

жающей среды, значительное снижение уровня социального благополучия отдельных групп населения.

Следует отметить и некоторые положительные тенденции в развитии пульмонологической службы за последние годы. На базе пульмонологического отделения больницы № 2 г. Королева организованы областные койки по лечению больных бронхиальной астмой. В 23 муниципальных округах проведена большая работа по открытию школ для таких больных. Для обучения членов семей, в которых есть больные дети, создано 25 астма-школ, 7 аллерго-школ. Появление препаратов нового поколения для базисного лечения бронхиальной астмы (топические глюкокортикостероиды), более чем трехкратное увеличение затрат на льготное лекарственное обеспечение, организация астма-школ – привели к существенному изменению тяжести течения заболевания: с 20 до 50% увеличилось число пациентов с легкой формой заболевания, с 70 до 40% снизилась доля больных со среднетяжелой формой.

Большую тревогу вызывает ухудшение здоровья работающего населения. Смертность мужчин в трудоспособном возрасте в 5-7 раз превышает смертность женщин, в результате чего сложился беспрецедентный (более чем в 14 лет) разрыв в средней продолжительности жизни между ними. В области ежегодно около 20 тыс. трудоспособных людей впервые признаются инвалидами. В связи с этим совместно с НИИ медицины труда в 2004 г. разработана «Концепция здоровья работающего населения Московской области на период до 2015 г.». Она предполагает реализацию государственной социальной политики по охране здоровья работающих с комплексом мер – политических, экономических, экологических, правовых, социокультурных, научных, медицинских, санитарно-гигиенических, противоэпидемических. Все это направлено на создание благоприятных условий жизнедеятельности с минимизацией воздействия на человека вредных и неблагоприятных факторов.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

*А.В. Ватазин, О.Н. Ветчинникова, П.В. Астахов, А.М. Фомин,
Д.В. Зверев, А.А. Смоляков, А.Л. Валов
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

Перитонеальный диализ (ПД) – это относительно новый и весьма перспективный метод заместительной почечной терапии при терминальной хронической и острой почечной недостаточности (ХПН и ОПН). Он представляет собой интракорпоральный метод детоксикации организма, при котором в качестве своеобразной биологической диализной мембраны используется брюшина. При ПД создается постоянная и равномерная ультрафильтрация, что обеспечивает близкую к физиологической экскрецию ионов, низко- и

среднемолекулярных токсинов. Развитие программы ПД не требует приобретения современной дорогостоящей аппаратуры, расширения коечного фонда, специальной подготовки медицинского персонала и пр. [2, 3].

В последние два десятилетия отмечен резкий рост популярности ПД в коррекции терминальной ХПН. Метод получил широкое распространение во многих странах, и количество пациентов, находящихся на лечении ПД, ежегодно увеличивается. В настоящее время в мире более 130 тыс. пациентов терминальной ХПН используют ПД. Численность ПД-пациентов в общей диализной популяции различна: в Мексике ПД является преобладающим методом в системе заместительной почечной терапии (ЗПТ), в Великобритании около половины больных терминальной ХПН лечится ПД, а в Германии, Франции и Италии – лишь около 10% [4]. В Российской Федерации, согласно Регистру Российского диализного общества, на конец 2001 г. 538 больных терминальной ХПН получали лечение ПД [1].

В нашей стране, учитывая низкую плотность населения во многих ее регионах и целый ряд положительных моментов, присущих ПД, представляется крайне необходимым развитие данного способа ЗПТ. Особенно актуальна эта проблема для Московской области, представляющей огромный по протяженности и численности населения регион, в котором ежегодно более 500 пациентов с ХПН и ОПН нуждаются в терапии, замещающей функции почек.

Программа ПД для лечения больных с ХПН и ОПН в Московской области впервые была организована в 1995 г. на базе отделения хронического гемодиализа и трансплантации почки МОНИКИ. В 2002 г. было создано отделение хирургической гемокоррекции и детоксикации, взявшее на себя лечение больных с ОПН, в том числе и проведение острого ПД. В 2003 г. на базе отделения хронического гемодиализа было организовано подразделение ПД на функциональной основе, которое представляет собой отдельный блок, состоящий из двух палат на 12 коек и кабинета для выполнения сеансов ПД. В нем действует специальный санитарно-эпидемиологический режим (регулярная влажная уборка, кварцевание помещения), обеспечивающий снижение микробной контаминации. В блоке концентрируются больные ХПН, которым планируется лечение ПД, а также больные, находящиеся на ПД и поступающие на стационарное лечение в плановом или экстренном порядке. Здесь же проводится обучение больных методике проведения процедуры ПД. Штат подразделения ПД включает научного сотрудника, врачей – нефролога и хирурга, медицинскую сестру; все они прошли тематическое усовершенствование по актуальным вопросам ПД в Московском нефрологическом центре на базе ГКБ № 52. В 2004 г. в состав отдела оперативной нефрологии и хирургической гемокоррекции включено отделение детского диализа, расположенное на клинической базе ДГКБ № 2 им. Св. Владимира. В этом отделении осуществляется лече-

ние ПД (или гемодиализом) детей, страдающих ХПН или ОПН и проживающих в Московской области. Дети, достигшие 16-летнего возраста и продолжающие лечение ПД, направляются в МОНИКИ для дальнейшего наблюдения.

В 2004 г. исполнилось 10 лет с того момента, когда в Московской области начато применение ПД. Накопленный за этот период опыт позволяет подвести некоторые итоги и обсудить перспективы дальнейшего развития программы ПД. За 10 лет в Подмоскowie лечение ПД получили 245 пациентов с терминальной ХПН, в том числе 25 детей, и 87 больных с ОПН (рис. 1).

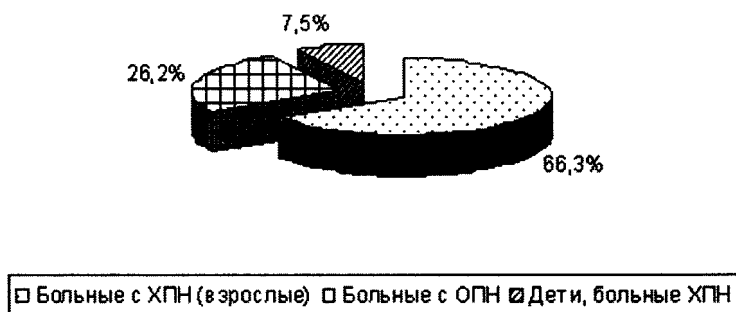


Рис. 1. Число больных с хронической и острой почечной недостаточностью, получавших ПД в 1995-2004 гг.

Динамика числа больных с ХПН, получавших и продолжающих получать лечение ПД в Московской области с 1995 по 2004 г. представлена на рис. 2. Следует отметить, что наиболее быстрыми темпами развитие программы ПД происходит в последние годы. Так, если с 1995 по 2001 г. число больных с ХПН, вновь принятых на лечение ПД, равнялось 80, то в последние три года оно составило 165 человек (рис. 3). В настоящее время в Московской области соотношение гемодиализных пациентов и пациентов, получающих лечение ПД, составляет 3:1; в конце 90-х годов прошлого столетия это соотношение составляло 6:1.

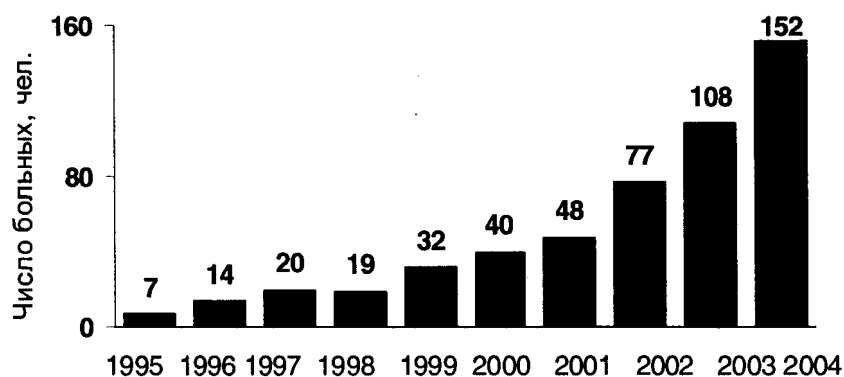


Рис. 2. Число больных с ХПН, находившихся на лечении ПД в 1995-2004 гг.

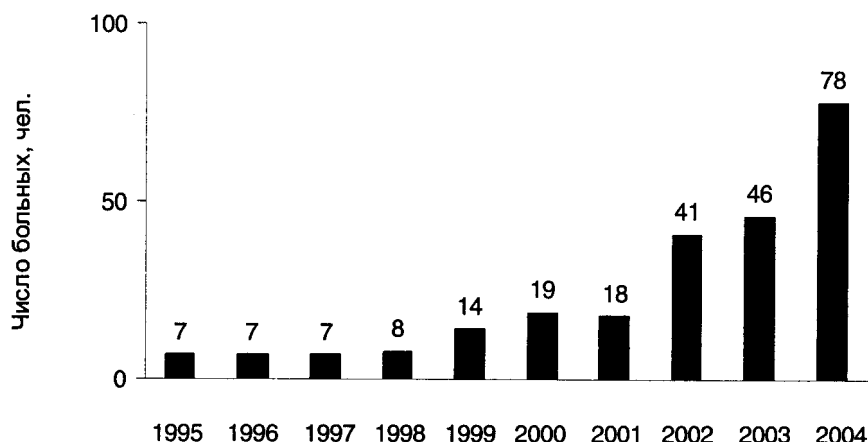


Рис. 3. Число больных с ХПН, вновь принятых на лечение ПД в 1995-2004 гг.

Следует остановиться на некоторых позитивных моментах, явившихся следствием реализации программы ПД в Московской области. Широкое внедрение ПД в практику здравоохранения Московской области позволило значительно расширить возможности оказания специализированной медицинской помощи больным, страдающим ХПН и ОПН, а также решить проблему лечения больных, проживающих в отдаленных и сельских районах Подмосковского региона.

Увеличилось число пациентов пожилого возраста с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, у которых стало возможным применение длительной ЗПТ (за период наблюдения больные в возрасте 51-60 лет составили 13,4%, старше 60 – 8,8%). Включение ПД в систему заместительной почечной терапии у больных с ХПН не только продлевает жизнь этим больным, но и обеспечивает им удовлетворительную медико-социальную, а некоторым пациентам и трудовую реабилитацию, позволяет подготовить их к трансплантации почки.

В оптимизации терапевтического процесса у больных ХПН, получающих ПД, большое значение имела разработка и внедрение комплексов современного клиничко-лабораторного обследования, малоинвазивных оперативных вмешательств при хирургических заболеваниях и их осложнениях (грыжи передней брюшной стенки, калькулезный холецистит и др.), а также эффективных и безопасных схем лечения осложнений ХПН и сопутствующей ей патологии (артериальная гипертензия, анемия, ренальная остеопатия и др.).

Большим достижением организации программы ПД в Подмосковье явилось увеличение числа больных сахарным диабетом (СД) с диабетической нефропатией в стадии ХПН, которым

стало возможно проведение ЗПТ. Хорошая сердечно-сосудистая толерантность, относительно постоянный уровень гликемии и меньшая склонность к гипогликемии, отсутствие необходимости создания сосудистого доступа, особенно при наличии распространенной диабетической ангиопатии, более продолжительная сохранность остаточной функции почек, возможность домашнего проведения делают ПД предпочтительным методом ЗПТ у этой категории больных. За наблюдаемый период лечение ПД было начато 48 больным СД (21,6% от общего числа больных ХПН на ПД), из них 23 в настоящее время продолжают данное лечение; длительность ПД у этих больных колеблется от 3 до 80 мес.

Другим важным результатом организации системы хронического ПД явилось внедрение данного метода в педиатрическую практику. В лечении детей, страдающих ХПН, ПД стал методом выбора, поскольку проведение гемодиализа и трансплантации донорской почки, особенно у детей младшего возраста, представляет значительные трудности. Метод ПД позволяет этим детям не только продлить жизнь, но и находиться в домашней обстановке, в кругу родителей и родственников, продолжить обучение в школе и дожидаться выполнения трансплантации почки. Наш опыт использования ПД в детской нефрологии включает 25 детей в возрасте от 7 до 16 лет; 10 пациентам выполнена трансплантация донорской почки; максимальный срок наблюдения детей на ПД на данный момент составляет 5 лет.

Алгоритм организации лечебного процесса с использованием ПД у больных ХПН представлен на схеме (рис. 4). Ведение больных с ХПН, находящихся на ПД, состоит из двух основных этапов: стационарного и амбулаторно-поликлинического. Первичное стационарное лечение включает имплантацию перитонеального катетера в брюшную полость, введение в программу и назначение режима хронического ПД, обучение пациентов правилам выполнения методики.

Показаниями к последующим госпитализациям в стационар являются:

- развитие осложнений ПД (диализный перитонит, грыжи передней брюшной стенки, гипоальбуминемия и отечный синдром);
- прогрессирование осложнений ХПН (артериальная гипертензия, анемия, ренальная остеопатия) и присоединение сопутствующей патологии (кардиальной, легочной, желудочно-кишечной и др.);
- необходимость проведения этапного клинико-лабораторно-инструментального обследования;
- необходимость коррекции режима хронического ПД.

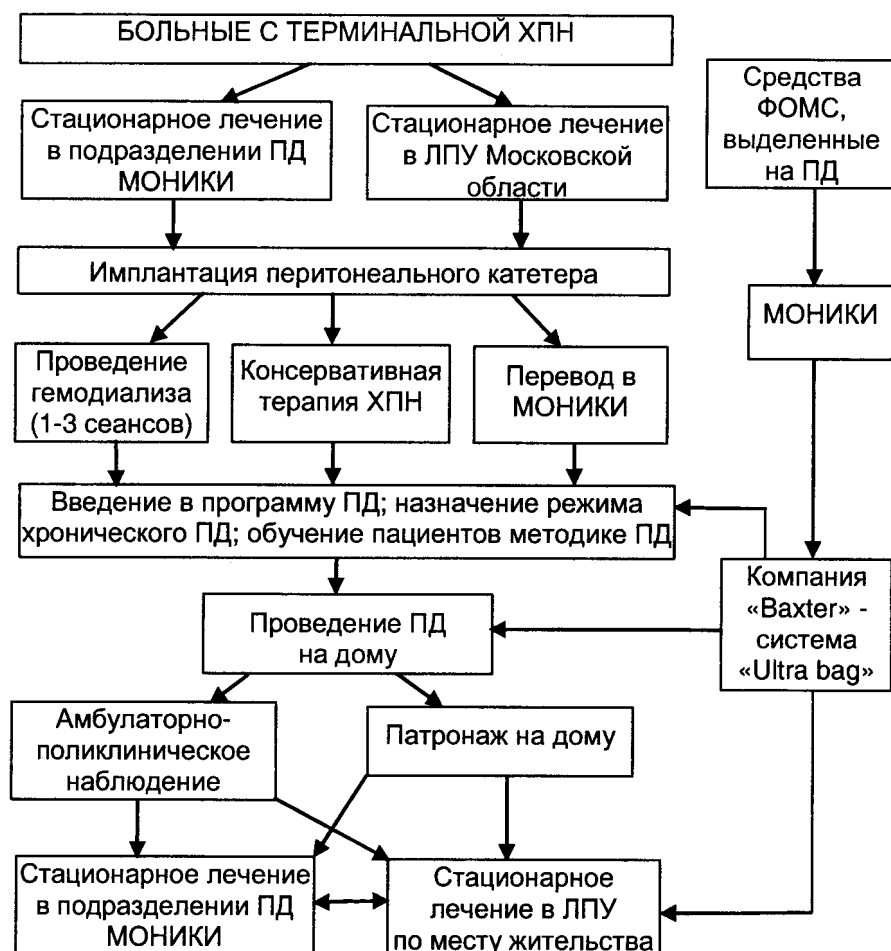


Рис. 4. Алгоритм организации лечебного процесса у больных с ХПН, получающих ПД (схема).

В ряде случаев проведение стационарного лечения возможно в ЛПУ Московской области: имплантация перитонеального катетера в брюшную полость, коррекция осложнений и сопутствующих ХПН заболеваний, коррекция инсулинотерапии и осложнений основного заболевания у больных СД. Такой подход к стационарному этапу ведения больных с ХПН на ПД позволяет сократить длительность пребывания больных в подразделении ПД института и увеличить оборот койки.

Второй этап – амбулаторно-поликлинический – осуществляется в консультативно-диагностическом отделении (КДО) МОНИКИ врачом-нефрологом, специализирующимся в области ПД. Больные посещают КДО каждые 1-2 мес.; им проводится клинический анализ, биохимическое и гормональное исследование крови, расчет клиренса уремических токсинов при ПД, коррекция гипотензивной и другой терапии, даются рекомендации по диете и соблюдению гигиенического режима. У тяжелой категории больных (больные СД с полной потерей зрения или ампутированными нижними конечностями, пожилые пациенты), не способных самостоятельно посещать КДО

МОНИКИ, сотрудники подразделения ПД проводят патронаж на дому, который включает те же мероприятия, что и амбулаторно-поликлинический прием.

Долговременное использование ПД у больных с ХПН тем не менее проблематично. Выживаемость ПД-пациентов зависит от индивидуальных характеристик транспортных свойств брюшины и развивающихся в ней изменений, от скорости прогрессирования ранее возникших осложнений ХПН и присоединения сопутствующих заболеваний. Как показывает наш опыт, наиболее частыми причинами перевода больных с ПД на гемодиализ являются высокие транспортные свойства брюшины и большая потеря альбумина с диализатом, тяжелый рецидивирующий диализный перитонит; наиболее частой причиной летального исхода является сердечно-сосудистая патология.

Анализ результатов применения ПД в лечении больных с ОПН (87 – с первичной и 18 – с острым канальцевым некрозом трансплантированной донорской почки) показал высокую эффективность данного метода, который имеет определенные преимущества перед экстракорпоральной детоксикацией. Обеспечивая непрерывность диализного процесса, стабильность гемодинамических параметров и показателей гуморального гомеостаза, ПД уменьшает длительность олигоанурической стадии ОПН, исключает необходимость усиления диализной программы при свойственном ОПН нарастании катаболических процессов и, таким образом, сокращает пребывание этой категории больных в условиях стационара и материально-финансовые затраты на их лечение. К важным медико-экономическим достижениям внедрения ПД в лечение больных с ОПН следует также отнести и возможность проведения данной методики непосредственно в ЛПУ Московской области.

Перспективы усовершенствования, дальнейшего развития и повышения эффективности программы ПД в Московской области должны быть направлены на решение организационных вопросов и оптимизацию лечебного процесса у больных, получающих данный метод ЗПТ. В настоящее время главной детерминантой усовершенствования и развития системы ПД может быть курс на переориентацию части ПД-больных на районные (окружные) гемодиализные отделения, количество которых в ближайший год планируется увеличить до 10. Представляется целесообразным наличие при каждом отделении гемодиализа небольших групп ПД-пациентов (5-7 человек), организация лечебного процесса которых будет проводиться согласно представленному на рис. 4 алгоритму. Подразделение ПД МОНИКИ сохранит за собой роль координационно-учебно-научно-исследовательского центра; подготовка специалистов (врачей и медицинских сестер) по ПД будет осуществляться на курсе ФУВ МОНИКИ «Эфферентная медицина и клиническая нефрология» (цикл тематического усовершенствования «Перитонеальный диализ в лечении хронической и острой почечной недостаточности» – 2 недели).

Оптимизация лечебного процесса у пациентов с ХПН, получающих ПД, предполагает дальнейшее совершенствование алгоритма

обследования и схем терапии осложнений ПД, ХПН и сопутствующих заболеваний; более активное выполнение этим больным трансплантации донорской почки, а также разработку комплекса показаний к началу и прекращению ПД и определение предикторов долговременного проведения данного метода ЗПТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. // Нефрология и диализ. – 2004. – № 1. – С. 29-30.
2. Казимиров В., Перлин Д.В., Астахов П.В., Иванова И.П. // Врач. – 1998. – № 6. – С. 27-28.
3. Перитонеальный диализ. // Руководство по диализу. / Ред. Даугирдас Д., Блейк П., Инг Т. / Пер. с англ. под ред. А.Ю. Денисова и В.Ю. Шило. – Тверь, 2003. – С. 315-458.
4. Gokal R. // J. Am. Soc. Nephrol. – 2002. – V. 13. – P. 104-116.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА ОСНОВЕ КОНЦЕПЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОКРУГА

*А.К. Голенков, Е.В. Катаева, Г.А. Дудина, А.В. Кильдюшевский
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

Гематологическая помощь населению Московской области (МО) относится к специализированным видам помощи и основана на существующих нормативных документах, обозначенных в приказе МЗ СССР № 824 от 16.11.1988.

Согласно упомянутым документам, обеспеченность населения территории МО специализированной гематологической помощью исходит из коечного фонда 0,5:10 000 населения, следовательно, 30-коечное гематологическое отделение может быть организовано на территории с населением не менее 600 000 человек. В то же время, в районах МО проживает значительно меньшее количество населения и полноценное гематологическое отделение (30 коек) создать невозможно.

Идея создания медицинского округа включает в себя понятие объединения районов по функциональному признаку, что дает возможность организовывать полноценное профильное отделение, которое приближено к местам проживания больных.

На основании приказа МЗ МО № 142 от 22.10.2001. создано 12 медицинских округов, где определены центры медицинского округа. Исходя из этой концепции, организованы гематологические отделения в окружных медицинских центрах, а именно: гематологические отделения г. Подольска, г. Королева, при МСЧ-152 г. Дзержинска, в г. Москве – отделение клинической гематологии и иммунотерапии.