

К проблеме развития перитонеального диализа в Российской Федерации

Протокол заседания Координационного совета Российского диализного общества

29 мая 2002 года в рамках работы «Недели нефрологии в Москве» состоялось расширенное заседание Координационного совета Российского диализного общества.

В заседании участвовали: А.М. Андрусев (Москва), Л.В. Бакокина (Тверь), А.В. Ватазин (Москва), Л.Л. Вольпян («Бакстер», Москва), К.Я. Гуревич (С.-Петербург), А.Г. Домакина («Бакстер», Москва), И.В. Дьяченко (Москва), В.М. Ермоленко (Москва), А.Ю. Земченков (С.-Петербург), Д.В. Зверев (Москва), А.М. Меликян (Москва), И.Ш. Мухаметзянов (Казань), А.В. Назаров (Екатеринбург), С.Н. Ожгихин (Уфа), А.А. Романчук (Ростов), Н.А. Томилиная (Москва, председатель), С.С. Шадур («Бакстер», Москва), С.М. Шевченко (Курск), В.Ю. Шилю (Москва), Е.В. Шутов (Москва), А.Ф. Ямпольский (Краснодар).

В повестке дня заседания было обсуждение проблемы развития перитонеального диализа в России. В работе заседания приняли участие представители компании «Бакстер».

На обсуждение участников заседания были вынесены следующие вопросы:

1. Роль и место перитонеального диализа в системе заместительной терапии терминальной стадии хронической почечной недостаточности.

2. Прогресс в развитии перитонеального диализа в России в ближайшие годы: возможно ли это?

3. Перспективы увеличения числа больных, получающих лечение постоянным амбулаторным перитонеальным диализом через 1, 3 и 5 лет.

4. Причины, препятствующие развитию перитонеального диализа в России в целом и в ее отдельных регионах.

5. Какие факторы могут благоприятствовать успешному развитию перитонеального диализа в конкретных диализных центрах и в целом по стране?

6. Перспективы финансирования и возможные источники финансирования перитонеального диализа в России и в отдельных регионах.

В процессе дискуссии был затронут широкий круг вопросов по обозначенной проблеме.

Среди причин, препятствующих развитию перитонеального диализа (ПД) в нашей стране, большинство участников дискуссии обозначили, в первую очередь, недостаточную подготовленность врачей (нефрологов и специалистов, работающих в отделениях гемодиализа), а также организаторов здравоохранения по вопросам, касающимся ПД, его роли и места в проведении заместительной терапии терминальной хронической почечной недостаточности (тХПН). По единодушному мнению участников дискуссии главной причиной, препятствующей развитию ПД в России, является неприятие этого вида диализа врачами, распространенное отношение к нему как к диализу «второго сорта». Очевидно, что необходимо усиленное разъяснение специалистам, работающим в области диализа, а также

организаторам здравоохранения достоинств этого метода, показаний к его использованию с демонстрацией эффективности в сравнении с гемодиализом. Большую роль в распространении этих знаний может сыграть организация региональных конференций, в программу которых должны включаться вопросы эффективности ПД при лечении тХПН. Определенную роль в распространении информации и привлечении внимания общественности к важности проблемы внедрения ПД могут играть также СМИ. Необходимо также издание специальной литературы на русском языке как для специалистов, так и для больных, страдающих ХПН.

Не менее важным вопросом, от решения которого зависит будущее ПД в России, является его стоимость. По мнению ряда специалистов, причиной медленного развития ПД в нашей стране является его высокая стоимость, равная примерно стоимости гемодиализа (за исключением капиталовложений, необходимых при организации новых гемодиализных мест). В связи с этим вновь был поднят вопрос о целесообразности с целью снижения стоимости ПД организации отечественного производства растворов и систем для ПД (Гуревич К.Я., С.-Петербург). Однако, по мнению представителей компании «Бакстер», ответ на этот вопрос неоднозначен. По данным некоторых существующих экономических расчетов, такое производство может не привести к снижению стоимости растворов.

Высказывались также опасения в связи с распространенной точкой зрения о «недолговечности» ПД и необходимости, в конечном счете, перевода больных на ГД. По мнению сторонников такой точки зрения, развитие ПД в условиях существующего дефицита гемодиализных мест нецелесообразно, ибо создает вторую проблему: обеспечение гемодиализом больных, у которых ПД исчерпал свои возможности. Против такого подхода, однако, выступили специалисты, имеющие наибольший в нашей стране опыт использования ПД. По их мнению, значение, придаваемое этому фактору, сильно преувеличено. В частности, по данным зав. отделением ПД ГКБ № 52 А.М. Андрусева (Москва), в течение одного года такая потребность возникает не более чем у 7% больных, длительно получающих ПД. За прошедший год в ГКБ № 52 с ПД перевели на ГД 8 больных, но одновременно приняли на ПД 28 больных, получавших гемодиализ, продолжение которого далее оказалось невозможным в связи с проблемами сосудистого доступа.

Еще одной причиной медленного развития ПД в России является его нерациональное использование. На это, в частности, указывали специалисты из С.-Петербурга А.Ю. Земченков и К.Я. Гуревич. Имеется в виду позднее начало лечения ПД. ПД надо использовать как первую ступень почечной заместительной терапии, а не как метод, используемый от безысходности в связи с отсутствием свободных гемодиализных мест. Указывалось на широко известные данные о том, что ПД позволяет дольше сохранить остаточную функцию почек, легче корригировать артериальное давление. Кроме того, результаты трансплантации почки лучше

после предварительного лечения ПД по сравнению с ГД, что является практическим выходом рассматриваемого метода. В связи с этим максимальное внимание должно быть привлечено к проблеме своевременного начала лечения ПД с учетом всех показаний и противопоказаний к его назначению.

Высказывалось мнение, что для успешного развития ПД в России необходимо настойчиво внедрять такие прогрессивные технологии, как автоматизированный ПД, который составляет весомую долю (до 50% от всех больных на ПД) в США. Указывалось на то, что соотношение больных, получающих лечение ГД и ПД, в России целесообразно довести до 60:40, в то время как в нашей стране доля больных, получающих лечение ПД, составляет лишь 6% по отношению к общему числу диализных больных (Туревич К.Я., С.-Петербург).

Некоторые выступающие (Ермоленко В.М., Москва) указывали на необходимость создания службы по отбору больных на ПД, а также по диспансерному наблюдению больных на преддиализном этапе. В рамках московской программы такая служба уже фактически функционирует в городском нефрологическом центре (Томилина Н.А., Москва).

При рассмотрении вопроса об открытии новых центров ПД в России выступавшие были практически едины во мнении, что причиной быстрого закрытия новых программ ПД являлась их малая мощность. В большинстве таких случаев ПД был начат у малого количества больных (как правило, не более 5 человек). Это приводило к тому, что по окончании первого года лечения их всех переводили на ГД и программы прекращались. Вследствие этого при открытии новых центров ПД целесообразно сразу включать в программу достаточное количество больных, тем более, что, по международным данным, минимальное их число для обеспечения эффективной рентабельной работы отделения должно быть не менее 10. Такой же показатель предлагается в приказе Минздрава РФ, который в настоящее время уже подготовлен и в ближайшее время будет издан.

Что касается необходимости и целесообразности проведения так называемых «пилотных» программ, то мнения выступавших разделились. Часть из них высказывалась в пользу таких программ, другие – категорически возражали против краткосрочного бесплатного предоставления фирмами расходных материалов для ПД. Этот вопрос, по-видимому, следует рассматривать применительно к каждому отдельному региону отдельно.

Особую досаду собравшихся вызвало отсутствие приказа Минздрава, регламентирующего работу службы диализа. Очевидно, что это тормозит внедрение ПД в ряде регионов, в частности в Ростове-на-Дону, Екатеринбурге. А.В. Назаров (Екатеринбург) высказал мнение, что подобный документ мог бы способствовать обсуждению этой проблемы с местными органами здравоохранения. По этому поводу Н.А. Томилина проинформировала, что приказ в ближайшее время будет подписан, однако он может лишь рекомендовать ПД к использованию, но не несет в себе никаких специальных директив по этому поводу. Тем не менее рекомендации по штатному расписанию, предусматривающие организацию ПД, в приказе содержатся.

Предметом дискуссии были также проблемы финансирования ПД и возможности его оплаты системой ОМС (А.Ф. Ямпольский, Краснодар). Однако решение этой проблемы в ближайшее время не предвидится.

По мнению В.Ю. Шилов (Москва), развитию ПД в России могло бы способствовать принятие единой целевой программы Минздрава по лечению тХПН. Он также полагает, что в настоящее время диализный центр следует рассматривать как не вполне полноценный, если в нем не представлены оба вида диализной терапии, а также методы urgentной нефрологической помощи.

Д.В. Зверев (Москва) привлек внимание собравшихся к серьезной проблеме оказания диализной помощи детям с тХПН. Было высказано мнение, что для развития ПД в педиатрии необходим федеральный центр, который аккумулировал бы финансовые средства и осуществлял научно-методическое и лечебно-консультативное руководство в решении этой проблемы. Выступавший подчеркнул, что почечную заместительную терапию у детей и взрослых следует разделять. И.В. Дьяченко (Москва) также отметил, что органы здравоохранения не уделяют достаточного внимания финансированию ПД у детей.

В заключение, по итогам обсуждения, было принято решение, публикуемое ниже.

Решение Координационного совета Российского диализного общества

Перитонеальный диализ является эффективным современным методом почечной заместительной терапии, развитие которого в России может способствовать эффективному решению проблемы оказания помощи при хронической почечной недостаточности и, в частности, повышению обеспеченности населения диализной помощью и доступности этой помощи для жителей, проживающих на территориях, отдаленных от центров диализа.

ПД следует рассматривать в настоящее время как оптимальный вариант заместительной почечной терапии на ее первом этапе. Своевременное начало диализного лечения с ПД обеспечивает максимально долгое сохранение остаточной функции почек и способствует удлинению жизни пациентов с терминальной ХПН. Концепция интегрированной терапии, приобретающая все большую популярность в мире, должна найти свое развитие и в России.

Каждое современное диализное отделение должно располагать возможностями для лечения как гемодиализом, так и ПД. При этом с учетом того, что последний должен использоваться как начальный вид диализа, необходима организация диспансерного наблюдения больных на преддиализном этапе, что обеспечит своевременное начало диализной терапии.

Необходимым условием рентабельной и эффективной работы региональных программ ПД необходимо включение в них оптимального количества пациентов (не менее 10 на отделение диализа).

Для развития ПД в России следует уделить особое внимание подготовке врачей-нефрологов, а также врачей других специальностей, работающих в области диализа, по вопросам места, роли и возможностей ПД в лечении терминальной ХПН. Только повышение уровня

знаний в этой области может изменить взгляд на ПД как на диализ «второго сорта». С этой целью необходима организация региональных научно-практических нефрологических конференций с привлечением не только врачей-практиков, но и организаторов здравоохранения.

Способствовать успешному развитию ПД в России могла бы целевая комплексная программа по проблеме оказания помощи при хронической почечной недо-

статочности, вопрос об организации которой целесообразно поставить перед Минздравом РФ.

Для привлечения внимания общества к проблеме лечения тХПН целесообразно по возможности использовать средства массовой информации, в том числе и телевидение.