

Утвержден
протоколом заседания экспертной комиссии
по вопросам развития здравоохранения МЗ РК
№23 от «12» декабря 2013 года

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ХРОНИЧЕСКИЙ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Хронический тубулоинтерстициальный нефрит

2. Код протокола:

3. Код(ы) по МКБ-10:

N14 Тубулоинтерстициальные и тубулярные поражения, вызванные лекарственными средствами и тяжелыми металлами

N14.0 Нефропатия, вызванная анальгетическими средствами

N14.1 Нефропатия, вызванная другими лекарственными средствами, медикаментами или биологически активными веществами

4. Сокращения, используемые в протоколе:

ХП - Хронический пиелонефрит

ХБП – Хроническая болезнь почек

ХПН – хроническая почечная недостаточность

АГ- артериальная гипертония

ОАМ- Общий анализ крови

ОАК - Общий анализ мочи

УЗИ – ультразвуковое исследование

5. Дата разработки протокола: 2013 год

6. Категория пациентов: амбулаторные и стационарные больные

7. Пользователи протокола: врачи нефрологи, терапевты, врачи общей практики

8. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет конфликта интересов

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

9. Определение: Хронический тубулоинтерстициальный нефрит – это первичное поражение почечных канальцев и интерстиция, связанное с множеством разнообразных болезней или приемом определенных препаратов и настоев трав

на протяжении нескольких лет и характеризуется прогрессирующим развитием склероза канальцев и интерстиция почек.

10. Клиническая классификация:

Формы: анальгетическая нефропатия, нефропатия при терапии препаратами лития, нефропатия обусловленная тяжелыми металлами и облучением.

По состоянию функции почек – Международная классификация хронической болезни почек (ХБП), K/DOQI, 2002г:

- I стадия, СКФ (скорость клубочковой фильтрации) – ≥ 90 мл/мин;
- II стадия, СКФ – 89-60 мл/мин;
- III стадия, СКФ – 59-30 мл/мин;
- IV стадия, СКФ – 29-15 мл/мин;
- V стадия, СКФ – менее 15 мл/мин (терминальная ХПН).

11. Показания для госпитализации: плановая - с диагностической целью для проведения биопсии, в 4-5 стадии ХБП для подготовки к заместительной почечной терапии (формирование сосудистого доступа или установка перитонеального катетера), в тяжелых случаях – для коррекции ренальной анемии и минерально-костных нарушений при ХБП.

12. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

Перечень основных диагностических мероприятий:

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Электрофорез белков мочи (канальцевая протеинурия)
4. УЗИ почек
5. Определение креатинина, мочевины, мочевой кислоты, калий, натрий, кальций, фосфор, парат-гормон.
6. Определение метаболитов фенацетина и тяжелых металлов в моче
7. Проба Зимницкого
8. Бак.посев мочи
9. Расчет СКФ
10. КЩС
11. Экскретируемая фракция натрия (в моче)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. ФГДС
2. Сывороточный ферритин
3. Метгемоглобин, сульфгемоглобин
4. ЭКГ
5. КТ почек без контраста при подозрении на некроз сосочков почек

13. Диагностические критерии:

13.1. *Жалобы и анамнез:* длительный прием смешанных анальгетиков или НПВП (около 3000 таблеток в течение 5 лет), коликообразные боли в поясничной области (при некрозе сосочков), длительное лечение препаратами лития, полиурия или уменьшение диуреза, слабость, недомогание.

13.2. *Физикальное обследование:* болезненность при пальпации в области проекции почек, может быть артериальная гипертензия.

13.3. *Лабораторные исследования:* возможны анемия, гематурия, стерильная лейкоцитурия, канальцевая протеинурия, прогрессивное снижение почечных функций (функции концентрирования и фильтрационной функции), признаки тубулярного ацидоза, гиперкалемия, нефрогенный несахарный диабет (при лечении препаратами лития) и другие электролитные нарушения.

13.4. *Инструментальные исследования:*

- **УЗИ почек:** уменьшение размеров почек, отсутствие конкрементов при наличии почечной колики (некроз сосочков), кисты.

- **Биопсия почки:** интерстициальный фиброз, атрофия канальцев, папиллярный некроз

13.5. *Показания для консультации специалистов:* при обструкции мочевых путей – уролог, при язве желудка – гастроэнтеролог, хирург.

13.6 *Дифференциальный диагноз:*

Симптомы	Хронический тубулоинтерстициальный нефрит	Хронический гломерулонефрит
Пол	чаще женщины	как мужчины, так и женщины
Анамнез	Длительный прием медикаментов (НПВП, анальгетики, препараты лития, облучение), тяжелые металлы	Спонтанное появление отеков, изменений в анализах мочи
Интоксикация	+/-	Нет
Боли в пояснице	Характерно	Нет
Отеки	Не характерны	Отеки вплоть до нефротических
дизурия	+/-	Нет
Артериальное давление	Возможно	Характерно
Лейкоцитурия	Характерно	Нет
Протеинурия	канальцевая	гломерулярная
Гиперазотемия	прогрессивное снижение СКФ	Чаще, с постепенным нарастанием азотемии

УЗИ почек	уменьшение размеров почек	нормальные или увеличенные размеры (в момент обострения)
-----------	---------------------------	--

14.Цели лечения:

Замедление прогрессирования ХБП.

15. Тактика лечения:

15.1. немедикаментозное лечение:

при отсутствии осложнений – общий стол, при наличии АГ – ограничение поваренной соли

15.2 медикаментозное лечение:

- отмена или максимальное снижение доз анальгетиков, НПВП, препаратов лития;
- восполнение жидкости и натрия при сольтеряющей форме;
- нефропротективная терапия: иАПФ (периндоприл), БРА (сартаны);
- при развитии почечного несахарного диабета при лечении препаратами лития – диуретик амилорид

15.3. Другие виды лечения: при наличии анемии – препараты эритропоэтина (эпоэтин-альфа, бета, тета, дарбэпоэтин), препараты железа для парентерального введения (Сахарат железа, Декстран железа); при наличии минерально-костных нарушений – фосфор-связывающие препараты (Севеламера карбонат), активная форма витамина Д3 (альфакальцидол); при наличии осложнений со стороны ЖКТ – противоязвенная терапия (ингибиторы протонной помпы, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, антибиотики, аминокaproновая кислота); Антибактериальная терапия при присоединении ИМС: -Гра-отрицательная флора: Флюорохины, (Ципрофлоксацин, Офлоксацин, Левофлоксацин, Моксифлоксацин); -Резервные антибиотики: Амоксициллин-клавуланат, Цефалоспорины, Имипенемы.

15.4.Хирургическое вмешательство: при обструкции мочевых путей при папиллярном некрозе

15.5. Профилактические мероприятия:

- профилактика вирусных, бактериальных, грибковых инфекций
- профилактика нарушений электролитного баланса
- замедление прогрессирования ХБП

15.6. Дальнейшее ведение:

контроль фильтрационной, концентрационной функций почек, анализов мочи, артериального давления, УЗИ почек. (Проводиться на амбулаторных и стационарных уровнях).

16. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

Индикатор эффективности лечения ХТИН – купирование болевого синдрома, стабилизация почечных функций.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

17. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1. Туганбекова С.К. - д.м.н., профессор, главный внештатный нефролог МЗ РК, заместитель генерального директора по науке АО «Национальный Научный Медицинский Центр»;
2. Кабулбаев К.А. – руководитель модуля нефрологии КазНМУ, д.м.н., доцент;
3. Гайпов А.Э. - врач нефролог отдела экстракорпоральной гемокоррекции АО «Национальный Научный Медицинский Центр»;
4. Ногайбаева А.Т. - врач нефролог отделения лаборатории экстракорпорального гемодиализа АО «Национальный научный кардиохирургический центр»

18. Рецензент: Главный внештатный нефролог Управление здравоохранения города Астана, д.м.н. доцент – Туребеков Д.К.

19. Указание условий пересмотра протокола: по необходимости внесений изменений в алгоритм лечения

20. Список использованной литературы:

1. Нефрология: Руководство для врачей/Под общ.ред. И.Е.Тареевой.- М.:Медицина,2000.-399с.
2. Нефрология: Национальное руководство /Под . ред. Н.А.Мухина.-М.:ГЭОТАР-Медиа,2009.-718с.
3. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практических врачей. 2-е издание, ГЕОТАР, 2002.
4. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic disease: evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Initiative. Am J Kidney Dis 2002 Feb;39 (2 Suppl 1): S1-246.
5. Henrich WL, Agodoa LE, Barrett B, et al. Analgesics and the kidney: summary and recommendations to the Scientific Advisory Board of the National Kidney Foundation from an Ad Hoc Committee of the National Kidney Foundation. Am J Kidney Dis 1996; 27:162.
6. Mihatsch MJ, Khanlari B, Brunner FP. Obituary to analgesic nephropathy--an autopsy study. Nephrol Dial Transplant 2006; 21:3139.
7. Vadivel N, Trikudanathan S, Singh AK. Analgesic nephropathy. Kidney Int 2007; 72:517.
8. Murray T, Goldberg M. Chronic interstitial nephritis: etiologic factors. Ann Intern Med 1975; 82:453.

9. Elseviers MM, De Schepper A, Corthouts R, et al. High diagnostic performance of CT scan for analgesic nephropathy in patients with incipient to severe renal failure. *Kidney Int* 1995; 48:1316.
10. Pintér I, Mátyus J, Czégány Z, et al. Analgesic nephropathy in Hungary: the HANS study. *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19:840.
11. Henrich WL, Clark RL, Kelly JP, et al. Non-contrast-enhanced computerized tomography and analgesic-related kidney disease: report of the national analgesic nephropathy study. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17:1472.
12. Sandler DP, Smith JC, Weinberg CR, et al. Analgesic use and chronic renal disease. *N Engl J Med* 2012; 320:1238.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. ...', is located in the lower-left quadrant of the page.