

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ДИАЛИЗА В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В.П. Суслов, Е.Е. Круглов, В.В. Горюнов, А.В. Ватазин, А.А. Смоляков, И.А. Ващук

ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Описано состояние диализной службы в Московской области, обеспеченность заместительной почечной терапией пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью. За последние 6 лет отмечен существенный рост обеспеченности пациентов диализной помощью: увеличение количества диализных центров (в 2,5 раза), числа больных, получающих гемодиализ (до 134 на 1 млн населения). Число пациентов, которым начато лечение гемодиализом, возросло до 37,7 на 1 млн населения.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, гемодиализ, перитонеальный диализ, организация службы, диализный центр.

CONDITION AND PERSPECTIVES OF DIALYSIS SERVICE DEVELOPMENT IN MOSCOW REGION

V.P. Suslov, E.E. Kruglov, V.V. Gorjunov, A.V. Vatazin, A.A. Smolyakov, I.A. Vashchuk

M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research institute

Dialysis Service in Moscow region was described including provision of the end stage renal disease patients with substitution therapy. Over past 6 years, significant rise of patients' provision with dialysis medical care was noted: 2.5 fold increase of dialysis centers number and increase of dialysis-treated patients to 134 per million population. The number of patients receiving hemodialysis increased by 37.7 per million population.

Key words: chronic renal failure, hemodialysis, peritoneal dialysis, service organization, dialysis center.

Обеспеченность заместительной почечной терапией пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью (ХПН), зависит, прежде всего, от экономических возможностей государства и механизмов финансирования здравоохранения. Важную роль играют также географические и демографические факторы.

Московская область – самый густонаселенный регион Российской Федерации. По численности и плотности населения Московская область соответствует таким европейским странам, как Дания или Швейцария. Обеспеченность заместительной почечной терапией (число больных, которым впервые начато лечение диализом на 1 млн населения в год) в разных странах колеблется в довольно широких пределах: от 69,6 в Румынии до 152 в Греции [3]. По данным регистра Российского диализного общества [1, 2], этот показатель в среднем по стране составляет 24,3.

Соотношение гемо- и перитонеального диализа в разных странах также весьма различно. Так, например, доля перитонеального диализа в Финляндии и Великобритании составляет 23-24% от общего числа

диализных больных, а в Италии и Франции не превышает 7-8% [3].

В последние годы здравоохранение в Московской области динамично развивается, особенно высокотехнологичные направления, в частности, диализное лечение. Развитие службы гемодиализа в Московской области прошло несколько этапов.

Первый этап – создание в 1970 г. первого отделения гемодиализа в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, где четыре места предназначались для лечения пациентов с острой и хронической почечной недостаточностью. В то время говорить о какой-либо обеспеченности диализом пациентов с ХПН было преждевременно.

На втором этапе произошло расширение отделения и формирование его структуры как центра диализа и трансплантации почки. В 1976 г. два события позволили существенно изменить ситуацию и заявить о создании службы: во-первых, развернуто 16 диализных мест (аппараты SACSCO) с использованием диализаторов типа KHL. До 30 пациентов с ХПН могли получать заместительную почечную терапию.

Во-вторых, начата трансплантация почки. Отделение было обеспечено 20 стационарными койками. В течение последующих 10 лет отделение гемодиализа и трансплантации почки МОНИКИ было в Московской области единственным оказывающим помощь пациентам с почечной недостаточностью. Использование разовых диализаторов с 1982 г., введение дополнительных диализных мест позволило увеличить число больных, получающих диализ, до 96. Заметно возросло число трансплантаций почки – в 1985 г. в отделении выполнено 78 операций. Интенсификация работы отделения позволила к 1994 г. увеличить число диализных больных до 112, число трансплантаций почки – до 150. Однако стало понятно, что возможности одного центра не безграничны.

Третий этап заключался в развитии службы в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях области. Децентрализация службы началась с создания лабораторий гемодиализа при отделениях реанимации районных или городских больниц. В 1985 г. открыто первое отделение гемодиализа в районной больнице г. Одинцово. Используемое оборудование (СГД-1) было далеко от совершенства, но позволило сформировать работоспособную структуру, которая в последующем трансформировалась в самостоятельное отделение. К 2002 г. в районных и городских больницах области работало пять отделений с числом диализных мест от 2 до 6, а лечение гемодиализом получали 98 пациентов.

Начиная с 2002 г. Министерством здравоохранения Московской области и Московским областным фондом обязательного медицинского страхования проводилась программа по укреплению материальной базы службы диализа Московской области, которая включала комплексную закупку оборудования и ежегодное обеспечение расходными материалами.

За счет централизованной закупки в 2002-2005 гг.:

- приобретено 67 аппаратов «искусственная почка»;
- открыто три новых муниципальных отделения в гор. Жуковский, Орехово-Зуево, Ступино;
- модернизировано четыре муниципальных отделения в гор. Одинцово, Балашиха, Коломна, Королев;
- переоснащено отделение диализа МОНИКИ;
- оборудовано организованное отделение хирургической гемокоррекции и детоксикации МОНИКИ.

За счет муниципального бюджета приобретено оборудование для трех новых центров в гор. Мытищи, Реутов, Дубна, модернизировано и расширено два отделения в гор. Королев и Одинцово.

Четвертый этап ознаменовался началом программы перитонеального диализа. В 1995 г. в МОНИКИ начато лечение первых пяти больных с ХПН постоянным амбулаторным перитонеальным диализом. К настоящему времени лечение получают до 150 пациентов.

На пятом этапе потребовалось решение, позволяющее максимально приблизить оказание диализной помощи к больным. Значительные расстояния, которые приходилось преодолевать пациентам, добираясь до центра диализа МОНИКИ, отнимали много времени и сил, что служило поводом для социальной госпитализации пациентов. Министерство здравоохранения Московской области, продолжая программу развития службы, приняло решение о создании амбулаторных диализных центров областного подчинения в различных регионах области. В 2003 г. начал свою работу амбулаторный центр диализа в г. Коломна на 12 диализных мест. В последующем открыто еще два центра диализа в городах Мытищи (2006) и Красногорск (2007).

Таблица 1

Развитие службы гемодиализа в Московской области с 2002 по 2008 г.

№ п/п	Показатель	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1	Количество диализных центров	6	7	8	9	11	14	15
	В том числе:							
	муниципальных	5	5	6	7	9	10	11
	коммерческих	0	1	1	1	2	3	3
2	Число диализных мест	54	63	74	87	107	136	139
3	Число больных	202	255	303	373	499	638	748
4	Принято «новых» больных	80	118	80	112	151	172	176

За 6 последних лет произошел существенный рост обеспеченности пациентов с ХПН диализной помощью. Количество центров увеличилось в 2,5 раза, число больных, получающих гемодиализ, повысилось на 370%, а число пациентов, которым впервые начато лечение гемодиализом, возросло на 220%.

Основными показателями, отражающими степень развития диализной помощи, являются число больных, которым впервые начато лечение гемодиализом и перитонеальным диализом (ГД и ПД) в течение отчетного года в расчете на 1 млн населения (рис. 1), и общее число пациентов, получающих лечение диализом на конец года (рис. 2).

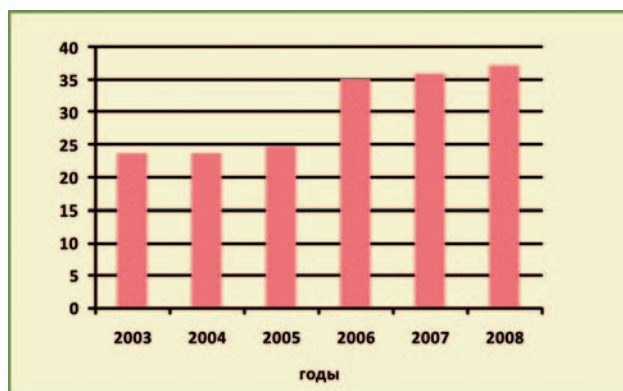


Рис. 1. Число больных, принятых на лечение ГД и ПД на 1 млн населения (2003-2008)

Картина роста числа «новых» диализных больных отражает общую тенденцию укрепления службы. Причем в 2005 г. показатель соответствовал среднероссийскому уровню (24,3 человека на 1 млн населения). С 2006 г. отмечен полуторакратный рост показателя, который удается поддерживать в течение трех лет. Тем не менее, необходимо отметить, что данный рубеж вдвое ниже среднеевропейского показателя, соответствующего полному удовлетворению потребности в диализе.

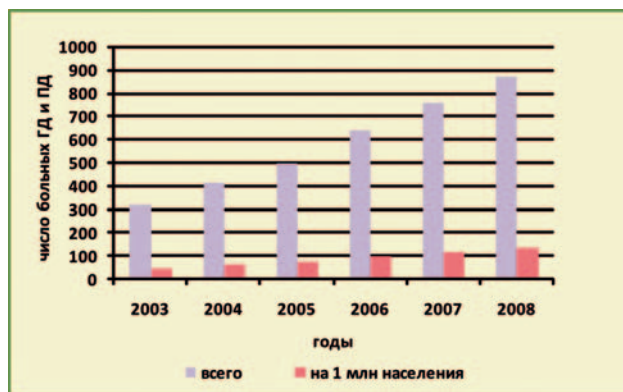


Рис. 2. Число больных, получающих лечение диализом (ГД и ПД) на 1 млн населения (2003-2008)

В 2005 г. среднероссийский показатель (90,4 человек на 1 млн населения) был несколько выше показателя Московской области. В последующие три года число диализных пациентов увеличилось на 75%. Достигнуто это благодаря, прежде всего, введению в строй новых отделений гемодиализа. Ближайшей целью является среднемировой показатель – 250 человек на 1 млн населения, для чего потребуются двукратное увеличение ресурса службы.

Что касается перитонеального диализа, то в МОНИКИ на 01.01.08 было 118 больных, на 31.12.08 – 123, принято новых пациентов – 66. Четверо больных переведены в другие центры, 17 пациентов продолжили лечение гемодиализом, 14 – направлены на трансплантацию почки. Умерли 26 больных (14,1%).

В настоящее время диализная служба Московской области представлена тремя типами отделений (рис. 3):

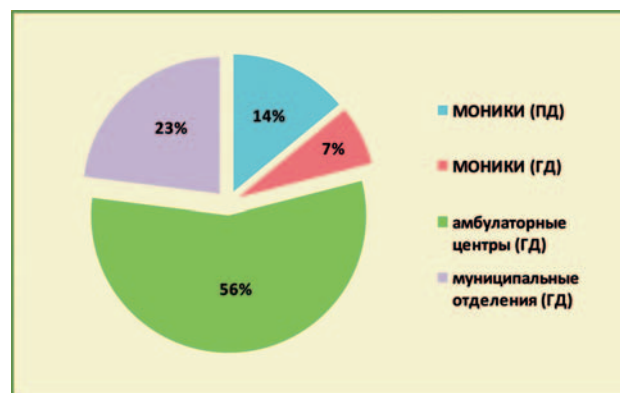


Рис. 3. Распределение пациентов по центрам диализа

1. МОНИКИ – центр, имеющий в своем арсенале все виды заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ и трансплантацию почки), а также способный проводить лечение сопутствующей патологии любой сложности с учетом многоплановости института. В центре получает лечение почти четверть всех диализных больных (ГД + ПД).

2. Коммерческие центры амбулаторного диализа в гор. Коломна, Мытищи, Красногорск осуществляют лечение гемодиализом с очень высокой эффективностью используемого оборудования: восемь пациентов на один аппарат. Использование аппаратуры в четыре смены – без сомнения выгодно, но не всегда удобно больным. С другой стороны, при имеющемся дефиците диализных мест – это благо. Благодаря высокой организации процесса лечения, амбулаторные центры являются оптимальным вариантом диализного отделения для стабильных больных. Амбулаторный центр диализа имеет свои преимущества и недостатки.

Таблица 2

Итоги работы отделений гемодиализа Московской области в 2008 г.

№ п/п	Центр диализа	Кол-во ГД в год	Кол-во мест	Число б-х на 1.01.	Число б-х на 31.12.	Принято «новых» больных	Перевод на ГД после ТП	Перевод на ГД с ПД	Перевод из других центров	Умерли	Перевод на ПД	Перевод в др. центры	Направлены на ТП
1	МОНИКИ	10414	17	77	65	32	13	11	1	13	0	53	1
2	«ООО Центр диализа» г. Коломна	21684	19	137	151	17	0	0	10	8	0	1	5
3	«ООО ЦД» г. Мытищи	28071	24	184	192	9	0	0	16	9	0	2	7
4	ООО «ЦД» г. Красногорск	14163	18	70	144	31	0	0	63	11	0	3	6
5	ЦРБ г. Коломна	2900	8	20	18	6	0	0	0	4	0	4	0
6	ЦРБ г. Одинцово	3034	8	21	27	8	0	2	6	4	0	4	2
7	ЦГБ г. Королев	3001	6	17	18	10	0	0	4	7	1	1	4
8	ЦРБ г. Балашиха	4448	7	24	24	8	0	0	0	4	0	0	4
9	ЦРБ г. Дубна	1342	4	7	9	5	1	0	1	0	1	2	2
10	ЦРБ г. Мытищи	716	3	3	5	9	0	0	5	2	0	10	0
11	ЦРБ г. Орехово-Зуево	3175	5	20	19	6	0	0	0	1	3	1	2
12	ЦГБ г. Жуковский	5703	7	35	40	14	0	0	0	7	0	0	2
13	ЦРБ г. Ступино	2766	6	12	20	8	0	0	0	0	0	0	0
14	ЦГБ г. Реутов	1408	5	9	11	5	0	1	3	4	0	0	3
15	ЦРБ г. Дмитров	570	2	4	5	5	0	0	0	0	0	4	0
	ВСЕГО	103395	139	640	748	176	14	14	109	74 8,77%	5	84	38

Примечание: ТП – трансплантация почки.

Преимуществами являются:

- прием на лечение всех жителей Московской области;
- высокая эффективность амбулаторного диализного лечения;
- высокое качество диализа.

Недостатками амбулаторного центра диализа служат:

- центр не принимает больных с острой почечной недостаточностью;
- тяжелые больные не принимаются из-за отсутствия стационара;

- центр не оказывает никакой другой помощи, кроме диализной;
- наличие неудобной для больных ночной смены;
- необходимость преодоления больными больших расстояний.

3. Муниципальные отделения диализа максимально приближены к первичному медицинскому звену. При всех очевидных их недостатках они нуждаются в поддержке и развитии, поскольку именно в них начинается лечение абсолютного большинства пациентов (55,1% от общего числа больных, поступивших на лечение гемодиализом). Кроме того, в муни-

Таблица 4

Развитие перитонеального диализа в Московской области с 2002 по 2008 г.

№ п/п	Показатели	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1	Число больных на конец года	34	63	113	124	137	117	123
2	Принято «новых» больных	12	36	74	49	78	62	66

ципальных центрах проводится лечение больных с тяжелыми осложнениями, когда требуется всесторонняя помощь, в том числе и интенсивная терапия. Целесообразна организация совместной работы муниципальных и амбулаторных центров. Муниципальные отделения диализа также имеют свои достоинства и недостатки.

Преимущества муниципальных отделений состоят в том, что они:

- принимают больных как с хронической, так и с острой почечной недостаточностью;
- принимают тяжелых больных, в том числе тех, которые нуждаются в интенсивной терапии;
- оказывают всестороннюю (а не только диализную) помощь;
- имеют удобное расположение.

Недостатками муниципальных отделений диализа являются:

- прием преимущественно жителей муниципального образования, реже – из медицинского округа;
- невысокая эффективность диализного лечения: четверо (или менее) больных на одно место;
- неисполнение санитарных стандартов;
- неопределенное финансирование.

Оценивая работу службы гемодиализа Московской области необходимо акцентировать внимание на том факте, что летальность, составляющая 8,77% от числа пролеченных больных, – показатель высокой эффективности работы службы.

Доля пациентов центров амбулаторного диализа ежегодно увеличивается. В 2008 г. она составила 65% от числа больных, получающих гемодиализ, и более половины всех диализных больных.

Перспектива развития гемодиализа в Московской области ориентирована на среднемировой показатель обеспеченности диализом – 250 пациентов на 1 млн населения. Для этого потребуются вдвое увеличить потенциал службы, в связи с чем необходимо создать отделения в медицинских округах, где нет диализа или обеспеченность им пациентов недостаточна. Целесообразно развернуть диализные центры в следующих муниципальных образованиях: Подольск, Люберцы, Сергиев Посад, Электросталь, Солнечногорск, Одинцово, в общей сложности на 915 пациентов.

Альтернативным направлением в обеспечении больных с почечной недостаточностью заместительной почечной терапией является перитонеальный диализ, лечение которым получают 14% пациентов диализа. Несмотря на известные ограничения в использовании метода, существует реальная возможность расширить оказание специализированной медицинской помощи нуждающимся пациентам – 27% «новых» диализных больных начинали лечение именно перитонеальным диализом. Медицинские и социальные преимущества ПД позволяют начинать лечение в любое время, в любом ЛПУ Московской области, в том числе пациентам с ограниченными возможностями передвижения. Перитонеальный диализ предпочитают пациенты, нуждающиеся в постороннем уходе или сами оказывающие уход, например, за детьми.

Расширение службы перитонеального диализа целесообразно за счет внедрения метода в ЛПУ Московской области, где реально организовать полноценный патронаж – ведь метод лечения в принципе является амбулаторным и максимально приближенным к пациенту.

Подводя итоги развития диализа в Московской области, следует отметить, что за последние семь лет диализная служба получила существенное развитие как по числу центров, так и по возросшей доступности помощи. Вместе с тем, актуальным является дальнейшее интегрирование диализных отделений во все медицинские округа Московской области, что позволит приблизить этот вид специализированной медицинской помощи к среднемировым стандартам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бибков Б.Т., Томилина Н.А. О состоянии заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2003 гг. // Нефрол. диализ. 2005. №7. С.204-275.
2. Бибков Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2005 гг. // Нефрол. и диализ. 2007. №9. С.6-86.
3. ERA-EDTA Registry Annual report 2006. Academic medical Cener. Amsterdam, 2008.