

РЕЗОЛЮЦИЯ

Второго ежегодного совещания расширенного Координационного совета Российского Диализного Общества

Второе совещание расширенного Координационного совета Российского Диализного Общества состоялось 6–7 апреля 2000 г. в г. Сочи.

В совещании приняли участие специалисты по нефрологии и гемодиализу практически из всех экономических районов Российской Федерации. В их числе: главный специалист по нефрологии Комитета здравоохранения Москвы Н.А. Томилина, главный специалист по гемодиализу С.-Петербурга А.Ю. Земченков, главный специалист по нефрологии Свердловского области В.Б. Злоказов, руководитель Новосибирского областного нефрологического центра М.Ф. Валентик, главный специалист по нефрологии МО РФ В.И. Гранкин, главный специалист по диализу Минздрава Республики Татарстан И.Ш. Мухаметзянов, руководитель Дальмедцентра, отделения гемодиализа и пересадки почки М.И. Петричко, заведующий Екатеринбургским городским центром болезней почек и диализа А.В. Назаров, главный врач Ульяновской ОКБ, заведующий областным центром гемодиализа А.П. Ильин, директор Нижнетагильского городского центра экстракорпоральных методов детоксикации И.Б. Махов, заведующие отделениями гемодиализа И.Н. Шойхет (Барнаул), Ю.Д. Бухнеев (Брянск), И.И. Миронов (Сочи), С.Н. Ожгихин (Уфа), В.Г. Добров (Чебоксары), М.Л. Ромашова (Самара), Л.В. Бакокина (Тверь), Л.М. Медведева (Томск), А.П. Ильин (Ульяновск), Д.В. Зверев (отделение гемодиализа ДГКБ Св. Владимира, Москва), Е.А. Молчанова (Республиканский детский центр трансплантации почки, Москва), М.Ю. Швецов (Федеральный центр нефрологии, Москва), В.Ю. Шилю (главный нефролог ООО «Центр Диализа», Москва), А.Р. Багдасарян (отв. секретарь РДО, Москва).

Общее число участников совещания – 24 человека.

На совещании были заслушаны и обсуждены сообщения представителей отдельных регионов о состоянии и перспективах развития помощи больным, страдающим почечной недостаточностью; подготовлены для представления в Минздрав РФ проекты документов, регламентирующие с учетом практического опыта, накопленного в течение последнего десятилетия, организацию и работу отделений (центров) диализа в Российской Федерации; рассмотрены итоги работы по созданию Российского регистра больных, получающих заместительную терапию почечной недостаточности; обсужден комплекс мероприятий, которые могут способствовать дальнейшему развитию заместительной терапии почечной недостаточности в России и специально гемо- и перитонеального диализа.

Участники совещания констатируют, что обеспеченность заместительной почечной терапией (ЗПТ) населения России существенно отстает от уровня в странах Европы. Общий показатель обеспеченности ЗПТ в среднем по России в 1998 г. составил только 55,2 боль-

ных на 1 млн населения, а по предварительным итогам данных за 1999 г. – 60 больных на 1 млн населения, что примерно в 4 раза ниже аналогичного показателя в странах Центральной и Восточной Европы.

Основным видом ЗПТ в России является гемодиализ, доля которого в структуре ЗПТ в 1998 г. составила 71,1%. Удельный вес перитонеального диализа при этом был равен лишь 5,1%, а число пациентов с функционирующим трансплантатом составило 23,7% от общего количества больных, получивших ЗПТ.

Таким образом, очевидно резкое преобладание гемодиализа над перитонеальным диализом, что, по мнению участников совещания, не вполне отвечает демографическим и географическим условиям Российской Федерации, для которой характерно резкое преобладание территорий с низкой плотностью населения. Проблемы коммуникаций и ряд других особенностей, присущих большинству регионов, делают чрезвычайно актуальной необходимость развития в России перитонеального диализа. Участники совещания считают, что создание сети перитонеального диализа в нашей стране имеет первостепенное значение для успешного решения проблемы лечения почечной недостаточности. Важным шагом на этом пути является организация на территории России производства контейнеров с растворами для перитонеального диализа.

Актуальность скорейшего решения этой проблемы определяется недостаточной доступностью диализной помощи для населения Российской Федерации, обеспеченность которой в 1998 г. была в 3,5–5 раз ниже, чем в странах Центральной и Восточной Европы (показатель обеспеченности для гемодиализа составил 39,4 больных на 1 млн населения, для перитонеального диализа – 2,8 больных на 1 млн населения; число реципиентов, жизнь которых обеспечивалась функцией трансплантированной почки, составляла 13,1 больных на 1 млн населения).

Обращают на себя внимание большие межрегиональные различия в доступности диализной помощи. Наиболее высокие показатели обеспеченности диализом могут быть констатированы в Москве, Татарстане, Свердловской и Ульяновской областях, С.-Петербурге. Интенсивно развивается диализная сеть в Самарской области и в некоторых других регионах. При этом следует отметить весьма позитивный опыт отдельных регионов по созданию центров гемодиализа, функционирующих как самостоятельное юридическое лицо на договорной основе с местной администрацией (Москва, Свердловская область, Ульяновская область). Вместе с тем на ряде территорий Севера и Дальнего Востока, где суммарно проживает около 3 млн человек, лечение больных хронической почечной недостаточностью практически не проводится. Резко отстают по обеспеченности диализом регионы Сибири (как Запад-

ной, так и, особенно, Восточной), Волго-Вятский экономический район, большинство областей Центрального и Центрально-Черноземного экономических районов, Юга России (особенно Ростовской области и Ставропольского края), ряд территорий Поволжья. Крайне неблагоприятная ситуация сложилась в Московской области, в которой обеспеченность диализом не достигает величины среднего показателя по России.

Оценивая состояние диализной помощи больным, страдающим хронической почечной недостаточностью, следует признать ее не только количественное, но и качественное несоответствие современным требованиям на большинстве территорий России. В частности, в 10% отделений гемодиализа отсутствуют системы водоподготовки, только примерно в 40% отделений проводится бикарбонатный гемодиализ. Лишь в 34% отделений применяются препараты эритропоэтина.

Важным аспектом проблемы является нерентабельное использование дорогостоящего диализного оборудования в большинстве отделений гемодиализа. По данным регистра ЗПТ, созданного на основе данных Минздрава РФ и результатов специального опроса, организованного РДО совместно с Федеральным центром нефрологии, только 25% отделений гемодиализа работает с нагрузкой более 600 процедур гемодиализа в год на 1 аппарат, что означает эффективное использование оборудования. 75% отделений недогружено, и оборудование в них в той или иной мере простаивает. В среднем по стране можно констатировать использование имеющейся гемодиализной аппаратуры лишь на 70%, притом что население испытывает острейшую потребность в диализной помощи.

Важной помехой рентабельного использования дорогостоящего оборудования является неправильное планирование нагрузки отделений местными органами здравоохранения и вытекающее отсюда недостаточное обеспечение гемодиализа расходным материалом. В связи с этим назрела острая необходимость в создании новых нормативных актов Министерства здравоохранения Российской Федерации, регламентирующих порядок работы отделений/центров диализа с учетом сложившейся практики.

Неэффективная работа, что означает как нерентабельное использование оборудования, так и высокие показатели летальности, особенно характерна для отделений малой мощности, оснащение которых составляет не более 3–4 гемодиализных аппаратов. Более того, отделения мощностью не более 3 гемодиализных мест, как правило, практически простаивают. В частности, это особенно относится к аппаратам, размещенным в отделениях реанимации и предназначенным для лечения острой почечной недостаточности.

Участники совещания констатируют, что в соответствии с уже сложившимся опытом, дальнейшее создание отделений гемодиализа на 3 гемодиализных места мало оправдано. В населенных пунктах, численность населения в которых не требует создания более крупных отделений гемодиализа, рентабельность работы диализной службы может быть повышена организацией перитонеального диализа для населения близлежащих территорий. В то же время следует признать оптимальной организацию отделений не менее чем на 6 гемодиализных мест.

Руководители региональных центров и отделений гемодиализа обращают также внимание на тот факт, что на большинстве территорий России сложилась устойчивая практика лечения в отделениях гемодиализа острой почечной недостаточности. Такой подход полностью соответствует существующей международной практике и, как показывает накопленный опыт, повышает эффективность лечения указанной патологии, требует обязательного участия нефролога-специалиста в области интенсивной (ургентной) нефрологии, в совершенстве владеющего методами ЗПТ. В связи с этим при организации отделений в регионах, где отсутствуют специальные центры по лечению острой почечной недостаточности, следует предусмотреть развертывание в отделениях диализа палат интенсивной терапии.

Серьезную озабоченность вызывает также нерешенность вопроса о профессиональной принадлежности врачей-специалистов отделений диализа, что существенно затрудняет укомплектование этих отделений необходимыми кадрами. До настоящего времени работа нефролога в отделении консервативной нефрологии и в отделении диализа признается как равнозначная, хотя лечебный процесс в отделении диализа может быть точнее охарактеризован как «оперативная нефрология». Спектр показаний к диализному лечению и специфика последнего требует от специалиста отделения диализа не только профессиональной подготовки по нефрологии. Наряду с этим он должен выполнять также и хирургические манипуляции (формирование сосудистого или перитонеального доступа), нередко осуществлять лечение, требующее овладения навыками по анестезиологии – реанимации, включая искусственную вентиляцию легких. Соответственно, к настоящему времени сложилась практика, согласно которой в отделениях диализа работают как специалисты-нефрологи, так и хирурги и /или анестезиологи-реаниматологи.

Очевидно, что для дальнейшего эффективного развития гемодиализной помощи в нашей стране необходимо введение в перечень медицинских профессий специальности «оперативная (интенсивная) нефрология». До решения этого вопроса представляется необходимым разрешить работу в отделениях диализа врачей-хирургов и/или анестезиологов-реаниматологов при наличии у них сертификата нефролога.

Участники совещания считают, что Российское Диализное Общество в своей дальнейшей работе должно сконцентрировать свои усилия на комплексе мероприятий, направленных как на увеличение обеспеченности населения Российской Федерации заместительной терапией почечной недостаточности, так и на повышении ее качества.

В связи с этим расширенный Координационный совет Российского Диализного Общества постановляет:

1. Определить одной из своих важнейших задач содействие возможно более полному обеспечению населения Российской Федерации своевременной и качественной специализированной помощью при почечной недостаточности и, с учетом современного состояния ЗПТ, других медицинских и немедицинских факторов, поставить в качестве цели достижение в ближайшие 2–3 года показателя обеспеченности ЗПТ на уровне около 200 больных на 1 млн населения при числе больных, ежегодно впервые начинающих диа-

лизное лечение, 50–70 на 1 млн населения.

2. Считать необходимым содействовать развитию всех видов заместительной почечной терапии и особенно перитонеального диализа как не только равно-эффективного в сравнении с другими методами, но иногда и единственно возможного по медицинским показаниям или социальным условиям.

3. Просить Министерство здравоохранения Российской Федерации издать новые нормативные акты, регламентирующие работу службы диализа, в связи с чем представить на рассмотрение в Минздрав РФ предложения Координационного совета РДО по проекту приказа об организации работы и штатных нормативах отделения (центра) диализа, а также проект Положения об отделении диализа в составе больницы и Положения о центре амбулаторного диализа.

4. Просить Министерство здравоохранения:

4.1. Определить статус отделения диализа как отделения оперативной (интенсивной) нефрологии.

4.2. Внести в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации специальность «оперативная (интенсивная) нефрология».

4.3. Внести в номенклатуру специальностей среднего медицинского персонала специальность «операционная медицинская сестра диализного зала».

4.4. Определить статус и квалификационную характеристику врача оперативной (интенсивной) нефрологии.

4.5. Дополнить Приказ от 29.01.99 РФ № 28 «О перечне хирургических подразделений стационаров лечебно-профилактических учреждений» введением в указанный перечень отделений диализа (гемодиализа, перитонеального диализа), а также отделений пересадки почки как самостоятельных (независимых от урологических) отделений хирургического профиля.

4.6. Ввести в номенклатуру лечебных учреждений хирургического профиля амбулаторный центр диализа.

4.7. Внести в приказ Минздрава РФ положение, раз-

решающее присвоение врачам, работающим в отделениях диализа (оперативной нефрологии) и имеющим вторую, первую или высшую квалификационные категории по специальностям «нефрология», «хирургия», «реаниматология и анестезиология» соответственно второй, первой или высшей квалификационной категории по специальности «оперативная нефрология» при наличии сертификата нефролога без дополнительного прохождения аттестации.

5. Организовать Вторую конференцию Российского Диализного Общества в г. Казани в сентябре 2001 г.

6. С целью повышения качества диализной помощи:

6.1. Организовать постоянно действующую школу-семинар по актуальным вопросам заместительной-почечной терапии.

6.2. Подготовить к печати и опубликовать в течение 2000–2001 гг. Практические рекомендации по адекватности гемодиализа, сосудистому доступу, адекватности перитонеального диализа, а также по лечению анемии при ХПН, подготовленные Национальным почечным фондом США и Европейской ассоциацией диализа и трансплантации.

7. Разработать и представить на согласование в Министерство здравоохранения Российской Федерации стандарты по гемо- и перитонеальному диализу.

8. Просить Министерство здравоохранения ходатайствовать перед Правительством Российской Федерации о принятии постановления, обязывающего местные органы управления осуществлять целевое финансирование службы диализа.

Председатель РДО,
главный специалист по нефрологии
Комитета здравоохранения Москвы,
докт. мед. наук
Ответственный секретарь

Н.А. Томилина
А.Р. Багдасарян