

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ И ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

*А.В.Ватазин, Ю.Б.Аваш, Е.Е.Круглов, С.А.Пасов,
Е.О.Щербакова, В.П.Суслов, И.А.Иванов, П.В.Астахов*
МОНИКИ

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) является не только важной и сложной медицинской, но и социальной, а также организационной проблемой. Это обусловлено высокой летальностью и инвалидизацией, как правило, молодых людей, а также сложностью технического обеспечения современных методов лечения ХПН.

В комплексе лечебных мероприятий терминальной стадии ХПН используются три основных метода почкозамещающей терапии: гемодиализ, перитонеальный диализ и трансплантация почки.

В настоящее время в мире число пациентов, страдающих ХПН, достигает 3 млн человек. В 1996 г. в мире по поводу терминальной стадии ХПН лечилось более 700 000 больных [1]. Примерно 600 000 больных лечатся гемодиализом и 100 000 пациентов получают перитонеальный диализ. Эти данные свидетельствуют о том, что обеспеченность адекватным лечением при ХПН составляет только около 20%. По данным С.И.Рябова [2], в США в 1988 г. более 600 человек на 1 млн населения лечились гемодиализом. Примерно такое же число больных ХПН получают гемодиализ в Японии. В Западной и Восточной Европе этот показатель составляет соответственно 343 и 142 на 1 млн населения. В развивающихся странах гемодиализ получают 43 больных на 1 млн населения (рис. 1).

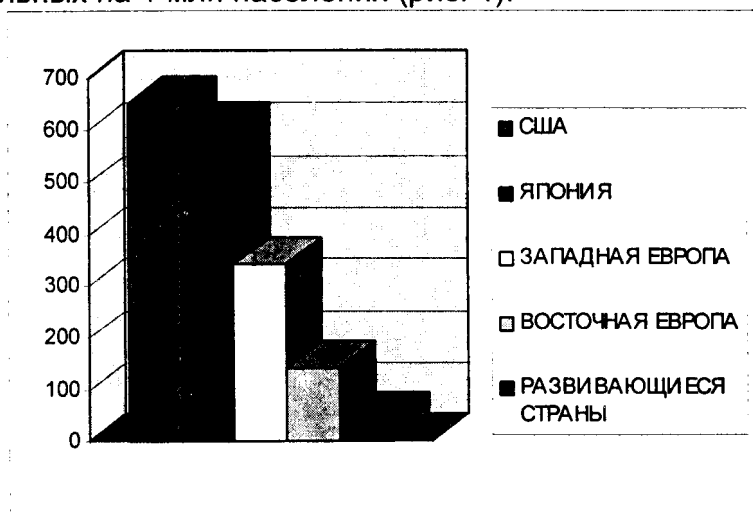


Рис.1. Число больных ХПН, получающих лечение гемодиализом (на 1 млн населения).

В Московской области первым этапом в решении данной проблемы была организация в МОНИКИ в 1970 г. лаборатории «Искусственная почка», основным назначением которой было лечение больных

острой почечной недостаточностью (ОПН). На базе лаборатории в 1976 г. создано отделение хронического гемодиализа, которое в 1979г. получило статус отделения трансплантации почки. Со времени первого сеанса гемодиализа на примитивном аппарате АИП-140 отделение заметно расширилось и окрепло. Сейчас в МОНИКИ постоянно действуют 20 диализных мест, оснащенных самым современным оборудованием фирмы «Fresenius», что позволяет проводить лечение программным гемодиализом 80 больным.

Более чем за 25 лет существования отделения не только многократно увеличилось число больных, находящихся на программном гемодиализе, но и произошли существенные изменения в методике и качестве лечения. Это связано с оснащением диализных залов современными аппаратами "Искусственная почка" и тонкой очисткой воды для гемодиализа, что привело к значительному уменьшению числа больных с полинейропатией и остеопатиями, а также к увеличению числа пациентов, находящихся на амбулаторном режиме гемодиализа (в настоящее время их более 70%). Помимо этого, в отделении внедрены самые современные методы почкозамещающей терапии – такие, как гемофильтрация и гемодиофильтрация (ГДФ), включая ГДФ on line, фильтрационный и гравитационный плазмаферез, методы физического воздействия на кровь: ультрафиолетовое облучение и лазерное облучение аутокрови.

Вместе с тем, отделение программного гемодиализа при работе практически в экстремальном режиме (6 дней в неделю по 12 ч, не считая экстренных процедур, которые проводятся в любое время суток для больных с ОПН и после трансплантации почки), даже в минимальном объеме не может удовлетворить потребности региона.

Перспективы гемодиализа в Московской области, на наш взгляд, должны быть связаны с дальнейшим развитием этой службы на местах. В настоящее время в различных больницах Московской области имеется 34 диализных места, что, безусловно, не соответствует потребностям областного здравоохранения. Представляется, что наиболее перспективной формой расширения службы гемодиализа в Московской области является создание сети межрайонных диализных центров областного подчинения, что, с одной стороны, позволит повысить качество гемодиализа и охват населения специализированной медицинской помощью, а с другой – расширит возможности отделения трансплантации почки МОНИКИ для больных, страдающих терминальной стадией ХПН, ожидающих пересадку почки.

Постоянное совершенствование аппаратуры, методического обеспечения гемодиализа и других способов экстракорпоральной детоксикации, к сожалению, не устранило принципиального недостатка почкозамещающей терапии – зависимости больного от диализного центра. Это неизбежно сказывается на качестве его медицинской, психологической и социальной реабилитации.

Качественно новый шаг сделан в лечении больных ХПН, благодаря развитию трансплантологии. Идею пересадки почки высказал

еще в 1905 г. A.Carrel. Однако важнейшим событием начального периода развития трансплантологии, безусловно, стала первая в мире аллотрансплантация трупной почки человеку, выполненная советским хирургом Ю.Ю.Вороновым в 1933 г. [3]. Внедрение трансплантации в клиническую практику стало возможным только после открытия I.Dausset и соавт. в 1954 г. комплексов гистосовместимости, названных впоследствии человеческими лейкоцитарными антигенами (HLA). В том же году D.Hume и J.Merrill выполнили первую успешную пересадку почки однояйцевым близнецам. По данным международного регистра, к концу 1992 г. в мире было уже зарегистрировано более 500 центров трансплантации почки, в которых было выполнено более 300.000 операций [3].

В МОНИКИ первая аллотрансплантация трупной почки была произведена в мае 1979 г. С этого времени в институте выполнено более 1200 таких операций. Благодаря внедрению целого ряда новых методик и передовых технологий в области предоперационной подготовки, послеоперационного ведения больных, диагностики и коррекции возникающих осложнений, радикально изменились и результаты операций. В настоящее время годовая выживаемость трансплантата в отделении трансплантации почки МОНИКИ составляет около 80%.

Одной из главных организационных проблем трансплантации почки в Московской области остается несоответствие роста числа больных ХПН и количества выполняемых трансплантаций. Это связано прежде всего с нехваткой диализных мест. К тому же относительно низкий уровень медицинской грамотности населения, несовершенство законодательства, отдельные, порой преступные, спекуляции в прессе тормозят развитие донорства трупных органов, не только ограничивая число трансплантаций, но и ухудшая их результаты, поскольку возможности более точного подбора гистосовместимости весьма ограничены. Определенную роль в ограничении числа трансплантаций почки в МОНИКИ играет также неполное лабораторное обеспечение, в частности, типирование по комплексам гистосовместимости (HLA).

Представляется, что для увеличения числа трансплантаций почки в Московской области и приведения их хотя бы в относительное соответствие с потребностью региона необходима концентрация больных ХПН, нуждающихся в пересадке почки, в отделении трансплантации почки МОНИКИ. Для этого чрезвычайно важно развитие гемодиализа на местах (создание межрайонных диализных центров), что позволит сосредоточить усилия отделения трансплантации почки и программного гемодиализа МОНИКИ именно на проблемах трансплантации.

Еще один путь увеличения охвата больных ХПН специализированной медицинской помощью и интенсификации трансплантации почки заключается, на наш взгляд, в дальнейшем расширении в Московской области программы перитонеального диализа.

В настоящее время в мире из 700.000 больных ХПН 600.000 получают гемодиализ и около 100.000 – перитонеальный диализ. При этом ежегодно число пациентов, лечившихся перитонеальным диализом, увеличивается примерно на 15% [1]. На рис.2 представлены диаграммы, отражающие увеличение числа больных (на 1 млн населения), лечившихся перитонеальным диализом в Европе и США. Доля перитонеального диализа в общем числе больных, получающих диализ, в разных странах значительно различается (от 5 до 90%), что в наибольшей степени связано с финансовой и страховой политикой государства. В странах с ежегодным фиксированным распределением денежных средств перитонеальный диализ применяется чаще, что объясняется его более низкой стоимостью. В странах же, где финансовые проблемы не так остры, основное внимание уделяется терапевтическим и социальным факторам [1]. В среднем в мире соотношение больных, получающих гемодиализ и перитонеальный диализ, составляет 6:1.

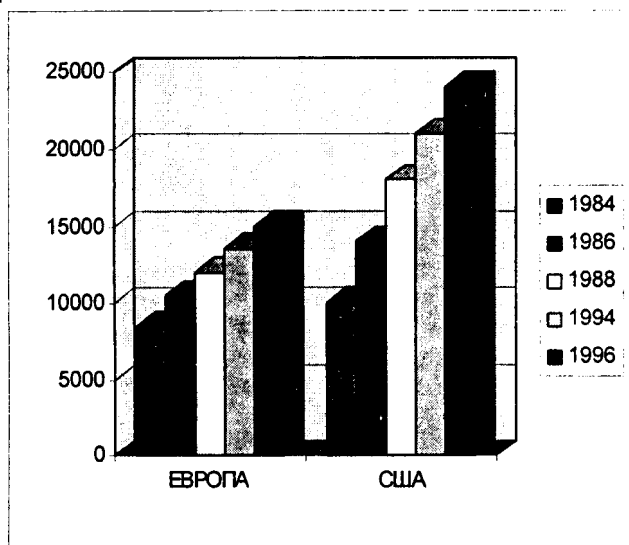


Рис.2. Увеличение числа больных (на 1 млн населения), лечившихся перитонеальным диализом, в Европе и США

Амбулаторный хронический перитонеальный диализ, описание которого принадлежит R.P. Pirovich и соавт. [4], существенно изменил представления и взгляды на хронический перитонеальный диализ. Преимущества амбулаторного хронического перитонеального диализа очевидны. Они определяются простотой проведения, ненужностью сложного и дорогостоящего оборудования, возможностью домашнего использования, существенным уменьшением стоимости диализа, небольшими диетарными и жидкостными ограничениями, способностью таких больных к переездам и относительной независимостью их от диализного центра, отсутствием проблем с сосудистым доступом, уменьшением анемии, гипертензии и жажды. По данным N.Lemer [1], наличие у больных остаточной функции почек чрезвычайно важно для обеспечения адекватного перитонеального диализа. Поэтому в последние годы для лечения перитонеальным диализом

отбираются более молодые пациенты с достаточной остаточной функцией почек, для большинства из которых этот вид терапии является первым видом диализного лечения. Поэтому эти больные чаще включаются в лист ожидания трансплантации почки и имеют меньшее число соматических осложнений в послеоперационном периоде. Важнейшее значение имеет также факт более длительного сохранения остаточной функции почек у больных, лечившихся перитонеальным диализом, по сравнению с гемодиализом, поскольку весьма вероятно, что при более сохранной остаточной функции почек сохраняются и ее эндокринные функции.

В отделении хронического гемодиализа и пересадки почки МОНИКИ программа перитонеального диализа была начата в 1994 г. в рамках программы фирмы «Baxter». Следует особо подчеркнуть, что преимуществом программы является обеспечение фирмой всей инфраструктуры перитонеального диализа, включающей патронаж, доставку расходного материала, наблюдение диетолога и нефролога.

За прошедших 3 года лечение перитонеальным диализом, с учетом больных, которым была произведена пересадка почки, получили 17 пациентов. Умерла одна больная от причин, не связанных с проблемами перитонеального диализа. У двух больных перитонеальный диализ осложнился диализным перитонитом, который был вылечен консервативно, что позволило продолжить программу перитонеального диализа. Оперированы 4 больных, которым выполнена трансплантация почки с первичной удовлетворительной функцией пересаженного органа.

В настоящее время программа перитонеального диализа осуществляется 10 больным. Таким образом, соотношение гемодиализа и перитонеального диализа в Московской области составляет примерно 10/1. В целом это соотношение является фиксированным на протяжении ряда лет, в то время как во всем мире ежегодный прирост числа больных, получающих перитонеальный диализ, составляет 15%.

С учетом проблем оказания специализированной медицинской помощи больным ХПН в Московской области представляется, что расширение программы перитонеального диализа продиктовано весьма объективными факторами: перитонеальный диализ не требует увеличения коечного фонда, поскольку осуществляется амбулаторно, в домашних условиях, исключается использование дорогостоящего оборудования и медикаментов, затраты непосредственного медицинского обслуживания пациентов – минимальны. Помимо этого существует целый ряд непосредственных медицинских показаний для применения этого метода: отсутствие сосудистого доступа для гемодиализа, сахарный диабет, молодой возраст пациентов, ожидающих трансплантацию почки, и др.

В заключение подчеркнем, что несмотря на то, что в последние годы решение многих вопросов оказания специализированной медицинской помощи больным ХПН в Московской области получило свое

существенное развитие, для дальнейшего совершенствования этой службы весьма важно:

- увеличение числа диализных мест за счет создания межрайонных диализных центров областного подчинения;
- расширение программы амбулаторного перитонеального диализа;
- увеличение числа трансплантаций почки за счет максимальной специализации на этой проблеме отделения хронического гемодиализа и пересадки почки МОНИКИ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лемер Н. // Современная нефрология. II Международный нефрологический семинар. – М., 1997. – С. 205-222.
2. Лечение хронической почечной недостаточности / Под ред. С.И. Рябова. – СПб, 1997.
3. Трансплантология /Руководство, под ред. акад. В.И.Шумакова. – М.– Тула, 1995.
4. Porovich R.P., Mocrief J.W, Nolph K.D. et al. // Ann. Intern. Med. – 1978. – V.88. – P.449.

ОСОБЕННОСТИ НАУЧНО-ИНФОРМАЦИОННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ АБОНЕНТОВ И КОМПЛЕКТОВАНИЕ МНОГООТРАСЛЕВОГО ФОНДА НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОЙ БИБЛИОТЕКИ МОНИКИ

Е.Е.Лукьянова, В.И.Шумский, О.В.Борисенко, М.В.Фенелонова
МОНИКИ

Специфика библиотечно-информационного обеспечения медицинских исследований обусловлена, прежде всего, своеобразием деятельности абонентов, объектом которой является человек, нуждающийся в профилактическом обслуживании и медицинской помощи.

Библиотечно-информационное обеспечение медицинских работников должно всемерно содействовать систематическому и непрерывному повышению квалификации работников системы здравоохранения и отличаться особой оперативностью, дифференцированной профессионально-функциональной направленностью, внедрением форм обслуживания, отвечающим условиям их труда.

За последние десятилетия работа врача все больше приближается к деятельности исследователя, и для него важно всегда быть в курсе тех изменений в медицинской науке и практике, которые вносятся непрерывными открытиями нашего века. Это делает необходимым для специалиста практического здравоохранения умение ориентироваться в многообразии современных изданий и увеличивает нагрузку на него. Именно поэтому сейчас становится очевидным, что без постоянной квалифицированной помощи сотрудников медицинских библиотек врач, работающий на современном уровне, уже не может обойтись. Одновременно развитие медицины и появление все новых и новых специальностей требует и от библиотекаря обязательного медицинского образования. Сегодня библиотекарь, рабо-