- E) Bütün yaşlar üçün 125 µg birdəfəlik doza verilir

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehel T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 362

473. İkincili adrenal çatışmazlığı aşkar etmək üçün sinakten hansı dozalarda istifadə edilir və nəticə necə qiymətləndirilir?

- A) 250 µg, normada kortizolun səviyyəsi < 200 nmol/L olmalıdır
- B) 0,5 µg (və ya 250 ng/m<sup>2</sup>), normada kortizolun səviyyəsi < 150 nmol/L olmalıdır
- C) 1 µg (və ya 500 ng/m<sup>2</sup>), normada kortizolun səviyyəsi < 138 nmol/L olmalıdır
- D) 10 µg, normada kortizolun səviyyəsi < 300 nmol/L olmalıdır
- E) 0,05 µg (və ya 50 ng/m<sup>2</sup>), normada kortizolun səviyyəsi < 138 nmol/L olmalıdır

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehel T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 365

474. Birincili adrenal çatışmazlığında mineralokortikoidlər hansı dozada verilir?

- A) 50 µg<sup>2</sup> /sutkada
- B) 100 µg/m<sup>2</sup> /sutkada

- C) 150 µg/m<sup>2</sup> /sutkada
- D) 200 µg/m<sup>2</sup> /sutkada
- E) 10 µg/m<sup>2</sup> /sutkada

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 367

475. Birincili adrenal çatışmazlığında 1 yaşa qədər olan uşaqlara mineralokortikoid əvəzi olaraq əlavə nə və hansı dozada verilir ?

- A) 1-2 qr natrium duzu
- B) 5-10 qr natrium duzu
- C) 5-10 qr kalium
- D) Deksametazon 2 mg peros
- E) Prednizolon 1 mg/kq peros

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 367

476. Birincili adrenal çatışmazlığında 1 yaşa qədər olan uşaqlar necə vaxtdan bir müayinə olunmalı və onlara hansı müayinələr aparılmalıdır ?

- A) 3-4 ayadan bir, qanda 17-OHP, renin yoxlanılmalı, boy sürətinə, arterial təzyiqə, dərmanların əlavə təsirlərinə nəzarət olunmalıdır
- B) 3-4 ayadan bir, qanda kortizol, AKTH yoxlanılmalı, boy sürətinə, arterial təzyiqə, dərmanların əlavə təsirlərinə nəzarət olunmalıdır
- C) İldə bir dəfə, qanda kortizol, AKTH yoxlanılmalı, boy sürətinə, arterial təzyiqə, dərmanların əlavə təsirlərinə nəzarət olunmalıdır
- D) 6 aydan bir, qanda 17-OHP, renin yoxlanılmalı, boy sürətinə, arterial təzyiqə, dərmanların əlavə təsirlərinə nəzarət olunmalıdır
- E) İldə bir dəfə, qanda kortizol, AKTH yoxlanılmalı və arterial təzyiqə nəzarət olunmalıdır

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 367

477. Adrenal kriz zamanı ilkin olaraq hansı analizlər yoxlanılmalıdır ?

- A) Qanda qlükoza, K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>, kalsium, qan qazları
- B) Qanda qlükoza, K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>, sidik cövhəri, qan qazları
- C) Qanda AKTH, kortizol, 17-OHP, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, qan qazları
- D) Qanda qlükoza, K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>, AKTH, kortizol, 17-OHP
- E) Qanda K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>, kortizol, qan qazları

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 367

478. Adrenal kriz zamanı hidrokortizonun dozası nə qədər olmalı və necə istifadə olunmalıdır?

- A) 10 mq/m<sup>2</sup> və ya 0,5 mq/kq v/d və ya 4-6 saatdan bir əzələ daxili
- B) 50-100 mq/m<sup>2</sup> və ya 1-2 mq/kq v/d və ya 4-6 saatdan bir əzələ daxili
- C) 200 mq/m<sup>2</sup> və ya 5 mq/kq v/d və ya 4-6 saatdan bir əzələ daxili
- D) 150 mq/m<sup>2</sup> və ya 20 mq/kq v/d və ya 4-6 saatdan bir əzələ daxili
- E) 120 mq/m<sup>2</sup> və ya 8 mq/kq v/d və ya 4-6 saatdan bir əzələ daxili

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 367

479. Stres zamanı hidrokortizonun dozası nə qədər olmalı və necə istifadə olmalıdır?

- A) 1 yaşa qədər və məktəbəqədər uşaqlara 25 mq, məktəb yaşlı uşaqlara 50 mq, yeniyetmələrə 100 mq parenteral
- B) 1 yaşa qədər və məktəbəqədər uşaqlara 50 mq, məktəb yaşlı uşaqlara 10 mq, yeniyetmələrə 200 mq parenteral
- C) Bütün yaşlar üçün 100 mq per os
- D) Bütün yaşlar üçün 25 mq per os
- E) Bütün yaşlar üçün 50 mq parenteral

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 367

480. Neçə mq hidrokortizon necə mq fludrokortizonu əvəz edir?
- A) 20 mq venadaxili hidrokortizon 100 µg (0,1 mq) fludrokortizonu əvəz edir
  - B) 20 mq peroral hidrokortizon 100 µg (0,1 mq) fludrokortizonu əvəz edir
  - C) 10 mq venadaxili hidrokortizon 50 µg (0,1 mq) fludrokortizonu əvəz edir
  - D) 5 mq venadaxili hidrokortizon 50 µg (0,1 mq) fludrokortizonu əvəz edir
  - E) 50 mq venadaxili hidrokortizon 25 µg (0,1 mq) fludrokortizonu əvəz edir

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 367

481. Uşaqlarda birincili adrenal çatışmazlığın monitorinqi necə aparılmalıdır?
- A) Qanda AKTH, renin, aldosteron renin nisbətinin təyini
  - B) 17-OHP, renin təyini
  - C) Böyümə sürəti, çəki, qan təzyiqi və klinik rifah, 24 saat ərzində kortizolun profili, qanda K<sup>+</sup> və Na<sup>+</sup>, renin, aldosteron renin nisbəti
  - D) Monitorinq aparılmır
  - E) Qanda səhər kortizolun, AKTH təyini

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 370

482. Uşaqlarda anadangəlmə adrenal hiperplaziyanın monitorinqi necə aparılmalıdır?
- A) Böyümə sürəti, çəki, virilizasiya əlamələri, sümük yaşı, 24 saat ərzində kortizolun və 17 –OHP profili, yeniyetmə dövründə androstenedionun və testosteronun təyini

- B) Böyümə sürəti, çəki, virilizasiya əlaməti, sümük yaşı, qanda AKTH, testosteronun kortizolun təyini
- C) AKTH, testosteronun və 17-OHP təyini
- D) Monitoring aparılmır
- E) Böyümə sürəti, çəki, virilizasiya əlaməti, sümük yaşı, qanda səhər kortizolun təyini

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 370

483. Uşaqlarda ailəvi qlükokortikoid rezistentlik sindromunun (FGR və ya Chrousos sindromu) müalicəsi hansı preparatla aparılır?

- A) Hidrokortizon
- B) Prednizolon
- C) Deksametazon
- D) Metipred
- E) Fludrokortinef

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 380

484. Uşaqlarda mineralokortikoidlərə rezistentlik sindromun (pseudohipoaldosteronizm tip 1) əlaməti deyil ?

- A) Hipernatiemiya, hipokaliemiya, aldosteronun aşağı olması
- B) İnkişafdən geri qalma, dehidratasiya
- C) Qanda aldosteronun, reninin yüksək olması
- D) Hiponatriemiya, hiperkaliemiya
- E) Qanda aldosteronun, reninin aşağı olması

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 381

485. Klassik 21-hidroksilaza çatışmazlığının viril forması hansı hormonun skrining analizi nəticəsində qoyulur və doğuşdan neçə saat sonra yoxlanılır?

- A) DHEA-S, 24 saat sonra
- B) AKTH, 12 saat sonra
- C) 17-OHP, 48 saat sonra
- D) Testosteron, 24 saat sonra
- E) 17-OHP, 12-24 saat sonra

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 389

486. Klassik 21-hidroksilaza çatışmazlığının skriningi zamanı 17-OHP-nin nəticəsi neçə olmalıdır?

- A) >300 nmol/L (>10 000 ng/dL)
- B) >200 nmol/L (>8000 ng/dL)
- C) >150 nmol/L (>7000 ng/dL)
- D) >100 nmol/L (>5000 ng/dL)
- E) >50 nmol/L (>1000 ng/dL)

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 389

487. Qeyri- klassik 21-hidroksilaza çatışmazlığının skriningi zamanı 17-OHP-nin nəticəsi neçə olmalıdır?

- A) 4-200 nmol/L (180-190 ng/dL)
- B) 3-150 nmol/L (150-170 ng/dL)
- C) 6-300 nmol/L (200-10 000 ng/dL)
- D) 2-100 nmol/L (100-140 ng/dL)
- E) 0-50 nmol/L (50-90 ng/dL)

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 389

488. Qeyri- klassik 21-hidroksilaza çatışmazlığının diaqnostikası zamanı stimulyasiya sınağında 17-OHP-nin nəticəsi neçə olmalıdır?

- A) 20-25 nmol/L (600-700 ng/dL)
- B) 3-150 nmol/L (400-500 ng/dL)
- C) 31-300 nmol/L (1000-10 000 ng/dL)
- D) 2-100 nmol/L (200-300 ng/dL)
- E) 0-50 nmol/L (50-10 ng/dL)

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 389

489. Oğlanlarda qeyri- klassik 21-hidroksilaza çatışmazlığının klinik əlamətlərinə nə aiddir?

- 1. Üzün erkən tükənməsi
- 2. Fallusun uzun olması
- 3. Cinsi inkişadfan geri qalma
- 4. Qanda kortizolun yüksək olması
- 5. Qanda AKTH aşağı olması

- A) 2,3
- B) 4,5
- C) 3,4
- D) 1,2
- E) 1,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 387

490. Qızlarda qeyri- klassik 21-hidroksilaza çatışmazlığının klinik əlamətlərinə nə aiddir?

- 1. Epizar sahələrin tez bağlanması
- 2. Hirsutizm, üzdə sızanaqların erkən olması
- 3. Erkən boy artımı
- 4. Erkən cinsi inkişaf
- 5. Epifizar sahələrin gec bağlanması

- A) 1,2,3
- B) 2,3,4
- C) 1,4,5

D) 3,4,5

E) 1,3,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 387

491. Ektopik AKTH sindromu üçün hansı əlamətlər səciyyəvidir?

1. Arterial təzyiqin yüksək olması
2. Hipokaliemik alkaloz
3. Qanda AKTH səviyyəsinin yüksək olması
4. Qanda kortizolun aşağı olması
5. Aldosteronun qanda aşağı olması

A) 2,3,4

B) 1,4,5

C) 1,2,3

D) 3,4,5

E) 1,3,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 398

492. Hipoparatiroidizmin müalicisində hansı preparatlardan və hansı dozalarda istifadə olunur?

1. Calcitriol, 15-30 ng/kq/sutkada
2. Alfacalcidol, 30-50 ng/kq/sutkada
3. Vitamin D, 5000 TV sutkada
4. Maqnezium sulfat 25%, 2 ml/sutkada
5. Kalium-rotat, 1,0 qr/sutkada

A) 2,3

B) 1,4

C) 1,2

D) 3,4

E) 3,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 439



493. Pseudohipoparatiroidizmin müalicisində hansı preparatlardan və hansı dozalarda istifadə olunur?

1. Calcitriol, 15-30 ng/kq/sutkada
2. Alfacalcidol, 30-50 ng/kq/sutkada
3. Vitamin D, 10000 TV sutkada
4. Maqnezium sulfat 25%, 5 ml/sutkada
5. Kalium-rotat, 2,0 qr/sutkada

- A) 1,2
- B) 2,3
- C) 1,4
- D) 3,4
- E) 3,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 439

494. Hipomaqnezemiya ilə yanaşı gedən hipokalsiuriya hansı sindromlarda rast gəlir?

1. Gitelman sindromu
2. Bartter sindromu
3. MODY-5
4. Kalman sindromu
5. MODY-3

- A) 2,3
- B) 1,4
- C) 3,4
- D) 1,2
- E) 3,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 439-440

495. Hipomaqnezemiya ilə yanaşı gedən hiperkalsiuriya hansı sindromlarda rast gəlir?

1. HOMG 3 sindromu
2. HOMG 5 sindromu

3. HOMG 6 sindromu
4. HOMG 1,2 sindromu
5. HOMG 4 sindromu

- A) 1,2,3
- B) 2,3,4
- C) 1,4,5
- D) 3,4,5
- E) 1,3,5

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 440

496. Sümük sıxlığı hansı xəstəlikdə yüksək olmur?

- A) Ehlers–Danlos sindromu
- B) Osteopetroz
- C) Piknodisastoz
- D) Sklerosteoziz
- E) Buchem xəstəliyi

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 458-459

497. Uşaqlarda bifosfonatlar hansı xəstəlikdə istifadə olunmur?

- A) Yayılmış osteoporotik xəstəliklər
- B) Hiperparatireodizm
- C) Hipoparatireodizm
- D) Toxuma kalsifikasiyaları ilə gedən xəstəliklər
- E) Polistatik fibroz displaziya

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 468-469

498. Osteogenesis imperfecta xəstəliyində istifadə olunan pamidronate preparatının dozası nə qədərdir və necə istifadə olunur?

- A) 1,0 mg/kq, 3-4 aydan bir vena daxili 0,9%-li fizoloji məhlulda həll etməklə
- B) 0,5 mg/kq, 3-4 aydan bir vena daxili 0,9%-li fizoloji məhlulda həll etməklə
- C) 2 mg/kq, 6 aydan bir vena daxili 0,9%-li fizoloji məhlulda həll etməklə
- D) 1,0 mg/kq, ayda 1 dəfə əzələ daxili
- E) 1,0 mg/kq, 6 aydan bir vena daxili 0,9%-li fizoloji məhlulda həll etməklə

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 468

499. Bifosfonatların əks təsirlərinə aid deyil?

- A) Hiperkalsiemiya
- B) Hərəkətin yüksəlməsi
- C) Hipokalsiemiya
- D) Osteonekroz
- E) Osteopetroz

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, p. 469

500. Tip 3 autoimmun poliqlandulyar sindrom üçün səciyyəvi deyil?

- A) Autoimmun tireodit
- B) Hipoparatireoz
- C) Addison xəstəliyi
- D) Alopesiya
- E) Anemiya

Ədəbiyyat: Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, Seventh Edition, Edited by Mehul T. Dattani, Charles G. D. Brook, 2020 John Wiley & Sons Ltd, USA, səh. 496

501. 14 yaşlı qız uşağında ikincili amenoreya, üzündə yetginlik yaşının səpgiləri və hirsutizm əmələ gəlmişdir. Hansı diaqnozlardan şübhələnmək olar?

1. Yumurtalıqların polikistoz xəstəliyi
2. Anadangəlmə adrenal hiperplaziya
3. Adrenal şiş

4. Həqiqi erkən cinsi inkişaf
5. Addison xəstəliyi

- A) 2,3,4
- B) 1,4,5
- C) 1,2,3
- D) 3,4,5
- E) 1,3,5

Ədəbiyyat: Practical Pediatric Endocrinology in a limited resource setting, edited by Margaret Zacharin, the Royal Children`s Hospital Melbourne, Parkville, Australia, 2011, p.304

snsk.az ödənişsiz istifadə üçün