

Семей қаласының
Мемлекеттік медицина
университеті

Урологияның маңызды сұрақтары

2011 жыл

Жоспар:

- Пиелонефрит
- Несеп-жыныс жүйесінің ісігі
- Несеп тас ауруы
- Жедел және созылмалы бүйрек жетіспеушілігі

Пиелонефрит

Бүйректің астауышасы (пиелит), тостағаншасы және паренхимасының қабынуымен сипатталатын бактериялді этиологиялы бейарнамалы қабыну ауруы.

Этиология және патогенез

Пайда болу себептері арасында бірінші сатыға инфекцияның қан арқылы (гематогенді) және несеп жолдары арқылы (урогенді) бүйрекке еніу және әкеліп соқтыратын факторлар (суық тиу, зәрдiң тұрып қалуы, гормональды өзгерістер, бүйрек ішілік қысымның өзгеруі, иммунитеттің төмендеуі және т.б. себептер) пайда болғанда бүйрекке енген қоздырғыштар қарқынды көбейіп қабыну процесін шақырады.

Жіктелуі (Н.А. Лопаткин бойынша)

- *Зақымдалған бүйрек санына байланысты:*
 - Біржақты
 - Екіжақты
- *Пайда болу шарттарына байланысты:*
 - Біріншілік
 - Екіншілік
- *Ағымы бойынша:*
 - Жедел
 - Созылмалы
 - Рецидивті

- *Инфекциялық агенттің ену жолына байланысты:*
 - Гематогенді
 - Урогенді (жоғары өрлемелі)
 - Лимфогенді
- *Зәр шығару жолдарының өткізгіштігіне байланысты:*
 - Обструктивті емес
 - Обструктивті

- *Жедел пиелонефрита түрлері:*
 - Серозды
 - Деструктивті:
 - Апостематозды пиелонефрит
 - Бүйрек карбункулы
 - Бүйрек абсцесі
- *Созылмалы пиелонефрит ағымы:*
 - Латентті
 - Гипертензивті
 - Ремиссия
 - Анемиялық
 - Азотэмиялық
 - Жасырын (симтомсыз)

- *Жедел пиелонефриттің нәтижелері:*
 - Сауығу
 - Созылмалы пиелонефритке ауысуы
- *Созылмалы пиелонефрит нәтижелері:*
 - Бүйректің екіншілік бүрісуі
 - Пионефроз

Асқынулары:

- Жедел бүйрек жетіспеушілігі (ЖБЖ)
- Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі (СБЖ)
- Некротикалық папиллит
- Паранефрит
- Уросепсис

Клиникалық көрінісі

- Жергілікті симптоматика:
 - Зақымдалған жақтағы бел аймағындағы ауырсыну. Обструктивті емес пиелонефритте ауырсыну сипаты тұйық, сыздап, кейде төмен немесе жоғары интенсивті, несеппағардың таспен обструкциясы кезінде ұстама тәрізді болуы мүмкін.
 - Дизуриялық көріністер тән емес, бірақ уретрит және цистит қосарланған кезде байқалуы мүмкін.

- Жалпы симптоматикасы интоксикациялық синдромның дамуымен сипатталады:
 - 38—40°C қызба
 - қалтырау,
 - жалпы әлсіздік,
 - тәбеттің төмендеуі,
 - жүрек айну, кейде құсу

Диагностикасы:

- *Лабораторлы зерттеу әдістері:*
 - Жалпы қан анализі — жалпы қабынуға тән өзгерістер: лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарлауы, лейкоцитарлы формуланың солға жылжуы, айқын қабыну кезінде — анемия.
 - Қанның биохимиялық анализі: трансаминазалардың жоғарлауы, гипергаммаглобулинемия, бүйрек жетіспеушілігінің белгілері дамығанда мочеви́на, креатинин көрсеткіштерінің жоғарылауы байқалады.

- Жалпы зәр анализі:

Лейкоцитурия — гематогенді пиелонефрит кезінде алғашқы 2-4 тәулікте қабыну ошағы бүйрек паренхимасының қыртысты қабатында орналасқандықтан болмауы мүмкін.

Зәр шығару жолдарының обструкциясы, некротикалық папилит, жедел цистит, форникальды аппараттың зақымдалуы болғанда эритроцитурия кездеседі.

Зәрдің бактериологиялық зерттеуі қоздырғышты және антибиотиктерге сезімталдығын анықтау үшін қолданылады.

Инструментальды зерттеу әдістері

- Ультрадыбыстық зерттеу (УДЗ). Бүйректің ультрадыбысты зерттеуі жедел біріншілік пиелонефриттің серозды қабыну фазасында бүйректе ешқандай патологиялық өзгерістер көрінбейді. Серозды фазасында бүйректің ұлғаюы анықталады, тыныс алғанда олардың қозғалыстарының төмендеуін көруге болады, апостематозды пиелонефрит кезіндегі ультрадыбыстық көріністер пиелонефриттің серозды қабыну фазасы кезіндегідей болады. Бүйрек карбункулында шеттері айқын емес гипоэхогенді аймақтары бар кейде бүйректің осы жерде сыртқы контурының ісінуін көруге болады. Бүйрек абцессі кезінде шеттері айқын гипоэхогенді аймақ (абцесс капсуласы), кейде біртекті емес ортасында анэхогенді аймақтар (сұйық ірің) анықталады.

Рентгенологиялық зерттеу әдістері:

- Жалпы және экскреторлы урография бірін-бірі толықтырады, бірге жүргізіледі (жалпы сүрет экскреторлы урография жалғасынмен жүргізіледі). Шолу сүретінде бүйрек мөлшері ұлғайған, контурларының ісінуі кабункул немесе абцесс кезінде, паранефральді клетчатканың ісінуі және паранефрит кезінде бел бұлшық етінің зақымдалуы жағында контурлары анық емес болады, калькулезді пиелонефрит кезінде конкремент көлеңкелері көрінеді.

- Экскреторлы урограммада пиелонефриттің серозды қабыну фазасында уродинамика мен бүйрек функциялары бұзылмайды, бүйректің ұлғаюы , оның қозғалысының ортосынамасы кезінде шектелуі анықталады, тостағанша-түбекше жүйесінің, бүйрек паренхимасының шамалы ісініп, басылуы анықталады. Апостематозды пиелонефритке сонымен қатар серозды пиелонефрит кезінде кездесетін көріністерге қоса бүйректің бөлу қызметінің төмендеуі қосылады. Бүйректің карбункулы мен абсцессі кезінде экскреторлы урограммада контурларының ісінуі, абсцеспен немесе инфильтратпен түбекшелер мен тостағаншалардың басылуы және деформациясы анықталады.

- Ретроградты пиелоуретерография экскреторлы урография жоқ кезде жасалады (науқастың жалпы жағдайы ауыр болғанда, жедел және созылмалы бүйрек жетіспеушілігі кезінде).
- Абдоминальная аортография, селективті ангиография, компьютерлі томография пиелонефритті басқа бүйрек патологиясымен салыстыру үшін жүргізіледі.
- Радионуклидті әдістер (нефросцинтиграфия, тура емес ангиография, ренография) жедел пиелонефрит кезінде қосымша әдістер ретінде қолданылады. Бұлар динамикада 3-5 күндері қолданылады .

Емі:

- Біріншілік жідел пиелонефриттің емі 3 мақсатпен жүргізіледі:
 - Жалпы сақтандырушы ем тағайындау – жеңіл сінетін жоғары калориялы тағам, концентрленген глюкоза ертіндісін енгізу, витаминдер, анаболикалық гормондар, оттегімен емдеу, электролиттік және қышқылды-сілтілі тепе-теңдік ызысуларын қалпына келтіру және т.б. шаралар өткізіледі.

- Организімнің детоксикациясы - форсирленген диурез, асқазан ішектік диализі және басқа да жалпы гигиеналық шараларды өткізумен іске асады.

Соңғы жылдары жедел пиелонефриттің ауыр формалары кезінде айқын интоксикацияны оқшаулау мақсатымен экстракорпоральді дезинтоксикация: гемосорбция және плазмаферез әдістері кең қолданылады.

- Біріншілік жедел пиелонефрит емінде дұрыс жүргізілген антибактериалды емге үлкен мән береді. Жедел пиелонефрит жиі ішек таяқшасы мен протей, стафилококк, көк іріңді таяқшамен шақырылады және кең таралған антибиотиктерге сезімталдығы төмен флорамен шақырылғанда, антибактериальді терапияны кең спектрлі антибиотиктердің үлкен дозасынан бастаған дұрыс, ол антибиотикограмманы алғаннан кейін бағытталған антибиотиктер тағайындалады. Антибиотиктермен бірге сульфаниламидтер және нитрофуран қатарының препараттары кең қолданылады, сонымен қатар налидикс және оксалин қышқылдарының препараттары қолданылады (невиграмон, грамурин, нитроксолин немесе 5-НОК және т.б.)

Несеп жыныс жүйесінің ісіктері:

Жіктелуі:

- Бүйрек ісіктері
- Несеп ағар ісіктері
- Қуық ісіктері
- Қуық асты безінің ісіктірі
- Ен безінің ісігі
- Еркек жыныс мүшесінің ісігі

- Жалпы ісіктер қатерлі және қатерсіз болып екіге бөлінеді. Дәрігер ісіктің бар және жоқ екенін айқын айта алады, бірақ ол қандай да бір білікті маман болса да ісіктің қатерлі және қатерсіз екенін айта алмайды. Морфолог дәрігер биопсия жасау арқылы ғана толықтай ісіктің құрамын және түрін айта алады.

- Ісіктің қатерсіз түрлері:
- Бүйрек аденомасы
- онкоцитома
- ангиомиолипома
- липома
- гемангиома
- Несеп ағар, қуық, үрпі және еркек жыныс мүшесінің папилломасы және т. б.

- Қатерлі ісік түрлері:
- Несеп ағар, қуық, үрпі және еркек жыныс мүшесінің қатерлі ісігі (рак)
- Вильмс ісігі
- Ен безінің тератомасы
- Басқа да бір несеп-жыныс жүйесінің қатерлі ісігі.

Несеп тас ауруы (нефролитиаз)



Коралловидный камень почки

- Ағзаларда зат аламасудың бұзылуы нәтижесінде бүйректе және зәр жолдарында тастың түзілуімен жүретін ауру. Тас зәр шығару жүйесінің кез-келген бөлігінде түзілуі мүмкін, бірақ маңызды орынды бүйрек, несеппағар және қуық тастары алады. Зәр тас ауруларымен барлық жаста ауруы мүмкін - нәрестелерден кәрілерге дейін. Зәр тасының типі науқастың жасына байланысты болады. Үлкендеу адамдарда зәр қышқыл тасы, белокты тастар сиректеу пайда болады. 60% тастар - аралас. Соңғы уақытта тамақтанудың өзгеруіне, аз қозғалуға, әртүрлі жағымсыз экиологиялық факторларға байланысты зәр тас ауруы жиі кездеседі.

Этиологиясы

- Аурудың негізгі механизімі туа пайда болған – зат алмасудың аздап бұзылуы, ол ерімейтін тұздардың түзілуіне және оның тасқа айналуына әкеледі. Бірақ науқаста зәр тас ауруларына туа пайда болған бейімділік болса да әкелуші факторлар болмаса ол дамылмайды.

Сыртқы себептер.

- Тамақтану ерекшеліктері («А», «В», «Д» тобы витаминдерінің тамақта үнемі жетіспеушілігі, ультрофиолетті сәулелердің жетіспеушілігі, ашты және ащы тамақтар зәрдің қышқылдығын жоғарылатады, бұдан тастар оңай түзіледі).
- Судың физио-химиялық қасиеттері (құрамында кальций тұздары көп су).
- Еңбектің зиянды жақтары
- Аз қозғалу.
- Кейбір дәрі-дәрмектің қолдану (сульфаниламидтер, аскарбин қышқылын көп қолдану – вит. С)

Ішкі себептері:

- Тұқымқуалаушылық бейімділік
- Зәр шығару жүйесі жағынан: бүйрек және зәр жолдарының даму аномалиялары (зәр жолдарының әртүрлі себеппен тарылуы, жалғыз бүйрек, таға тәрізді бүйрек, зәрдің шығуының бұзылына әкелуші аномалиялар), зәр жыныс жолдары инфекциялары (пиелонефрит, гидронефроз, нефроптоз, цистит, қуық асты безінің аденомасы, простатит және т.б.).
- Қалқанша маңы безі функциясының бұзылуы.

- Жалпы ағза жағынан себептер: заттардың қалыпты алмасуының бұзылуына әкелетін қандай да бір ферменттің жетіспеу жағдайы асқазан және ішектің созылмалы аурулары (созылмалы гастрит, колит, жара ауруы), жарақаттар және сүйек аурулары (остеомиелит, остеопороз), жұқпалы аурулар немесе улану кезінде ағзаның қатты сусыздануы.

Несеп тас ауруының жіктелуі

- Орналасуы бойынша:
 - Бүйректе (нефролитиаз)
 - Несеп ағарда (уретеролитиаз)
 - Қуықта (цистолитиаз)
- Тастардың құрамы бойынша:
 - Ураттар
 - Фосфаттар
 - Оксалаттар
 - Цистинді
 - Аралас
- Дерттің ағымы бойынша
 - Біріншілік пайда болу
 - Қайта пайда болу(рецидивті)

Cut surface of a bladder showing struvite calculi



Struvite



Cystine



Calcium oxalate dihydrate



Ammonium urate



Silica

Calcium oxalate monohydrate



Bladder Stones

Diagnostic Plan

- History
- Physical examination
- Palpation of the urethra and urinary bladder
- Urinalysis
- Urine culture
- Blood work
- X-rays of the urinary tract
- Quantitative analysis of passed bladder stones

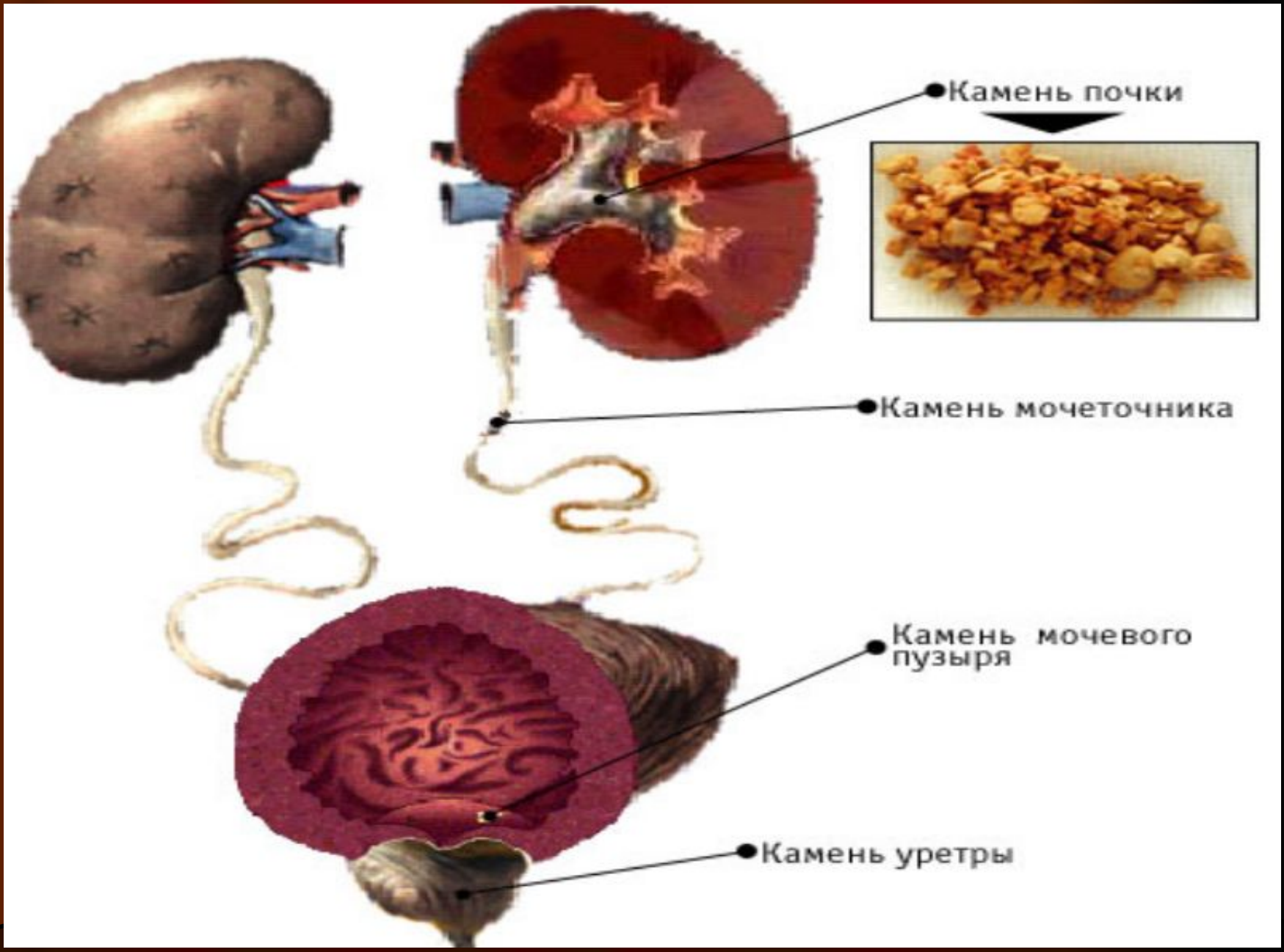
Therapeutic Plan*

- Fluid therapy
- Antibacterials
- Urease inhibitors
- Xanthine oxidase inhibitors
- Urine alkalinizers
- Thiol-containing drugs
- Surgery

*Determined by stone type

Dietary Plan

- For dissolution, the proper calculolytic diet
- To aid in prevention or recurrence, a diet that allows the body to produce the appropriate urine pH and avoids excesses of the urolith's precursors
- If surgery is necessary, a diet adequate for tissue repair



● Камень почки



● Камень мочеточника

● Камень мочевого пузыря

● Камень уретры

Клиникалық көрінісі:

- Науқаста аурудың басында тас болса да зәр тас ауруы байқалмайды. Ауырсыну – тұйық, сыздайтын сыйпат алады, бірақ өткір де болуы мүмкін. Ауырсыну жиі біржақты болады. Егер тас екі бүйректе болса, онда ауырсыну екі жақта бір мезгілде немесе кезектесіп пайда болады. Ауырсынудың қозғалыста науқастың қалыпын өзгертуге байланысты пайда болуы тән. Тас бүйректен жылжып несепарға түскен кезде ауырсыну белден шапқа, іштен төмен жыныс мүшелеріне, санға беріледі. Несепардың төменгі бөлігінде орналасқан тас жиі себепсіз зәр шығаруға әкеледі. Несепардың төменгі бөлімдерінде конкремент анықталса, ауырсыну іштің төменгі жағында пайда болып, шап аймағына беріледі.

- Ауырсыну өткір ұстама тәрізді бел аймағында пайда болып, іштің сәйкес аймағына таралады. Ауырсыну басылып, қайта дамып бірнеше сағаттан бірнеше күнге созылуы мүмкін. Егер тас несеппағардың қуысын толықтай бітеп тастаса, онда бүйректе зәр жиналып, бүйрек астаушаларында қысым күрт жоғарылап созылады. Астауша қабырғасында ауырсыну рецепторлы көп болғандықтан, ауырсыну өте қатты болып, «Бүйрек шаншуы» ұстамасын шақырады.

- Бұл ауырсыну кенет тәуліктің кез келген уақытында бел аймағында басталады. Науқас мазасызданып ауырсынуды жеңілдететін ыңғайлы қалып іздейді. 0,5 – 0,6 см конкременттер өздігінен зәрмен шығыуы мүмкін, тастардың мөлшері тарылғанда тас ұзақ уақыт сол жерле қалып, зәрдің ағуын тежеп бүйрек астаушасындағы қысымды ұзақ уақыт бойы жоғарылатып, соңында бүйрек функциясының бұзылуына немесе толық жоғалынуына әкеледі.

- Гематурия (зәрдегі қан) – несептас ауруымен ауратын науқастардың көпшілігінде кездеседі және қозғалыс кезінде ұлғайуы мүмкін.

Несептасасқынусыз сирек болады. Ең жиі кездесетіні созылмалы пиелонефриттің өршуі (дене қызуының 38-40 С дейін көтерілуі, қалтырау, әлсіреу, терішеңдік және т.б.). Зәрдің шығуы тоқтаған жағдайда тостағаншалар кеңейеді (гидронефроз), кенет бүйрек қызыметі бұзылады, соның салдарынан пиелонефрит өршуі байқалады. Ең ауыр асқыну түрі бүйрек жетіспеушілігі болып табылады. Бүйректе тастардың ұзақ уақыт болуынан анатомиялық және функционалдық өзгерістер болады, соның салдарынан нефрогенді артериальді гипертония анықталады.

- Зәр шығару кезінде ағып жатқан зәр бірден тоқтауы мүмкін, бірақ науқас өзі қуығының толық босамағаның сезеді және дене қалпын өзгерткенде зәр шығару қалпына келеді, және бұл симптом «Кенет бітелу» деп аталады. дене температурасы 38-40 гр.С дейін жоғарылайды, қан қысымы көтеріледі. Жиі – жиі аз мөлшерде зәр шығару болады, кейде жүрек айнып, құсу болады. Ұстама тас өзінің жатқан қалпын өзгерткенде немесе несеппағардан шыққанда доғарады. Егер ұстамадан кейін тас шықпаса, онда ұстама қайталануы мүмкін.

Диагностикасы:

- Жалпы зәр анализінде: зәрде аз мөлшерлі қан анықталуы – микрогематурия, микробты инфекциялану, тұздардың болуы және зәрдің лайлануы анықталады.
- Жалпы қан анализі қабыну процессін анықтайды.
- Қанның биохимиялық анализі

- Бүйрек УДЗ – тастың болуынан немесе қозғалуынан пайда болған аномиялық өзгерістерді көрсетеді. Бір жетіспеушілігі несепағар тасы іштастар арты кеңістігінде терең орналасуынан УДЗ арқылы анықталмайды.



Ультразвуковое исследование почек. Камень почки.

- Экскреторлы урография: контрасты затты қантамырға енгізіп, рентген суреттер сериясын жүргіземіз. Несеп жүйесінің шолу суретінде тастардың бар-жоғын және олардың өлшемі мен пішінін анықтауға болады. Кей жағдайда рентегеннегативті (ураттар, цистеинді, ксантинді) тастар болады, олар өз денесінен рентген сәулелерін өткізеді, сондықтан суретке көрінбейді.
- Радиоизотопты нефросцинтиграфия: қантамырға контрасты зат енгізіп бүйректің сканирлеуі өткізіледі. Бүйрек функциясының бұзылыстарын анықтайтын, нақты ақпарат беретін тексеру әдісі.
- Кейде КТ мен МРТ арқылы тексереді.



**Компьютерная томограмма.
Камень левой почки,
затрудняющий отток
мочи из лоханки.**



**Обзорная урограмма.
Камень левой почки.**





Несептас ауруын емдеу:

- Несептас ауруын емдеуде диетаның алатын орны өте зор. Оның тағайындалуын дәрігіер жүргізеді, ол тастың құрамына және несептас ауруына пайда болуына әкелетін себептерге байланысты тағайындайды. Диета науқас организімінде жаңадан шөгінуі, пайда болуы мен өсуін шақырушы тағамдарды шектейді. Диототерапияға байланысты барлық тастарды екі топқа бөлеміз:
 - сілтілі (фосфат және карбонат)
 - қышқыл (урат және оксалат).

- Фосфатты тастар кезінде зәрде сілтілі реакция бар, сондықтан оны қышқылдандыру керек. Мұны ескере отырып көкөніс және жемістер, сүт тағамдары мөлшерін азайту, зәрді қышқылдандыратын ет, балық ұнды және өсімдік майын қолдануды көбейту қажет. Бұл тас кезінде оксалатты және уратта тастардағыдан қарағанда ауыз су мөлшерін аз көлемде қолдану керек.
- Карбонатты тастарда, зәр сілтілі реакциялы, рационда кальциге бай өнімдер (сүт, ірімшік, йогурт, сыр) мөлшерін азайту. Негізінен сұлы, ұн тағамы, қайнатылған ет және балық, жұмыртқа, май қолданады.

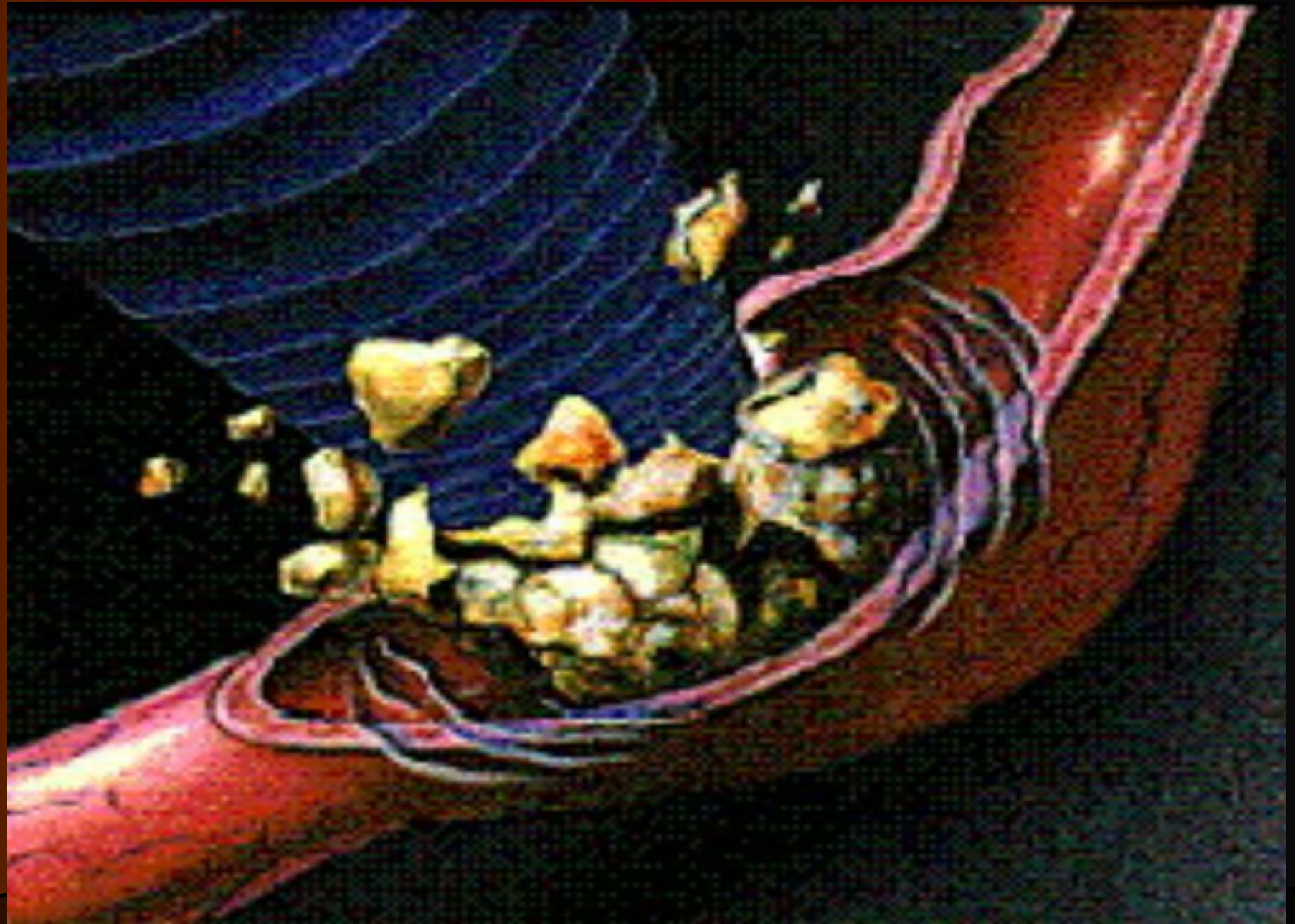
- Уратты тастарда организмде зәр қышқылын түзуші өнімдерді (бауыр, бүйрек, ет өнімі) азайту қажет. Сонымен қатар рационда зәр қышқылдандыратын ет және балық, өсімдік майын шектеу керек. Жиі мұндай науқастарға құрамында көп цитраттары бар (магурлит, блемарен, уралит және т.б.) жаңа дайындалған лимон шырынын ішу керек.
- Оксалатты тастарда қымыздық қышқылы мол өнімдерді: шпинат, щавель, картофель, салат, апельсин және сүт қолдануды шектеу қажет. Бұл магнидің ішекте қымыздық қышқылы тұздарын байланыстырумен байланысты.

Литотрипсия

- Экстракорпоральды толқынды арақашықты литотрипсия.
- Бүйрек астаушалары мен несеппағардың жоғарғы бөлігіндегі орналасқан аздаған көлемді тастар денеге арнайы бағытталған ультрадыбысты толқындармен бөлшектелуі мүмкін. Бөлшектелген тастар зәр шығару кезінде өздігінен шығарылады. Кей жағдайларда тастар теріге жасалған аз көлемді кесік және арнайы зонд көмегімен бөлшектеу арқылы жойылады.



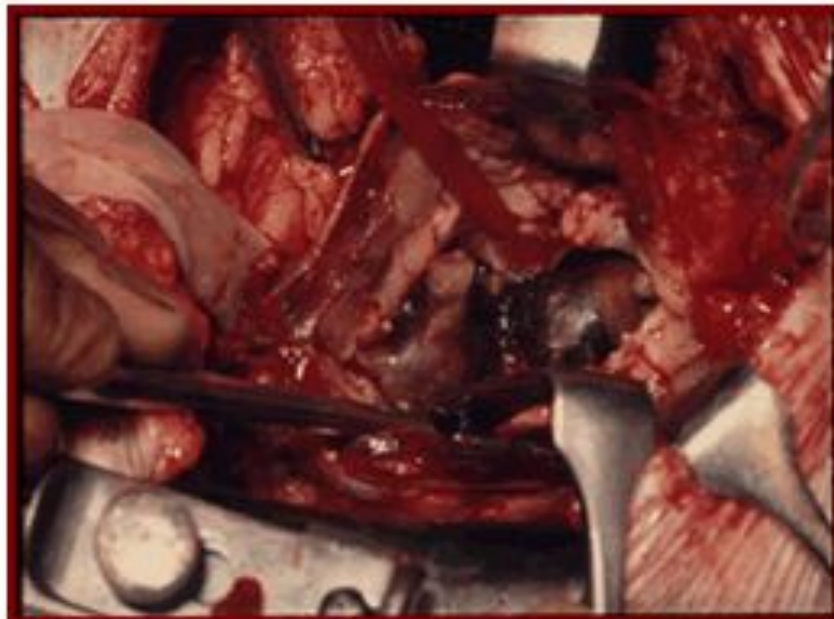




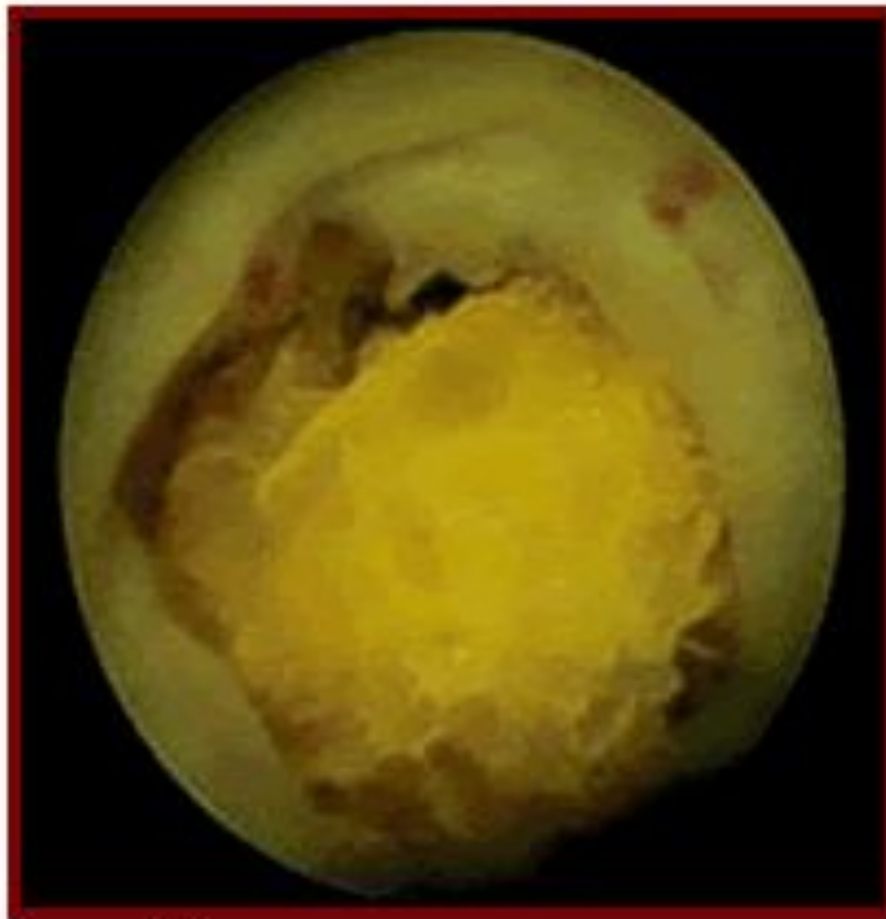
- Тастарды уретроскопиялық алып тастау.
- Төменгі несеп жолдарындағы ұсақ уретраға және қуықа енгізілген уретроскоп арнайы қозғалғыш оптикалық зонд көмегімен алынып тасталады.
- Уретроскоп – уретраны қарауға және тастарды бөлшектеп алып тастауға арналған арнайы эндоскопиялық құрал.



- Кейбір жағдайларда (үлкен тас, несеп жолдарын бітеп қалу, корал тәріздес тас және т.б.) операциялық ем қолданылады. Операция – пиелолитотомия деп аталады.
- Операцияларға көрсеткіштер:
 1. күрделі тастар;
 2. Аралық литотрепсияның көмектеспеуі;
 3. II-III дәрежедегі семіру.
 4. Омыртқаның және қабырғаның күрделі қисайуы;
 5. тастардың қызымет етпейтін бүйректе орналасуы.



Открытая операция, удаление камня из почки



**Уретероскопия.
Камень в мочеточнике**



**Удаление камня из
нижней трети
правого мочеточника зажимом**

Жедел бүйрек жетіспеушілігі

- Жедел бүйрек жетіспеушілігі (ЖБЖ) шок әсерінен болуы мүмкін (травматикалық, күйіктік, гемотрансфузиондық, геморрагиялық, гиповолемиялық және т.б.), кейбір улы заттардың бүйрекке токсикалық әсері (мысалы сынап, мышьяк) Жедел бүйрек жетіспеушілігі (ЖБЖ) шок әсерінен болуы мүмкін (травматикалық, күйіктік, гемотрансфузиондық, геморрагиялық, гиповолемиялық және т.б.), кейбір улы заттардың бүйрекке токсикалық әсері (мысалы сынап, мышьяк, улы саңырауқұлақтар) немесе дәрі-дәрмектер, инфекция, бүйректің кейбір жедел аурулары (нефрит) Жедел бүйрек жетіспеушілігі (ЖБЖ) шок әсерінен болуы мүмкін (травматикалық, күйіктік, гемотрансфузиондық, геморрагиялық, гиповолемиялық және т.б.), кейбір улы заттардың бүйрекке токсикалық әсері (мысалы сынап, мышьяк, улы саңырауқұлақтар) немесе дәрі-дәрмектер, инфекция, бүйректің кейбір жедел аурулары (нефрит, пиелонефрит және т.б.), жоғарғы несеп жолдарының бітелуі. ЖБЖ негізгі көрсеткіштері: олигурия ЖБЖ негізгі көрсеткіштері: олигурия — анурия (зәрдің тәулігіне 400—500 мл аз болуы), организмде азоттық қалдықтардың жиналуы, су-электролиттік және қышқылды-сілтілі тепе теңдіктің бұзылуы, жүрек-тамыр жүйесінің қызыметінің бұзылуы,

Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі

- Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі (СБЖ) бүйрек ауруларының салдарынан болуы мүмкін (созылмалы серозды гломерулонефрит, созылмалы пиелонефрит, бүйрек амилоидозы және т.б.), несеп шығару жолдарындағы динамикалық және механикалық бұзылыстар (несептас ауруы, уретраның тарылуы және т.б.), жүрек-қантaмыр аурулары, эндокринды бұзылыстар (мысалы қаныт диабеті) және т.б. Жалпы әлсіздікпен, ұйқының бұзылуымен, терінің қышуымен, диспепсиямен, анемиямен, тұрақты және жоғары гипертониямен, электролиттік бұзылыстармен сипатталады; соңғы сатысында — полиурия (олигоуриямен ауысатын), полиневриттер және де азотемия, уремия байқалады. Бастапқы сатыдағы ем - аз ақуызды натрии шектелген ем, гипотензивті препараттар (гипертония кезінде), анаболикалық гормондар, жүрек-қантaмыр және т.б. препараттар тағайындалады; келешекте — шұмақша жетіспеушілігі өршіген жағдайда диета кеңейтіледі. Қанның электролиті тепе-теңдігін сақтауға арналған шаралар. СБЖ-нің терминальді сатысында гемодиализ және бүйректі дoнордан ауыстырып еңгізу көрсетілген.