



Актуальность проблемы хронических поражений почек обусловлена не только ее широкой распространенностью, но и негативным влиянием на качество и продолжительность жизни больных. Об особенностях диагностики и лечения почечной патологии, а также достижениях и перспективах развития отечественной нефрологии в интервью нашему корреспонденту рассказал главный нефролог Министерства здравоохранения

Украины, член-корреспондент НАМН Украины, директор ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Николай Алексеевич Колесник.

Нефрология в Украине: Вчера, сегодня, завтра

Николай Алексеевич, расскажите, как проходил процесс становления нефрологической службы в Украине? Чего удалось достигнуть за прошедшие годы?

— Анализ работы отечественной нефрологической службы, проведенный в 2002 году, убедительно продемонстрировал неэффективность существующей модели оказания помощи больным нефрологического профиля, обусловленную целым рядом причин. В связи с этим было принято решение о создании Государственного учреждения (ГУ) «Институт нефрологии НАМН Украины», что стало первым шагом на пути к улучшению сложившейся ситуации в Украине. Далее группа ведущих специалистов института наметила основные стратегические направления деятельности: создание и внедрение в практику современной классификации заболеваний мочевой системы, соответствующих международным стандартам Национального и областных реестров больных с хронической болезнью почек (ХБП), с трансплантированной почкой, острым повреждением почек; медико-технологических документов (клинических руководств, медицинских стандартов и протоколов). Вследствие этого в 2003 году была принята классификация заболеваний мочевой системы для нефрологической практики, НАМН и МЗ Украины был утвержден приказ, регламентирующий структуру и штатное наполнение нефрологической службы. Разработка и имплементация современной классификации мочевой системы и морфологической классификации болезней почек позволили создать Национальный и областные реестры больных с ХБП, острым повреждением почек, а также пациентов, перенесших трансплантацию почки. Начиная с 2003 года данные реестра ежегодно публикуются в Украине. С 2006 года реестр был квалифицирован как отвечающий международным требованиям, и с этого времени данные Национального реестра ежегодно публикуются в европейском реестре ERA-EDTA (Европейская почечная ассоциация — Европейская ассоциация специалистов по вопросам диализа и трансплантации). Одни из последних изменений в структуре нефрологической помощи произошли в 2011 году, когда МЗ Украины и НАМН Украины утвердили положение об организации отделений интенсивной нефрологии в составе городских и областных центров нефрологии и диализа. В целом достижения украинской нефрологии за последние 10 лет оценили коллеги из ближнего и дальнего зарубежья (избрание украинских нефрологов на руководящие должности в международных организациях, включение данных Национального реестра в Европейский реестр и многое другое).

Как изменились кадровое наполнение и коечный фонд нефрологической помощи за это время? Существуют ли в этом плане какие-либо различия между Украиной и европейскими странами?

— Прежде всего, хотелось бы отметить, что сегодня на 1 млн украинцев приходится 9 нефрологов, в то время как в европейских странах этот показатель достигает 40-65, что свидетельствует о недостаточном кадровом обеспечении в нашей стране. Тем не менее по сравнению с 2002 годом количество сертифицированных врачей-нефрологов в Украине возросло почти на четверть. Если в 2002 году в структуре отечественной нефрологической помощи было всего 27 отделений, и этот вид помощи оказывался практически только на уровне областных больниц, то на текущий момент в Украине работает 91 центр нефрологии и диализа. Это свидетельствует о повышении доступности лечебно-профилактической помощи, в том числе гемо- и перитонеального диализа для населения районных центров и небольших городов. За последние 10 лет также улучшилась ситуация с коечным фондом, который в настоящее время составляет около 35 нефрологических коек на 1 млн населения. Для сравнения, в странах Европы этот показатель достигает 25-40 коек на 1 млн жителей. К сожалению, в некоторых областных больницах центры нефрологии и диализа, соответствующие современным требованиям, так и не были организованы и функционируют в виде разрозненных отделений, что существенно снижает эффективность их работы. Таким образом, можно с уверенностью говорить о том, что в Украине удалось создать современную модель оказания помощи больным с патологией мочевой системы, внедрение которой в практику в полном объеме сегодня является первоочередной задачей. Безусловно, эта работа сопряжена с целым рядом сложностей, в частности связанных с утверждением нормативных документов МЗ Украины, отсутствием вертикальной интеграции. Тем не менее поставленные цели будут достигнуты, потому что это веление времени.

Какие из заболеваний почек наиболее часто диагностируются у жителей Украины и требуют к себе повышенного внимания со стороны специалистов?

— По данным Национального реестра, наиболее распространенным заболеванием почек в Украине является пиелонефрит. В то же время в Европе он даже не входит в десятку наиболее частых заболеваний почек. Гипердиагностика этого заболевания обусловлена тем, что наличие лейкоцитов в моче практически всегда квалифицируется врачами как пиелонефрит. Изменить ситуацию можно только путем повышения нефрологической грамотности врачей всех клинических специальностей.

Однако самые серьезные проблемы создают вторичные поражения почек, вызванные артериальной гипертензией и сахарным диабетом обоих типов, которые по мере прогрессирования приводят к хронической почечной недостаточности, обусловливая необходимость применения методов почечной заместительной терапии.

Насколько часто регистрируют случаи заболевания ХБП?

— Эпидемиологические исследования последних лет, проведенные в разных регионах мира, убедительно продемонстрировали, что распространенность ХБП в настоящее время достигает 8-35,5%. Колебания показателей распространенности заболевания зависят от возраста обследуемых — чем старше пациенты, тем чаще у них диагностируют ХБП. В среднем у каждых 10 из 100 взрослых обнаруживаются признаки ХБП, 9 из которых не подозревают о наличии у них заболевания, поскольку начальные стадии ХБП протекают бессимптомно.

Как правило, больные обращаются за помощью к врачу значительно позже, когда прогрессирующее поражение почек приводит к появлению артериальной гипертензии и/или отеков. К сожалению, в таких случаях радикально повлиять на течение ХБП практически невозможно, и единственным способом сохранения жизни пациентов становится почечная заместительная терапия (гемодиализ, перитонеальный диализ или трансплантация почки). На момент создания Национального реестра в Украине (2003 г.) было официально зарегистрировано всего 24 тыс. больных ХБП. Сегодня число таких пациентов достигло почти 500 тыс., но даже этот показатель еще очень далек от истинного, поскольку реально количество больных ХБП в нашей стране составляет около 3,5-4 млн. Сложившаяся ситуация обусловлена прежде всего низкой выявляемостью данной патологии, которая, по сути, базируется на проведении несложных диагностических процедур, доступных сегодня практически в любой поликлинике: общий анализ мочи, ультразвуковое исследование мочевой системы, определение концентрации креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации. Изменить ситуацию к лучшему возможно путем внедрения общенациональной программы скрининга ХБП.

Каковы причины развития ХБП?

— ХБП может развиваться как вследствие первичного заболевания почек (например, гломерулонефрита), так и в результате вторичного поражения почек на фоне сахарного диабета 1 или 2 типа, артериальной гипертензии, ревматических болезней и ряда других заболеваний. Прогрессирование ХБП приводит к формированию хронической почечной недостаточности и необходимости применения методов диализной терапии. Однако в настоящее время Украина не входит в перечень 150 государств, в которых данные методы лечения являются доступными, поскольку только около 20% украинцев могут получить этот вид медицинской помощи. При этом количество пациентов, которые получают требуемое лечение, значительно варьирует в зависимости от региона проживания. В европейских странах диализное лечение доступно около 1 тыс. пациентов на 1 млн жителей, тогда как в нашей стране этот показатель составляет всего 139 на 1 млн населения.

Произошли ли какие-либо изменения в понимании аспектов патогенеза, диагностики и лечения ХБП за последние годы?

— Безусловно. К примеру, ранее считалось, что появление микроальбуминурии (суточная экскреция белка >300 мг) у пациентов с сахарным диабетом свидетельствует о начале развития у них диабетического повреждения почек. Сегодня такая потеря белка считается признаком патологического процесса, который нечасто удается подвергнуть обратному развитию. Кроме того, наблюдения показали, что у 10-15% больных с сахарным диабетом выражено нарушение функции почек, требующее специализированного лечения, может развиваться на фоне полного отсутствия микро- или макроальбуминурии. Поэтому эксперты рекомендуют отказаться от использования в клинической практике термина «микроальбуминурия», который зачастую вводил в заблуждение не

только пациентов, но и врачей первичного звена, создавая ложное представление о малозначительности повреждения почек.

Помимо всего прочего, за прошедшие 10 лет произошли изменения в понимании значимости отдельных нозологий, приводящих к формированию ХБП III-V стадии. Например, этиологическая структура ХБП III-V стадии в Украине отличается от таковой в зарубежных странах тем, что лидирующую позицию в рейтинге наиболее распространенных причин ХБП в Украине занимает хронический гломерулонефрит, далее следуют сахарный диабет и артериальная гипертензия. В то же время у жителей Европы ХБП III-V стадии чаще всего возникает на фоне сахарного диабета и артериальной гипертензии, а хронический гломерулонефрит занимает лишь третье место в этом перечне.

Какие категории пациентов относятся к группе повышенного риска поражения почек, в частности формирования ХБП?

— Прежде всего, это больные с сахарным диабетом, повышенным артериальным давлением, острым повреждением почек, острым пиелонефритом, отягощенной наследственностью, беременные, имевшие преэклампсию, эклампсию или гипертензию в анамнезе, пациенты с ревматическими болезнями. Именно эти группы больных должны быть в первую очередь включены в программу Национального скрининга по выявлению ХБП, поскольку своевременная диагностика позволяет значительно замедлить прогрессирование заболевания и улучшить качество жизни пациентов. Это даст возможность отсрочить необходимость проведения почечной заместительной терапии, которую сегодня в Украине получают люди преимущественно в возрасте 45-52 лет, тогда как в европейских странах средний возраст пациентов, находящихся на таком лечении, составляет 62-67 лет.

Какие основные факторы риска формирования ХБП известны в настоящее время?

— Среди факторов риска формирования и прогрессирования ХБП можно выделить немодифицируемые (возраст, пол, раса, врожденное уменьшенное количество нефронов, генетические факторы) и потенциально модифицируемые, к которым относятся активность основного заболевания, инфекции вирусной или бактериальной этиологии, уровень протеинурии, уровень артериального давления, дислипидемия, курение, анемия, ожирение, обструктивные заболевания мочевой системы, чрезмерный или неконтролируемый прием анальгетиков, нефротоксичных антибиотиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, острое повреждение почек.

Существуют ли принципиальные различия в возможностях оказания медицинской помощи населению между Украиной и зарубежными странами?

— На сегодняшний день материально-техническое оснащение и кадровый потенциал ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины» позволяют оказывать полный спектр лечебно-диагностических услуг населению, не уступающих по уровню лучшим нефрологическим клиникам Европы. Это касается как диагностических (морфологического, электронно-микроскопического, иммуногистохимического методов исследования как составляющих морфологической верификации диализа), так и терапевтических воздействий с использованием современных технологий экстракорпоральной детоксикации и фармакологических препаратов. Следует учитывать, что в отдельных регионах Украины ситуация выглядит не столь оптимистично, однако разработанная стратегия модернизации нефрологической помощи и активная работа по ее реализации позволяют надеяться на то, что уже в ближайшем будущем нам удастся повысить уровень оказания помощи больным с поражением почек.

На Ваш взгляд, какие изменения в работе нефрологической службы на общегосударственном уровне смогут повысить качество оказания лечебно-диагностической помощи больным?

— Украина является единственным государством в Европе, в котором не функционирует Национальная программа поддержки оказания нефрологической помощи населению. Таким образом, средства, необходимые для проведения лечения методами почечной заместительной терапии, являющимися наиболее дорогостоящими в современной медицинской практике, сегодня выделяются только из местных бюджетов. На мой взгляд, улучшение ситуации возможно лишь путем создания соответствующих программ, предполагающих диверсификацию их финансирования между бюджетами разных уровней.

Подготовил **Антон Пройдак**