

КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ ДЛЯ НЕФРОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ (ukrjnd@yandex.ua)

(КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ. CLASSIFICATION OF URIC SYSTEM DISEASES FOR NEPHROLOGIC PRACTICE)

Нова редакція класифікації хвороб сечової системи, як і попередні, була запропонована групою співробітників ДУ «Інститут нефрології НАМН України» під керівництвом чл.-кор. НАМН України, проф. М. Колесника у складі: І. Дудар, Н. Степанова, М. Величко, Ю. Гончара, І. Шифріс, Л. Лебідь, М. Кулизький, К. Законь.

Перша класифікація була розглянута та затверджена II національним з'їздом нефрологів України у 2005 році, III національним з'їздом нефрологів України у 2009 році прийнято поправки та затверджено морфологічну класифікацію (М. Колесник, В. Непомнящий, Є. Самусева, ДУ «Інститут нефрології АМН України»).

Зміни до попередніх редакцій розглянуті та затверджені IV національним з'їздом нефрологів України (2013).

Класифікація хвороб сечової системи узгоджується з міжнародною статистичною класифікацією хвороб МКХ/10 та складається з класів (нумеруються римськими цифрами I/VIII), рубрик, позначених арабськими цифрами (1/7) та підрубрик, позначених малими літерами кирилиці (а/ж).

І. Гострі пошкодження нирок (За наявності морфологічної верифікації, патоморфологічне заключення вноситься в діагноз (див. морфологічну класифікацію хвороб сечової системи).

1. Гострий гломерулонефрит (N00).

2. Гострий тубулоінтерстиціальний нефрит (N10):

а) неінфекційний;

б) інфекційний у т.ч. пієлонефрит (ускладнений або неускладнений).

3. Гостре пошкодження нирок (N17)

- а) обструктивне;
- б) об'єм залежне.

II. Швидкопрогресуючі пошкодження нирок (За наявності морфологічної верифікації, патоморфологічне заключення вноситься в діагноз (див. морфологічну класифікацію хвороб сечової системи).

1. Швидкопрогресуючий гломерулонефрит (первинний) (N01).

2. Швидкопрогресуючий гломерулонефрит вторинний, обумовлений (N08):

- а) інфекційними хворобами (N08.0);
- б) системними хворобами сполучної тканини, системними васкулітами (N08.5);
- в) злоякісними новоутвореннями (N08.1);
- г) гіперчутливістю до медикаментів (N08.2);
- д) іншими причинами (N08.8).

III. Хронічна хвороба нирок (За наявності морфологічної верифікації, патоморфологічне заключення вноситься в діагноз (див. морфологічну класифікацію хвороб сечової системи).

1. Первинні гломерулярні хвороби. Гломерулонефрит (N03) (За наявності морфологічної верифікації, патоморфологічне заключення вноситься в діагноз (див. морфологічну класифікацію хвороб сечової системи).

2. Вторинні гломерулярні пошкодження, обумовлені (N08):

- а) системними хворобами сполучної тканини (N08.5);
- б) системними васкулітами (M30.8; M31.8);
- в) цукровим діабетом I та II типів (N08.3†E11.2; E10.2);
- г) первинним або вторинним амілоїдозом (E85.8);
- д) вірусами гепатитів В,С, ВІЛ, мікобактеріями туберкульозу (N08.0);
- е) артеріальною гіпертензією будь-якого генезу (I12.9);
- є) іншими причинами (N08.8).
- ж) неуточненого генезу (N18.9)

3. Спадкові нефропатії (N07):

1. Гломерулярні:

- а) синдром Альпорта (Q87.8);
- б) доброякісна сімейна гематурія (N02);
- в) сімейний ФСГС (N03.1);
- г) дифузний мезангіальний склероз (N18);
- д) інші.

2. Тубулярні (N25):

- а) ренальний тубулярний ацидоз (N25.8);
- б) нефрогенний діабет (N25.1);
- в) інші.

3. Кістозні:

- а) полікістоз дорослого типу (аутосомно-домінантний) (Q61.2);
- б) полікістоз дитячого типу (аутосомно-рецесивний) (Q61.1);
- в) нефронофтїз – медулярний кістоз (Q61.5);
- г) інші.

4. Змішані:

- а) цистиноз (E72.0);
- б) хвороба Фабрі (E75.2);
- в) середземноморська лихоманка (E85.8).

4. Хронічний тубулоінтерстиціальний нефрит (N11):

- а) неінфекційний;
- б) інфекційний, у т.ч. пієлонефрит (ускладнений або неускладнений).

IV. Інфекції сечової системи.

- 1. Інфекції сечової системи без визначення топіки ураження (ускладнені або неускладнені) (N39.0).
- 2. Гострий цистит (ускладнений або неускладнений) (N30.0).
- 3. Хронічний цистит (ускладнений або неускладнений) (30.1).
- 4. Уретрит, уретральний синдром (N34.1; N34.3).

V. Гестоз.

- 1. **Викликані вагітністю набряки та протеїнурія без гіпертензії (O12):**
 - а) викликана вагітністю протеїнурія (O12.1);
 - б) викликані вагітністю набряки (O12.0);
 - в) викликані вагітністю набряки та протеїнурія (O12.2).

2. Гестаційна гіпертензія без протеїнурії (легка преєклампсія) (O13).

3. Гестаційна гіпертензія з протеїнурією (O14):

а) преєклампсія середньої тяжкості (O14.0); б) преєклампсія тяжка

(O14.1);

в) еклампсія (O15).

4. Поєднана преєклампсія (O11).

VI. Пошкодження (хвороби) трансплантованої нирки1 (N39.0)

VII. Сечокам'яна хвороба (N20).

1. Камінь або камені, які локалізуються у:

а) паренхімі (N20.0);

б) чашечках (N20.0);

в) місці (N20.0);

г) сечоводі (N20.1);

д) сечовому міхурі (N21.1);

е) уретрі (N21.1).

Коралоподібний камінь (N20.0).

VIII. Некласифіковані зміни.

1. Безсимптомна бактеріурія.

2. Безсимптомна протеїнурія, лейкоцитурія, еритроцитурія.

3. Нефротичний синдром (N04).

4. Нефритичний синдром

5. Гепаторенальний синдром (I-IV типів).

6. Кардіоренальний синдром (I-V типів).

7. Пульморенальний синдром.

8. Кристалурія (уратна, фосфатна, оксалатна або змішана) (N20).

9. Набуті кісти нирок (N28.1).

Хронічна хвороба нирок.

Основою формулювання діагнозу хронічних гломерулярних, тубулоінтерстиціальних і кістозних хвороб нирок, спадкових нефропатій та хвороб трансплантованої нирки є концепція хронічної хвороби нирок (ХХН).

ХХН – наявність ознак ураження нирок та/або зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) < 60 мл/хв впродовж трьох і більше місяців, незалежно від їх причини (табл. 1).

Основним показником стадії ХХН є величина ШКФ, яка точно та просто (одне числове значення) характеризує функціональний стан нирок; для його визначення (серед дорослих) достатнім є застосування формули ШКФ-ЕРІ, 2009.

Таблиця 1

Критерії наявності ХХН (адаптовано з KDIGO, 2012)

<p>Маркери ураження нирок</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Альбумінурія > 30 мг/доб (або протеїнурія > 150 мг/доб); або співвідношення альбумін / креатинін сечі >3 мг/ммоль або > 30 мг/г)* • Зміни осаду сечі (гематурія, еритроцитарні циліндри, зернисті циліндри, лейкоцитарні циліндри, жирові тіла)* • Електролітні та інші зміни, пов'язані з порушеннями функції ниркових канальців (при нирковому тубулярному ацидозі, нефрогенному нецукровому діабеті, синдромі Фанконі, цистинурії)* • Порушення, які виявлені при гістологічному обстеженні ниркової тканини • Структурні порушення, які виявлені при інструментальному обстеженні (наприклад, полікістоз, дисплазія нирок, гідронефроз внаслідок обструкції, кортикальні інфаркти нирок внаслідок міхурно-сечовивідних рефлюксів, стеноз ниркових артерій та ін.) • Перенесена трансплантація нирки в анамнезі
<p>Зниження ШКФ**</p>	<p>ШКФ менша за 60 мл/хв/1,73 м²*</p>

Примітки: * - зміни присутні більше 3-х місяців;

** - ШКФ – швидкість клубочкової фільтрації

У мережі Інтернет доступ до калькулятора ШКФ можна отримати за адресою: <http://www.qxmd.com/calculate-online/nephrology/ckd-epi-egfr>

Стадії ХХН

Таблиця 2

Класифікація ХХН за рівнем ШКФ

Стадія ХХН	ШКФ (мл/хв/1,73м ²)	Опис стадії	Рекомендації
I	>90 або підвищена ШКФ	Нормальна	Діагностика основного захворювання.
II	60-89	Помірно знижена*	
III	45-30	Середній ступінь зниження ШКФ. Початкова ниркова недостатність	Оцінка швидкості його прогресування та застосування підходів для її зменшення Діагностика та лікування ускладнень
IV	15-29	Значний ступінь зниження ШКФ. Виражена ниркова недостатність.	Діагностика та лікування ускладнень Підготовка до НЗТ
V	<15	Термінальна ниркова недостатність	НЗТ за відсутності протипоказань

Примітка: *- знижена порівняно з рівнем у молодих дорослих (в нормі у середньому складає 125 мл/хв./1,73 м²).

Якщо у хворого має місце ШКФ, що відповідає стадіям I або II, але не має маркерів ураження нирок, діагноз ХХН не встановлюють.

Порядок формулювання діагнозу

У разі первинного хронічного ураження нирок у діагнозі визначають стадію ХХН, її нозологічну основу морфологічно (з датою нефробиопсії) або клінічно (за відсутності морфологічної верифікації), вказують наявність нефротичного синдрому, ступінь артеріальної гіпертензії, ступінь кардіоваскулярного ризику, наявність анемії, ускладнень та супутньої патології.

У разі вторинного хронічного ураження нирок спочатку формулюється нозологічна основа виникнення ХХН, далі – стадія ХХН, найменування хвороби нирок (з морфологічною верифікацією, якщо така є), вказується наявність нефротичного синдрому, ступінь артеріальної гіпертензії, анемії, ускладнень та супутньої патології.

У випадках, коли визначити нозологічну основу первинного чи вторинного хронічного ураження нирок неможливо, встановлюється діагноз хронічної хвороби нирок; далі у діагнозі вказується наявність нефротичного синдрому, ступінь артеріальної гіпертензії та ступінь кардіоваскулярного ризику, анемії, ускладнень та супутньої патології.

У разі, якщо хворий отримує НЗТ, у діагнозі зазначається її модальність:

ХХН V ст., ГД, або ПД, або Т (трансплантація).

Приклад: ХХН V ст., ПД (2011 р): гломерулонефрит, артеріальна гіпертензія III, анемія, РКВУ 4.

Нефротичний синдром:

- протеїнурія > 3,5 г на добу,
- гіпопротеїнемія < 60 г/л,
- гіперхолестеринемія,
- набряки.

Анемія визначається за критеріями KDIGO (2012):

- для дорослих жінок – Hb < 120 г/л,
- для дорослих чоловіків – Hb < 130 г/л.
- для дітей 0,5- 5 років <110г/л
- для дітей 5-12 років <115г/л
- для дітей 12 -15 років <120 г/л

Артеріальна гіпертензія встановлюється відповідно до рекомендацій ЄАГ/ЄКА (2007 р.):

- I ступінь АТ систолічний – 140/159 мм рт. ст., АТ діастолічний – 90/99 мм рт. ст.;
- II ступінь АТ систолічний – 160/179 мм рт. ст., АТ діастолічний 100/109 мм рт. ст.;
- III ступінь АТ систолічний – > 180 мм рт. ст., АТ діастолічний – > 110 мм рт. ст.

Ризик кардіоваскулярних ускладнень

Згідно з EUROPEAN GUIDELINES ON CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION IN CLINICAL PRACTICE (2012) хворі на ХХН III ст. (ШКФ 30–59 мл/хв/1,73 м²) мають високий ризик розвитку кардіоваскулярних ускладнень (КВУ), а саме: абсолютний ризик розвитку фатальних серцево-судинних подій протягом 10 років становить 5-10%), хворі на ХХН IV-V ст. (ШКФ < 30 мл/хв/1,73 м²) мають дуже високий ризик розвитку КВУ абсолютний ризик розвитку фатальних серцево-судинних подій протягом 10 років становить понад 10%).

На сьогодні ризик КВУ у хворих на ХХН ми визначаємо за традиційними факторами ризику (ФР) за наступною градацією.

На IV з'їзді нефрологів було запропоновано створення робочої групи для визначення шкали ФР КВУ у хворих на ХХН з урахуванням нетрадиційних ФР, як то анемія, порушення фосфор-кальцієвого обміну, нутритивного статусу, тощо.

ВЕЛЬМИШАНОВНІ КОЛЕГИ!

Відгуки, зауваження та пропозиції надсилайте ел. поштою на адресу журналу ukrjnd@yandex.ua.

