

Анализ некоторых аспектов обеспечения заместительной почечной терапией и гемодиализом в Российской Федерации

Analysis of hemodialysis and renal replacement therapy maintenance aspects in Russian Federation

O.I. Apolikhin, N.V. Yurgel, S.V. Bondarev, E.V. Bebishko

Renal replacement therapy is vital management of renal failure. Hemodialysis is a hardware-based method of blood clearance, spread widely because of its efficacy. Renal failure morbidity is 150 – 200 cases per 1 million of population yearly. In 2001 in Russian Federation there were 7148 dialysis patients, in 2008 – 21357.

This article is a result of work done to determine the state of hemodialysis service in Russia totally and in constituent territories of the Russian Federation particularly. It was based on local healthcare departments reports. The renal replacement therapy and hemodialysis availability was analyzed due to federal location (in Russia there are 331 dialysis centers, 40 – federal, 269 – municipal, 22 – private). As a result a recent status of this sector was established, accentuating most acute problems need to be solved immediately. In most constituent territories of Russian Federation there is a lack of qualified nephrologists in staffing level. More than 70% of constituent territories of the Russian Federation do not have enough hemodialysis places to provide qualified healthcare. In 60 constituent territories of Russian Federation the level of dialytic coverage is lower than estimated needs. Dialytic equipment (more than 5 years in 37.8%) and water supply sets wear is more than 50%. In 30% constituent territories of the Russian Federation no possibility for urgent hemodialysis is available. In more than 50% – no peritoneal dialysis is used. Only 23 constituent territories of Russian Federation have organized transportation system for such patients. Hemodialysis and replacement renal therapy service actual state in Russian Federation urgently demands organizational improvements and permanent monitoring in federal districts.

О.И. Аполихин, Н.В. Юргель, С.В. Бондарев, Е.В. Бебешко

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, НИИ урологии Минздравсоцразвития РФ

Заместительная почечная терапия – безальтернативный, жизненно необходимый вид медицинской помощи, без оказания которого больной почечной недостаточностью погибает. В структуре заместительной почечной терапии наряду с трансплантацией почки и перитонеальным диализом доминирующее положение принадлежит гемодиализу. Гемодиализ – аппаратный метод очищения крови, который будучи эффективным для острых и хронических состояний, наиболее широко применяется как у нас в стране, так и за рубежом.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) является исходом практически всех, за редким исключением, нефропатий независимо от их этиологии. Популяция больных ХПН в основе своего роста имеет два основных компонента. Первый – увеличение прироста впервые выявленных больных почечной недостаточностью и увеличение пула пациентов уже находящихся на заместительной почечной терапии. За последние десятилетия произошел рост числа хронических болезней почек, связанных со старением населения, ростом заболеваемости артериальной гипертензией, сахар-

ным диабетом и атеросклерозом. Вследствие этого, повсеместно отмечается тенденция к неуклонному росту числа больных, страдающих ХПН. Другим фактором, определяющим эту же тенденцию, является значительный прогресс в области заместительной почечной терапии (ЗПТ) и увеличение ее доступности. Расширение объемов ЗПТ с целью полного удовлетворения существующих потребностей при значительном удлинении продолжительности жизни больных и возрастающей первичной обращаемости приводит к непрерывному росту числа больных с терминальной ХПН.

В Российской Федерации ежегодный прирост числа больных, страдающих ХПН, соответствует общемировым тенденциям [1]. По данным регистра Российского диализного общества за период 1999–2003 гг. число больных, обеспеченных в целом ЗПТ, ежегодно увеличивалось в среднем на 9,9% [2].

В соответствии со статистическими данными, в 2001 году в Российской Федерации количество диализных больных составляло 7148 человек [3]. В процессе настоящего исследования было установлено увеличение количества диализных больных в 2008 году до 21 357.

Законодательно закрепленное право граждан на охрану здоровья в социально ориентированном государстве, каким является Российская Федерация, создает предпосылки для развития и совершенствования данного метода.

Однако в процессе выполнения данной работы был выявлен ряд проблем, существующих в сфере заместительной почечной терапии и гемодиализа.

Многообразие форм собственности, существующее в РФ в настоящее время, не могло не отразиться на конечной структуре учреждений, оказывающих заместительную почечную терапию.

В Российской Федерации в настоящее время функционирует 331 учреждение здравоохранения, оказывающее диализную помощь, из них 40 учреждений – федеральной формы собственности, 269 учреждений – субъектовой (государственной и муниципальной) формы собственности и 22 учреждения – частной формы собственности. Данная структура форм собственности учреждений здравоохранения, оказывающих диализную помощь, отражает специфику, при которой диализ является специализированной медицинской помощью и находится в ведении территориальных органов управления здравоохранения, подавляющее их количество относится к государственной и муниципальной собственности (таблица 1).

При рассмотрении показателя обеспеченности врачами нефрологами, ввиду отсутствия штатного норматива расчета потребности,

Таблица 1. Распределение учреждений здравоохранения, оказывающих диализную помощь, по формам собственности по федеральным округам

Федеральные округа	Формы собственности		
	Федеральная	Субъектов РФ	Частная
Центральный	11	75	5
Северо-западный	10	27	2
Южный	4	23	3
Приволжский	8	56	9
Уральский	1	41	0
Сибирский	5	32	2
Дальневосточный	1	15	1
Итого по России	40	269	22

Таблица 2. Обеспеченность врачами-нефрологами по федеральным округам

Федеральные округа	Обеспеченность врачами-нефрологами (на 100 тыс. населения)
Центральный	0,9
Северо-Западный	1,3
Южный	0,9
Приволжский	0,5
Уральский	0,7
Сибирский	0,8
Дальневосточный	0,6
Среднее значение по России	0,8

можно только грубо судить о соответствии того или иного региона среднему по стране показателю.

Штатные нормативы по урологии в Российской Федерации приняты в декабре 2009 г., при этом на одну должность специалиста-уролога приходится 20 000 прикрепленного населения [4]. При изучении опыта других стран [5] количество специалистов-нефрологов должно составлять не менее одного на 40 тыс. населения (2,5 нефролога на 100 тыс. населения). По данным современных источников показатель заболеваемости ХПН находится в диапазоне 150-200 случаев на 1 млн населения. Число больных, нуждающихся в нефрологической помощи, будет расти в связи с ростом

продолжительности жизни, ростом выживаемости больных, получающих заместительную почечную терапию. Исходя из сложившегося норматива (2,5 нефролога на 100 тыс. населения), нагрузка на 1 врача в перспективе должна составить 60-80 больных ХПН. Сложившийся по Российской Федерации показатель обеспеченности врачами-нефрологами составил 0,8 на 100 тыс. населения (таблица 2). Наиболее высокая обеспеченность отмечается в Северо-Западном ФО (1,3 на 100 тыс. населения), наиболее низкая – в Приволжском ФО (0,5 на 100 тыс. населения).

Анализ обеспеченности диализными местами и их состояния показал, что в среднем по РФ пока-

Таблица 3. Обеспеченность диализными местами и их состояние по Федеральным округам РФ

Федеральные округа	Количество диализных мест	Обеспеченность диализными местами на 100 тыс. населения	Доля аппаратов старше 5 лет (%)	Средняя выработка ресурса (%)	
				Аппаратов «искусственная почка»	Водоочистных установок
Центральный	882	2,1	32,1	44,7	40,6
Северо-Западный	385	2,0	41,6	57,8	58,8
Южный	398	2,4	24,7	44,4	52,5
Приволжский	669	2,2	63,8	64,1	60,9
Уральский	293	2,3	23,5	55,2	46
Сибирский	322	1,9	40,1	53	50,2
Дальневосточный	101	1,4	38,9	54,8	42,7
Итого по России	3050	2,0	37,8	53,4	50,2

Таблица 4. Средние показатели нагрузки на одно диализное место по Федеральным округам РФ

Федеральные округа	Нагрузка на диализное место
Центральный	708,3
Северо-Западный	837,9
Южный	773,1
Приволжский	814,7
Уральский	842,6
Сибирский	883,8
Дальневосточный	773,1
Среднее значение по России	804,8

затель обеспеченности диализными местами составил 2,0 на 100 тыс. населения, при этом наибольшим этот показатель был в Южном ФО (2,4 на 100 тыс. населения) и наименьшим – в Дальневосточном (1,4 на 100 тыс. населения) (таблица 3).

Лучшая обеспеченность диализными местами отмечена в следующих субъектах РФ: Республика Северная Осетия – Алания – 6,1; Ханты-Мансийский АО и Ямало-Ненецкий АО – 4,7; Санкт-Петербург – 4,6; Ленинградская область – 3,7 на 100 тыс. населения. Худшие показатели отмечены в следующих субъектах: Приморский край – 0,8; Иркутская, Мурманская, Ростовская области – по 0,6 на 100 тыс. населения.

В 37,8% субъектов РФ выявлена значительная часть аппаратов для проведения гемодиализа, срок эксплуатации которых превысил 5 лет. Наиболее высокий износ аппаратуры отмечен в Приволжском ФО – 63,8%, а наиболее низкий – в Уральском ФО – 23,5% (таблица 3). Выработка ресурса аппаратуры для проведения гемодиализа в среднем по РФ составила 53,4%, а по водоочистным установкам – 50,2%.

Наиболее высокая выработка ресурса аппаратуры для гемодиализа и водоочистки отмечена в Приволжском ФО – 64,1% и 60,9% соответственно, а наиболее низкая – в Центральном ФО – 44,7% и 40,6% соответственно. В целом ряде субъектов РФ (Республики Мордовия, Коми, Хабаровский край, Еврейская АО, Иркутская, Кировская, Ульяновская области) выработка ресурса аппаратуры для гемодиализа достигла 100%. В то же время в Астраханской, Воронежской, Орловской областях, Республике Марий Эл аналогичный показатель составляет всего 10-15%.

В среднем по РФ нагрузка на одно диализное место составила 804,8 диализа в год, что соответствует рекомендуемой технологической нагрузке на оборудование (800 диализов в год) и утвержденному нормативу: 600 процедур в год при двухсменном режиме работы. В сравнении с 2001 годом (472 процедуры) нагрузка на одно диализное место увеличилась в 1,7 раза [3].

Наиболее высокая нагрузка на диализное место отмечена в Сибирском ФО – 883,8; наиболее

низкая – в Центральном ФО – 708,3 (таблица 4).

Отмечена значительная разница этого показателя в различных регионах России. Так, низкая нагрузка была отмечена в Брянской (156), Тульской (359), Сахалинской (419) областях; Республике Мордовия (425,7), Дагестане (200). В то же время высокий показатель отмечен в Хабаровском (1569) и Приморском (1050) краях; Республиках Тыва (1267) и Карелия (1157); Иркутской (1251), Калининградской (1149) и Челябинской (1008) областях.

В большинстве регионов нагрузка на диализное место составляет около 800 диализов в год, что соответствует 2-3 сменной работе. При переводе на 3-4 сменный режим работы производительность одного диализного места может быть увеличена до 1200-1500 диализов в год. К сожалению, дефицит нефрологов и реаниматологов не позволяет повысить нагрузку в диализных отделениях.

В то же время проблему доступности гемодиализа простым повышением нагрузки на одно диализное место не решить, поскольку наряду с количественным фактором, необходимо решать проблемы территориальной и видовой (острый и перитонеальный диализы) доступности.

Расчет потребности в диализных местах по субъекту Российской Федерации производился по формуле, разработанной в ходе настоящего исследования:

Таблица 5. Потребность в диализных местах по Федеральным округам РФ

Федеральные округа	Количество пациентов, страдающих ХПН, получающих гемодиализ	Количество пациентов в «Листе ожидания»	Потребность в диализных местах (из расчета 3 процедуры на 1 пациента в неделю)	Количество диализных мест в наличии	Количество регионов, имеющих достаточный показатель оснащенности	% фактического количества от потребности
Центральный	4403	856	1084,7	882	5	81,3
Северо-Западный	2137	151	471,9	385	4	81,6
Южный	2299	1245	731,0	398	4	54,4
Приволжский	4341	964	1094,2	669	3	61,1
Уральский	1668	169	378,9	293	1	77,3
Сибирский	2102	340	503,7	322	4	63,9
Дальневосточный	618	64	157,8	101	2	64,0
Значение по России	17568	3789	4422,2	3050	23	69,1

$$П = \frac{(К + ЛО) \times 3 \times 52}{800},$$

П – потребности в диализных местах по субъекту Российской Федерации;

К – количество пациентов субъекта Российской Федерации, страдающих ХПН, получающих гемодиализ в субъекте Российской Федерации;

ЛО – количество пациентов субъекта Российской Федерации, находящихся в «Листе ожидания»;

3 – оптимальная кратность процедур гемодиализа на 1 пациента в неделю;

52 – количество недель в году;

800 – близкий к предельной максимальной норме показатель использования 1 аппарата «искусственная почка» в год в единицах процедур гемодиализа (в соответствии с приложением № 2 к приказу Минздрава России от 13.08.02 № 254 «Положение об организации деятельности отделения диализа» нагрузка на одно диализное место определена на уровне 600 процедур в год при двухсменном режиме работы).

В таблице 5 приведена потребность в диализных местах в Федеральных округах РФ.

В ходе анализа расчета потребности в диализных местах выявлено следующее.

Обеспеченность диализными местами в среднем по Российской Федерации составила 69,1%. Обеспеченность диализными местами по Федеральным округам выше среднего аналогичного показателя по Российской Федерации отмечена в 3 Федеральных округах

Таблица 6. Обеспеченность некоторых регионов диализной помощью от фактической потребности

Субъекты Российской Федерации	Фактическое количество от потребности (%)
Тверская обл.	38,2
Тульская обл.	37,7
Калининградская обл.	25,8
Ленинградская обл.	37,8
Ставропольский край	21,5
Ростовская обл.	29,2
Республика Башкортостан	43,1
Оренбургская обл.	25,0
Пензенская обл.	39,8
Саратовская обл.	21,3
Челябинская обл.	41,2
Республика Бурятия	44,3
Республика Хакасия	44,1
Иркутская обл.	48,2
Омская обл.	25,4

(Центральном, Северо-Западном, Уральском), самая низкая обеспеченность – в Южном ФО (54,4% от потребности).

Только 27,7% субъектов Российской Федерации (23 региона) имеют достаточное количество диализных мест, соответствующее расчетной потребности.

Крайне низкая обеспеченность диализными местами сложилась в 15 регионах (18,5%), где фактическое наличие диализных мест составляет менее 50% от норматива (таблица 6).

В указанных регионах количество диализных мест не позволяет полноценно оказывать нефрологическую помощь пациентам. Для организации работы диализного места при четырехсменном режиме возникает проблема отсутствия необходимого количества врачей-нефрологов.

В пяти регионах было выявлено значительное (более 20%) превышение фактического наличия диализных мест по сравнению с потребностью, что говорит о переизбытке имеющегося оборудования или о его недостаточном использовании (Архангельская, Ивановская, Магаданская области, Чукотский АО, Республика Марий Эл).

Был проведен анализ обеспеченности различными видами диализа в субъектах РФ (таблица 7). При проведении анализа выявлено, что в 24 регионах РФ (29,6%) отсутствуют специально выделенные диализные места для проведения острого гемодиализа, что затрудняет оказание заместительной почечной терапии при неотложных состояниях, либо таковая помощь оказывается в ущерб больным, находящимся на постоянном (хроническом) гемо-

Таблица 7. Обеспеченность разными видами диализа по Федеральным округам РФ

Федеральные округа	Количество субъектов где отсутствуют отдельно выделенные диализные места для проведения диализов:			Количество субъектов, где отсутствуют отдельно выделенные диализные места для проведения острого и перитонеального диализа	Отсутствие хронического и перитонеального диализов
	Хронического	Острого	Перитонеального		
Центральный		4 (27,4%)	8 (44,4%)	3 (16,7%)	
Северо-Западный		4 (40%)	3 (30%)	2 (20%)	
Южный		4 (30,8%)	9 (69,2%)	4 (30,8%)	
Приволжский		5 (35,7)	6 (42,9%)	4 (28,5%)	
Уральский		2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	
Сибирский		2 (16,7%)	6 (50%)	1 (8,3%)	
Дальневосточный	1	3 (33,3%)	7 (77,7%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)
Итого	1	24	41	18	1

диализе. В 41 регионе РФ (50,6%) отсутствует служба перитонеального диализа, что лишает возможности лечения (выживания) больных почечной недостаточностью, которым гемодиализ не показан (больным с дефицитом массы тела, выраженной сердечной недостаточностью, детям). В 18 регионах РФ (22,2%) отсутствует как специально выделенные диализные места для проведения острого гемодиализа, так и служба перитонеального диализа.

В Чукотском АО отсутствует хронический и перитонеальный диализ (учитывая наличие на данной территории больных, получающих гемодиализ, данный факт говорит о нерациональном использовании персонала и оборудования). Как видно из таблицы 7, самая тяжелая ситуация по использованию острого гемодиализа сложилась в Северо-Западном и Уральском ФО, где в 40% регионах данный вид помощи отсутствует. В Южном и Дальневосточном ФО перитонеального диализа нет в 70% субъектов.

По совокупному отсутствию как острого гемодиализа, так и перитонеального диализа наихудшее состояние дел в Южном и Дальневосточном федеральных округах.

Наличие нескольких видов диализной терапии продиктовано различными показаниями к каждому из методов диализной помощи (острый гемодиализ, хронический гемодиализ, перитонеальный диализ). Поэтому в любом регионе России должны присутствовать в достаточном объеме все виды заместительной почечной терапии. Применение только хронического гемодиализа недостаточно, так как у части больных почечной недостаточностью нет шансов на выживание. Это относится к острой почечной недостаточности, возникшей, например, при отравлениях, краш-синдромах, гемотрансфузионных осложнениях, которые особенно тяжело проявляются у рожениц при массивной кровопотере. Также от-

сутствие перитонеального диализа лишает шансов на выживание детей, больных ХПН.

Немаловажным фактором является тот факт, что перитонеальный диализ может явиться резервом диализных мест, поскольку не требует для проведения дорогостоящего оборудования, а требует лишь наличия перитонеальных растворов и расходных материалов.

Необходимо учитывать, что на сегодняшний день стоимость перитонеального диализа во многих регионах нашей страны выше, чем гемодиализа, что обусловлено применением импортных растворов. При их использовании значительную долю стоимости составляют транспортные расходы, поскольку сам раствор для перитонеального диализа имеет низкую себестоимость (ординарный многокомпонентный солевой раствор с добавлением декстрозы). В России в течение последних 3 лет функционирует лишь одно производство растворов для перитонеального диализа, организованное компанией «Фрезениус» в г. Ижевске. Однако его явно недостаточно в масштабах страны. Дальнейшее развитие такого производства в России существенно и повсеместно снизило бы стоимость перитонеального диализа.

У больных ХПН периодически возникает потребность в оказании экстренной помощи (проведение экстренного непланового диализа). Сама специфика терапии экстренных неотложных состояний подразумевает оказание медицинской помощи в течение 1-1,5 часов. Это значит, что при удалении более 100 км от диализного центра, экстренно диализная помощь не может быть оказана.

Из 83 субъектов РФ только в 11 – максимальная удаленность пациентов от Центров гемодиализа составляет 100 км и менее, то есть в 70 регионах отсутствует возможность оказания экстренной диализной помощи. Только в 23 субъектах РФ имеется служба транспортировки

больных на гемодиализ. В 28 субъектах РФ территориальное удаление от службы диализа составляет более 250 км, что делает гемодиализ недоступным (экстренный и плановый) для больных ХПН, проживающих на данном удалении.

Такая ситуация требует создания более разветвленной (децентрализованной) сети диализных отделений или переселения больных ХПН на постоянное место жительства рядом с диализными отделениями в таких, например, субъектах РФ как Чукотский АО, Забайкальский и Красноярский края, Магаданская и Кемеровская области.

Таким образом, в целях повышения доступности диализных отделений для пациентов с ХПН, требуется повсеместное создание службы транспортировки данной категории больных, а также создание новых диализных центров по территориальному признаку (с удалением не более 100 км). В регионах с крайне низкой плотностью населения целесообразно развитие перитонеального диализа, который может осуществляться больными самостоятельно на дому.

Показатель смертности среди пациентов, получающих хронический гемодиализ, служит одним из критериев медицинской эффективности, проводимой в субъектах Российской Федерации заместительной почечной терапии. В таблице 8 представлен этот показатель в различных федеральных округах РФ. Среди федеральных округов наиболее низкие показатели смертности отмечены в Дальневосточном и Приволжском ФО (0,7 на 100 тыс. населения), высокие показатели смертности – в Центральном (1,4) и Северо-Западном федеральных округах (1,3 на 100 тыс. населения).

Низкие показатели смертности среди больных ХПН, получавших гемодиализ, отмечены в Иркутской и Магаданской областях (0,2), Рязанской и Псковской областях – (0,3), Республиках Адыгея, Дагестан, Башкортостан, Ставропольском

Раннее назначение – лучше результат

- **Рапамун** – единственный ингибитор пролиферативного сигнала для приема 1 раз в сутки*
- **Рапамун** – единственный ингибитор пролиферативного сигнала, одобренный к применению без циклоспорина*



КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ПРЕПАРАТУ РАПАМУН

Лекарственная форма: раствор для приёма внутрь; таблетки, покрытые оболочкой

Фармакологические свойства: препарат из группы иммунодепрессантов, ингибирует активацию Т-лимфоцитов за счёт блокирования кальций-опосредованной и кальций-независимой внутриклеточной передачи сигнала.

Показание к применению: Рапамун предназначен для профилактики отторжения трансплантата у взрослых пациентов с низким или умеренным иммунологическим риском после трансплантации почки. Рекомендуется назначать Рапамун изначально в комбинации с глюкокортикостероидами и микроэмульсией циклоспорина в течение первых 2-3 месяцев после трансплантации. Терапия Рапамуном может быть продолжена в виде поддерживающей терапии совместно с глюкокортикостероидами, только если циклоспорин будет постепенно отменён.

Противопоказания: повышенная чувствительность к сиролимусу или другим компонентам препарата. Детский возраст.

Способ применения и дозы:

Начальная терапия (в течении 2-3 месяцев после трансплантации): внутрь однократно 6 мг, далее 2 мг 1 раз в день. Впоследствии дозу Рапамуна подбирают индивидуально, чтобы минимальные концентрации в цельной крови составляли от 4 до 12 нг/мл.

Перед применением, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата, одобренной Росздравнадзором от 23.03.2009, РУ ЛСР 002186/09

* Инструкция по медицинскому применению препарата Рапамун (таблетки), утверждена РЗН 23.03.2009 г., рег. уд. ЛСР-002186/09 от 23.03.2009 г.

Поддерживающая терапия: через 4-8 недель доза Рапамуна подбирается, чтобы минимальные концентрации в цельной крови составляли от 12 до 22 нг/мл. Рапамун следует принимать в комбинации с глюкокортикоидами. Дозу циклоспорина следует постепенно снижать до полной отмены.

Необходим мониторинг терапевтической концентрации Рапамуна у всех пациентов. При подборе дозы следует принимать во внимание клинические симптомы, результаты гистологических исследований и лабораторные данные.

Побочное действие: наиболее часто (у >10% пациентов) наблюдали: тромбоцитопения, анемия, гипокалиемия, гипофосфатемия, инфекции мочевыводящего тракта, гиперхолестеринемия, гипергликемия, гипертриглицеридемия, боль в животе, лимфоцеле, периферические отёки, артралгия, акне, диарея и повышение уровня лактатдегидрогеназы.

Лекарственное взаимодействие: Рапамун метаболизируется изоферментом цитохрома P450, поэтому ингибиторы и индукторы изофермента могут существенно влиять на метаболизм Рапамуна.

Форма выпуска: Таблетки, покрытые оболочкой, 1 мг.

Срок годности: 2 года



Представительство Корпорации «Пфайзер Эйч.Си.Пи. Корпорэйшн» (США):
Россия, 109147, Москва, Таганская ул., 17-23
Тел.: +7 (495) 258 55 35. Факс: +7 (495) 258 55 43.

сиролимус
Рапамун
Таблетки 1 мг

Сохранить функцию трансплантата

Таблица 8. Показатель смертности пациентов, страдающих ХПН, получавших гемодиализ по федеральным округам

ФО	Смертность пациентов, страдающих ХПН, получавших гемодиализ (на 100 тыс. населения)
Центральный	1,4
Северо-Западный	1,3
Южный	1,0
Приволжский	0,9
Уральский	0,9
Сибирский	1,1
Дальневосточный	0,7
Значение по РФ	1,0

крае (0,4) на 100 тыс. населения. Наиболее высокие показатели смертности отмечены в следующих субъектах Российской Федерации: Республике Алтай (6,9), Республике Татарстан (2,7 и 3,1 – в государственных учреждениях; 2,3 – в учреждениях здравоохранения частной формы собственности), Санкт-Петербурге (2,6), Кабардино-Балкарской Республике (2,5), Владимирской области (2,4), г. Москве (2,3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Существующее положение дел по состоянию обеспечения (оказания) заместительной почечной терапией и гемодиализом в Российской Федерации в срочном порядке требует принятия организационных решений и проведения постоянного мониторинга в субъектах Российской Федерации.

- В большинстве субъектов Российской Федерации отмечается крайне низкая укомплектованность врачами-нефрологами, что физически не позволяет оказывать качественную медицинскую помощь пациентам в полном объеме.

- Более 70% субъектов Российской Федерации не имеют достаточного количества диализных мест для оказания качественной медицинской помощи. В 60 субъектах Российской Федерации уровень обеспеченности диализными местами ниже расчетной потребности.

- Выработка ресурса аппаратуры для проведения гемодиализа и водоочистных установок в среднем по Российской Федерации составляет более 50%. В 7 субъектах Российской Федерации выработка составляет 100%.

- В 30% субъектов Российской Федерации отсутствуют специально выделенные диализные места для проведения острого гемодиализа.

- Более чем в 50% субъектов Российской Федерации в лечении больных не применяется перитонеальный диализ.

- Только в 23 субъектах Российской Федерации организована служба транспортировки больных на гемодиализ.

Исходя из полученных результатов исследования, мы можем предложить:

1. Разработать и внедрить Федеральную целевую программу по обеспечению (оказанию) граждан Российской Федерации заместительной почечной терапией и гемодиализом, в которой необходимо предусмотреть решение следующих вопросов:

- обязать профильные федеральные учреждения здравоохранения координировать деятельность нефрологической службы субъектов Российской Федерации по совершенствованию оказания нефрологической помощи населению;

- улучшить подготовку и переподготовку врачей-нефрологов;

- оснастить субъекты Российской Федерации оборудованием для гемодиализа;

- развивать и совершенствовать службу транспортировки больных на гемодиализ;

- совершенствовать организационные мероприятия по развитию службы трансплантации почки.

2. При разработке указанной Федеральной целевой программы в обязательном порядке учитывать материалы данного исследования в целях определения конкретных мероприятий с учетом состояния службы гемодиализа в различных субъектах РФ.

3. Необходимо развивать и поддерживать производство растворов для перитонеального диализа на территории России в рамках программы модернизации фармацевтической отрасли и диализной службы. ■

Ключевые слова: почечная недостаточность, заместительная почечная терапия, гемодиализ, организация гемодиализной службы.

Keywords: renal failure, renal replacement therapy, hemodialysis, hemodialysis service.

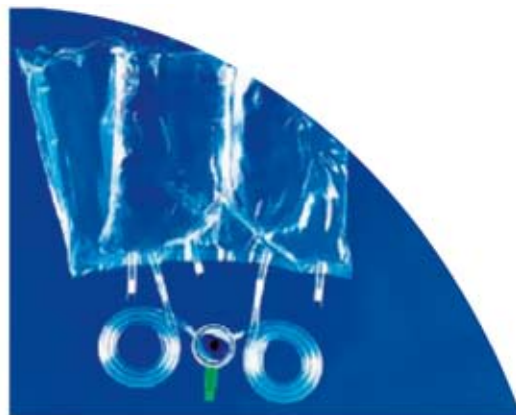
ЛИТЕРАТУРА

1. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. О состоянии заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2003 гг. (Отчет по данным регистра Российского диализного общества) // Нефрология и диализ. 2005. Т.7. № 3. С. 204-275.
2. Moeller S., Gioberge S., Brown G. ESRD patients in 2001: global overview of patients, treatment modalities and development trends // Nephrol Dial Transplant. 2002. Vol.17. № 12. P. 2071-2076.
3. Приказ министерство здравоохранения Российской Федерации от 13.08.02 № 254 «О совершенствовании организации оказания диализной помощи населению Российской Федерации».
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 08.12.09 № 966н «Порядок оказания плановой медицинской помощи лицам с урологическими заболеваниями».
5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.04.03 № 76.

stay•safe®

Современная система для перитонеального диализа **Fresenius Medical Care**

- Первое производство растворов для перитонеального диализа в России: с 2008 г. начато совместное производство растворов для перитонеального диализа Fresenius Medical Care и ЗАО «Рестер» (Ижевск).
- Система *stay•safe*® разработана для того, чтобы помочь пациентам сделать процедуру ежедневного амбулаторного перитонеального диализа более удобной и безопасной.
- Дополнительная защита пациента: уникальная функция автоматического отсоединения в сочетании со встроенным дезинфектантом обеспечивает дополнительную защиту пациента.
- Управление этапами процедуры: пациент переходит от одного этапа лечения к следующему с помощью простого переключателя. Это облегчает обучение пациентов и позволяет исключить ошибки при выполнении процедуры.
- Экологичность: система *stay•safe*® изготовлена из материала *Biofine*®, который не содержит ПВХ и пластификаторов и безвреден для окружающей среды.
- Оптимизация лечения с помощью программы *PatientOnLine*: программное обеспечение *PatientOnLine* предназначено для оптимизации лечебных назначений и контроля их выполнения.



Передовые технологии
из Германии



Fresenius Medical Care предлагает:

- Помощь в обосновании и необходимых расчетах при запуске программы ПД.
- Внедрение метода под патронажем авторитетного специалиста, первичное обучение врачей, медицинских сестер, пациентов и их родственников, установка катетеров первым пациентам и подбор адекватного режима лечения.
- Обучение и повышение квалификации специалистов.
- Квалифицированные медицинские консультации.
- Методическую и научно-информационную поддержку.

Сделано в России



Fresenius Medical Care

Представительство Fresenius Medical Care в России

ЗАО «Фрезениус СП»

117630, Россия, Москва

ул. Воронцовские пруды, д. 3

Тел./факс: (495) 936-2341 (42, 43), 789-6454

E-mail: marketing.ru@fmc-ag.com; represent.ru@fmc-ag.com

Web: www.fresenius.ru

Филиал в Санкт-Петербурге

Тел.: (812) 303-8383\380-1739

E-mail: mikhail.renzin@fmc-ag.com

Филиал в Новосибирске

Тел.: (383) 355-5871\355-4369

E-mail: andrey.weinberg@fmc-ag.com

Филиал в Казани

Тел.: (843) 248-7612

E-mail: lev.pavlov@fmc-ag.com