

ДИАЛИЗОТЕРАПИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ. ИТОГИ 2012 ГОДА

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск*

Распространенность почечной патологии имеет четкую тенденцию к росту как во всех странах мира, так и в Республике Беларусь. Это объясняется увеличением частоты вторичных нефропатий (диабетической, гипертонической, токсической и др.), в связи с чем переход на современные нефрологические классификации, отражающие новый подход к заболеваниям мочевыводящей системы, их профилактике и лечению, оправдан и обоснован.

Целью настоящей работы является анализ результатов заместительной почечной терапии при остром повреждении почек (ОПП) и хронической болезни почек (ХБП) в Республике Беларусь за прошедший 2012 год, оценка недостатков и перспективы развития этого раздела современной нефрологии.

Диализная терапия при остром повреждении почек. Патофизиологические механизмы острого повреждения почек любой этиологии достаточно хорошо изучены и понятны. Патологический процесс проходит четыре последовательных стадии, начиная с латентных проявлений, заканчивая тяжелой нефропатией с прекращением функции почек по поддержанию стабильного гомеостаза организма.

Определение в моче и крови пациентов современных биомаркеров (NGAL, КИМ, β_2 -микроглобулин и др.) является актуальной задачей, так как позволяет на более ранних этапах определять острую патологию нефронов и начинать профилактику и лечение нефропатии. К сожалению, многие пациенты в нашей стране проходят эту не диагностированную стадию, не получая соответствующей помощи, а быстрое развитие тяжелого эндотоксикоза, особенно при комбинированном поражении жизненно важных органов, требует экстренной помощи в виде применения технических средств для искусственного очищения организма от токсинов различного происхождения.

Общей тенденцией в мире, нашедшей отражение и в Беларуси, стало разделение пациентов с тяжелым ОПП, требующим заместительной почечной терапии, на два потока. Первый — это наиболее многочисленная группа лиц с первичным повреждением почек («изолированная ОПН»), которые сразу направляются в имеющиеся во всех областях диализные отделения для применения стандартного прерывистого гемодиализа. У большинства из них временное замещение экскреторной функции почек оказывается достаточным для последующего выздоровления или, по крайней мере, частичного восстановления гомеостатической роли почек. На рис. 1 представлено число пациентов, получавших такой вид помощи в диализных центрах страны за 10-летний период.

Из рисунка видна тенденция к росту числа пациентов с ОПП, а существующая в республике сеть из 45 диализных центров страны вполне способна обеспечить адекватное лечение большинству из них.

Сложнее в нашей стране давать характеристику второй, менее численной, но более важной группы пациентов с комбинированным расстройством функции сразу нескольких жизненно важных органов («гибридная ОПН»). Эти тяжелые

по своему клиническому статусу пациенты сразу попадают (или должны попасть) в отделения реанимации, где проводится сочетанная терапия, включая, при необходимости, искусственную вентиляцию легких, подключение различных средств для экстракорпоральной детоксикации (т. н. «искусственная почка», «искусственная печень» и др.), поддержания сердечной деятельности.

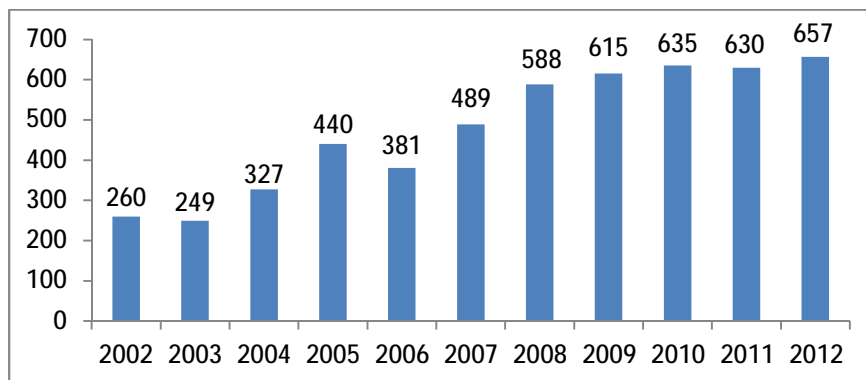


Рис. 1. Число больных с ОПП, получавших гемодиализ в Республике Беларусь

Смертность лиц с комбинированной почечной и сердечно-сосудистой, легочной, печеночно-почечной и другими гибридными формами ОПП, по данным современной литературы, достигает 70–80 %, что существенно превышает смертность пациентов с изолированной ОПН, которая в 2012 г. в Беларуси составила 23,1 %.

Неудовлетворительные результаты сочетанного ОПП, вполне естественно, требуют разработки новых подходов и методов лечения, что в перспективе изменит существующую ситуацию в области интенсивной нефрологии. Такие подходы в нашей стране уже наметились, и одним из них явилось оснащение крупных реанимационных отделений учреждений здравоохранения и научно-практических центров техническими устройствами для мембранного очищения крови методами гемодиализа, гемофильтрации и гемодиафильтрации. Для лечения наиболее сложных пациентов указанной группы в нашей стране уже используются около 40 таких аппаратов как Multifiltrat (Германия), Prizma и Prizma Flex (Швеция), особенностью режимов лечения на которых служит длительность непрерывного очищения (до нескольких суток) и медленные потоки крови и диализата, обеспечивающие стабильность центральной гемодинамики.

С другой стороны, сегодня нефрологам сложно провести достоверный и объективный анализ работы службы интенсивной терапии по результатам применения техники для замещения функции почек при гибридных формах ОПП, т. к. эти данные специальному анализу в разделе «Заболевания органов мочеполовой системы» МКБ-10 не подвергаются. Объединение усилий врачей нефрологов и анестезиологов-реаниматологов для лечения этой сложной группы пациентов является насущной проблемой обеих специальностей в Республике Беларусь.

Диализная терапия при хронической болезни почек. Распространенность хронических болезней почек более высока по сравнению с ОПП и продолжает расти. Практически все первичные, а, особенно часто, вторичные хронические нефропатии при сахарном диабете, артериальной гипертензии, других систем-

ных болезнях ведут к конечной стадии ХБП, при которой жизнь можно длительно и относительно полноценно поддерживать за счет методов диализотерапии.

В Республике Беларусь создана распространенная сеть из 45 диализных отделений районного, областного и республиканского уровня, в которых развернуто 367 диализных мест (аппаратов), эксплуатация которых организована в 3–4 смены. Согласно расчетным данным в нашей стране для обеспечения лечения большинства пациентов с терминальной стадией ХПН необходимо наличие около 500 диализных мест (без учета возможностей перитонеального диализа). Следовательно, по отчетным данным 2012 г. потребность в такой технике удовлетворена лишь на 72 %. В 2012 г. хронический гемодиализ получало 2660 пациентов или 282 на 1 млн жителей страны. Для сравнения укажем, что в г. Москве этот показатель составлял 233/млн, а в странах Западной Европы на гемодиализе находится до 800 пациентов на 1 млн жителей, в США и Японии — до 1500 на 1 млн. Таким образом, в нашей стране еще много предстоит сделать для расширения помощи лицам с почечной недостаточностью, число которых ежегодно увеличивается на 5–6 %.

На рис. 2 показана динамика числа больных, получающих хронический гемодиализ и перитонеальный диализ в нашей стране при хронических болезнях почек.



Рис. 2. Популяция диализных больных в Республике Беларусь

Представленная диаграмма показывает, что метод перитонеального диализа, который рассматривается, отчасти, как альтернатива хроническому гемодиализу у лиц с ХБП помогает частично компенсировать недостаток мест для гемодиализотерапии. Аналогично влияние почечной трансплантации на ситуацию с лечением пациентов и освобождение мест на гемодиализе после успешной пересадки почки должно расцениваться как оптимальный вариант.

Однако, несмотря на явные преимущества хирургического лечения нефрологических больных с конечными стадиями уремического синдрома, оно по определению не в состоянии заменить программный гемодиализ и его модальности в продлении жизни большинства пациентов с почечной недостаточностью.

Для улучшения качества диализной терапии за последние годы сделано достаточно много. Так, следует отметить возрастающую частоту использования более качественных и эффективных диализных мембран (high flux) для очищения крови гемодиализом, гемофильтрацией и гемодиализацией, достигаю-

щую 60–70 % всех диализных процедур в мире. У нас в стране эта цифра не превышает порог 10 %, что связано с более высокой стоимостью таких расходных материалов, хотя она вполне может быть компенсирована за счет снижения затрат на лечение осложнений, которые еще часто развиваются при рутинном гемодиализе.

В наши диализные отделение начала поступать новая техника, ориентированная на использование метода гемодильтрации который, по современным представлениям, должен стать стандартом при длительном жизнеобеспечении нефрологических больных с хронической уремией вместо гемодиализа на низкопоточных мембранах. Первые результаты использования современных аппаратов «искусственная почка», полученные нашими нефрологами в 2012 г., показывают правильность выбранного пути, несмотря на заметный рост финансовых затрат.

Некоторое снижение популяции пациентов, получавших перитонеальный диализ, объясняется нами, с одной стороны, финансовыми вопросами, а, с другой, — влиянием высокой хирургической активности центров трансплантации почек и появлением большего числа доступных мест на гемодиализе. Нельзя не отметить перспективу дальнейшего развития перитонеального диализа — эффективного метода лечения пациентов с ХБП с акцентом на более широкое использование автоматического перитонеального диализа, организацию впуска своих растворов и внедрение в практику нефрологической службы т. н. физиологических вариантов композиции диализных сред, с учетом индивидуальных особенностей течения заболеваний у каждого пациента.

Уровень белорусской нефрологии, особенно в разделе «диализная терапия», находится на высоком уровне, что отмечают коллеги из стран ближнего зарубежья, и чем мы можем законно гордиться. Однако приведенные в данном сообщении цифры и обобщения указывают на существование нерешенных вопросов, связанных с недостаточным техническим обеспечением, малым количеством современных способов ранней диагностики и лекарственной коррекции проявлений уремического синдрома, внедренных в практическую медицину. Отдельной проблемой стоит вопрос совместных работ по скринингу, профилактики и консервативного лечения вторичных острых и хронических нефропатий. Учет и анализ недостатков выявляемых в процессе деятельности нефрологов на всех уровнях оказания специализированной помощи позволит улучшить ее эффективность.