БАҚЫЛАУ ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ
Аралық аттестаттауға арналған бағдарлама сұрақтары

Пән: Патологиядағы несеп-жыныс жүйесі

Пән коды: PNZhZh 3222

ББББ атауы және шифры: 6В10115 «Медицина»

Оқу сағаты/кредит көлемі: 30 сағат/ 1 кредит

Оқу курсы мен семестрі: III курс, VI семестр

Шымкент, 2025 жыл

Құрастырушы: аға оқытушы Бердалиева Г.Б.

<question>Нефрон шумағы қызметінің бұзылуы ... азаюымен сипатталады.
<variant>ультрасүзінді түзілуінің
<variant>сутегі иондары шығарылуының
<variant>бүйректің қоюландыру қабілетінің
<variant>натрий реабсорбциясының
<variant>калий реабсорбциясының
<question>Несептің салыстырмалық тығыздығының төмендеуі ... деп аталады.
<variant>гипостенурия
<variant>цилиндрурия
<variant>никтурия
<variant>гиперстенурия
<variant>изостенурия
<question>Жіті бүйрек жеткіліксіздігінің реналдық себебі болып табылады:
<variant>Бүйрек паренхимасының жіті зақымдануы
<variant>Организмнің жіті сусыздануы
<variant>Несеп ағардың стриктурасы
<variant>Сілейме
<variant>Несеп тас ауруы
<question> … несептің дерттік компоненттері болып табылады.
<variant>Эритроциттер
<variant>Несепнәр
<variant>Гиалиндік цилиндрлер
<variant>Зәр қышқылы
<variant>Уробилиноген
<question>Нефроздық синдромға ... тән.
<variant>протеинурия
<variant>гемоглобинурия
<variant>гипостенурия
<variant>изостенурия
<variant>цилиндрурия
<question>... тубулопатияларға мысал болып табылады.
<variant>Бүйректік диабет
<variant>Қантты диабет
<variant>Қантсыз диабет
<variant>Гемоглобинурия
<variant>Гиперстенурия
<question>Бүйректің осмостық концентрациялау қабілетінің түпкілікті тоқтауын ... дәлелдейді.
<variant>изостенурия
<variant>гиперстенурия
<variant>гипостенурия
<variant>гемоглобинурия
<variant>аминацидурия
<question>Уремия кезінде қанның биохимиялық құрамы ... сипатталады.
<variant>гиперазотемиямен
<variant>гипергликемиямен
<variant>гипосульфатемиямен
<variant>гипофосфатемиямен
<variant>гиперкальциемиямен
<question>Шумақтық сүзілудің бұзылуын сипаттайтын көрсеткіш:
<variant>гиперазотемия
<variant>лейкоцитурия
<variant>аминацидурия
<variant>цилиндрурия
<variant>глюкозурия
<question>Клиникадағы бүйрек клиренсі … бойынша жиі анықталады.

<variant>креатинин
<variant>зәрнәсіл
<variant>несеп қышқылы
<variant>калий
<variant>фенол туындылары
<question> Бүйрек клиренсін анықтаудың ең дәл әдісі оны қандағы өлшеу болып табылады:
<variant>инсулин
<variant>мочевина
<variant>зәр қышқылы
<variant>калий
<variant>фенол туындылары
<question>Несептің бүйректік дерттік бөлшектері болып табылады:
<variant>жұқарған эритроциттер
<variant>тура емес билирубин
<variant>өзгермеген эритроцит
<variant>өт қышқылдары
<variant>уробилиноген
<question>Бүйрек жіті жеткіліксіздігі олигоануриялық сатысына тән:
<variant>гиперазотемия
<variant>гипокалиемия
<variant>сусыздану
<variant>гиповолемия
<variant>қанда қалдық азот деңгейінің төмендеуі
<question>Шумақтық сүзілудің жоғарылауы … дамиды.
<variant>гиперволемияда
<variant>коллапста
<variant>жіті қансырауда
<variant>сусызлануда
<variant>несеп шығару жолдарының бітелуінде
<question>Бүйрек қызметі бұзылуының постреналдық себебі болып табылады:
<variant>қуық асты безінің аденомасы
<variant>жүйелік қанайналымының бұзылуы
<variant>жүйкелік-психикалық бұзылыстар
<variant>гиперпаратиреоз
<variant>алғашқы алдостеронизм
<question>Бүйректік клиренсті тексеру үшін клиникада анықтайды:
<variant>креатининді
<variant>зәрнәсілді
<variant>несеп қышқылын
<variant>калийді
<variant>фенол туындыларын
<question>Жіті гломерулонефриттің жиі себебі болып табылады:
<variant>стрептококк
<variant>стафилококк
<variant>парамиксовирус
<variant>кандида саңырауқұлақтары
<variant>анаэробты флора
<question>БСЖ олигоануриялық сатысына тән:
<variant>гипергидратация
<variant>гиповолемия
<variant>гиперкальциемия
<variant>артериялық гипотензия
<variant>алкалоз
<question> Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің олигоанурлық кезеңіне тән:
<variant>гипокальциемия
<variant>гиповолемия
<variant> гиперкальциемия
<variant>артериялық гипотензия

<variant>алкалоз
<question>Созылмалы бүйректік жеткіліксіздігінің негізгі иммундық емес механизмі болып табылады:
<variant>бүлінбеген нефрондардың компенсаторлық гиперфильтрациясы
<variant>>>калликреин-кининді жүйелердің белсенділігінің тежелуі
<variant>қызмет атқаратын нефрондарға жүктеменің аз болуы
<variant>оттегінің бос радикалдары және цитокиндер түзілуінің азаюы
<variant>шумақтың базальді мембрансы антигендеріне аутоантиденелердің өндірілуі
<question>"Шағылған эритроциттердің" несептің құрамында болуы олардың шығуын көрсетеді:
<variant>бүйрек шумағынан
<variant>бүйрек түтікшелерінен
<variant> несеп ағардан
<variant> қуықтан
<variant> несеп жолынан
<question>Нефронның түтікше эпителиінің улы-ишемиялық бұзылысыбайқалады:
<variant>жіті бүйрек жеткіліксіздігінде
<variant>тубулярлы патологияда
<variant> нефротикалық синдромда
<variant> нефролитиазда
<variant>созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінде
<question>Судың өзектік реабсорбциясының азаюы ... жеткіліксіздігінде дамиды.
<variant>Вазопрессин
<variant>Альдостерон
<variant>Глюкокортикоидтар
<variant>Кортикотропин
<variant>Тиреотропин
<question> Судың түтікшелік реабсорбциясының төмендеуі төмендегілердің жеткіліксіздігімен дамиды:
<variant>антидиуретикалық гормон
<variant>альдостерон
<variant>глюкокортикоидтар
<variant>кортикотропин
<variant>тиротропин
<question> Гипопротеинемияның дамуы негізінен қандағы келесі заттардың деңгейінің төмендеуіне байланысты:
<variant>альбумин
<variant>глобулиндер
<variant>гаптоглобин
<variant>фибриноген
<variant>трансферрин
<question>Жіті бүйрек жеткіліксіздігі дамығаннан кейін 7-ші тәулікте Зимницкий сынамасы бойынша науқастың зәрінің салыстырмалы тығыздығы 1,010–1,012 дейін ауытқыды. Осы өзгерістер келесі функцияның:
<variant>бүйректің концентрациялық функциясының бұзылыстарын нақтылайды
<variant>бүйректің экскреторлық функциясының
<variant>бүйректің фильтрациялық функциясының
<variant>бүйректің реабсорбциялық функциясының
<variant>бүйректің бөлінулік функциясының
<question>Стрептококкты инфекцияны басынан өткергеннен кейін 2 апта өткен соң науқаста ісінулер, азотемия, олигурия, протеинурия, гематурия, диастолалы артериялық гипертензия пайда болды.Осы өзгерістер тән:
<variant>жіті нефриттік синдромға
<variant>жіті пиелонефритке
<variant>жіті бүйрек жеткіліксіздігіне
<variant>жіті нефроздық синдромға
<variant>реноваскулярлы артериялық гипертензияға
<question>Науқаста жарақаттық шоктың торпидті фазасы. Артериялық қысымы 70/30 мм сын.бағ., тәуліктік диурез 100 мл. Жіті бүйрек жеткіліксіздігінің осы түрі дамуының негізгі патогенездік тізбегін атаңыз:
<variant>бүйректік қанағыстың жоғарылауы
<variant>бүйректен зәр шығарылуының бұзылуы

<variant>бүйректің қыртысты қабатының ишемиясы және гипоксиясы
<variant>бүйректің қыртысты қабатындағы артериолалардың дилятациясы
<variant>бүйректің милы қабатында қанайналымның төмендеуі
<question>Науқас бел аумағының жамбас бөлімінің сыздап, батып ауырсынуына, дене температурасының жоғарылауына шағымданады. Зәрі тұнық емес, бетінде мақта қалқып жүрген тәрізді, лейкоцитурия. Ұру симптомы оң. Нечипоренко сынамасы бойынша: лейкоциттер - 4500, эритроциттер - 1300. Осы аурудың негізгі патогенетикалық факторы болып саналады:
<variant> уродинамиканың органикалық немесе функциялық бұзылыстары
<variant> шығу тегі иммундық шумақшалардың қабынуы
<variant>комплемент-байланыстырушы бүйрекке қарсы антиденелердің түзілуі
<variant>шумақшалардың антигендеріне аутоантиденелердің түзілуі
<variant>эндогенді токсиндердің түзілуі
<question>Трансмуралды инфаркт миокардына шалдыққаннан кейін 2-ші тәулікте науқастың тәуліктік диурезі 50 мл дейін азайды, зәрінде нәруыз 0,66 г/л, зәрдің салыстырмалы тығыздығы 1,06. Қан талдамасында қалдық азот, мочевина, калийдің мөлшері көбейген. Бүйрек патологиясының осы түрінің патогенезінде маңызды рөл атқарады:
<variant>бүлінген түтікшелердің қабырғасы арқылы интерстицияға фильтраттың өтуі
<variant>афферентті артериолалардың вазодилятациясы
<variant>эпителий түтікшелерінде апоптоздың тежелуі
<variant>ренин-ангиотензинді жүйелер белсенділігінің азаюы
<variant>натрий және суды дистальді бүйрек түтікшелеріне жеткізілудің артуы
<question>Науқас бір ай шамасында 38^{0}С-қа дейін қызба, ауырсынусыз макрогематурия пайда болған. Антибиотиктермен емделген, нәтижесіз. АҚҚ – 150/90 мм с.б. Қанда: НВ – 160 г/л, ЭТЖ – 57 мм/сағ. Бүйрек қызметі бұзылуының постреналдық себебі болып табылады:
<variant>қуық асты безінің аденомасы
<variant>жүйелік қанайналымының бұзылуы
<variant>жүйкелік-психикалық бұзылыстар
<variant>гиперпаратиреоз
<variant>алғашқы альдостеронизм
<question>Науқасдене қызуының көтерілгенімен, ауыру сезімімен жиі дәретке отыратындығына, беліндегі ауыру сезіміне шағымданды. Несепте көптеген нейтрофилдер, лейкоциттік цилиндрлер. Бактериологиялық зерттеуде Несепте 105 бактерия/мл-ден көп анықталды. Берілген дерттің мүмкіндік себебі болып табылады:
<variant>Escherichia coli
<variant>Pseudomonas aeruginosa
<variant>Proteus vulgaris
<variant>Haemophilus influenza
<variant>Neisseria gonorrhoeae
<question>Жіті бүйрек жеткіліксіздігі дамығаннан кейін 7-ші тәулікте Зимницкий сынамасы бойынша науқастың зәрінің салыстырмалы тығыздығы 1,010–1,012 дейін ауытқыды. Осы көрсеткіштер бұзылыстарын нақтылайды:
<variant>бүйректің концентрациялық функциясының
<variant>бүйректің экскреторлық функциясының
<variant>бүйректің фильтрациялық функциясының
<variant>бүйректің реабсорбциялық функциясының
<variant>бүйректің бөлінулік функциясының
<question>Стрептококкты инфекцияны басынан өткергеннен кейін 2 апта өткен соң науқаста ісінулер, азотемия, олигурия, протеинурия, гематурия, диастолалы артериялық гипертензия пайда болды.Осы белгілер тән:
<variant>жіті нефриттік синдромға
<variant>жіті бүйрек жеткіліксіздігіне
<variant>жіті нефроздық синдромға
<variant>жіті пиелонефритке
<variant>реноваскулярлы артериялық гипертензияға
<question>Науқаста жарақаттық шоктың торпидті фазасы. Артериялық қысымы 70/30 мм сын.бағ., тәуліктік диурез 100 мл. Жіті бүйрек жеткіліксіздігінің осы түрі дамуының негізгі патогенездік тізбегі болып табылады:
<variant> бүйректің қыртысты қабатының ишемиясы және гипоксиясы
<variant>бүйректік қанағыстың жоғарылауы

<variant>бүйректен несеп шығарылудың бұзылуы
<variant>бүйректің қыртысты қабатындағы артериолалардың дилятациясы
<variant> бүйректің милы қабатында қанайналымның төмендеуі
<question> Нефрон шумақтарының қызметінің бұзылуы... төмендеуімен бірге жүреді.
<variant> біріншілік зәрдің түзілуі
<variant> сутегі иондарының экскрециясы
<variant> бүйректің шоғырлану қабілеті
<variant> натрийдің реабсорбциясы
<question> ... кезінде шумақтық фильтрацияның жоғарылауы байқалады.
<variant> эфферентті шумақтық артериялардың тонусының жоғарылауы
<variant> афферентті шумақтық артериялардың тонусының жоғарылауы
<variant> гиперпротеинемия
<variant> гиповолемия
<variant> шумақтық фильтрациялық мембраналардың өткізгіштігінің төмендеуі
<variant> калийдің реабсорбциясы
<question> Гематурия - несепте ... пайда болуы.
<variant> эритроциттер
<variant> лейкоциттер
<variant> эпителий жасушалары
<variant> цилиндрлер
<variant> ақуыз
<question> Массивті протеинурия (тәулігіне 40 г дейін)... сипаттайды.
<variant> нефротикалық синдром
<variant> созылмалы гломерулонефрит
<variant> жедел гломерулонефрит
<variant> нефролития
<variant> пиелонефрит
<question> Пиурия - несепте ... пайда болуы.
<variant> лейкоциттер санының көп болуы
<variant> қызыл қан жасушалары
<variant> белоктың айтарлықтай мөлшері
<variant> цилиндрлердің көп болуы
<variant> тастар
<question> Зәрдің салыстырмалы тығыздығының жоғарылауы ... деп аталады.
<variant> гиперстенурия
<variant> гипостенурия
<variant> изостенурия
<variant> цилиндрурия
<variant> түнгі ауру
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігінің преренальды себебі….
<variant> шок
<variant> зәр шығару жолдарының бітелуі
<variant> бүйрек паренхимасының жедел зақымдалуы
<variant> қуық асты безінің аденомасы
<variant> бүршіктерді алып тастау
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігінің бүйректен кейінгі себебі....
<variant> несепағарларда тастардың түзілуі
<variant> шок
<variant> бүйрек ісігі
<variant> жедел гломерулонефрит
<variant> сусыздану
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігінің бүйректік себебі….
<variant> бүйрек паренхимасының жедел зақымдалуы
<variant> жедел дегидратация
<variant> бүйрек тас ауруы
<variant> несепағардың тарылуы
<variant> шок
<question> Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің патогенезінде негізгі механизм ... болып табылады.

<variant> белсенді нефрондар санының біртіндеп төмендеуі
<variant> қанның онкотикалық қысымының жоғарылауы
<variant> нефрондардың массивті токсикалық зақымдануы
<variant> бүйрекішілік қысымның жоғарылауы
<variant> шумақтық сүзілу қысымының төмендеуі
<question> Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің бірінші кезеңінде ... байқалады.
<variant> шумақтық фильтрацияның 50 пайызға дейін төмендеуі
<variant> қандағы креатинин мөлшерінің жоғарылауы
<variant> қандағы мочевина деңгейінің жоғарылауы
<variant> қандағы қалдық азоттың көбеюі
<variant> олигоанурия
<question> Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің екінші кезеңі нефрондардың ... пайызының өлуімен сипатталады.
<variant> 75
<variant> 20
<variant> 30
<variant> 50
<variant> 10
<question> Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің соңғы сатысы... сипатталады.
<variant> уремия
<variant> полиурия
<variant> гиперстенурия
<variant> шумақтағы гиперфильтрация
<variant> бүйрек өзекшелерінің эпителийінің гиперсекрециясы
<question> Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінде қандағы токсикалық зат алмасу өнімдерінің құрамын төмендету үшін,… қолданылады.
<variant> гемодиализ
<variant> гиперосмолярлы ерітінділердің көп мөлшерін құю
<variant> қан құю
<variant> вирусқа қарсы терапия
<variant> бактерияға қарсы терапия
<question> Зәрдің патологиялық құрамдастары... .
<variant> эритроциттер
<variant> мочевина
<variant> гиалинді цилиндрлер
<variant> зәр қышқылы
<variant> уробилиноген
<question> Нефротикалық синдром… сипатталады.
<variant> протеинурия
<variant> гемоглобинурия
<variant> гипостенурия
<variant> изостенурия
<variant> цилиндрурия
<question> 3 жасар балада фарингиттен кейін 10 күннен кейін жалпы ісіну пайда болды. Зертханалық зерттеулер: ауыр альбуминурия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия. Ең ықтимал науқас:
<variant> жедел постстрептококкты гломерулонефрит
<variant> минималды өзгеріс нефропатиясы
<variant> мембранопролиферативті гломерулонефрит
<variant> мембраналық гломерулонефрит
<variant> жылдам үдемелі гломерулонефрит
<question> Науқас тамақ ауруымен ауырды. 2 аптадан кейін қабақтың ісінуі, әлсіздік, өнімділіктің төмендеуі, ал бір айдан кейін - бел аймағының және жыныс мүшелерінің ісінуі пайда болды. Зәр анализінде: үлес салмағы – 1021, белок – 4,0 г/л, эритроциттер – 15-20 п/зр, препаратта гиалинді құймалар. Массивті протеинурия (тәулігіне 40 г астам) ең тән:
<variant> нефротикалық синдром
<variant> несепағардың тарылуы
<variant> нефритикалық синдром
<variant> түнгі ауру

<variant> нефротит
<question>Науқас баспамен ауырған. 2 апта өткеннен кейін қабағының ісінуі, әлсіздік, жұмысқа қабілеттілігінің төмендеуі, ал 1 ай өткеннен кейін бел және жыныс ағзалары аймағындағы ісінулер пайда болған. Зәр анализі: салыстырмалы тығыздығы - 1021, белок - 4,0 г/л, эритроцттер - 15-20 к/а, препаратта гиалинді цилиндрлер анықталды. Балалардағы шумақ бүлінісінің жиі кездесетін түрі:
<variant>аздаған өзгерісті нефропатия
<variant>мембраналық-өсіп - өнулік гломерулонефрит
<variant>мембраналық гломерулонефрит
<variant>бөліктік гломерулонефрит
<variant>созылмалы гломерулонефрит
<question>Науқас ревматизммен ауырады, күрделі декомпенсирленген митральды ақаумен, іркілісті жүрек жеткіліксіздігі фонында (ентігу, бауыр ұлғаюы, аяқтағы ісіну) зәр анализінде протеинурия 1,5 г/л, эритроцитурия 12 көру айм. Цилиндрурия. Жедел стрептококтық гломерулонефрит кезіндегі протеинурия:
<variant>Талғамсыз
<variant>талғамды
<variant>жүктемелік
<variant>әлбуминурияның басымдығымен
<variant>Tamm-horsefall нәруызының басым жоғалту
<question>Науқас дене қызымының көтерілгенімен, ауыру сезімімен жиі дәретке отыратындығына, беліндегі ауыру сезіміне шағымданды. Зәрінде көптеген нейтрофилдер, лейкоциттік цилиндрлер. Бактериологиялық зерттеуде зәрінде 10^5 бактерия/мл-ден көп анықталды. Берілген дерттің мүмкіндік себебі болуы мүмкін:
<variant>Escherichia coli
<variant>Pseudomonas aeruginosa
<variant>Proteus vulgaris
<variant>Haemophilus influenza
<variant>Neisseriagonorrhoeae
<question>Науқас ауруханаға ауқымды ісінуге, шөлдеуге, бас ауруына, тыныш күйдегі ентікпеге шағым айтып түсті. Науқас 10 күн бұрын баспамен ауырған. Объективті: Беті мен бел тұсында, аяқтарында ауқымды ісіктер. АҚҚ – 180/100 мм.с.б.б. ЖЗА: м.с. – 1026, белок – 4,5 г/л, лейкоциттер – 10-15 к.а. Эритроциттер өзгерген және өзгермеген 3-5 к.а., гиалин цилиндрлер 3-4 к.а. Тәуліктік диурез – 300 мл. БЖЖ кезінде диурез бұзылуының сатылары:
<variant>бастапқы, олиго-анурия, полиурия, диурездің қалпына келуі
<variant>бастапқы, полиурия, диурездің қалпына келуі , олиго-анурия
<variant>бастапқы, олиго-анурия, диурездің қалпына келуі, полиурия
<variant>олиго-анурия, полиурия, диурездің қалпына келуі
<variant>бастапқы, үдемелі, ақтық
<question>Науқас қабылдау бөліміне жүрек айну,құсу,айқын әлсіздік, ұйқышылдық, тері қышуы, диурез төмендеуі. Анамнез; КӨп жылдан бері созылмалы пиелонефритпен ауырады. Жиі асқынумен көрінеді.Соңғы 6 айда жоғарыда көрсетілген симптомдар байқалған.Объективті: Жалпы жағдайы ауыр.Тері жабындысы сарғаю белгілерімен бозғылт түсті, құрғақ, тырналған іздер көрінеді. Бет аймағында ісіну бар. ЖҚА; эрит 2,5х10 ,НВ 75, СОЭ-8,9х10,- 15.БАК;креатинин-117мкмоль/л,мочевина-10,5ммоль/л,жалпы белок-65г/л,кальций-2,5 ммоль/л,натрий-160 ммоль/л. БЖЖ олигоанурияльқ сатысына тән:
<variant>гиперазотемия, метаболизмдік ацидоз
<variant>гипокалиемия
<variant>сусыздану
<variant>гиповолемия
<variant>қанда қалдық азот деңгейінің төмендеу
<question>Науқас жүйелі склеродермиямен төрт жылдан бері ауырады. Бел аймағының ауырсынуына, бас айналуы, тәбетінің және еңбекке қабілетінің төмендеуіне, ұйқысының бұзылуына, жүрек айнуы мен құсуға шағымданады. Объективті: жалпы жағдайы ауыр. Тері жамылғысы құқыл, «қасыну» іздері бар. Өкпесінде әлсіреген везикулалық тыныс, бірен-саран құрғақ сырылдар. АҚ 150/90 мм сын. бағ. Қан анализінде: эрит. 2,3х1012/л, Нв 90г/л, мочевинасы 25ммоль/л; креатинині 742 мкмоль/л; калий 6,4 ммоль/л. Несеп анализінде: салыс.тығ. 1010, белок 4,5г/л, лейк. 15-17 к/а, эрит. 3-5 к/а. БСЖ бірінші сатысында байқалады:
<variant>шумақтық сүзілудің 50% ға төмендеуі
<variant>олигоанурия
<variant>қанда креатинин мөлшерінің ұлғаюы
<variant>қанда зәрнәсіл мөлшерінің ұлғаюы

<variant>қанның қалдық азот деңгейінің жоғарылауы
<question>Науқас қабылдау бөліміне жүрек айну,құсу,айқын әлсіздік, ұйқышылдық, тері қышуы, диурез төмендеуі. Анамнез: Көп жылдан бері созылмалы пиелонефритпен ауырады. Жиі асқынумен көрінеді.Соңғы 6 айда жоғарыда көрсетілген симптомдар байқалған.Объективті: Жалпы жағдайы ауыр.Тері жабындысы сарғаю белгілерімен бозғылт түсті, құрғақ, тырналған іздер көрінеді. Бет аймағында ісіну бар. ЖҚА; эрит 2,5х10 ,Нв75, СОЭ-8,9х10,- 15.БАК;креатинин-117мкмоль/л,мочевина-10,5ммоль/л,жалпы белок-65г/л,кальций-2,5 ммоль/л,натрий-160 ммоль/л. БСЖ гиперазотемилық сатысында шумақтық сүзілу төмендеген:
<variant>80% -ға
<variant>30% -ға
<variant>40% -ға
<variant>50% -ға
<variant>10%-ға
<question> Науқас У. ұзақ жылдар бойы созылмалы гломерулонефритпен есепте тұрады, АҚ 200/120 мм.сын.бағ. Арт., қабақтың шамалы ісінуі, креатинин – 0,670 ммоль/л, мочевина – 6,1 ммоль/л. Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің уремиялық сатысында мыналар байқалады:
<variant> гиперазотемия
<variant> полиурия
<variant> несептің салыстырмалы тығыздығының жоғарылауы
<variant> шумақтық фильтрация жылдамдығының жоғарылауы
<variant> құбырлы реабсорбцияның жоғарылауы
<question>Науқас балтырдың ісінуіне, бас ауруына шағымданады. 3 апта бұрын тістің қызыл иегі іріңді қабынуына байланысты кесілген. Тексерудё: аяқтарында тізеге дейін ісінулер, өкпе мен жүректе өзгеріс жоқ. АҚ 140/100 мм с.б. Қанда лейк-7,8 мың, ЭТЖ-22 мм/сағ. Зәр анализі: салыстырмалы тығыздығы 1028, белок 1,72 г/л, лейк-5-7 ка эрит-35-40 к/а, гиалинді цилиндрлер 6-7. Нефроздық ісінулердің негізгі патогендік жайты болып табылады:
<variant>гипопротеинемия
<variant>қан тамыр қабырғасының өткізгіштігін жоғарылауы
<variant>гиперпротеинемия
<variant>лимфаның ағып кетуінің қиындауы
<variant>қанда гидростатикалық қысымның төмендеуі
<question>Науқас басының ауыруы, шөлдеу, жүрек айнуы, құсу, мұрыннан қан кетулер, әлсіздік, тәбетінің нашарлауы мазалайды. 10 жыл бойы ауырады. Объективті: бозғылт, теріде қасыған іздер, белден ұрғылау симптомы екі жақта оң. АҚ - 180/100 мм с.б. ЖСЖ – минутына 100 рет. Қанда: Нв–96 г/л, эрит–2,8 млн., лейк-8,2 мың, ЭТЖ-35 мм/сағ, мочевина–16 ммоль/л, креатинин– 0,250 ммоль/л. Зәр анализі: сал. тығ-1005, белок-4,5 г/л, лейкоциттер – 8-12 к/а, эрит – 20-25 к/а. Бүйректің созылмалы жеткіліксіздігі кезіндегі остеопорозды дамытады:
<variant>Д витамині алмасуының бұзылысы
<variant>гиперкәлциемия
<variant>гипопаратиреоидизм
<variant>алғашқы гиперпаратиреоидизм
<variant>гиперкалиемия
<question>Науқаста күндіз ұйқышылдық байқалды. Құсып, аузынан зәрдің иісі шықты.Терісін қасыған жерлерінде іздер қалып, «уремиялық өрнек» байқалады. Зәрі ақшыл сары түсті, салыстырмалы тығыздығы төмендеген. Қанда зат алмасудың уытты өнімдерінің деңгейін төмендету үшін келесі әдіс қолданылады:
<variant>гемодиализ
<variant>қанқұю
<variant>форсирленген диурез
<variant>антибактериялық ем
<variant>гиперосомолярлы ертінділерді енгізу
<question>СБЖ-нің уремиялық сатысы дамыған науқаста ОНЖ-нің терең бұзылыстары, салданулар, жүректің атриовентрикулярлы тоскауылы анықталды. Бұл осының салдары саналады:
<variant>гиперкалиемияның
<variant>Гипернатриемияның
<variant>Гипергидратацияның
<variant>Гипокальциемияның
<variant>гипофосфатемияның

<question>Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігіне шалдыққан науқастың күндізгі диурезге қарағанда түнгі диурездің арақатынасы 1:1-ге тең. Науқаста бүйрек патологиясының қандай бір тектес түрі дамыды:
<variant>Никтурия
<variant>Олигурия
<variant>Полиурия
<variant>Гематурия
<variant>Глюкозурия
<question>Науқаста қызба, жүрек айну, оң жақ бел аумағының ауырсынуы, миалгиялар мен артралгия дамыған. Тексергенде Пастернацкий симптомы оң. Зәр реакциясы-сілтілі, лейкоцитурия байқалады. Осы жағдайда этиотропты емдеу саналады:
<variant>антибиотикотерапия
<variant>фитотерапия
<variant>қызбаны басатын терапия
<variant>дезинтоксикациялық терапия
<variant>қабынуға қарсы терапия
<question>Науқас пиелонефритпен ауырады. Басының қатты ауырсынуы, терісінің қышынуы, асқазан аумағының ауырсынуы пайда болған. Жүрегі айнып, құсып, іші өткен. Қолының терісінде және төсінде петехиальді бөрітпелер, шаш түбірінде аққабыршық байқалады. Аузынан аммиактың иісі шығады. Перикард үйкеліс шуылы, Куссмаулдың шулы тынысы есітіледі. СБЖ-нің осы сатысында қызмет атқарады:
<variant>10% азнефрондар
<variant>Нефрондардың90%
<variant>Нефрондардың70%
<variant>Нефрондардың50%
<variant>Нефрондардың30%
<question>Операция барысында науқасқа қан тобы сәйкес келмейтін қан құйылды. Науқастың жағдайы ауыр, есінен танған. Қан талдамасында: анемия, қалдық азоттың көбеюінен гиперазотемия, мочевина,креатинин анықталған. Тәуліктік диурез – 200 мл, зәрдің салыстырмалы тығыздығы – 1,009 – 1,012. Науқаста зәр шығару жүйесінің қызметі бұзылыстарының қандай біртектес түрі дамыған:
<variant>жіті бүйрек жеткіліксіздігі
<variant>нефроздық синдром
<variant>нефриттік синдром
<variant>зәрлік синдром
<variant>созылмалы бүйре кжеткіліксіздігі
<question>ЖБЖ ауыратын науқаста аптаның соңында сана сезімінің тежелуі, бұлшықеттерінің гипотониясы, гипорефлексия байқалады. Тәуліктік диурез 3,8 л зәрдің салыстырмалы тығыздығы-1,007. ЖБЖ-нің осы кезеңінде гомеостаздың келесі бұзылысы тән:
<variant>гипокалиемия
<variant>гипонатриемия
<variant>мочевинаның көбеюі
<variant>организмнің гипергидратациясы
<variant>гиперазотемияның күшеюі
<question>Жіті бүйрек жеткіліксіздігі дамығаннан кейін 7-ші тәулікте Зимницкий сынамасы бойынша науқастың зәрінің салыстырмалы тығыздығы 1,010–1,012 дейін ауытқыды. Осы өзгерістер келесі функцияның бұзылыстарын нақтылайды:
<variant>бүйректің концентрациялық функциясының
<variant>бүйректің бөлінулік функциясының
<variant>бүйректің экскреторлық функциясының
<variant>бүйректің фильтрациялық функциясының
<variant>бүйректің реабсорбциялық функциясының
<question>Науқас көлік апаты болған жерден клиникаға жеткізілді. Кеудесі мен іш қуысы көптеп жарақаттанған. Есі шатасқан. АҚ–70/30 мм сын.бағ. Тәуліктік диурез-30 мл, зәрдің салыстырмалы тығыздығы-1,020, нәруыздың мөлшері–0,99 г/л. Науқаста зәрдің қандай сандық және сапалық өзгерістері дамыған:
<variant>анурия, протеинурия
<variant>анурия, изостенурия
<variant>лигурия, гиперстенурия
<variant>олигурия, гипостенурия
<variant>олигурия, протеинурия

<question>Созылмалы гломерулонефрит кезіндегі шумақша капиллярларының базальді мембранасы өткізгіштігінің артуы, теріс зарядтың оң зарядқа ауысуы және бүйрек паренхимасындағы катаболизмдік процестер осының дамуына алып келеді:
<variant>протеинурияға
<variant>олигурияға
<variant>гематурияға
<variant>цилиндрурияға
<variant>лейкоцитурияға
<question>Зәрде жоғары протеинурия, анемия, гипоальбуминемия, диспротеинемия, гиперлипидимия, жайылған ісінулер, зәрдің салыстырмалы тығыздығының жоғарылауы, липидурия, балауыз тәрізді цилиндрлердің пайда болуы осының көрінісі болып саналады:
<variant>нефроздық синдромның
<variant>бүйректің жіті жеткіліксіздігі синдромының
<variant>бүйректің созылмалы жеткіліксіздігі синдромының
<variant>зәрлік синдромның
<variant>нефриттік синдромның
<question>Науқас 7 жыл бойы диффузиялы созылмалы гломерулонефритпен ауырған. Жүрегінің ауырсынуы, жүрек қағуы, айқын ісінулер пайда болған. Тәуліктік диурез 1100 мл, зәрдің салыстырмалы тығыздығы-1,042, нәруыз 3,9%, түйіршікті және балауыз тәрізді цилиндрлер көптеп кездеседі. Қанда гипопротеинемия, гиперлипидемия, гипернатриемия анықталған. Науқаста пайда болған симптомдар осының туындауын нақтылайды:
<variant> нефроздық синдромның
<variant>бүйрек пиелонефритінің
<variant>бүйрек амилоидозының
<variant>жіті бүйрек жеткіліксіздігінің
<variant>нефриттік синдромның
<question>Науқас жіті тонзиллитпен ауырғаннан кейін 2 апта өткен соң денесінде жайылған ісіну пайда болды. Тәуліктік диурез–400 мл, зәрдің салыстырмалы тығыздығы–1,020, нәруыз–1,8 г/л. Зәрдегі шөгіндіні микроскоппен зерттегенде көру алаңында анықталды: лейкоциттер – 2-4, эритроциттер –25–28,гиалинді цилиндрлер–0-1. Науқаста зәрлік синдром қандай қандай симптомдармен байқалады:
<variant>олигурия,протеинурия,гематурия
<variant>олигурия,лейкоцитурия,гематурия
<variant>олигурия,гипостенурия, протеинурия
<variant>олигурия,лейкоцитурия,цилиндрурия
<variant>анурия,гиперстенурия,гематурия
<question>Егулерден кейін 10 күн өткен соң науқаста әлсіздік, бетінің ісінуі, басының айналуы пайда болды. Артериялық қысым – 150/95 мм сын.бағ. Диурез–750 мл, зәрдің салыстырмалы тығыздығы–1,028, ақуыз–1,6 г/л. Зәр шөгіндісінің микроскопиясында: өзгерген эритроциттер - 30–40 көру аймағында, лейкоциттер – 6-8 көру аймағында, гиалинді және эритроцитарлы цилиндрлер көп емес. Көрсетілген клиникалық – лабораториялық белгілер зәр шығару жүйесі дертінің қандай біртектес түріне тән:
<variant>жіті гломерулонефрит
<variant>жіті цистит
<variant>бүйрек амилоидозы
<variant>липоидты нефроз
<variant>жіті пиелонефрит
<question> Вакцинациядан кейін 10 күннен кейін науқаста әлсіздік, бетінің ісінуі, бас айналуы пайда болды. Қан қысымы – 150/95 мм рт.ст. Диурез – 350 мл, зәрдің салыстырмалы тығыздығы – 1,028, белок – 1,6 г/л зәр. Зәр тұнбасының микроскопиясы: эритроциттер өзгерген - бір көру аланында 30-40, лейкоциттер - 6-8 көру аланында, гиалинді және эритроциттердің пішіндері. Бұл белгілер келесі белгілермен сипатталады:
<variant> олигурия, протеинурия, гематурия
<variant> олигурия, лейкоцитурия, гематурия
<variant> олигурия, гипостенурия, протеинурия
<variant> олигурия, лейкоцитурия, цилиндрурия
<variant> анурия, гиперстенурия, гематурия
<question> Операция кезінде науқасқа сәйкес келмейтін топтың қаны құйылды. Науқастың жағдайы ауыр, есінен танып қалған. Қан анализінде: анемия, қалдық азоттың, мочевинаның, креатининнің жоғарылауына байланысты гиперазотемия анықталды. Тәуліктік диурез 200 мл, зәрдің салыстырмалы тығыздығы 1,009-1,012. Науқаста зәр шығару жүйесінің қандай дисфункциясы дамыған:

<variant> жедел бүйрек жеткіліксіздігі
<variant> нефротикалық синдром
<variant> нефриттік синдром
<variant> лейкоцитуриялық синдром
<variant> созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі
<question> Тәжірибе нәтижесінде несептің соңғы концентрациясы бүйрек миы арқылы өтетін жинағыш түтіктерде болатыны анықталды. Жинаушы түтіктердегі судың реабсорбциясы ең алдымен V2 рецепторларымен әрекеттесе отырып, су арналарының жинағыш түтіктердің эпителий жасушаларының апикальды және базальды мембраналарына қосылуына ықпал ететін гормонмен реттеледі. Қандай гормонның әсер ету механизмі сипатталған:
<variant> вазопрессин
<variant> инсулин
<variant> глюкагон
<variant> кортизол
<variant> соматотропин
<question> Науқаста қан қысымының жоғарылауына байланысты бүйрек артерияларының бірінің тарылуы байқалады. Бүйрек қан айналымы төмендегенде бүйректе қандай зат бөлінеді:
<variant> ренин
<variant> ангиотензин I
<variant> ангиотензин II
<variant> альдостерон
<variant> кортизол
<question> Проксимальды тубулопатиялар тобына мыналар жатады:
<variant>фосфатурия
<variant>қантсыз диабет
<variant>псевдохипоальдостеронизм
<variant>дистальді бүйрек тубулопатиясы
<variant>Тони-Дебреу-Фанкони синдромы
<question> Проксимальды тубулопатиялар тобына мыналар жатады:
<variant>бүйрек гликозуриясы
<variant>қантсыз диабет
<variant>псевдохипоальдостеронизм
<variant>дистальді бүйрек тубулопатиясы
<variant>Тони-Дебреу-Фанкони синдромы
<question> Тубулопатияның бұл түрі гипофосфатемиямен, рахит тәрізді сүйек өзгерістерімен байланысты. Бұл аурудың даму механизмінде тасымалдау ақуызының болмауы және кальцитриолды байланыстыратын рецепторлардың болмауы маңызды рөл атқарады деп саналады. Сипатталған жағдайды анықтаңыз:
<variant>фосфатурия
<variant>бүйрек гликозуриясы
<variant> Дебреу-Фанкони синдромы
<variant>бүйрек гипераминоацидуриясы
<variant>псевдохипоальдостеронизм
<question> Тубулопатияның бұл түрі несептегі глюкоза деңгейінің жоғарылауымен, бірақ қандағы глюкоза деңгейінің қалыпты немесе төмендеуімен сипатталады. Сипатталған жағдайды анықтаңыз:
<variant>Дебреу-Фанкони синдромы
<variant>қант диабеті
<variant>фосфатурия
<variant>бүйрек гипераминоацидуриясы
<variant>псевдохипоальдостеронизм
<question> Бүйректегі натрийдің сақталуына ықпал ететін фактор:
<variant>РААС стимуляциясы
<variant>атриальды натрийуретикалық фактор деңгейінің жоғарылауы
<variant>прогестеронның жоғарылауы
<variant>паратироид гормонының төмендеуі
<variant>глюкагонның жоғарылауы
<question> Натрийдің ағзада сақталуына ықпал ететін гормон:
<variant>альдостерон
<variant>тироксин

<variant>прогестерон
<variant>паратгормон
<variant>глюкагон
<question> Натрийдің ағзада сақталуына ықпал ететін гормон(дар):
<variant>глюкокортикоидтар
<variant>тироксин
<variant>прогестерон
<variant>паратгормон
<variant>глюкагон
<question> Натрийдің организмнен шығарылуын арттыратын гормон:
<variant>паратгормон
<variant>инсулин
<variant>соматотропты гормон
<variant>эстрогендер
<variant>глюкокортикоидтар
<question> Натрийдің организмнен шығарылуын арттыратын гормон:
<variant>глюкагон
<variant>инсулин
<variant>соматотропты гормон
<variant>эстрогендер
<variant>глюкокортикоидтар
<question> Калийдің шамадан тыс жоғалуы келесі себептерге байланысты болуы мүмкін:
<variant> гиперальдостеронизм
<variant> құбырлы сұйықтықтың төмен шығыны
<variant> проксимальды түтікше алкалозы
<variant> липокаиннің жоғарылауы
<variant> эндорфиндердің гипер түзілуі
<question> Калийдің шамадан тыс жоғалуы келесі себептерге байланысты болуы мүмкін:
<variant> түтікшелердегі сұйықтық ағынының жоғары жылдамдығы
<variant> түтікшелердегі сұйықтық ағынының төмен жылдамдығы
<variant> проксимальды түтікше алкалозы
<variant> липокаиннің жоғарылауы
<variant> эндорфиндердің гипер түзілуі
<question> Кальцийдің реабсорбциясы негізінен мыналармен ынталандырылады:
<variant> қалқанша маңы безінің гормоны
<variant> инсулин
<variant> соматотропты гормон
<variant> эстрогендер
<variant> глюкокортикоидтар
<question> Кальцийдің реабсорбциясы негізінен мыналармен ынталандырылады:
<variant> тирокальцитонин
<variant> инсулин
<variant> соматотропты гормон
<variant> эстрогендер
<variant> глюкокортикоидтар
<question> Төмендегілердің ішінде нефротикалық синдромға ең тән:
<variant> протеинурия
<variant> макрогематурия
<variant> олигурия
<variant> артериялық гипертензия
<variant> субэндотелиальды иммундық кешендердің болуы
<question> Төмендегілердің ішінде нефротикалық синдромға ең тән:
<variant> біртіндеп бастау
<variant> макрогематурия
<variant> шамалы ісіну
<variant> артериялық гипертензия
<variant> субэндотелиальды иммундық кешендердің болуы
<question> Төмендегілердің ішінде нефриттік синдромға ең тән:

<variant> өткір бастау
<variant> иммундық кешендердің мезангиальды түндыру
<variant> липидурия
<variant> қатты ісіну
<variant> қан альбуминінің айтарлықтай төмендеуі
<question> Төмендегілердің ішінде нефриттік синдромға ең тән:
<variant> шамалы ісіну
<variant> иммундық кешендердің мезангиальды түндыру
<variant> липидурия
<variant> қатты ісіну
<variant> қан альбуминінің айтарлықтай төмендеуі
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігінің (ЖБЖ) бұл түрі бүйрек паренхимасының зақымдануынсыз бүйрек гемодинамикасының бұзылуымен сипатталады. Сипатталған ток разрядтағыштың түрін анықтаңыз:
<variant> преренальды
<variant> бүйрек
<variant> постренальды
<variant> идиопатиялық
<variant> ятрогенді
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігінің (ЖБЖ) бұл түрі бүйрек түтікшелерінің зақымдалуымен байланысты. Сипатталған ток разрядтағыштың түрін анықтаңыз:
<variant> бүйрек
<variant> преренальды
<variant> постренальды
<variant> идиопатиялық
<variant> ятрогенді
<question> Преренальды жедел бүйрек жеткіліксіздігінің себептері:
<variant> қан жоғалту, сусыздандыру
<variant> диссеминирленген тамырішілік коагуляция
<variant> жедел құбырлы некроз
<variant> стероидты емес қабынуға қарсы препараттар
<variant> зәр шығару жолдарының бітелуі
<question> Преренальды жедел бүйрек жеткіліксіздігінің себебі болуы мүмкін:
<variant> тиімді қан ағымының көлемінің төмендеуі
<variant> диссеминирленген тамырішілік коагуляция
<variant> жедел құбырлы некроз
<variant> стероидты емес қабынуға қарсы препараттар
<variant> зәр шығару жолдарының бітелуі
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігінің себебі мыналар болуы мүмкін:
<variant> диссеминирленген тамырішілік коагуляция
<variant> тиімді қан ағымының көлемінің төмендеуі
<variant> қан жоғалту, сусыздандыру
<variant> соққы, күйреу
<variant> зәр шығару жолдарының бітелуі
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігінің себебі мыналар болуы мүмкін:
<variant> жедел құбырлы некроз
<variant> тиімді қан ағымының көлемінің төмендеуі
<variant> қан жоғалту, сусыздандыру
<variant> соққы, күйреу
<variant> зәр шығару жолдарының бітелуі
<question> Постренальды жедел бүйрек жеткіліксіздігінің себебі:
<variant> зәр шығару жолдарының бітелуі
<variant> бактериялық токсиндер
<variant> жедел құбырлы некроз
<variant> диссеминирленген тамырішілік коагуляция
<variant> жедел жүйелі гипотензия
<question> Постренальды жедел бүйрек жеткіліксіздігінің себебі:
<variant> қуық ісігі

<variant> бактериялық нефротоксиндер
<variant> жедел құбырлы некроз
<variant> диссеминирленген тамырішілік коагуляция
<variant> жедел жүйелі гипотензия
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігінің (ЖБЖ) бұл кезеңі бірнеше сағаттан 1-3 күнге дейін созылады; бүйрек дисфункциясының белгілері жоқ; гемодинамикалық бұзылулар басым. Тоқтатқыштың сипатталған фазасын атаңыз:
<variant> бастапқы кезең
<variant> олигурия кезеңі
<variant> диурездің қалпына келу кезеңі
<variant> қалпына келтіру кезеңі
<variant> жасырын фаза
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігі кезіндегі функционалдық және метаболикалық бұзылыстарға жатады:
<variant> гиперазотемия
<variant> қан сарысуындағы мочевина мөлшерінің төмендеуі
<variant> қандағы қалдық азоттың қалыпты мөлшері
<variant> қандағы креатининнің төмендеуі
<variant> қан сарысуындағы аминқышқылдарының мөлшері қалыпты
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігі кезіндегі функционалдық және метаболикалық бұзылыстарға жатады:
<variant> сарысудағы мочевина деңгейінің жоғарылауы
<variant> гипоазотемия
<variant> қандағы қалдық азоттың қалыпты мөлшері
<variant> қандағы креатининнің төмендеуі
<variant> қан сарысуындағы аминқышқылдарының мөлшері қалыпты
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігі кезіндегі функционалдық және метаболикалық бұзылыстарға жатады:
<variant> қандағы креатининнің жоғарылауы
<variant> қан сарысуындағы мочевина мөлшерінің төмендеуі
<variant> гипоазотемия
<variant> қандағы қалдық азоттың қалыпты мөлшері
<variant> қан сарысуындағы аминқышқылдарының мөлшері қалыпты
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігі кезіндегі функционалдық және метаболикалық бұзылыстарға жатады:
<variant> қан сарысуындағы аминқышқылдарының көп болуы
<variant> қан сарысуындағы мочевина мөлшерінің төмендеуі
<variant> гипоазотемия
<variant> қандағы қалдық азоттың қалыпты мөлшері
<variant> қандағы креатининнің төмендеуі
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігінде шеткергі ісінудің және эффузияның дамуы ең алдымен мыналарға байланысты:
<variant> гипергидратация
<variant> гипокалиемия
<variant> гипомагниемия
<variant> қандағы натрийдің төмендеуі
<variant> қандағы хлордың жоғарылауы
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігінде өкпе және церебральды ісінулердің дамуы ең алдымен мыналарға байланысты:
<variant> гипергидратация
<variant> гипокалиемия
<variant> гипомагниемия
<variant> қандағы натрийдің төмендеуі
<variant> қандағы хлордың жоғарылауы
<question> Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің себебі болуы мүмкін:
<variant> созылмалы гломерулонефрит
<variant> гиповолемиялық шок
<variant> жедел құбырлы некроз

<variant> улы токсиндер
<variant> зәр шығару жолдарының жедел обструкциясы
<question> Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің себебі болуы мүмкін:
<variant> тубулоинтерстициалды нефрит
<variant> гиповолемиялық шок
<variant> жедел құбырлы некроз
<variant> токсикалық шок
<variant> зәр шығару жолдарының жедел обструкциясы
<question> Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің (СБЖ) бұл фазасы қалыпты плазмалық креатинин және қалыпты шумақтық сүзілу жылдамдығымен сипатталады, бірақ концентрация және сұйылту сынақтары бүйрек функционалдық резервінің төмендеуін көрсетеді. Сипатталған кезеңді анықтаңыз:
<variant> IA
<variant> IБ
<variant> IIA
<variant> IIБ
<variant> III
<question> Бүйректік жедел бүйрек жеткіліксіздігінің (ЖБЖ) бұл фазасы 6 айдан 12 айға дейін созылады. Ол диурез көлемінің, түтікшелі эпителий функциясының, инулин клиренсінің және эндогендік креатининнің біртіндеп қалыпқа келуімен сипатталады. ЖБЖ сипатталған фазасын атаңыз:
<variant> қалпына келтіру кезеңі
<variant> бастапқы кезең
<variant> олигурия кезеңі
<variant> диурездің қалпына келу кезеңі
<variant> жасырын фаза
<question>Жедел бүйрек жеткіліксіздігінде артериялық гипертензия және сол жақ қарыншалық жеткіліксіздік ең алдымен келесі себептерге байланысты:
<variant> гипергидратация
<variant> гипокалиемия
<variant> гипомагниемия
<variant> қандағы натрийдің төмендеуі
<variant> қандағы хлордың жоғарылауы
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігінде жүректің тоқтауы көбінесе келесі себептерге байланысты болады:
<variant> гиперкалиемия
<variant> гипергидратация
<variant> гипомагниемия
<variant> қандағы натрийдің жоғарылауы
<variant> қандағы хлордың жоғарылауы
<question> Жедел бүйрек жеткіліксіздігі кезінде құрысулар мен гиперпаратиреоз көбінесе келесі себептерден туындайды:
<variant> гипокальциемия
<variant> гипергидратация
<variant> гипомагниемия
<variant> гиперкалиемия
<variant> қандағы хлордың жоғарылауы

Хаттама № 13 Күні 26.06. 2025 ж.
Кафедра меңгерушісі _____ Садыкова А.Ш.