



Профессор Е.М. ШИЛОВ: «Наша ближайшая задача – восстановить нефрологическую службу в России»

На протяжении многих лет роль хронической болезни почек (ХБП) недооценивалась, однако в последнее время ситуация изменилась. Сейчас общепризнано, что ХБП – это не узкоспециальная, а важная общемедицинская и социальная проблема. В сентябре 2011 г. Всемирная организация здравоохранения и Организация объединенных наций поставили ХБП в один ряд с такими социально значимыми неинфекционными заболеваниями, как сердечно-сосудистые, легочные, онкологические заболевания и сахарный диабет. О причинах распространенности почечной патологии, мерах, направленных на снижение заболеваемости хронической болезнью почек, и других приоритетных задачах отечественной нефрологии – в беседе с главным нефрологом Минздрава России, д.м.н., профессором Евгением Михайловичем ШИЛОВЫМ.



– Почему в последние годы хронической болезни почек во всем мире уделяется большое внимание?

– Прежде всего, это связано с ростом частоты ХБП в популяции и высокой смертностью пациентов с ХБП. Кроме того, это заболевание резко ухудшает качество жизни пациента. По данным регистров США, Европы, Австралии, азиатских стран, нарушениями функции почек страдает каждый десятый житель планеты. Среди больных с ХБП у 50% болезнь диагностирована на 3–5-й стадии ХБП, а у 10% – на стадии терминальной почечной недостаточности. Отмечу, что терминальная стадия хронической почечной недостаточности требует проведения высокочастотных и связанных с ухудшением качества жизни методов заместительной терапии – диализа или трансплантации почки.

Число людей, которым необходимо проводить такое лечение, возрастает в 1,5–2 раза каждые 10 лет. Пациенты на диализе также нуждаются в значительном



Актуальное интервью

дорогостоящем лекарственном обеспечении, которое позволяет корректировать анемию, гипертонию, фосфорно-кальциевые нарушения, белковую энергетическую недостаточность. Так, на лечение одного диализного больного в течение года в нашей стране расходуется не менее 1–1,5 млн рублей.

– Чем можно объяснить широкую распространенность ХБП в мире?

– Основными причинами ХБП являются не первичные заболевания почек (хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит и поликистозная болезнь почек), а вторичные нефропатии (диабетическая, гипертоническая, ишемическая). Такие факторы, как злоупотребление алкоголем, курение, высококалорийная диета, гиподинамия, не только приводят к развитию ожирения, гипертонии и сахарного диабета, но и вызывают нарушения функции почек. При нарушенной функции почек усиливается неблагоприятное влияние на сердце и сосуды традиционных кардио-метаболических факторов риска (повышенного артериального давления, повышенного уровня липопротеинов низкой плотности и др.). Развивается выраженная артериальная гипертония, инсулинорезистентность и гиперлипидемия, происходит ремоделирование сердечной мышцы и сосудистой стенки. Формируются дополнительные «почечные» факторы риска – вторичный гиперпаратиреоз, анемия, нарушается фосфорно-кальциевый обмен, который запускает процесс внескостного отложения кальция, в том числе на стенках сосудов. Сосуды теряют гибкость и эластичность, что приводит к ухудшению циркуляции крови, развиваются атеросклероз и кальциноз.

Результаты нескольких крупных международных эпидемиологических и фармакоэкономических

исследований показали, что причиной смерти больных с ХБП является не уремия, как можно было бы предположить, а сердечно-сосудистые осложнения, встречающиеся в этой группе больных в десятки раз чаще, чем в общей популяции. Согласно статистике, 0,6% человек умирают от ХБП, а 60% – от сердечно-сосудистых заболеваний, причем в их число входят и больные, у которых сердечно-сосудистая катастрофа обусловлена почечной патологией. Таким образом, без решения проблем нефрологии не удастся уменьшить число инсультов, инфарктов и собственно смертность от сердечно-сосудистых причин.

– Какие меры предпринимаются для снижения распространенности ХБП?

– Поскольку сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и хроническая болезнь почек объединены общими факторами риска и механизмами прогрессирования, следует проводить комплексную профилактику этих заболеваний. В Концепции развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 г., направленной на улучшение демографической ситуации, важное место отведено пропаганде и поощрению здорового образа жизни, устранению факторов риска хронических болезней и их осложнений.

Для привлечения внимания общественности и врачей к глобальной угрозе, которую представляет хроническая болезнь почек для здоровья человека, Международное общество нефрологов и Международная федерация нефрологических организаций в 2006 г. выступили с предложением ежегодно отмечать Всемирный день почки. В 2007 г. к этой акции присоединилась и Россия.

Очень важно информировать и население, и врачей других специальностей о факторах риска развития ХБП. Особая опасность

ХБП, как, впрочем, и сахарного диабета, и артериальной гипертонии, состоит в том, что заболевание может длительное время протекать бессимптомно. Именно поэтому, несмотря на то что существуют простые и доступные методы ранней диагностики, у значительной части пациентов нарушения функции почек по-прежнему определяются на поздних стадиях, когда уже упущена возможность затормозить прогрессирование заболевания за счет нефропротективной терапии. В этой связи очень важно выявить больных, входящих в группу риска, путем профессиональных осмотров, скрининга, диспансеризации. Диагностировать ХБП на ранней стадии – задача терапевтов, врачей общей практики, эндокринологов, кардиологов, то есть тех врачей, к которым в первую очередь обращаются и под наблюдением которых находятся пациенты, входящие в группу риска развития ХБП.

Таким образом, одной из важных задач нефрологии является проведение диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на максимально раннее выявление хронической болезни почек.

– Как решается проблема профилактики ХБП в других странах?

– Усилиями международных и национальных сообществ нефрологов разработан комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с целью снижения смертности именно от сердечно-сосудистых осложнений, развивающихся на фоне почечной патологии. Программа направлена, прежде всего, на то, чтобы важность проблемы ХБП для сохранения населения признали организаторы здравоохранения разных стран. Это позволит на государственном уровне пропагандировать здоровый образ жизни, проводить

Нефрология



скрининги и диспансеризации, привлекать других специалистов, которые работают с пациентами группы риска ХБП, формировать бюджет. Программа уже давно реализуется в странах Америки, Европы, блестяще работает в Австралии. Например, в Новой Зеландии через Интернет можно отследить судьбу буквально каждого больного ХБП. Опыт других стран мы должны и можем взять на вооружение. В нашей стране эта стратегия представлена в документе «Ведомственная целевая программа по улучшению качества нефрологической помощи в РФ», который, надеюсь, будет рассмотрен Минздравом России в ближайшее время.

– Какие вопросы нефрологии актуальны именно для России?

– В Европе обеспеченность диализом и трансплантацией составляет около 1000 человек на 1 млн населения, в США – 1500, Японии – 2400, Тайване – 2800, а в России – всего 171 человек на 1 млн населения. Если ХБП в нашей стране страдают около 14 млн человек и больше 1 млн нуждаются в диализе и трансплантации, то реально заместительную почечную терапию получают всего 24 тыс. россиян. Таким образом, в России обеспеченность методами лечения заместительной почечной терапии в 3–7 раз ниже, чем в странах Евросоюза, и в 10 раз – чем в США.

Остро стоит и проблема донорства. Во-первых, в России до сих пор отсутствует нормативно-правовая база – нет закона об органном донорстве, во-вторых, само население до конца не готово принять моральные и юридические аспекты трансплантации. С сожалением можно констатировать, что этот наиболее оптимальный метод лечения терминальной ХБП у нас практически не представлен.

– Какие еще приоритетные задачи сейчас стоят перед отечественной нефрологией?

– Наша задача состоит в том, чтобы нуждающиеся по всей стране в полном объеме были обеспечены нефрологической помощью. Для этого необходимо модернизировать нефрологическую службу в регионах. Видите ли, за то время, пока в России была упразднена должность главного внештатного нефролога Минздрава России, развитие нефрологии в регионах шло во многом спонтанно – в силу возможностей губернатора и понимания проблемы главным специалистом региона. Теперь, когда на уровне правительства признана важность профилактики и лечения заболеваний почек, начинают предприниматься важные меры для восстановления специальности.

16 августа вступил в силу Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Нефрология», который, по-нашему мнению, позволит наладить работу в субъектах Российской Федерации. Это официальный документ, на основании которого должна строиться нефрологическая служба в регионах. Кроме того, в скором времени будут приняты протоколы и стандарты лечения – обязательный набор нормативно-правовых актов, в которых отражена структура специальности, описаны ее медико-экономические аспекты. Согласно этим документам составляется штатное расписание, оснащаются отделения, декларируется объем помощи, который должен получить больной на каждом ее этапе.

Однако даже при наличии порядка и стандартов нам не удастся сформировать бюджет специальности, соответствующий реальным потребностям. Для этого необходим общенациональный регистр, в котором будет отражена статистика по заболеваемости ХБП в России. Кстати, в проекте «Ведомственная целевая программа по улучшению качества нефрологической помощи в РФ» указана необходимость создания

такого регистра. Мы уже начали подготовку электронного учетного документа, предназначенного для заполнения врачом в первичном звене.

– Что необходимо предпринять в первую очередь?

– Наша программа действий на ближайшее время включает несколько важных задач. Во-первых, необходимо участвовать в программах пропаганды здорового образа жизни, чтобы выявлять нарушения на ранних стадиях и не допускать развития серьезной почечной патологии. Во-вторых, следует наладить вертикаль от главного специалиста Минздрава России до врачей-нефрологов первичного звена, которые совместно с эндокринологами, кардиологами, терапевтами должны разрабатывать стратегию терапии для больных из группы риска ХБП. В-третьих, увеличить число врачей-нефрологов и качественно улучшить их подготовку. По официальным данным, в России всего около 1700 нефрологов, за последние три года для подготовки специалистов было выделено всего 39 мест. Необходимо также расширить количество нефрологических отделений и отделений гемодиализа. В-четвертых, следует обеспечить своевременной и качественной помощью нефрологических пациентов во всех регионах России. Больные, нуждающиеся в проведении заместительной почечной терапии, должны быть учтены в регистре. В-пятых, скорого решения требует проблема трансплантации, которая касается не только нефрологии, но и других специальностей. Повторю: все эти задачи требуют системного подхода и урегулирования на государственном уровне. Однако их решение позволит нам добиться главной цели – сохранить здоровье граждан и сберечь народонаселение России. 🌐

Беседовала А. Зименкова