

## Хроническая болезнь почек у незащищенных слоев населения

**Гилермо Гарсиа-Гарсиа<sup>1</sup>, Вивекананд Джа<sup>2</sup>**

**От имени Организационного комитета Международного Дня Почки \***

**<sup>1</sup> Отделение нефрологии, Государственная больница Гвадалахары,  
Медицинский центр Университета Гвадалахары,  
Гвадалахара, Халиско, Мексика**

**<sup>2</sup> Институт последипломного медицинского образования и исследований,  
Чандигарх, Индия, Институт Здоровья, Нью Дели, Индия  
и Университет Оксфорда, Великобритания**

### CKD in Disadvantaged Populations

**Guillermo Garcia-Garcia<sup>1</sup>, Vivekanand Jha<sup>2</sup>**

**on behalf of the World Kidney Day Steering Committee \***

**<sup>1</sup> Nephrology Service, Hospital Civil de Guadalajara,  
University of Guadalajara Health Sciences Center, Guadalajara, Jal. Mexico**

**<sup>2</sup> Postgraduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh, India,  
George Institute for Global Health, New Delhi, India and University of Oxford, UK**

*“Из всех форм неравенства, несправедливость в обеспечении медицинской помощи —  
это самое отвратительное и бесчеловечное”*

*Мартин Лютер Кинг, Мл.*

12 марта 2015 года будет отмечаться 10-летие Всемирного Дня Почки (ВДП), инициативы Международного Общества Нефрологов и Международной Федерации Почечных Фондов. С момента своего основания в 2006 г., ВДП стал наиболее успешным мероприятием, направленным на повышение осведомленности широких слоев населения и руководящих структур о значимости болезней почек. ВДП ежегодно напоминает нам, что болезни почек являются распространенными, опасными и излечимыми. В центре внимания ВДП в 2015 г. — хроническая болезнь почек (ХБП) у незащищенных слоев населения. В представленной статье обсуждаются основные связи между бедностью и ХБП, а также

возможные подходы к профилактике болезней почек и лечению нефрологических больных в данной социальной группе.

Хроническая болезнь почек все шире признается как глобальная проблема общественного здравоохранения и ключевая детерминанта неблагоприятных исходов для здоровья человека. Имеются убедительные доказательства того, что ущерб от нераспознанной и нелеченой ХБП особенно велик у незащищенных слоев населения, то есть в популяциях с недостаточными материальными ресурсами, у представителей расовых и этнических меньшинств и/или коренных народов и выходцев из социально неблагополучных семей.

---

*Перевод Д.Ю. Щекочихина и Н.А. Козловской под редакцией Е.В. Захаровой*

*Перевод сделан по поручению и одобрен организационным комитетом Всемирного Дня Почки*

*\* Члены Оргкомитета Всемирного дня почки: Philip Kam Tao Li, Guillermo Garcia-Garcia, William G. Couser, Timur Erk, Elena Zakharova, Luca Segantini, Paul Shay, Miguel C. Riella, Charlotte Osafó, Sophie Dupuis, Charles Kernahan*

*Адрес для переписки: Всемирный день почки,  
Международное Общество Нефрологов,  
Rues de Fabriques 1B,  
1000, Брюссель, Бельгия  
E-mail: info@worldkidneyday.org*

Хотя все население ряда стран с низкими и умеренными доходами можно рассматривать как незащищенное, анализ локальных факторов позволяет выделить группы населения, которые характеризуются крайней степенью неблагополучия (крестьяне, сельские жители, женщины, пожилые, представители религиозных меньшинств и т.д.). Сам факт, что даже в развитых странах представители расовых и этнических меньшинств непропорционально чаще страдают ХБП и имеют худший прогноз, говорит о том, что требуется специальное изучение не только традиционных, но и дополнительных факторов риска осложнений, ассоциированных с ХБП у этих групп населения [1].

Во всем мире около 1,2 миллиардов людей живут в крайней бедности. Бедность негативно сказывается на образе жизни, ограничивает доступ к медицинской помощи, усиливает неблагоприятное воздействие факторов воздействия внешней среды, и каждое из перечисленных обстоятельств приводит к различиям в состоянии здоровья [2] (Таблица 1). Бедные более восприимчивы к заболеваниям из-за ограниченного доступа к товарам и услугам, в особенности чистой питьевой воде и канализации, полноценному питанию, медицинскому обслуживанию, а также информации о профилактике заболеваний и гигиене [3].

### ХБП в развитых странах

В США заболеваемость терминальной почечной недостаточностью (ТПН) выше у представителей этнических меньшинств. Несмотря на одинаковую распространенность ранних стадий ХБП [4], неблагоприятные исходы, такие как ТПН, в 1,5-4 раза чаще отмечаются среди представителей меньшинств (например, афроамериканцев, латиноамериканцев и индейцев). Бедность еще больше увеличивает неравенство в частоте развития ТПН, при этом наибольший риск существует у афроамериканцев [8]. В Великобритании лечение по поводу ТПН чаще требуется представителям этнических меньшинств

и крайне бедных и маргинализированных слоев населения [9]. В Сингапуре распространенность ХБП среди малайцев и индусов выше по сравнению с китайцами. При этом повышение риска ТПН на 70-80% обусловлено социально-экономическими и поведенческими факторами [10].

В развитых странах заболеваемость ТПН также выше среди представителей коренных народов, в целом менее обеспеченных. По сравнению с общей популяцией, у представителей коренных народов Канады ТПН развивается в 2,5-4 раза чаще [11]. В Австралии среди пациентов, начинающих заместительную почечную терапию (ЗПТ), за последние 25 лет число представителей туземных народов превысило число лиц некоренного населения в 3,5 раза. Это в значительной степени обусловлено непропорциональным (более чем десятикратным), различием в количестве случаев ТПН в исходе диабетической нефропатии при сахарном диабете 2 типа – заболевании, во многом связанном с особенностями образа жизни, включая неправильное питание и отсутствие физических упражнений [12]. У представителей коренных народов также выше частота ТПН в исходе гломерулонефритов и артериальной гипертензии [13]. По сравнению с общей популяцией США, заболеваемость ТПН выше на Гавайях и в Гуаме, то есть в регионах со значительной долей коренного населения, и опять-таки в основном за счет диабетической ТПН [14]. Распространенность альбуминурии и заболеваемость ТПН выше среди американских индейцев [15-18]. Около трех четвертей всех случаев ТПН среди представителей этих популяций обусловлены сахарным диабетом 2 типа.

### ХБП в развивающихся странах

В странах с низким доходом факторы, ассоциированные с бедностью – инфекционные болезни, связанные с плохими санитарными условиями, недостаточный доступ к чистой питьевой воде, загрязнение окружающей среды и высокая концентрация

Таблица 1

Возможные причины повышения заболеваемости у бедных

Образ жизни	Доступ к медицинской помощи	Биологические факторы	Факторы внешней среды
<ul style="list-style-type: none"> <li>Отсутствие информированности о здоровом образе жизни</li> <li>Отсутствие знаний о том, как вести себя при возникновении заболевания</li> <li>Представления о здоровье и неправильный образ жизни</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Отсутствие доступа к медицинской помощи</li> <li>Удаленность от учреждений здравоохранения</li> <li>Невозможность лечения за свой счет</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Низкая масса при рождении</li> <li>Генетическая предрасположенность</li> <li>Профиль суммарного биологического риска</li> <li>Недостаточное питание</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Повышенное воздействие загрязняющих веществ</li> <li>Повышенное воздействие инфекционных заболеваний</li> <li>Отсутствие чистой питьевой воды и канализации</li> </ul>

переносчиков заражения – продолжают играть важную роль в развитии ХБП. Несмотря на увеличение заболеваемости диабетической нефропатией, основными причинами ХБП во многих странах являются хронические гломерулонефриты и интерстициальные нефриты. Следует отметить, что основной причиной ХБП в странах к югу от Сахары стала ВИЧ-ассоциированная нефропатия [19].

Показана высокая распространенность ХБП неизвестной этиологии в сельскохозяйственных общинах Египта, Индии, Шри-Ланки и стран Центральной Америки. Непропорционально чаще поражаются мужчины, занятые в сельском хозяйстве. Клиническая картина заболевания сходна с картиной интерстициального нефрита, что подтверждается при биопсии почки. Частота заболеваемости сельскохозяйственных рабочих наводит на мысль о возможном значении воздействия агрохимии, обезвоживания и употребления загрязнённой воды [20]. Среди малообеспеченных слоев населения распространено использование традиционных лекарств на основе трав, которые нередко приводят к развитию ХБП [21, 22]. Распространенность ХБП в 2-3 раза выше среди бедных слоев населения по сравнению с общей популяцией в Мексике, при этом в 30% случаев этиология ТПН остается неизвестной [23-26].

### **Низкий вес при рождении и риск ХБП у незащищенных слоев населения**

У представителей незащищенных слоев населения описана связь между низкой массой тела при рождении (НМТ), в основном связанной с факторами питания матери и болезнями почек. Распространенность НМТ у представителей популяции аборигенов более чем в два раза превосходит таковую у некоренного населения Австралии. Высокая распространенность альбуминурии в этой популяции оказалась связанной со сниженным количества нефронов, обусловленным малым весом при рождении [27, 28]. При морфометрических исследованиях нефробиоптатов аборигенов была выявлена гломеруломегалия, вероятно, вторичная по отношению к дефициту нефронов, что может предрасполагать к развитию нефросклероза [29, 30]. Была описана также корреляция между НМТ и ХБП среди бедных афро-американцев и бедных белых, проживающих в юго-восточных штатах США [31]. Кроме того, была выявлена ассоциация между НМТ при рождении и дефицитом питания в раннем возрасте с развитием метаболического синдрома, сахарного диабета 2 типа и диабетической нефропатии в когорте пациентов из Индии [32]. Выявление высокой распространенности протеинурии, повышенного артериального давления и ХБП неясной этиологии у детей в Южной Азии вероятно можно объяснить теми же причинами [33, 34].

### **Неравенство в доступности Заместительной Почечной Терапии**

В недавнем анализе было продемонстрировано, что в 2010 г. во всем мире 2,6 миллиона пациентов находились на диализной терапии, при этом 93% из них – жители стран с высоким и средним доходом. С другой стороны, рассчитанное общее количество пациентов, нуждающихся в ЗПТ, составляет 4,9-9 миллионов. Таким образом, по крайней мере, 2,3 миллиона пациентов умирает преждевременно из-за отсутствия доступа к ЗПТ. Даже при том, что диабет и гипертония увеличивают заболеваемость ХБП, обеспечение ЗПТ в настоящее время в основном связано с двумя факторами: ВВП (валовым национальным продуктом) на душу населения в стране и возрастом населения. Предполагается, что бедность является основной преградой для проведения ЗПТ. Ожидается, что к 2030 году количество пациентов, получающих ЗПТ, во всем мире увеличится до 5,4 миллионов, большей частью за счет развивающихся стран Азии и Африки [35].

Доступность ЗПТ в развивающемся мире в основном зависит от расходов на здравоохранение и экономической мощи отдельных стран, при преимущественно линейной связи между доходами и доступом к ЗПТ в странах с низким и умеренным доходом [19, 36]. Распространенность ЗПТ и частота пересадки почки в странах Латинской Америки достоверно коррелирует с валовым национальным доходом и расходами на здравоохранение [37], в то же время в Индии и Пакистане лишь менее 10% всех пациентов с ТПН имеют доступ к ЗПТ [38]. Кроме того, в развивающихся странах очень низка частота трансплантаций из-за сочетания ряда факторов: слабой инфраструктуры; географической удаленности; отсутствия законодательства, регулирующего понятие смерти мозга; религиозных, культурных и социальных ограничений, а также коммерческой заинтересованности в диализе [39].

Имеются различия в использовании ЗПТ между коренным и некоренным населением развитых стран. В Австралии и Новой Зеландии процент пациентов, получающих домашний диализ, значительно ниже среди коренных жителей. Так, к концу 2007 г. в Австралии домашний диализ получали 33% пациентов из некоренного населения и почти вдвое меньше – 18% пациентов – из коренного населения. В Новой Зеландии домашний диализ использовали 62% больных из некоренного населения и 42% пациентов народа Маори или жителей тихоокеанских островов [12]. Частота пересадки почки также ниже среди социально незащищенных слоев населения. Уроженцы тихоокеанских островов и Маори имеют шанс получить почечный трансплантат лишь в 25% случаев, если принять трансплантированных новозеландцев европейского происхождения за 100%. Процент пациентов, получивших пересадку почки

и живущих с функционирующим трансплантатом, ниже у австралийских аборигенов (12%) по сравнению с некоренными жителями (45%). В Великобритании вероятность превентивной пересадки почки или трансплантации от живого донора ниже у пациентов-европейцев из социально неблагополучных районов, южных азиатов и африканцев по сравнению с более обеспеченными европейцами [9]. Результаты межнационального исследования продемонстрировали, что при сравнении с белыми вероятность трансплантации почки у Австралийских и Новозеландских аборигенов ниже на 77%, а у коренных народов Канады – на 66% [40].

Неравенство в обеспеченности нефрологической помощью еще более выражено в развивающихся странах. Как показали данные из Индии, в более бедных штатах работает меньше нефрологов, а нефрологическая служба развита хуже. В результате жители этих регионов помощи с высокой долей вероятности получают помощь недостаточного объема и качества [41]. Фрагментация системы медицинского обслуживания в Мексике привела к неравному доступу к ЗПТ. Так, в штате Халиско число пациентов, начинающих диализ, и обеспеченность диализом были выше среди более экономически защищенных застрахованных лиц (327 на миллион населения и 939 на миллион населения, соответственно), чем среди больных без медицинской страховки (99 и 166, соответственно). Частота трансплантаций также значительно различалась: 72 на миллион населения у застрахованных и 7,5 – у пациентов без страховки [42].

### Двусторонняя связь между бедностью и ХБП

Кроме большего ущерба от болезней, у бедных пациентов ограничен доступ к источникам финансирования медицинской помощи. Большому количеству пациентов приходится оплачивать дорогостоящее лечение ТПН из своего кармана, что приближает их к крайней нищете. В одном исследовании из Индии было продемонстрировано, что более 70% пациентов, перенесших трансплантацию почки, несут катастрофические расходы на медицинское обслуживание [43]. Эти расходы являются тяжким бременем для всей семьи, что приводит к потере работы и прекращению образования детей.

### Исходы

Общая смертность у пациентов, получающих ЗПТ, выше среди коренных народов, меньшинств и пациентов без страховки, даже после поправки на сопутствующие заболевания. Отношение рисков смерти на диализе по сравнению к некоренной популяцией составляет 1,4 для аборигенов Австралии и Новозеландских Маори [44]. Коренные народы Канады реже достигают целевых значений артериаль-

ного давления и минерального обмена [45]. В США проживание в преимущественно афро-американских кварталах сопряжено с увеличением показателя смертности на диализе по сравнению с ожидаемым, и увеличением времени ожидания трансплантации [46]. У афроамериканцев, получающих лечение перитонеальным диализом, при сравнении с европейцами также оказался повышенным риск смерти или технических осложнений [47].

В Мексике смертность на перитонеальном диализе втрое выше среди пациентов без страховки, по сравнению с мексиканцами, получающими аналогичное лечение в США, и выживаемость достоверно ниже по сравнению с застрахованными пациентами в Мексике [48]. В то же время, в Индии две трети пациентов не в состоянии продолжить диализ более первых трех месяцев из-за финансовых причин [49].

### Заключение

Повышение ущерба от ХБП у социально незащищенных слоев населения обусловлено как глобальными факторами, так и конкретными проблемами отдельных популяций. Низкий социально-экономический уровень и ограниченный доступ к медицинской помощи приводят к неравенству в области здравоохранения и усугубляют негативные последствия генетической или биологической предрасположенности. Обеспечение достаточной нефрологической помощью для этой категории пациентов требует двунаправленного подхода: увеличение доступности диализа за счет развития недорогих альтернативных методов, которые могут использоваться в отдаленных регионах, а также применение и оценка экономически эффективных стратегий профилактики. Трансплантация почки должна развиваться за счет расширения программ по использованию трупных органов и применения недорогих генерических иммуносупрессантов. Послание ВДП 2015: совместная борьба против заболеваний, приводящих к ТПН, усиление работы с населением, повышение уровня образования, улучшение экономических возможностей и доступа к профилактической медицине для пациентов высокого риска помогут исправить сложившиеся в настоящее время неприемлемые отношения между ХБП и социальной незащищенностью в этих популяциях.

### Литература

1. Pugsley D, Norris KC, Garcia-Garcia G, Agodoa L. Global approaches for understanding the disproportionate burden of chronic kidney disease. *Ethn Dis.* 2009;19[Suppl 1]: S1-1-S1-2
2. Crews DC, Charles RF, Evans MK, Alan B, Zonderman AB, Powe NR. Poverty, race, and CKD in a racially and socioeconomically diverse urban population. *Am J Kidney Dis* 2010; 55:992-1000
3. Sachs JD. Macroeconomics and health: Investing in

health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. WHO. 2001

4. *Kalantar-Zadhe K, Block G, Humphreys MH, Kopple JD.* Reverse epidemiology of cardiovascular risk factors in maintenance dialysis patients. *Kidney Int* 2003;63:793-808

5. *Hsu CY, Lin F, Vittinghof E, Shlipak MG.* Racial Differences in the Progression from Chronic Renal Insufficiency to End-Stage Renal Disease in the United States. *J Am Soc Nephrol* 2003;14: 2902–2907

6. *Norris K, Nissenson AR.* Race, gender, and socioeconomic disparities in CKD in the United States. *J Am Soc Nephrol* 2008;19:1261–1270

7. *Bruce MA, Beech BM, Crook ED, Sims M, Wyatt SB, Michael F, Flessner MF, Taylor HA, Williams DR, Akylbekova EL, Ickizler TA.* Association of socioeconomic status and CKD among African Americans: The Jackson Heart Study. *Am J Kidney Dis* 2010;55:1001-1008

8. *Volkova N, McClellan W, Klein M, Flanders D, Kleinbaum D, Soucie JM, Presley R.* Neighborhood poverty and racial differences in ESRD incidence. *J Am Soc Nephrol.* 2008;19:356-64.

9. *Caskey FJ.* Renal replacement therapy: can we separate the effects of social deprivation and ethnicity?. *Kidney Int Supplements* 2013;3:246–249

10. *Sabanayagam C, Lim SC, Wong TY, Lee J, Shankar A, Tai ES.* Ethnic disparities in prevalence and impact of risk factors of chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25:2564–2570

11. *Gao S, Manns BJ, Culleton BF, Tonelli M, Quan H, Crowshoe L, Ghali WA, Svenson LW, Hemmelgarn BR.* Prevalence of chronic kidney disease and survival among Aboriginal people. *J Am Soc Nephrol.* 2007; 18: 2953-2959

12. *McDonald S.* Incidence and treatment of ESRD among indigenous peoples of Australasia. *Clin Nephrol* 2010;74 Suppl 1: S28-S31

13. *Collins JF.* Kidney disease in Maori and Pacific people in New Zealand. *Clin Nephrol* 2010; 74 Suppl. 1:S61-S65

14. *Weil EJ, Nelson RG.* Kidney disease among the indigenous peoples of Oceania. *Ethn Dis.* 2006;16 suppl 2:S24-S30

15. United States Renal Data System: USRDS 2006 Annual Data Report. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health, 2013

16. *Kasiske BL, Rith-Najarian S, Casper ML, Croft JB.* American Indian heritage and risk factors for renal injury. *Kidney Int.* 1998;54:1305–1310

17. *Nelson RG, Morgenstern H, Bennett PH.* An epidemic of proteinuria in Pima Indians with type 2 diabetes mellitus. *Kidney Int.* 1998;54:2081–2088

18. *Scavini M, Shah VO, Stidley CA, Tentori F, et al.* Kidney disease among the Zuni Indians: The Zuni Kidney Project. *Kidney Int* 2005;68 Suppl 97:126-131

19. *Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, Saran R, Wang AYM, Yang CW.* Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet.* 2013;382:260-72

20. *Almaguer M, Herrera R, Orantes CM.* Chronic Kidney Disease of Unknown Etiology in Agricultural Communities. *MEDICC Review* 2014;16:9-15

21. *Ulasi II, Ijoma CK, Onodugo OD, Arodime EB, et al.* Towards prevention of chronic kidney disease in Nigeria; a

community-based study in Southeast Nigeria. *Kidney Int Suppl* 2013;3:195-201

22. *Otieno LS, McLigeyo SO, Luta M.* Acute renal failure following the use of herbal medicines. *East Afr Med J.* 1991;6:993-998

23. *Obrador GT, Garcia-Garcia G, Villa AR, Rubilar X, et al.* Prevalence of chronic kidney disease in the Kidney Early Evaluation Program (KEEP) Mexico and comparison with KEEP US. *Kidney Int* 2010; 77 suppl 116:S2-S8

24. *Gutierrez-Padilla JA, Mendoza-Garcia M, Plascencia-Perez S, Renoirte-Lopez K, et al.* Screening for CKD and Cardiovascular Disease Risk Factors Using Mobile Clinics Jalisco, Mexico. *Am J Kidney Disease* 2010; 55:474-484

25. *Garcia-Garcia G, Gutierrez-Padilla AJ, Chavez-Iniguez J, Perez-Gomez HR, Mendoza-Garcia M, Gonzalez-De la Peña MM, Tonelli M.* Identifying undetected cases of CKD in Mexico. Targeting high-risk populations. *Arch Med Res* 2013;44:623-627

26. *Amato D, Alvarez-Aguilar C, Castañeda-Limones R, et al.* Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican population. *Kidney Int* 2005;68 suppl 97:11-17

27. *Hoy W, McDonald SP.* Albuminuria: Marker or target in indigenous populations. *Kidney Int* 2004;66 Suppl 92:S25-S31

28. *McDonald SP, Maguire GP, Hoy WE.* Renal function and cardiovascular risk markers in a remote Australian Aboriginal community. *Nephrol Dial Transplant* 2003;18:1555–1561

29. *Hoy WE, Samuel T, Mott SA, Kincaid-Smith PS, Fogo AB, Dowling JP, Hughson MD, Sinniah R, Pugsley DJ, Kirubakaran MG, Douglas-Denton, Bertram JF.* Renal biopsy findings among Indigenous Australians: a nationwide review. *Kidney Int* 2012;82:1321–1331

30. *Hoy WE, Hughson MD, Zimanyi M et al.* Distribution of volume of individual glomeruli in kidneys at autopsy: association with age, nephron number, birthweight and body mass index. *Clin Nephrol* 2010; 74 Suppl 1: S105–S112

31. *Lackland DT, Bendall HE, Osmond C, Egan BM, Barker DJ.* Low birth weights contribute to high-rates of early-onset of chronic renal failure in the Southeastern United States. *Arch Intern Med.* 2000;160:1472-1476

32. *Bhargava SK, Sachdev HS, Fall CH et al.* Relation of serial changes in childhood body-mass index to impaired glucose tolerance in young adulthood. *N Engl J Med* 2004; 350: 865–875

33. *Jafar TH, Chaturvedi N, Hatcher J et al.* Proteinuria in South Asian children: prevalence and determinants. *Pediatr Nephrol* 2005; 20: 1458–1465

34. *Jafar TH, Islam M, Poulter N et al.* Children in South Asia have higher body mass-adjusted blood pressure levels than white children in the United States: a comparative study. *Circulation* 2005; 111: 1291–1297

35. *Lijanage T, Ninomiya T, Jha V, Patrice HM, Okpechi I, Zhao M, Lv J, Garg AX, Knight J, Gallagher M, Kotwal S, Cass A, Perkovic V.* Worldwide access to treatment for end stage kidney disease: a systematic review (submitted)

36. *Barsoum R.S.* Chronic kidney disease in the developing world. *N Engl J Med* 2006; 354:997-999

37. *Cusumano AM, Garcia-Garcia G, Gonzalez-Bedat MC, Marinovich S et al.* Latin American Dialysis and Transplant Registry: 2008 prevalence and incidence of end-stage renal disease and correlation with socioeconomic indexes. *Kidney Int Supplements*

2013;3:153–156

38. *Jha V*. Current status of end-stage renal disease care in India and Pakistan. *Kidney Int Supplements* 2013; 3:157–160

39. *Garcia Garcia G, Harden PN, Chapman JR*. World Kidney Day 2012. The Global role of kidney transplantation. *The Lancet* 2012;379:e36-e38

40. *Yeates KE, Cass A, Sequist TD, McDonald SP, Jardine MJ, Trpeski L, Ayanian JZ*. Indigenous people in Australia, Canada, New Zealand and the United States are less likely to receive renal transplantation. *Kidney Int*. 2009; 76: 659-664

41. *Jha V*. Current status of chronic kidney disease care in South-east Asia. *Semin Nephrol* 2009;29:487-496

42. *Garcia-Garcia G, Monteon-Ramos JF, Garcia-Bejarano H, Gomez-Navarro B, Hernandez-Reyes I, Lomeli AM, et al*. Renal replacement therapy among disadvantaged populations in Mexico: a report from the Jalisco Dialysis and Transplant Registry (REDTJAL). *Kidney Int*. 2005;68 Suppl 97:S58-S61

43. *Ramachandran R, Jha V*. Kidney Transplantation Is Associated with Catastrophic Out of Pocket Expenditure in India. *PLoS ONE* 2013;8: e67812

44. *McDonald SP, Russ GR*. Burden of end-stage renal disease among indigenous peoples in Australia and New Zealand. *Kidney Int* 2003;63, Suppl 83:S123–S127

45. *Chou SH, Tonelli M, John S, Bradley JS, Gourishankar S, Hemmelgarn BR*. Quality of Care among Aboriginal Hemodialysis Patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; : 58–63

46. *Rodriguez RA, Sen S, Mehta K, Moody-Ayers S, Bacchetti P, O'Hare AM*: Geography matters: Relationships among urban residential segregation, dialysis facilities, and patient outcomes. *Ann Intern Med* 2007;146:493–501

47. *Mebrotra R, Story K, Guest S, Fedunyszyn M*. Neighborhood location, rurality, geography and outcomes of peritoneal dialysis patients in the United States. *Perit Dial Int*. 2012; 32(3): 322–331

48. *Garcia-Garcia G, Briseño-Renteria G, Luquin-Arellano VH, Gao Z, Gill J, Tonelli M*: Survival Among Patients with Kidney Failure in Jalisco. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:1922-1927

49. *Parameswaran S, Geda SB, Rath M, Kohli, HS Gupta KL, Sakhuja V, Jha V*. Referral pattern of end-stage renal disease patients and its impact on outcome at a public sector hospital. *National Medical Journal of India* 2011; 24: 208-13



**World Kidney Day™**



**12 марта 2015 года**

**ЗДОРОВЫЕ ПОЧКИ  
ДЛЯ ВСЕХ**

World Kidney Day is a joint  
  International Federation of Kidney Foundations initiative  
improving kidney health worldwide

**Отметьте  
Всемирный День Почки 2015  
вместе с нами!**



Давайте совместно формировать общественное мнение и убеждать правительственные структуры в необходимости профилактики болезней почек

Visit [www.worldkidneyday.org](http://www.worldkidneyday.org)

Follow us on    

Contact us at [info@worldkidneyday.org](mailto:info@worldkidneyday.org)

Thanks to our partners:



abbvie

SANOI RENTAL 

A joint initiative by  and  International Federation of Kidney Foundations  
improving kidney health worldwide

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ НЕФРОЛОГОВ  
«РОССИЙСКОЕ ДИАЛИЗНОЕ ОБЩЕСТВО»  
ПОД ЭГИДОЙ МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА НЕФРОЛОГОВ,  
в рамках программы Global Outreach



## Научно-практическая конференция, посвященная Всемирному Дню Почки 2015 «Здоровые почки для всех»

Всемирный день почки отмечается по инициативе  
Международного общества нефрологов с 2006 г.  
Целью мероприятий, посвященных Всемирному дню почки,  
является повышение осведомленности общественности о проблемах,  
связанных с почечными заболеваниями.

Заболевания почек широко распространены, опасны для здоровья, но с ними можно успешно бороться. Это главное, о чем напоминает Всемирный день почки. Всемирный день почки – 2015 посвящен проблеме заболеваний почек в неблагополучных регионах и будет проходить под лозунгом «Здоровые почки для всех!»

В программе научно-практической конференции, проводимой Российским диализным обществом, – выступления ведущих российских нефрологов, касающихся выявления, предупреждения и лечения заболеваний почек, а также лекция профессора Роджера Леви (Бразилия), посвященная проблеме беременности у женщин с заболеваниями почек.

### 20 марта 2015

Место проведения:  
гостиница «Холлидей Инн Москва Сокольники»

Контакты:  
Российское диализное общество  
123182, г. Москва, ул. Пехотная, д. 3  
Тел./Факс: 8 (499) 196-10-11  
e-mail: [rosdialysis@mail.ru](mailto:rosdialysis@mail.ru)  
[www.nephro.ru](http://www.nephro.ru)