



**Проф. Ж.Д. Семидоцкая, доц. И.А. Чернякова,  
доц. Е.В. Авдеева**

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2  
и медсестринства

## К вопросу о новой классификации заболеваний мочевой системы

В сентябре 2017 г. в г. Виннице состоялось знаменательное для всей медицинской общественности Украины событие. На V съезде нефрологов Украины была принята новая классификация болезней мочевой системы, предложенная группой сотрудников ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины» (Н. Колесник, И. Дударь, Н. Степанова, С. Фомина, М. Величко, И. Шифрис, О. Лобода, К. Законь, Л. Лебедь, Ю. Гончар) [2]. Эта классификация согласуется с международной статистической классификацией болезней МКБ-10 [4] и состоит из классов (обозначаются римскими цифрами I—VIII), рубрик, (арабские цифры 1—10) и подрубрик (арабские цифры 1—4 и малые буквы кириллицы а-к).

Классификации в различных областях науки отражают интеграцию современных научных знаний, используя соответствующую терминологию и служат фундаментом для диагностики болезней, разработки подходов к лечению, профилактике, реабилитации на новом уровне знаний. Для того, чтобы выполнять такие функции, классификация должна использовать универсальные для соответствующей области знаний определения, терминологию, быть приемлемой для использования на практике.

В настоящее время отмечается бурное развитие «высоких технологий», революция в области информационных и коммуникативных технологий, когнитивных наук, нанотехнологий. К 2045 г. прогнозируется достижение сингулярности, когда график технического прогресса станет вертикальным, возникнут условия для создания искусственного интеллекта, возможности искусственного интеллекта могут достичь уровня человеческого разума. Лавинообразно развиваются биомедицинские технологии, которые кардинально изменяют перспективы и сущность самой медицины [3, 5].

Эти процессы сопровождаются быстрой сменой классификаций знаний.

С конца XX века медицина переживает смену ведущих парадигм: мы возвращаемся от редукционизма к холизму, восприятию живого организма как единого целого, осуществляя «сетевой» подход к изучению общих закономерностей и принципов болезней человека.

Развивается интегративный подход к пониманию этиологии, патогенеза, клинических проявлений патологических состояний, парадигма «сетевой медицины» открывает новые подходы к классификации болезней, их диагностике и лечению. Эти процессы сопровождаются быстрой сменой классификаций, что мы и наблюдаем в последние десятилетия в различных областях знаний.

Многогранные гомеостатические функции почек (регуляция сосудистого тонуса, водно-электролитного обмена, кислотно-основного состояния, кроветворения и пр.), подверженность их разнообразным влияниям внешней и внутренней среды, когда они выступают в качестве органа-мишени (пульморенальные, кардиоренальные, гепаторенальные синдромы), и в то же время участвуют в развитии системных, сетевых нарушений метаболических, сосудистых процессов, являясь фактором риска развития сердечно-сосудистых, лёгочных осложнений вызывают в последнее время интерес специалистов в различных областях медицины.

Интегративные классификационные изменения в нефрологии появились в 2002г., когда по инициативе экспертов Национального почечного фонда США (NKF -K/DOQL) возникла новая концепция — «Хроническая болезнь почек (ХБП), Chronic Kidney Disease, CKD» с выделением её стадий в зависимости от уровня скорости клубочковой фильтрации (СКФ). В 2005г. в Харькове II Национальный съезд нефрологов Украины, утвердил классификацию ХБП. Через 12 лет на V съезде принимается новая классификация, которая вводит новый термин, новое понятие,

новый классификационный класс «острая болезнь почек, ОБП», “Acute Kidney Disease, ACD”.

#### Классификация заболеваний мочевой системы.

##### I. Острая болезнь почек

1. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит
  - 1.1. Первичный (N01)
  - 1.2. Вторичный, обусловленный (N08.0):
    - а) инфекционными болезнями (N08.0)
    - б) системными заболеваниями соединительной ткани, системными васкулитами (N08.5)
    - в) злокачественными новообразованиями (N08.1)
    - г) гиперчувствительностью к медикаментам (N14)
    - г) другими причинами (N15)
2. Острый гломерулонефрит (N00)
3. Острый тубулоинтерстициальный нефрит (N10)
  - а) неинфекционный
  - б) инфекционный, в т.ч. острый пиелонефрит
4. Гемолитико-уремический синдром с уточнением — типичный, атипичный, другой вариант (D59.3)
5. Острое повреждение почек (N17)

##### II. Острые инфекции мочевыводящей системы

1. Острые инфекции неуточненной локализации (N39.0)
2. Острый цистит (N30)
3. Острый уретрит, уретральный синдром (N34.3)
4. Острая катете-ассоциированная инфекция мочевыделительной системы

##### III. Хроническая болезнь почек

1. Хронический гломерулонефрит (N03)
2. Гломерулопатия (нефропатия минимальный изменений, ФСГС, другие подоцитопатии, мембранозная нефропатия, IgA-нефропатия)
  - 2.1. Нефротический синдром (N04)
3. Хронический гломерулонефрит вторичный (N08), обусловленный:
  - а) системными заболеваниями соединительной ткани (N08.5)
    - б) «волчаночный нефрит» (M32.1)
    - в) системными васкулитами: узелковый полиартериит (M 30.8), ювенильный полиартериит (M 30.2), другие некротизирующие васкулопатии (M31), геморрагическим васкулитом (болезнь Шенляйн-Геноха) (D69.0)
    - г) болезнями крови и иммунными нарушениями (N08.2), множественной миеломой (C90), другими
  4. Нефропатии вторичные, обусловленные:
    - а) сахарным диабетом (N08.3, E11.2; E10.2, E14)
    - б) гипертонической болезнью (I12.9)
    - в) первичным или вторичным амилоидозом (E85.3, E85.8)
    - г) вирусами гепатита В или С, ВИЧ, микобактериями туберкулеза (N08.0)
    - д) неопластическими процессами (N08.1)
    - е) другими причинами (N08.8)
  5. Наследственные и врожденные нефропатии:
    - 5.1. С преимущественно гломерулярными повреждениями
      - а) наследственный нефрит без нарушений слуха и тугоухостью (синдром Альпорта) (Q87.8)

- б) доброкачественная семейная гематурия (N02)
- в) семейный ФСГС (N03.1)
- г) генетически обусловленный нефротический синдром (врожденный, инфантильный, синдром-ассоциированный, другие)
  - д) диффузный мезангиальный склероз и другие (N07)
  - е) олигомеганефрония
- 5.2. С преимущественно тубулярными повреждениями
  - а) проксимальными (проксимальный почечный тубулярный ацидоз 2 типа (N25.8), гипофосфатемический диабет (N25.0), синдром Дента (N25.0), болезнь де Тони-Дебре-Фанкони, почечная глюкозурия, другие нарушения аминокислотного транспорта (E72.0); цистинурия, лизинурия; болезнь Хартнупа, метионинурия, имминоглицинурия, глицинурия)
    - б) петлевыми (синдром Бартера)
    - в) дистальными (синдром Гительмана, дистальный почечный тубулярный ацидоз I типа (синдром Батлера-Олбрайта), псевдогипоальдостеронизм, нефрогенный несахарный диабет (N25.1), синдром Лиддла, первичная гипероксалурия I типа, семейная гипомagneмия с гиперкальциурией)
      - г) другие (N25.8-9)
  - 5.3. Нефропатии, обусловленные генным синдромом и наследственной патологией обмена веществ (синдром Найл-Пателли, Денис-Драша синдром, семейная средиземноморская лихорадка (E85.8) галактоземия, цистиноз, подагра, болезнь Фабри, другие)
  - 5.4. Врожденная почечная недостаточность (P96.0)
    - а) неуточненная (P.96.9)
    6. Дисплазия почек
      - 6.1. Дисплазия почки (Q61.4)
      - 6.2. Кистозная дисплазия
        - а) поликистозная болезнь почек, аутосомно-доминантный тип наследования («взрослого типа») (Q61.2)
          - б) поликистозная болезнь почек, аутосомно-рецессивный тип наследования («детского типа») (Q61.1)
          - в) поликистоз почек неуточненный (Q61.3)
          - г) нефронофтиз Фанкони (медулярный кистоз) (Q61.5)
            - д) микрокистоз почек (врожденный нефротический синдром финского типа)
            - е) киста почки врожденная (Q61.0)
            - ж) мультикистоз почки
            - з) губчатая почка
            - и) туберозный склероз (Q85.1)
            - й) другие уточненные (синдром Лоуренса-Муна-Барде-Бидля, синдром Зольвегера и др.) (Q61.8)
            - к) другие не уточненные (Q61.9)
        - 6.3. Редукционный и другие анатомические дефекты почки
          - а) агенезия односторонняя (Q60.0)
          - б) гипоплазия односторонняя (Q60.3)
          - в) гипоплазия двусторонняя (Q60.4)
          - г) фибромускулярная дисплазия
          - д) сегментарная гипоплазия (болезнь Аска-Упмарка)

- е) аплазия почки
- ж) дополнительная почка (Q63.0)
- з) аномалия формы (подковообразная, S-подобная, L-подобная почка) (Q63.1)
- и) гидронефроз врожденный (Q62.0)
- й) другие (Q61.8-9)

#### 7. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит

- 7.1. Неинфекционный (N14-N14.2), вызванный лекарственными средствами и тяжелыми металлами (N14.3)
- 7.2. Инфекционный, в т.ч. пиелонефрит (осложненный/неосложненный; активность: легкая, средняя, тяжелая, уросепсис; течение: спорадическое, рецидивирующее) (N11)
- 7.3. При болезнях, классифицированных в других рубриках (N16-N16.8)
- 7.4. Неуточненный (N11.9)

#### IV. Хронические инфекции мочевыводящей системы

- 1. Хронический уретрит
- 2. Хронический цистит (течение: спорадическое/рецидивирующее) (T30,1-2)
- 3. Хроническая катетер-ассоциированная инфекция мочевыводящей системы

#### V. Гипертензивные расстройства у беременных, рожениц и родильниц

- 1. Хроническая гипертензия (O10)
- 2. Гестационная гипертензия (O13)
- 3. Умеренная преэклампсия (O14.0)
- 4. Тяжелая преэклампсия (O14.1)
- 5. Эклампсия (O15)
- 6. Сочетанная преэклампсия (O11)
- 7. Гестационная гипертензия неуточненная (O16)

#### VI. Повреждения (болезни) трансплантированной почки

- 1. Неудачная трансплантация и отторжение трансплантата почки (E86.1)

#### VII. Мочекаменная болезнь (N20)

- 1. Камень или камни с локализацией в:
  - а) паренхиме почек (N20.0)
  - б) чашечках, лоханках (N20.0)
  - в) мочеточнике (N20.1)
  - г) мочевом пузыре (N21.1)
  - д) уретре (N21.1)
  - е) коралловидный камень (N20.0)
- 2. Камни мочевой системы при других болезнях (N22)

#### VIII. Неклассифицированные изменения

- 1. Бактериурия бессимптомная (R82.7)
- 2. Протеинурия бессимптомная (изолированная) (R80), ортостатическая (N39.2)
- 3. Изолированная лейкоцитурия (R82)
- 4. Изолированная эритроцитурия (R31), гемоглобинурия (R82.3), рецидивирующая и стойкая гематурия (N02)
- 5. Нефротический синдром (N04)
- 6. Гепаторенальный синдром I-го или II-го типа (K76.7)
- 7. Кардиоренальный синдром (I42.8)
- 8. Кристаллурия уратная (E79.0), фосфатная, оксалатная, смешанная (R82.6)

#### 9. Приобретенные кисты почек (N28.1)

#### 10. Уросепсис

В разъяснениях классификации, которые прилагаются в Украинском журнале нефрологии и диализа приводится следующее определение ОБП: «наличие одного или нескольких маркеров патологических изменений мочевой системы продолжительностью менее 12 недель, с разным уровнем скорости клубочковой фильтрации (СКФ)» [2].

К маркерам патологических изменений мочевой системы, согласно рекомендациям международной группы экспертов Kidney Disease Improving Global Outcomes, KDIGO, 2012 [1], относятся альбуминурия (соотношение альбумин/креатинин мочи (САК) более 30 мг/г; более 3 мг/ммоль, либо альбуминурия более 30 мг/сут.); стойкие, подтвержденные 2—3 раза с интервалом в 2—3 дня изменения осадка мочи (эритроцитурия, лейкоцитурия, цилиндры, клетки тубулярного эпителия; лабораторные проявления тубулярных дисфункций или синдромов (дисэлектролитемия, нарушения кислотно-основного равновесия, синдромы Фанкони, Бартера, Гительмана, нефрогенный несахарный диабет, почечный тубулярный ацидоз и др); патогистологические изменения клубочков, канальцев, интерстиция; структурные изменения, установленные при визуализации почек; стойкое снижение СКФ менее 60 мл/мин./1,73 м<sup>2</sup> (при отсутствии других маркеров). Уровень СКФ у лиц старше 18 лет следует определять по формуле СКД-ЕРІ с помощью он-лайн калькулятора, доступ <http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/gfr.cfm>. Предлагается стадийная классификация ОБП согласно уровню СКФ: I ст. СКФ более 60 мл/мин. /1,73 м<sup>2</sup>, II ст. - 16-59 мл/мин. /1,73 м<sup>2</sup>, III ст. - менее 15 мл/мин./1,73 м<sup>2</sup>.

Острая болезнь почек (ОБП), класс I, включает известные нозологии:

- быстро прогрессирующий гломерулонефрит, БПГН, (первичный и вторичный)
- острый гломерулонефрит,
- острый тубулоинтерстициальный нефрит (неинфекционный и инфекционный, в т.ч. острый пиелонефрит),
- гемолитико-уремический синдром (типичный, атипичный, другой вариант)
- новое понятие, новое состояние — острое повреждение почек (ОПП), “Acute kidney injury, AKI”, которое заменило привычный термин «острая почечная недостаточность, ОПН».

Проблемы этиологии, патогенеза, критерии диагностики, подходы к лечению и профилактики ОПП обсуждались в 2017 году на страницах первого номера Восточноевропейского журнала внутренней и семейной медицины. Симптомами ОПП являются повышение креатинина в крови более 26,5 мкмоль/л на протяжении 48 часов, или повышение креатинина крови более, чем в 1,5 раза от начального его уровня, определённого в течение предыдущих 7 дней, или диурез менее 0,5 мл/кг/час на протяжении 6 часов. Выделяются стадии ОПП согласно критериям RIFLE: I ст. — RISK (риск), II ст. — Injury (повреждение),

III ст. — Failure (недостаточность). Следующие стадии ОПП: Limitation (ограничение) — отсутствие функции почек на протяжении 4 недель; End stage (конечная стадия) — отсутствие функции почек более 3 месяцев.

Стадийность ОПП зависит от возраста. Для лиц, старше 18 лет, I ст. характеризуется нарастанием креатинина в крови в 1,5—1,9 раза более предыдущего, или более 26,5 мкмоль/л, диурез менее 0,5 мл/кг/час на протяжении от 6 до 12 часов. Во II ст. креатинин увеличивается в 2,0—2,9 раза по сравнению с предыдущим, диурез менее 0,5 мл/кг/час от 12 до 24 часов. В III ст. креатинин увеличивается в 3 раза по сравнению с предыдущим или более 353,6 мкмоль/л, либо начало ЗПТ, диурез менее 5мл/кг/час на протяжении более 24 часов, либо анурия более 12 часов.

Следует помнить, что даже незначительное транзитное нарастание креатинина в крови при ОПП сопровождается значительным нарастанием летальности как в раннем, так и в отдалённом периоде болезни, которое не всегда определяется «почечными» причинами. Это связывается с активацией сложных патогенетических связей, ведущих не только к поражению почек, но и других органов и систем. Стадийность развития ОПП связана с развитием внепочечных осложнений, что характерно также для хронической болезни почек (ХБП). ОПП является мультидисциплинарной проблемой, полиэтиологическим состоянием, с которым может встретиться врач любой специальности. У постели больного часто бывает трудно принять быстрое решение вопроса, не являются ли симптомы нарушения функции почек следствием ХБП, не произошло ли ОПП на фоне ХБП.

Выявление ОПП, её ранняя профилактика в группах риска (критические состояния, пожилой возраст, сепсис, злокачественные опухоли крови, снижение САД до 60 мм рт. ст., сердечная, дыхательная недостаточность, применение нефротоксических препаратов, в том числе, антибиотиков, ИАПФ, БРА и др.) следует рассматривать как путь к снижению общей смертности, заболеваемости ХБП, сердечно-сосудистой патологии, увеличению продолжительности жизни населения [6, 7].

Для ХБП характерно наличие маркеров патологических изменений мочевой системы продолжительностью более 12 недель независимо от их причины. ХБП классифицируется по стадиям в зависимости от уровня креатинина в крови:

- ХБП I ст. — поражение почек с нормальной или повышенной СКФ (90 мл·мин./1,73 м<sup>2</sup>);
- ХБП II ст. — незначительное снижение СКФ (60—89 мл/мин./1,73 м<sup>2</sup>);
- ХБП III а ст. — СКФ незначительно или умеренно снижена (45—59 мл/мин./1,73 м<sup>2</sup>);
- ХБП III б ст. — СКФ умеренно или выражено снижена (30—44 мл/мин./1,73 м<sup>2</sup>);
- ХБП IV ст. — выраженное снижение СКФ (15—29 мл/мин./1,73 м<sup>2</sup>);
- ХБП V ст. — почечная недостаточность (СКФ менее 15мл/мин./1,73 м<sup>2</sup>).

Стадии ХБП соответствуют кодам МКБ-10 от N18.1 до N18.5 включительно. Для определения причины ХБП используют коды соответствующих болезней.

В качестве маркера патологических изменений мочевой системы используется уровень альбуминурии (A1, A2, A3), который определяется с учётом его суточной экскреции или по соотношению с креатинином мочи:

- A1 — соотношение альбумин/креатинин мочи менее 30 мг/ммоль, суточная экскреция альбумина (СЭА) менее 30мг/сут (нормальные, либо незначительно повышены);
- A2 - соответственно 30-300 и 30-300 (умеренное повышение);
- A3 — более 300 или наличие нефротического синдрома (более 2200 мг/сут) — значительное повышение. Нефротический синдром — симптомокомплекс, связанный со значительным поражением клубочков почек, который включает протеинурию более 3,5 г/сут, гипоальбуминемию, гиперхолестеринемию, отёки. Анемию, согласно критериям KDIGO, констатируют при уровне Hb менее 130 г/л у мужчин и менее 120 г/л у небеременных женщин.

Артериальная гипертензия диагностируется при повышении артериального давления согласно категориям: нормальное АД <120/80 мм рт. ст.; повышенное АД систолическое 120-129, АД диастолическое <80 ; высокое АД (АГ стадия 1) систолическое 130-139, диастолическое — 80-89; высокое АД (АГ стадия 2) систолическое ≥140, диастолическое — 90; гипертензивный криз — систолическое < 180, диастолическое < 90.

Характеристика артериальной гипертензии дополнена классом V (гипертензивные расстройства у беременных, рожениц и родильниц) и включает хроническую гипертензию, гестационную гипертензию, умеренную преэклампсию, тяжёлую преэклампсию, эклампсию, сочетанную преэклампсию, неутончённую гестационную гипертензию.

ХБП (класс III) включает следующие нозологические единицы:

- хронический гломерулонефрит;
- гломерулопатии (нефропатия минимальных изменений, ФСГС, другие подоцитопатии, мембранозная нефропатия, Ig-A нефропатия);
- нефротический синдром;
- хронический ГН вторичный при системных болезнях соединительной ткани (волчаночный ГН, при системных васкулитах, болезнях крови, иммунных нарушениях);
- вторичные нефропатии при сахарном диабете, гипертонической болезни, амилоидозе, гепатитах В, С, ВИЧ, туберкулёзе, неопластических процессах, другими причинами;
- наследственные и врождённые нефропатии преимущественно гломерулярными или тубулярными повреждениями;
- нефропатии, обусловленные генными синдромами и наследственной патологией обмена веществ;

- врождѣнная почечная недостаточность;
- дисплазии почек: кистозная дисплазия, редукционнѣе и прочѣе анатомическѣе дефекты почек;
- хроническѣе тубулоинтерстициальнѣе нефрит: неинфекционнѣе, вызваннѣе лекарственнѣе препаратами и тяжѣлыми металлами; инфекционнѣе, в т.ч. пиелонефрит (осложнѣеннѣе/неосложнѣеннѣе); активнѣе: лѣгкая, среднѣе, тяжѣлая, уросепсис; теченѣе: спорадическѣе, рецидивирующѣе.

Кроме того, в классификации выделяются острые (класс II) и хронические (класс IV) инфекции мочевыделительной системы (уретрит, цистит, хроническая катетер-ассоциированная инфекция, гипертензивные расстройства у беременных, рожениц и родильниц (класс V), повреждения (болезни) трансплантационной почки (класс VI), мочекаменная болезнь (класс VII), и неклассифицируемые изменения (класс VIII).

VIII класс представлен бессимптомными бактериурией, протеинурией, изолированными лейкоцитуриями, эритроцитурией, гемоглобинурией, рецидивирующей и стойкой гематурией, нефротическим синдромом, гепаторенальным синдромом I-го либо V типа, кардиоренальным синдромом I-V типа, пульмоноренальным синдромом, кристаллурией уратной, фосфатной, оксалатной, смешанной, приобретенными кистами почек, уросепсисом.

В разъяснениях классификации указывается, что риск сердечно-сосудистых осложнений (РКВО) возрастает при ХБП по мере ее прогрессирования. Степень риска определяется факторами риска (возраст, курение, дислипидемия, отягощенная по ССЗ наследственность, абдоминальное ожирение). На степень риска сердечно-сосудистых событий влияют также поражение органов-мишеней, сопутствующие болезни (сахарный диабет, центральный венозный катетер в анамнезе, эпизоды острого коронарного синдрома, реваскуляризация, хроническая сердечная и легочная недостаточность, поражение периферических сосудов, ретинопатия). Предлагаются градации степени риска в зависимости от уровня АД, балльная оценка факторов риска и сопутствующих болезней для пациентов с ХБП — УД., оценка прогрессирования ХБП, алгоритм диагностики минерально-костных расстройств при ХБП и пр..

Для семейных врачей важен раздел, посвященный показаниям для направления пациента с ХБП на консультацию к нефрологу. Это - впервые выявленные и подтвержденные при повторном обследовании:

- протеинурия или альбуминурия более 30 мг/сут;
- гематурия; СКФ менее 60мл/мин./1,73м<sup>2</sup>;
- повышение креатинина и мочевины в крови;
- повышение АД и/или при других ССЗ;
- отеки;
- сахарный диабет.

Направление к нефрологу зависит от возможностей нефрологической службы, но является обязательным для пациентов при:

- ХБП I-V ст. и альбуминурией А3;
- ХБП III б ст. и А2;
- ХБП IV - V ст и А1.

Стадии ХБП I- IIIа и А2, ХБП III и А1 нуждаются в мониторинге.

Предлагается стандарт формулирования диагноза:

1. Класс болезни: острая или хроническая болезнь почек, стадия, причина (при наличии);
2. Рубрика/подрубрики: диагноз, первичное или вторичное поражение;
3. Дополнительные характеристики при наличии: морфологическая верификация (с датой биопсии), для ОПП — дата установления, вариант (объем - зависимый, либо независимый, олигурия);
4. Прочие клинически значимые показатели: уровень альбуминурии, наличие и степень АГ, анемия, риск сердечно-сосудистых осложнений, при их наличии — течение, активность, клинический вариант;
5. Осложнения, сопутствующая патология;
6. Код по МКБ-10 (желательно).

Примеры формулирования диагнозов.

ХБП II ст.: хронический гломерулонефрит, нефротический синдром, эритроцитурия, АГ II, А3, торпидное течение.

ХБП II ст.: доброкачественная семейная гематурия, А1 (NO2+N18.2).

Таким образом, принятая V съездом нефрологов классификация болезней мочевой системы соответствует требованиям, предъявляемым современной медициной, отражает общую концепцию интегративности болезней, приводит универсальные определения, описывает стадийность дисфункций, коморбидные состояния, удобна для использования на практике. Введение в классификацию понятия ОПП позволило устранить терминологические противоречия и неточности в описании острой почечной недостаточности. Классификация будет полезной врачам различных специальностей в профилактике, диагностике и лечении ОПП на ранних стадиях развития.

## ВЫВОДЫ

1. Классификация болезней мочевой системы, утвержденная V съездом нефрологов Украины, является шагом вперед в понимании структуры болезней почек с позиций интегративной медицины.

2. Новая классификация болезней мочевой системы должна повысить уровень осведомленности врачей всех специальностей, в том числе, семейных врачей в нефрологии, что будет способствовать ранней диагностике острой и хронической дисфункции почек при различных болезнях и патологических состояниях.

3. Новая классификация болезней мочевой системы будет стимулировать активность ученых и практических врачей в проведении клинических и эпидемиологических исследований, посвященных острой и хронической болезни почек, повысит интерес общества и государства к проблемам нефрологии.

## Список использованной литературы

1. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury // *Kidney int. Suppl.* - 2012 — Vol. 2(1) — [www.kdigo.org/clinical.practice\\_guidelines](http://www.kdigo.org/clinical.practice_guidelines).
2. Класифікація хвороб сечової системи // Український журнал нефрології та діалізу. — 2017. — №4(56). — С. 3—16.
3. Kurzweil R. The Singularity is Near: when Humans Transcend Biology // Wiking Press inc. — 2005. — 672 p.
4. Международная классификация болезней МКБ-10. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mkb10.ru>
5. Прайд В., Феномен NB1С — конвергенции3: реальность и ожидания / В. Прайд, Д.А. Медведев // *Философские науки*. — 2008. — №1. — С. 97—117.
6. Семидоцкая Ж.Д. Острое повреждение почек: современный взгляд на проблему / Ж.Д. Семидоцкая, И.А. Чернякова, Е.Н. Пионова, Н.С. Трифонова // *Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини*.- 2017. — №1. — С. 10—16.
7. Смирнов А.В. Национальные рекомендации. Острое повреждение почек: основные принципы диагностики, профилактики и терапии / А.В. Смирнов, В.А. Добронравов, А.Ш Румянцев. [и др.] // *Нефрология*. — 2016. — Т.20 №1. — С. 79—104.

## До питання про нову класифікацію захворювань сечової системи

**Проф. Ж.Д. Семидоцька, доц. І.О. Чернякова, доц. О.В. Авдєєва**

Харківський національний медичний університет

У статті представлено нову класифікацію захворювань сечової системи, яку було прийнято на V з'їзді нефрологів у м. Вінниця. Ця класифікація узгоджується з міжнародною класифікацією захворювань МКХ-10. До класифікації сечової системи введено новий клас — гостра хвороба нирок та рубрика — гостре пошкодження нирок.

**Ключові слова:** гостра хвороба нирок, хронічна хвороба нирок, гостре пошкодження нирок, гломерулярні та тубулярні пошкодження, спадкові нефропатії.

## To the question about a new classification of the urinary system diseases

**Prof. Zh. D. Semydotska, PHD I.A. Chernaykova, PHD O.V. Avdeyeva**

Kharkiv national medical university

The new classification of the urinary system diseases, which was accepted on the V congress of the nephrologists, is presented in the article. This classification is comported with international classification of diseases ICD-A new class — acute kidney disease and a new rubric — acute kidney injury are entered in the classification of the urinary system diseases.

**Key Words:** acute kidney disease, acute kidney injury, glomerular and tubular injury, inherited nephropathy.

Контактна інформація: Семидоцька Жана Дмитрівна — професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 2 та медсестринства, доктор медичних наук, професор Харківський національний медичний університет, м. Харків, проспект Науки, 4. Контактні телефони: +38(050)524-23-25; +38 (057) 705-33-44, E-mail: zhds1937@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 22.03.2018 р.