

Жедел бүйрек жетіспеушілігінің клиникалық көрінісі

ДАЙЫНДАҒАН: ДҮЙСЕБАЕВА Э.
ҚАБЫЛДАҒАН: АЛИМБЕКОВА Л.

ЖМ-202

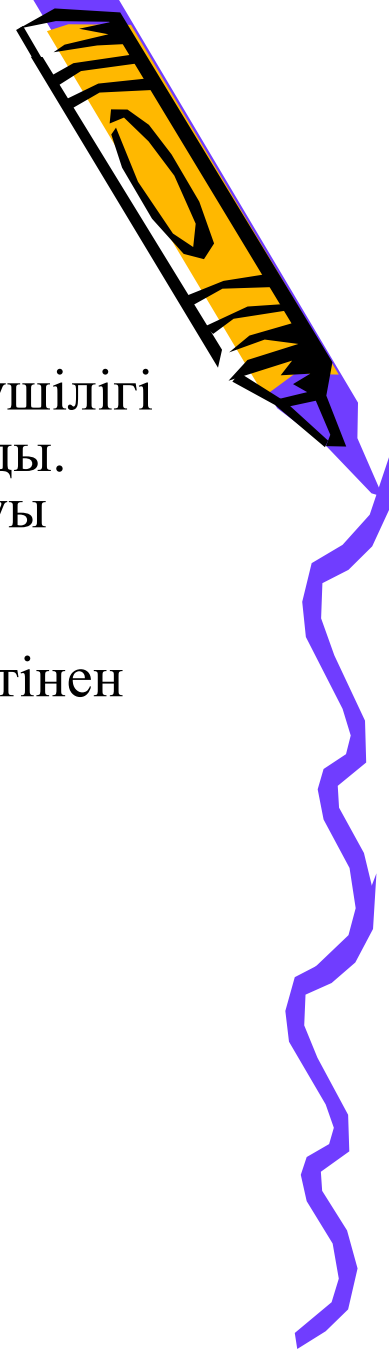
ІАП ПӘНІ



Тақырыптың негізгі мақсаты:

✦ Бұл кесел бүгінде өте жиі кездесуімен алаңдатып отыр. Бүйрек жетіспеушілігі кезінде негізінен бүйрек тіндері, ұлпалары бүлініп, оның жұмысы бұзылады. Сондықтан зат алмасу кезіне іріктелген улы заттардың ағзадан шығарылуы баяулайды, бірте-бірте ағза улана бастайды. БЖ алғашқы кезеңінде ауру белгілері онша білінбейді, ал ол асқына келе ақырында адам өміріне қауіп төндіреді. Өйткені бүйрек бірте-бірте ағзаны улы заттардан тазарту қабілетінен айырылады. Ең соңында тіпті де жұмыс істемей өалады.

✦ Осыған байланысты жедел бүйрек жетіспеушілігі кезіндегі клиникалық көрінісін зерттеу, басқа аурулардан айыра білу, науқасқа дер кезінде көмек көрсету және нақты диагноз қою болып саналады.

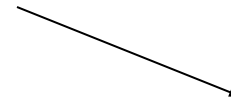
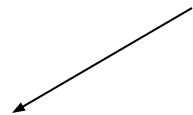


Негізгі сұрақтар

1. Бүйрек жетіспеушілі кезіндегі кезеңдері айқындай алу
2. Бүйрек жетіспеушілі кезіндегі балалар мен егде жастағылардың клиникалық белгілерінің ерекшелігі.

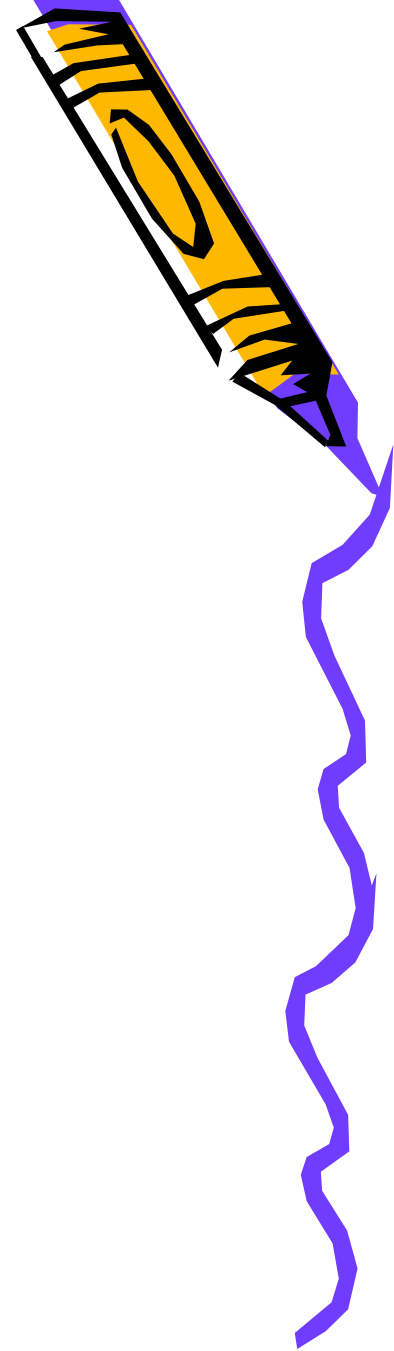


•Бүйрек жетіспеушілігі



•Жедел бүйрек жетіспеушілігі

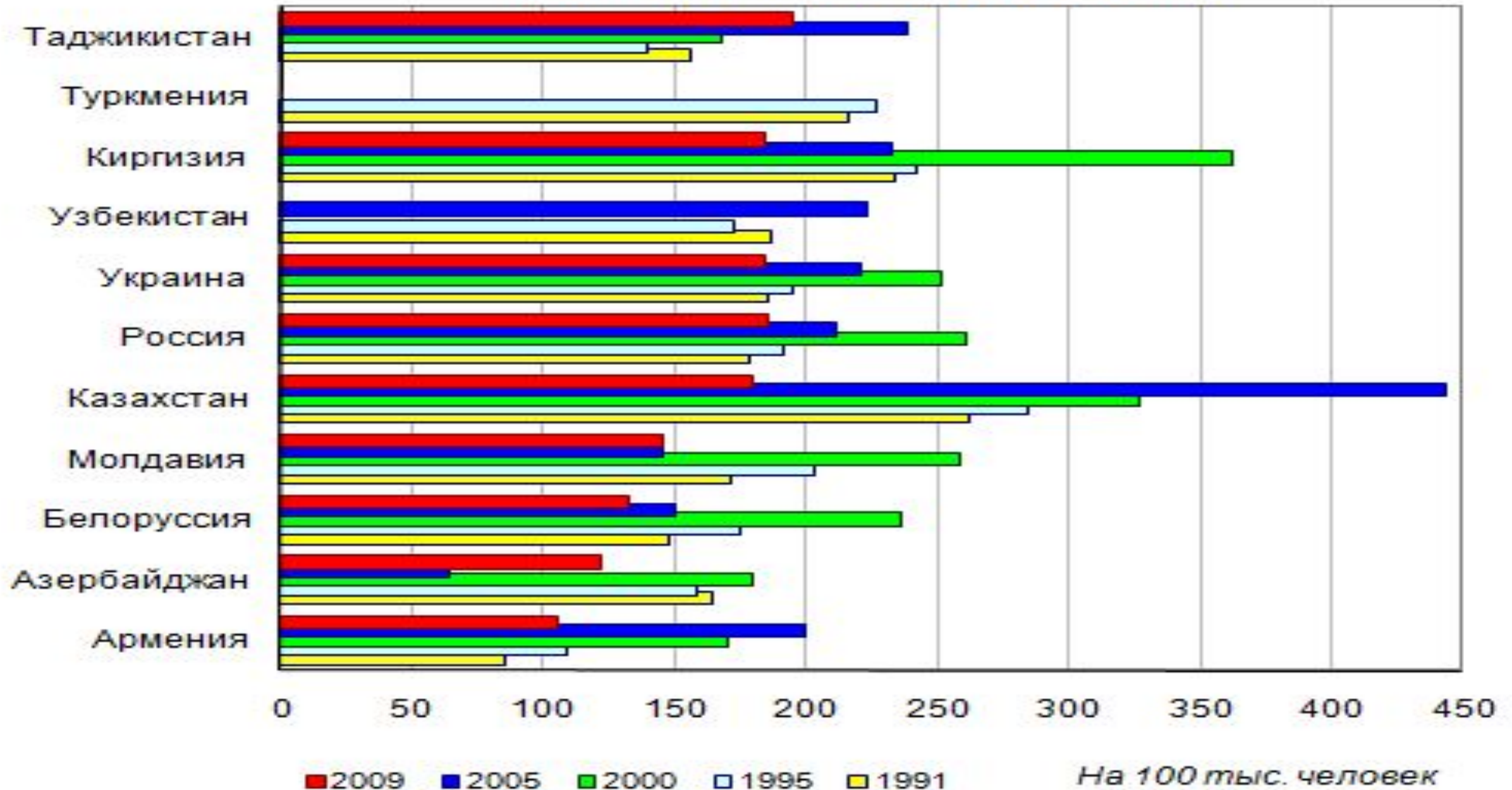
•Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі



Статистикалық мәлімет бойынша



Состояло на учете на конец года



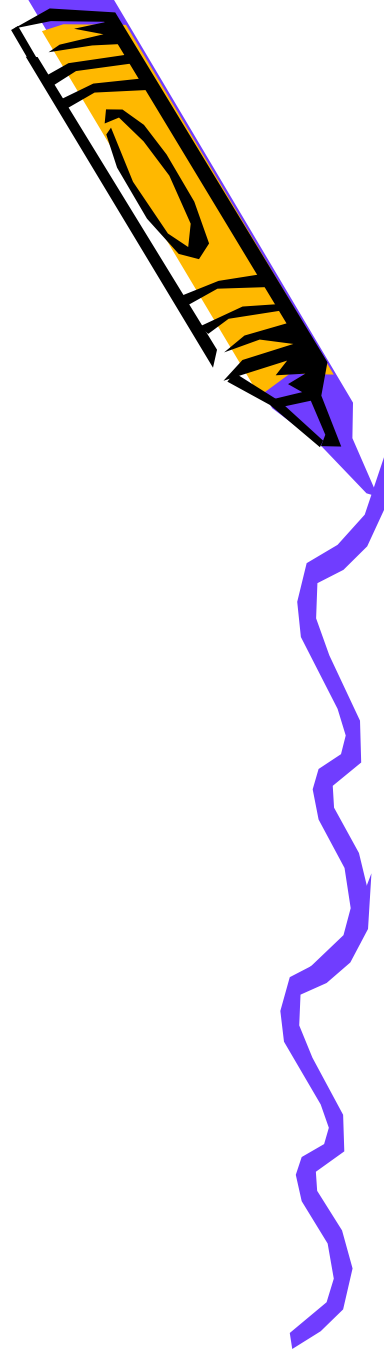
ЖЕДЕЛ БҮЙРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІН ТӨРТ КЕЗЕҢГЕ
БӨЛУГЕ БОЛАДЫ:

I. Бастапқы

II. Олигоануриялық

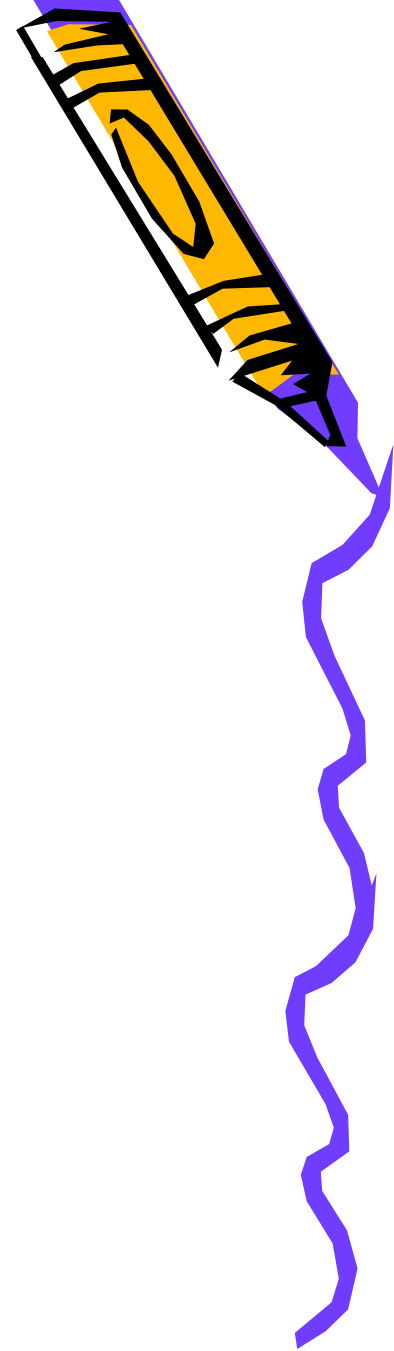
III. Полиуриялық

IV. Айығу



- **I. АЛҒАШҚЫ САТЫСЫ**

**ҰЗАҚТЫҒЫ 1-3 КҮНГЕ
СОЗЫЛАДЫ.
КЛИНИКАЛЫҚ
БЕЛГІЛЕРІ:
ЖЕДЕЛ БҮЙРЕК
ШАМАСЫЗДЫҒЫНА
АЛЫП КЕЛГЕН НЕГІЗГІ
АУРУҒА БАЙЛАНЫСТЫ
БОЛАДЫ.**



II. ОЛИГОАНУРИЯЛЫҚ САТЫСЫ

ҰЗАҚТЫҒЫ - 5-15 КҮН. БҰЛ САТЫСЫ ТӘУЛІКТІК ДИУРЕЗДІҢ 200 ММ ГЕ ДЕЙІН АЗАЙЫП, АНУРИЯМЕН СИПАТТАЛАДЫ. НЕСЕПТІҢ ТҮСІ - ҚОШҚЫЛ-ҚОҢЫР, ҚҰРАМЫНДА БЕЛОК, ЭРИТРОЦИТ, ЦИЛИНДР АНЫҚТАЛАДЫ.





**III. ПОЛИУРИЯЛЫҚ САТЫСЫ
ҰЗАҚТЫҒЫ 3-4 АПТА. ТӘУЛІКТІК
ДИУРЕЗДІҢ КӨБЕЙІП, ҚАНДАҒЫ
ҚАЛДЫҚ АЗОТТЫҢ ДЕҢГЕЙІНІҢ
АЗАЮЫНА СУ-ЭЛЕКТРОЛИТ АЛМАСУ
ЖӘНЕ ҚЫШҚЫЛДЫ СІЛТІЛІ
ЖАҒДАЙДЫҢ ҚАЛЫПТАСА
БАСТАУЫМЕН СИПАТТАЛАДЫ.**

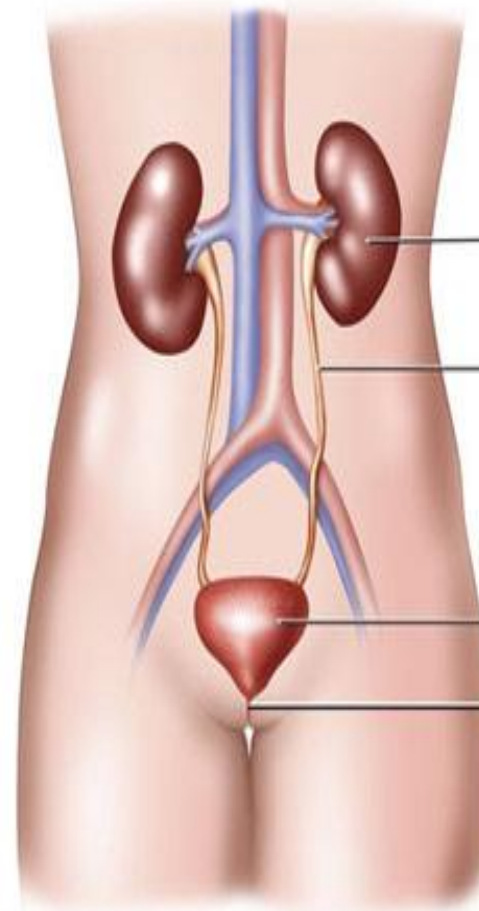


V. АЙЫҒУ САТЫСЫ

АЗОТЕМИЯ ЖОЙЫЛҒАННАН КЕЙІН БАСТАЛАДЫ ЖӘНЕ 6-12 АЙДАН 2 ЖЫЛҒА ДЕЙІН СОЗЫЛУЫ МҮМКІН. БҰЛ КЕЗЕҢДЕ БҮЙРЕКТЕГІ ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР ЖОЙЫЛАДЫ БҮЙРЕКТИҢ ФУНКЦИЯСЫНЫҢ ҚАЛПЫНА КЕЛУІ ӨТЕ ЖАЙ ҚАЛЫПТАСАДЫ.



БҮЙРЕКТИҢ ЖЕДЕЛ ШАМАСЫЗДЫҒЫ
(АҒЫЛ. CHRONIC KIDNEY DISEASE) —
НЕФРОНДАРДЫҢ АЗАЮЫНАН, ҚАЛҒАН
НЕФРОНДАРДЫҢ ФУНКЦИЯЛЫҚ
КЕМІСТІГІНЕН ДАМИТЫН, АҚЫРЫНДА
ГОМЕОСТАЗДЫҢ БҰЗЫЛЫСЫНА
ӘКЕЛЕТІН БҮЙРЕКТИҢ ЭКСКРЕЦИЯЛЫҚ
ЖӘНЕ ИНКРЕЦИЯЛЫҚ
ФУНКЦИЯЛАРЫНЫҢ ЖЕТІСТЕУШІЛІГІ.

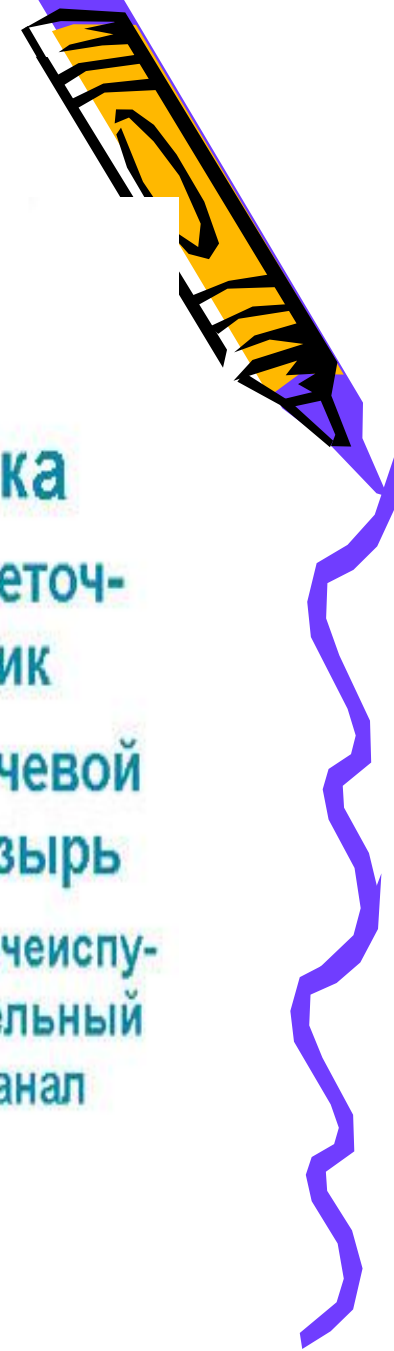


Почка

Мочеточ-
ник

Мочевой
пузырь

Мочеиспу-
скательный
канал





Почка

Чашечки

Почечная
артерия

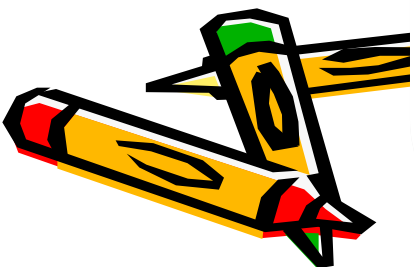
Лоханка

Почечная вена

Мозговое
вещество

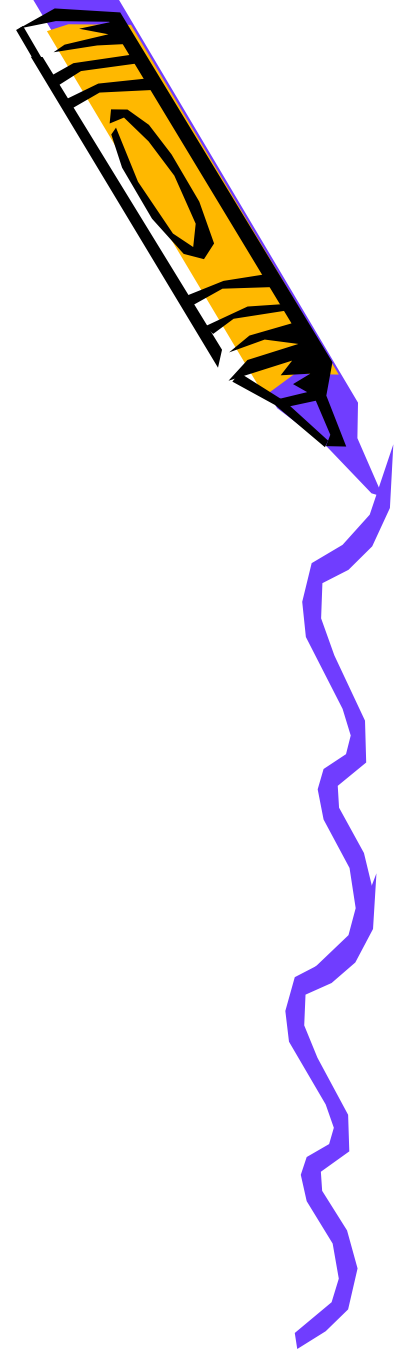
Мочеточник

Корковое вещество

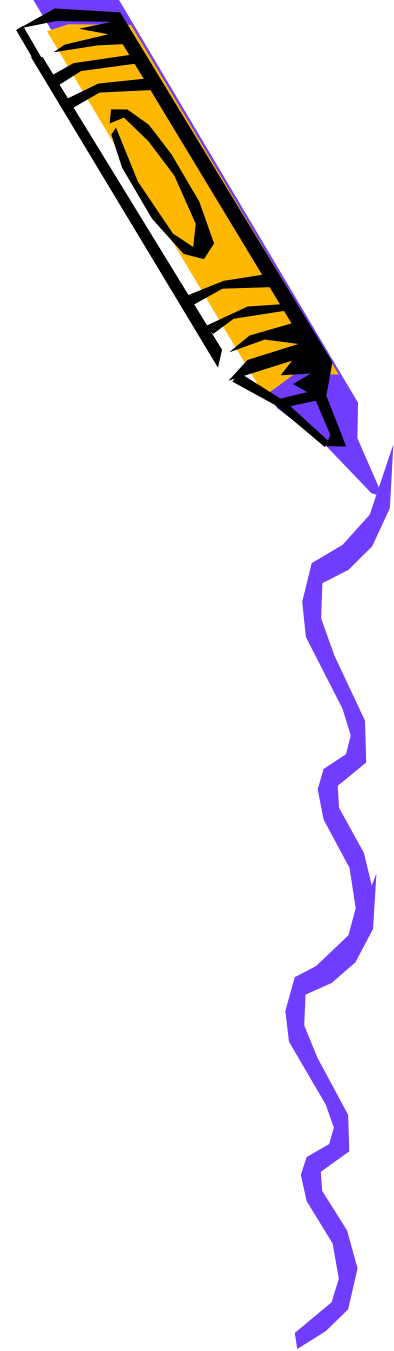


ЖБЖ ӨЗ КЕЗЕГІНДЕ 4 КЕЗЕҢГЕ ЖІКТЕЛЕДІ:

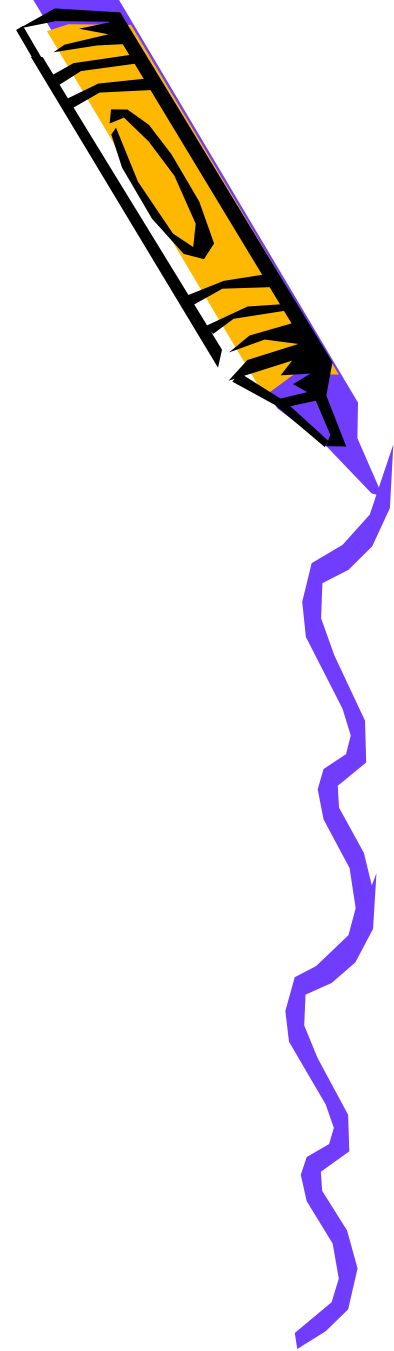
1. ЖАСЫРЫН КЕЗЕҢ
2. КОМПЕНСАТОРЛЫ КЕЗЕҢ
3. ИНТЕРМИТТЕУШІ КЕЗЕҢ
4. ТЕРМИНАЛДЫ КЕЗЕҢ



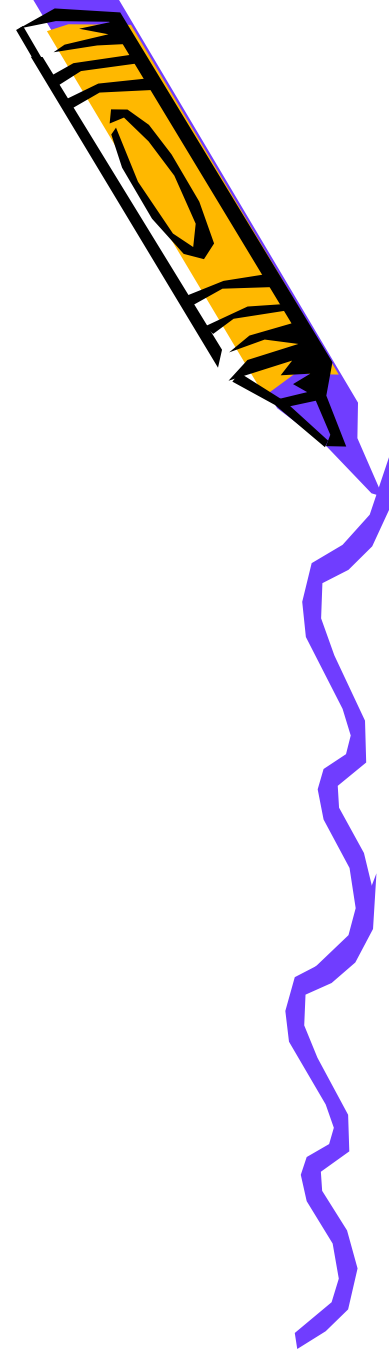
1. БҮЙРЕК ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖАСЫРЫН ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ.
МҰНДА ОБЪЕКТИВТІК ЖӘНЕ СУБЪЕКТИВТІК БЕЛГІЛЕР
ТАПШЫ БОЛАДЫ, ОНЫ ЖАН-ЖАҚТЫ ЖӘНЕ ТЕРЕҢ
КЛИНИКАЛЫҚ ТЕКСЕРУ БАРЫСЫНДА ҒАНА АНЫҚТАЙДЫ.
ШҰМАҚТЫ ФИЛЬТРАЦИЯ ӘДЕТТЕ 50-60 МЛ/МИН-ҚА
ДЕЙІН КЕМІГЕН, НЕСЕПТІҢ ОСМОЛЯРЛЫҒЫ 400-500
МОСМ/Л ШЕГІНДЕ БОЛАДЫ. ҚАНТ ЭКСКРЕЦИЯЛАРЫНЫҢ
АРТАТЫНЫ, ДИЗАМИНОАЦИДУРИЯ, ТҰРАҚСЫЗ
ПРОТЕИНУРИЯ БАЙҚАЛАДЫ.



2. ЖБЖ-НІҢ КОМПЕНСАТОРЛЫ САТЫСЫНДА БҮЙРЕКТЕРДІҢ ҚЫЗМЕТІ АЙТАРЛЫҚТАЙ КЕМІГЕН КЕЗДЕ БАСТАЛАДЫ. АЛАЙДА ҚАНДАҒЫ МОЧЕВИНА МЕН КРЕАТИН МӨЛШЕРІНІҢ АРТҚАНЫ БАЙҚАЛМАЙДЫ. ТӘУЛІКТІК ДИУРЕЗ, ӨЗЕКШЕ РЕАБСОРБЦИЯСЫНЫҢ КЕМУІ ЕСЕБІНЕН 2-2,5 Л-ГЕ ДЕЙІН АРТҚАН. ПОЛИУРИЯ ШҰМАҚТЫ ФИЛЬТРАЦИЯ 30 МЛ/МИН-ҚА ДЕЙІН КЕМІГЕН. НЕСЕТТІҢ ОСМОЛЯРЛЫҒЫ 35 МОСМ/Л-ГЕ ДЕЙІН ТӨМЕНДЕГЕН. НАТРИЙУРЕЗДІҢ МЕРЗІМДІК АРТУЫ ЕСЕБІНЕН ЭЛЕКТРОЛИТТІК АУЫТҚУ ПАЙДА БОЛУЫ МҮМКІН. АЗДАҒАН ДИСТЕТСИЯ, АУЫЗДЫҢ ҚҰРҒАУЫ, ҚАЖУШЫЛЫҚ, ПОЛИДИТСИЯ, ИЗОСТЕНУРИЯ БАЙҚАЛАДЫ.

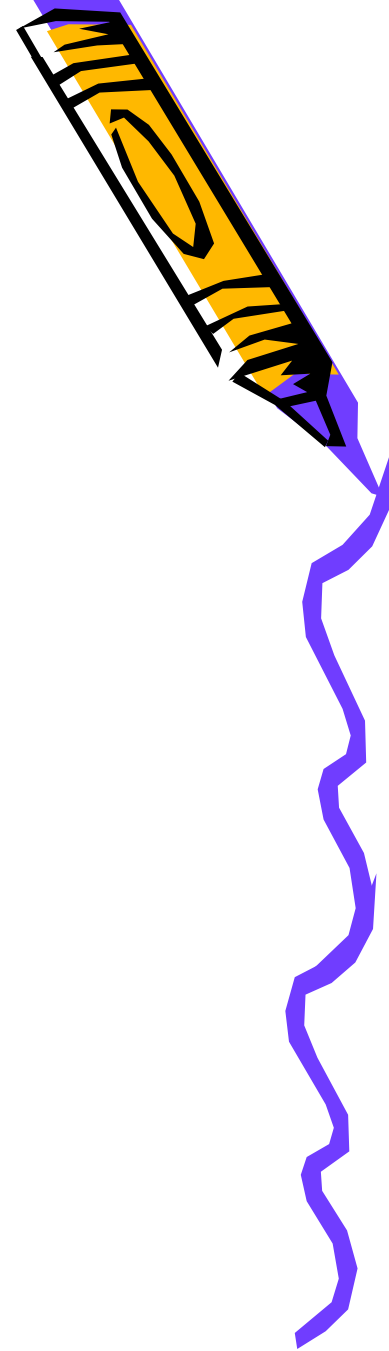


3. ЖБЖ-НІҢ ИНТЕРМИТТЕУШІ
САТЫСЫНДА ШҰМАҚТЫ
ФИЛЬТРАЦИЯ МЕН ӨЗЕКШЕНІҢ
РЕАБСОРБЦИЯСЫ ОДАН ӘРІ
ТӨМЕНДЕЙДІ. ОҚТЫН-ОҚТЫН
ГИПЕРАЗОТЕМИЯ ПАЙДА БОЛЫП,
МОЧЕВИНАДА 13-16ММОЛЬ/Л
ШНГІНДЕ ЖӘНЕ КРЕАТИНИНДЕ
0,2-0,35 ММОЛЬ/Л ШЕГІНДЕ
САҚТАЛАДЫ. ШҰМАҚТЫ
ФИЛЬТРАЦИЯ 25 МЛ/МИН-ҚА
ДЕЙІН ЖӘНЕ ОДАН ІРІ ТӨМЕНДЕГЕН.
АЦИДОЗ ДАМИДЫ.



4. ЖБЖ-НІҢ ТЕРМИНАЛЬДІ САТЫСЫНДА УРЕМИЯ ӨРШИДІ. ШҰМАҚТЫ ФИЛЬТРАЦИЯ 15 МЛ/МИН-ҚА ДЕЙІН КЕМИДІ, ҚАН ПЛАЗМАСЫНДАҒЫ МОЧЕВИНАНЫҢ КОНЦЕНТРАЦИЯСЫ 25 ММОЛЬ/-ГЕ ДЕЙІН КӨБЕЙЕДІ, АЗИДОЗ АРТАДЫ, ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯ ӨСЕДІ ЖӘНЕ АЛМАСУДЫҢ БАРЛЫҚ ТҮРЛЕРІ БҰЗЫЛАДЫ. БҰЛ САТЫНЫҢ ӨЗІ 3 КЛИНИКАЛЫҚ КЕЗЕҢГЕ БӨЛІНЕДІ:

- **I.** СУ БӨЛІП ШЫҒАРУ ҚЫЗМЕТІ АЯҚТАЛҒАН (ДИУРЕЗ - 1Л ЖӘНЕ ОДАН ДА КӨП). КЛИРЕНС - 15-10 МЛ/МИН-ҚА ДЕЙІН. ГИПЕРАЗОТЕМИЯ - МОЧЕВИНАДА 16-30 ММОЛЬ/Л, ӨСУ БАҒЫТЫНДА. КОМПЕНСАЦИЯЛАНҒАН АЦИДОЗ, СУ-ЭЛЕКТРОЛИТ БҰЗЫЛУЫ ЖОҚ.
- **IIА.** ОЛИГОАНУРИЯ (НЕСЕПТИҢ ОСМОЛЬЯРЛЫҒЫ-300-400 МОСМ/Л КЕЗІНДЕ ДИУРЕЗ 300МЛ-ДЕН КЕМ), СҰЙЫҚТЫҚТЫҢ ТЕЖЕЛУІ, ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯ, ГИПЕРАЗОТЕМИЯ 33 ММОЛЬ/Л-ДЕН ЖОҒАРЫ, АЦИДОЗ. ЖҮРЕК-ТАМЫР ЖҮЙЕСІ ЖӘНЕ БАСҚА ІШКІ МҮШЕЛЕР ЖАҒЫНДА ҚАЙТЫМДЫ ӨЗГЕРІСТЕР БАР.
- **IIБ.** БЕЛГІЛЕРІ IIА КЕЗЕНДЕГІДЕЙ, БІРАҚ ҮЛКЕН ЖӘНЕ КІШІ ҚАН АЙНАЛЫМЫ БҰЗЫЛҒАН ЖҮРЕК ҚЫЗМЕТІ ЕДӘУІР АУЫР. АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ.
- **III.** АУЫР УРЕМИЯ, ГИПЕРАЗОТЕМИЯ (КРЕАТИНИН-1,1 ММОЛЬ/Л, МОЧЕВИНА-66 ММОЛЬ/Л), ДЕКОМПЕНСАЦИЯЛАНҒАН АЦИДОЗ ЖӘНЕ ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯ. ДЕКОМПЕНСАЦИЯЛАНҒАН ЖҮРЕК ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ, ЖҮРЕК ДЕМІКТЕСІ, БАУЫР МЕН БАСҚА ДА МҮШЕЛЕРДІҢ ДИСТРОФИЯСЫ.



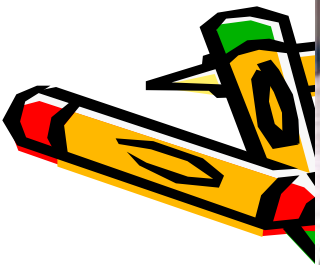
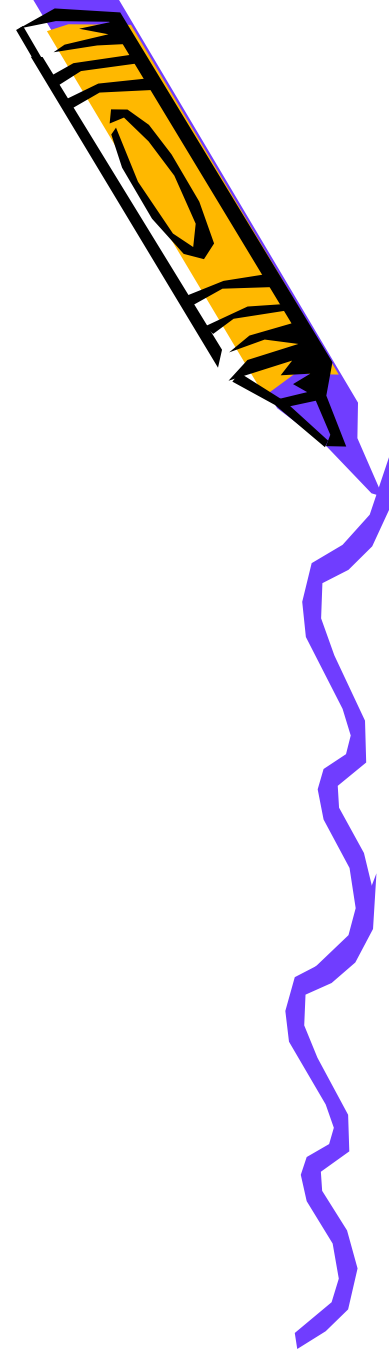


(a)

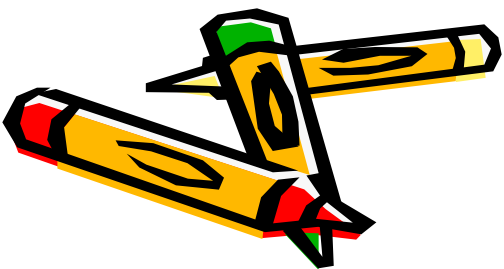


(b)

ЖБЖ НІҢ
БАСТАПҚЫ
КЕЗЕҢІНДЕ ТЕРІ
ӘДЕТТЕГІ ҚАЛПЫНДА,
КЕЛЕСІ САТЫСЫНДА
САРҒЫШ ТҮСТІ БОЛАДЫ.
БҰЛ САРҒЫ АУРУ БЕЛГІСІН
БЕРЕДІ. СБЖ НІҢ
ТЕРМИНАЛЬДЫ
САТЫСЫНДА ТЕРІНІҢ
ҚЫЗАРУЫ МАЗАЛАЙДЫ,
КЕЙІН ДЕНЕДЕ ӘР ТҮРЛІ
ЗӘРДІҢ АҚ
КРИСТАЛДАРЫНАН
ТҰРАТЫН БӨРТПЕЛЕР
ШЫҒАДЫ.



ЖБЖ КЕЗІНДЕГІ ДЕНЕДЕГІ БӨРТПЕНІҢ КӨРІНІСІ:

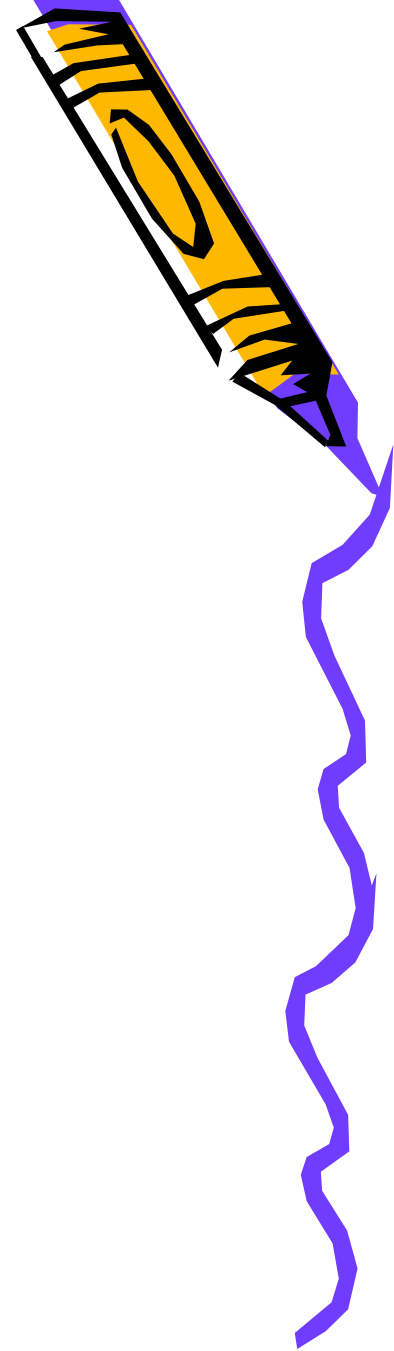


ЖБЖ КЕЗІНДЕГІ ПОЛИНЕЙТРОПАТИЯНЫҢ ӘСЕРІНЕН БҰЛШЫҚЕТТЕРДІҢ АТРОФИЯЛАНУЫ

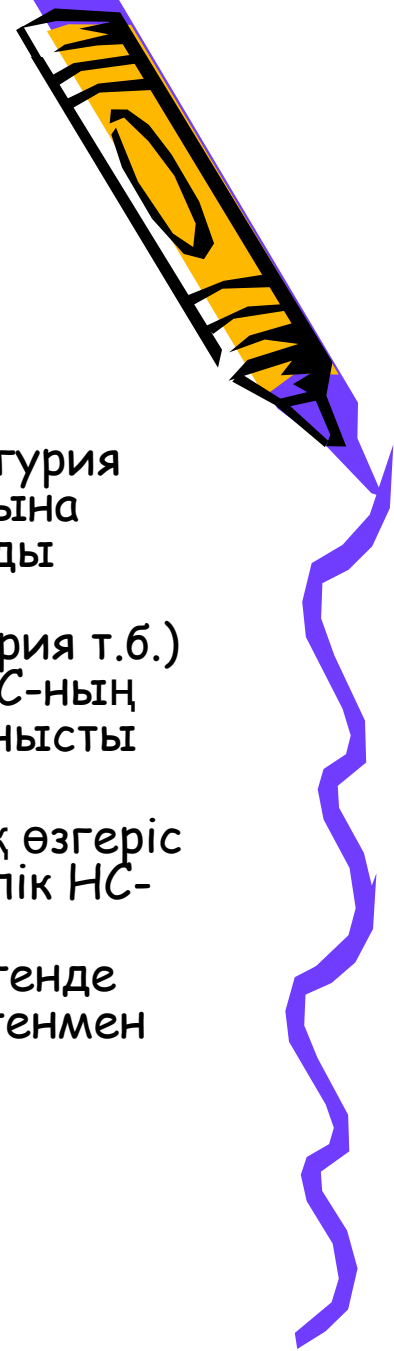


Medscape

Source: Nat Rev Neurol © 2009 Nature Publishing Group

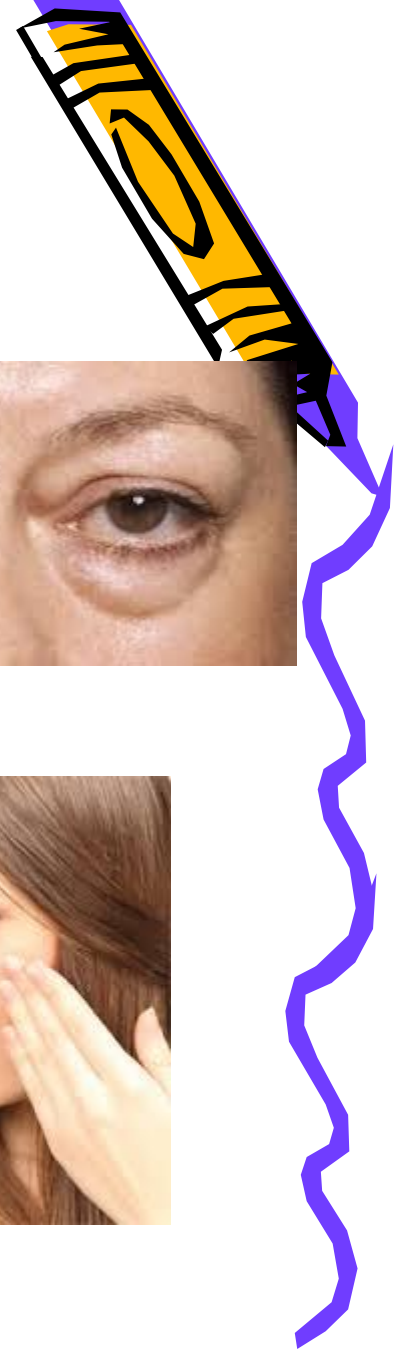


- **Жедел бүйрек жетіспеушілігі** - негізгі патогенез тетігі гипоальбуминемияға байланысты. Функционалдық ЖБЖ (зәр тығыздығы жоғары) дамиды. Мұнда олигурия да, азотемия да өткінші болады. Инфузия мен диуретиктер әсерінен, диурез орнына келгенде ЖБЖ белгілері де жоғалады. Тек НС-ның ауыр түрлерінде (минимальды өзгерістен басқа) бүйрек жұмысының тұрақты ауыр зақымдануы байқалады. НС инфекциямен асқынуы мүмкін. Өзекше симптомдары (глюкозурия, аминокацидурия т.б.) өткінші белгі ретінде ауыр жағдайларда кездесуі мүмкін. Бұл асқынулар кейде НС-ның өзімен ғана емес, патогенетикалық еммен де (ұзақ иммунитет төмендеуі) байланысты болады.
- **Ажырату диагнозы.** Нефротикалық синдром нефриттік синдромнан клиникалық өзгеріс ерекшеліктерімен ажыратылады. Гематурия мен гипертония болмайды. Біріншілік НС-ның клиникалық екі түрі бар: стероид-сезімталды және стероид-резистентті НС. МӨНС балаларға тән ауру және жиі кортикостероидтармен қазіргі әдіспен емдегенде жиі (90-95%) толық ремиссия береді, яғни бұл биопсия жүргізіп МӨ-ті дәлелдегенмен бірдей.



- **Созылмалы гломерулонефрит.** Көбіне ол жедел гломерулонефрит нәтижесі болады. Даму негізіне байланысты тек инфекциялы-иммундық емес аутоиммунды болып келеді. Мысалы, қан сары су құйғаннан, немесе дәрілерден.

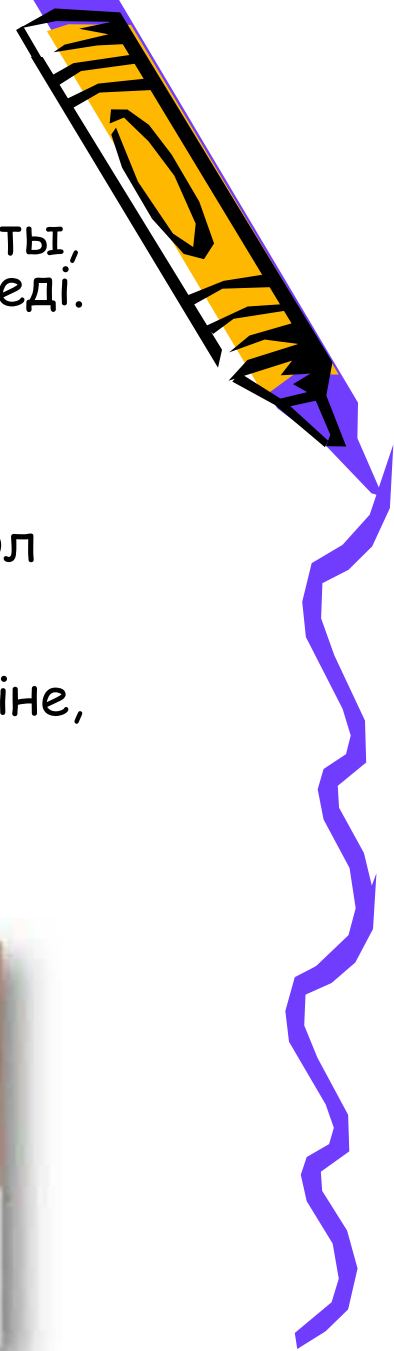
Клиникалық көрінісі: артериялық гипертензия, протеинурия, гипопротеинезия, анемия, холестеринемия. Гипертензия механизмінде ренин-ангиотензин әсерінен дамитын ишемия орын алады. Бүйрек ісініп, үлкейіп, қабына симай қысылады, бұл ишемияны күшейтеді. Созылмалы қабыну процесі эритропоэтин тапшылығына әкеліп, анемия дамиды. Сондықтан аурулар түсі ақ сарыланып ісініп тұрады.



- Нефротикалық синдром еңбек тәжірибесінде милоидозда, жылан шаққан жағдайларда табылады. Бұл синдром әрқашан бүйректерде **аутоиммундық** процестермен байланысты, өзгеріс негізінен-каналшаларда болады, бірақ, бара-бара шумақтар да өзгереді. **Клиникалық көріністері:** массивті протеинурия, гипоальбуминемия, диспротеинемия, гиперлипидемия, ісіну, олигоурия. Нефротикалық синдромда каналшалар аппаратында екіншілік жарақат дамиды, ол протеинурияны үдетеді. **Гипопротеинемия ісік кенезінде басшылық орын алады, қанның онкотикалық қысымы төмендейді.** Гиповолемия дамиды, ол волумрефлекс арқылы антидиуретикалық гормонның шығуын шақырады, осылай олигоурия пайда болады. Нефротикалық синдромның өршіп дамуы бүйректерде дәнекер тканнің өсуіне, оның екіншілік бүрісуіне әкеледі және бүйрек жетіспеушілігі дамиды.



Под отеками на ногах подразумевается увеличение нижних конечностей в объеме, особенно выраженное при чрезмерном употреблении жидкости, усиливающееся к вечеру, после длительного стояния или ходьбы.



- Пиелонефриттің клиникалық көрінісі ауыр инфекциялық процестер сияқты күшті интоксикация (әсіресе жедел сатысында) болады, артериалды гипертензия бастапқыда 25%, ал аяғында 70% барады, ісіну синдромы және анемия дамиды, несептік синдромдар бірге жүреді.



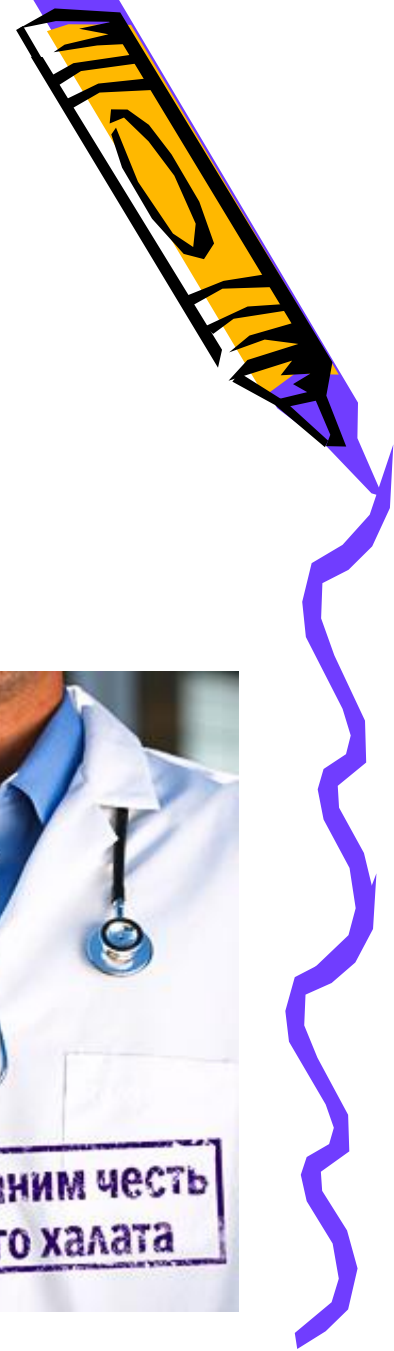
- Диагноз қоюға кеселдің жедел басталуы және негізгі белгілері - ісіну, гипертензия, зәр өзгерістері және азотемия көмектеседі. Зәр синдромында алғашқы күннен бастап қандай өзгерістер болғанын мұқият анықтау қажет. **Аурудың даму себебін табу аса мәнді. Ажырату диагнозы.** Нефриттік синдромнан мүлдем бөлек нефротикалық синдром (НС) **балаларда** көп. Ол өзіне тән белгілерімен ажыратылады. Жедел ағымды гломерулонефритті созылмалы ГН-тен ажырату бала ауруының даму тарихын зерттеу арқылы жүргізіледі және биопсия жасалады.



- ГН-ң негізгі белгілері - гематурия, протеинурия, ісіну, артериалдық гипертензия, бүйрек жетіспеушілігі. Осы симптомдар негізінен 4 түрлі клиникалық синдром құрайды.

ГН клиникалық синдромдары:

- Нефриттік синдром (орташа, тығыз ісіну, протеинурия, гематурия, гипертензия, азотемия);
- Нефротикалық синдром (үлкен, «жұмсақ», «жылжымалы» ісіну, протеинурия $>3,5$ г/тәул., гипоальбуминемия, гиперлипидемия);
- Жеке зәр синдромы (гематурия, не гематурия мен протеинурия);
- Тез үдейтін ГН (нефриттік белгілермен қатар табылатын тез үдейтін гиперкреатининемия).



Жедел ағымды гломерулонефрит

- ЖГН - инфекциядан кейін 1-3 апта өткен соң көбіне жедел нефриттік синдроммен басталып, циклдық ағыммен бірте-бірте бәсеңдейтін бүйрек шумақтарының қабынуы (постинфекциялық (постстрептококктік) ГН).

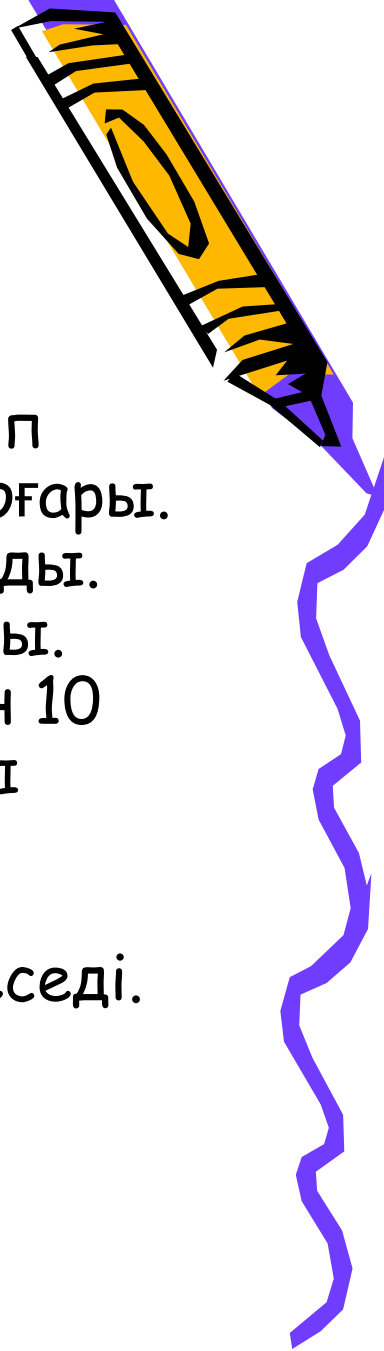
Көбіне нефриттік синдром:

- денедегі тығыз ісіну;
- қан қысымының көтерілуі, ол да көбіне орташа дәрежеде және өте ұзаққа созылмайды;
- макрогематурия не микрогематурия;
- протеинурия, әдетте орташа (тәуліктік мөлшері 2 г-нан аспайды);

олигоснурия және бүйрек жетіспеушілігі белгілері (азотемия), ол да көбіне қысқа мерзімді.



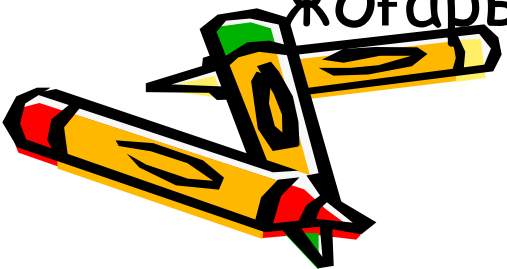
- Клиникасы. Баланың басы қатты ауырады, айналады, лоқсып құсады. Көзі тұманданып, көрмей де қалады. Қан қысымы жоғары. Көз қарашығы кеңейіп, сәулені сезбей, бала есінен айырылады. Дене құрысуы, тоникалық, клоникалық тырысу пайда болады. Беті көгеріп, демі қырылдауы мүмкін. Бұл жағдай 1 минуттен 10 минутке дейін созылуы, тәулігіне 10 шақты мәрте қайталауы мүмкін. Бас қуысындағы қысым жоғарылайды. Пункциямен ликворды шығару тырысуды тоқтатады. Патогенездік ем диуретик, т.б. қолдануға байланысты қазірде сирек кездеседі.



- Нефриттік синдром 5-6 жастан кейін, мектеп жасындағы балаларда жиірек болады. **Шағымдары** - нефритке ғана тән емес жалпы белгілер: баланың басы ауруы, көңіл-күйі бұзылуы, тағамға тәбеті болмай, шаршап әлсіреуі мүмкін. Бет пішіні бозғылт (*facies nephritica*). Зәр азайып, қызғылт тартады. Нефриттің белгілері (ісіну, қан қысымы жоғарылауы және т.б. өзгерістер) дамиды Шумақ фильтрациясы төмендеп, олигурия, азотемия пайда болады.



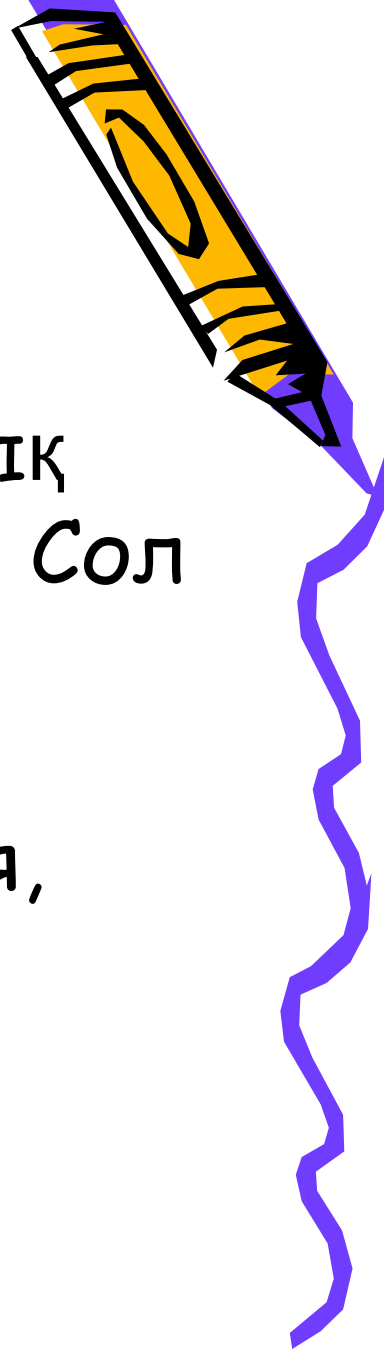
- Клиникасы. Баланың басы қатты ауырады, айналады, лоқсып құсады. Көзі тұманданып, көрмей де қалады. Қан қысымы жоғары. Көз қарашығы кеңейіп, сәулені сезбей, бала есінен айырылады. Дене құрысуы, тоникалық, клоникалық тырысу пайда болады. Беті көгеріп, демі қырылдауы мүмкін. Бұл жағдай 1 минуттен 10 минутке дейін созылуы, тәулігіне 10 шақты мәрте қайталауы мүмкін. Бас қуысындағы қысым жоғарылайды.



Қорытынды:

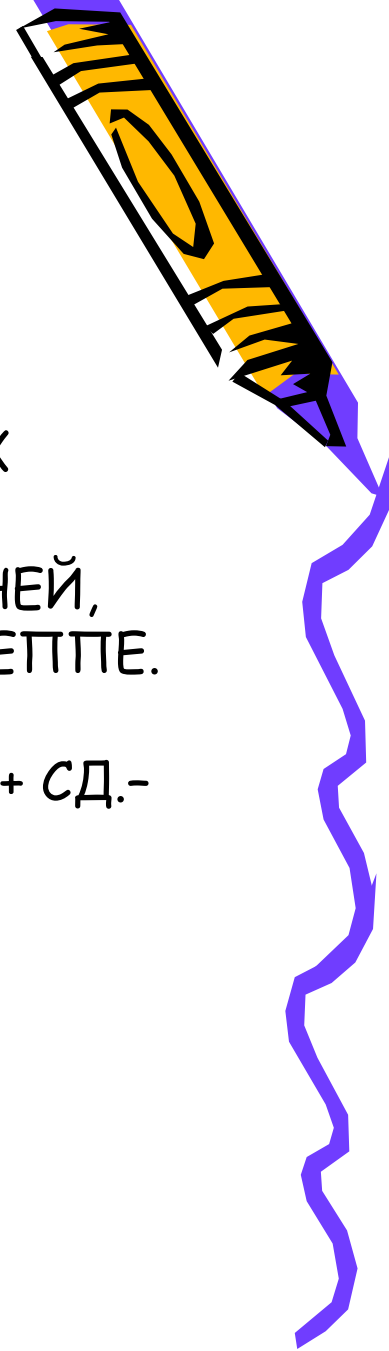
Негізгі аурудың үдеуі болғанда нефротикалық синдром соңғы бүйрек жетіспеушілігіне әкеледі. Сол кезінде гемодиализ және бүйректің трансплантациясын жасау керек.

Гиперлиппротеинемия, гиперкоагулопатия, гипертония бүйрек жетіспеушілігімен бірге науқастардың болжамын ауыртады.



ПАИДАЛАНЫЛАН

ӘДЕБИЕТТЕР:



1. МУХИН Н.А., МОИСЕЕВ В.С. ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ: УЧЕБНИК + СД. - 4-Е ИЗД. - М., 2008. - 848 С.
2. ЛИССАУЭР Т., КЛЕЙДЕН Г. ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ, ИЛЛЮСТРИРОВАННЫЙ УЧЕБНИК/ ПЕР. С АНГЛ. ПОД РЕД. Н.А.ГЕТТТЕ. - 3-Е ИЗД. - М., 2008. - 350 С.
3. ГЕТТТЕ Н.А. ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ: УЧЕБНИК + СД.- М., 2008.- 464 С.
4. Источник: <http://5fan.info/polujgmerrnamerrna.html>
5. Ішкі аурулар Б.С.Қалимурзина Түркістан 2007ж
6. Ішкі аурулар Ж.А. Жаманқұлов Ақтөбе 2002ж
интернет көздері
7. <http://medicalplanet.su/Patfiz/516.html>
8. <http://ru.wikipedia.org/wiki>
www.medinfo.kz



СҰРАҚТАР

1. НЕФРОТИКАЛЫҚ
СИНДРОМЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ
КӨРІНІСТЕРІ?
2. НЕФРОТИКАЛЫҚ
СИНДРОМЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУ
СЕБЕБІ?
3. НЕФРОТИКАЛЫҚ
СИНДРОМЫНЫҢ НЕГІЗГІ
ШАҒЫМЫ?

