

© Колесник М. О., Сайдакова Н. О., Козлюк Н. І., Ніколаєнко С. С., 2013

УДК 616.61-8:614.2

М. О. КОЛЕСНИК, Н. О. САЙДАКОВА, Н. І. КОЗЛЮК, С. С. НИКОЛАЄНКО

**МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ НЕФРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ
2009-2012, ЩО РОБИТИ ДАЛІ ?**

M. O. KOLESNYK, N. O. SAIDAKOVA, N. I. KOZLYUK, S. S. NIKOLAENKO

**THE MEDICAL AND PREVENTIVE CARE TO PATIENTS OF A NEPHROLOGICAL PROFILE
2009-2012, WHAT TO DO NEXT ?**ДУ «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ, Україна
SI «Institute of Nephrology NAMS of Ukraine»**Ключові слова:** хвороби нирок, захворюваність, поширеність, забезпеченість ліжками, замісна ниркова терапія.**Keywords:** kidney disease incidence, prevalence, availability of beds, renal replacement therapy.**Резюме.** Работа посвящена изучению основных показателей нефрологической помощи населению Украины в период 2009-2012 годов. В статье использованы данные Национального реестра больных хронической болезнью почек с 2009-2012 года, которые издает ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины». Результаты анализа свидетельствуют о значительном отставании по величине основных параметров медико-профилактической помощи больным нефрологического профиля от европейских.**Summary.** This is a study of the basic performance of nephrology care to the population of Ukraine during 2009-2012. The paper used the data from the National registry of patients with chronic kidney disease during 2009-2012, published by the "Institute of Nephrology of NAMS of Ukraine." The results of analysis testify to considerable lag on the size of basic parameters of medical help to the patients of nephrological profile from European.**ВСТУП.** Стан охорони здоров'я, принципи її організації та якість надання медичної допомоги є однією з важливих ознак розвитку суспільства та соціально-орієнтованої політики держави.

Незважаючи на неодноразові спроби реформування системи охорони здоров'я та задеклароване бажання досягти європейського її рівня, суттєвих результатів нема.

Оскільки внесок змін національної системи охорони здоров'я у збереження здоров'я населення України справа майбутнього, то очевидно, що необхідно максимально використати існуючі можливості.

У 2002 році був створений ДУ «Інститут нефрології НАМН України». Основна мета діяльності установи – реалізація основних засад державної політики у галузі нефрологія.

Протягом 10-річного періоду співробітниками ДУ «Інститут нефрології НАМН України» разом з фахівцями МОЗ та НАМН були створені і затверджені нормативно-правові акти, які регламентують організацію медико-профілактичної допомоги хворим нефрологічного профілю та дозволяють оцінювати її якість.

Накази МОЗ України та НАМН України від 11.05.2011 року № 280/44 "Про затвердження стандарту та уніфікованих протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності "нефрологія", від 30.09.2003 № 65/462 "Про поліпшення якості та організації системи медичної допомоги дорослим хворим нефрологічного профілю", від 20.05.2010 року № 39/420 та від 22.09.2011 року №84/608 стали головними медико-технологічними засадами поліпшення організації та якості поетапної медичної допомоги хворим нефрологічного профілю.

Для удосконалення діючого Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН), МОЗ України та НАМН України прийняли наказ від 11.07.2012 р. № 514/41 «Про затвердження форм первинної облікової документації, форми звітності з питань реєстрації пацієнтів з хронічною хворобою нирок, трансплантованою ниркою або гострим пошкодженням нирок та інструкцій щодо їхнього заповнення», який пройшов державну реєстрацію у Міністерстві юстиції України.

З 2010 року, відповідно ліцензії МОН України, ДУ «Інститут нефрології НАМН України» на базах відділів нефрології та діалізу, еферентних технологій та дитячої нефрології надає послуги у сфері підвищення кваліфікації лікарів-нефрологів з питань діалізної терапії, дитячої та інтенсивної нефрології.

Микола Олексійович Колесник
тел.: (044 455 93 77)

Імплементация положень вищезазначених документів, могли значно покращити якість та збільшити об'єм спеціалізованої допомоги хворим на ХХН, кількість яких зростає. Однак, на жаль, сьогодні можна констатувати лише часткову реалізацію складових Наказів МОЗ та НАМН України.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Робота присвячена вивченню основних показників діяльності системи нефрологічної допомоги населенню України протягом 2009-2012 років. Використані дані ф. 47 – «Звіт про мережу та діяльність медичних установ», ф. 12 «Звіт про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувального закладу», ф. 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу». Однак основна інформація, це дані «Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок» за 2009-2012 роки [1, 2], які видає ДУ «Інститут нефрології НАМН України». Завдяки співпраці з головними позаштатними спеціалістами зі спеціальності «нефрологія» департаментів охорони здоров'я облдержадміністрацій, м. м. Києва та Севастополя, які є регіональними координаторами Національного реєстру, якість останнього щорічно зростає. Більше того, у виданні 2013 року стало можливим презентувати новий розділ, присвячений гострому пошкодженню нирок (ГПН).

РЕЗУЛЬТАТИ. За останні чотири роки (2009 – 2012) кадровий потенціал нефрологічної служби не зазнав суттєвих змін. У 2012 р. в

Україні працювали 472 лікарі – нефрологи, що лише на 7,7% більше, ніж у 2009 р. Дещо, (на 7,4%) збільшилась кількість нефрологів, які надавали спеціалізовану допомогу дорослому населенню, тоді як дитячих фахівців, стало менше на 5%. Таким чином, 362 нефрологи надавали допомогу дорослому населенню, а 110 – дітям. Інакше кажучи, протягом останніх 4 років забезпеченість лікарями-нефрологами зроста на 11% і становить 10 на млн. населення проти 9 у 2009 р. Дещо зріс й професійний рівень лікарів. З вищою кваліфікаційною категорією у 2012 р. їх було 65% проти 61% у 2009 р. Разом з тим, відсоток атестованих від загальної кількості залишався незмінним (71%). Спостерігаються значні коливання рівню забезпеченості лікарями-нефрологами за адміністративними територіями: від 4 (Кіровоградська область) до 30 на млн. (Івано-Франківська). Цей показник залишився без суттєвих змін впродовж років вивчення у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Рівненській, Сумській, Харківській областях та АР Крим; величина показника перебувала в межах 4 – 8 на млн. Рис. 1 ілюструє нерівномірність забезпечення лікарями-нефрологами населення України. Варто підкреслити відсутність залежності між забезпеченістю лікарями-нефрологами та кількістю нефрологічних спеціалізованих ліжок за адміністративними територіями.

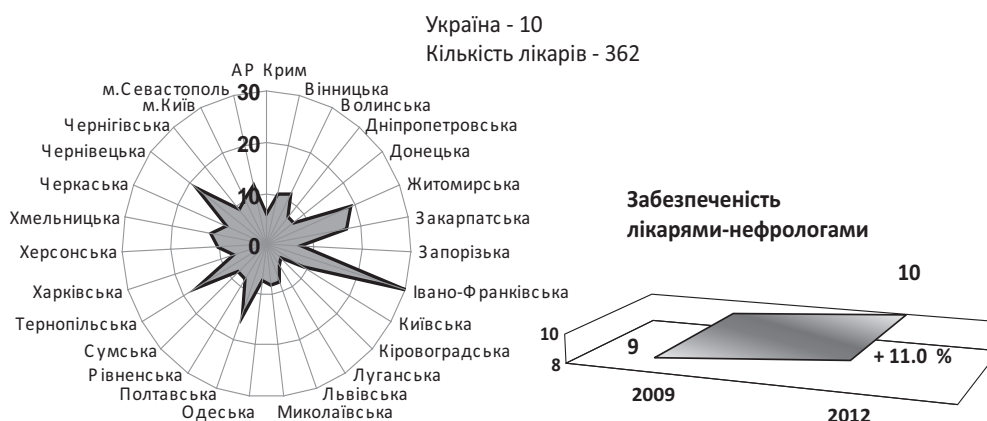


Рис. 1. Рівень забезпеченості лікарями-нефрологами дорослого населення України (на млн. населення).

Стационарна допомога хворим нефрологічного профілю у 2012 р. представлена 2567 ліжками, з яких 1594 (62%) для дорослого населення, 973 (38%) – для дитячого. Загалом за останні чотири роки кількість ліжок зменшилась на 6,5%. Інтенсивніше скорочується кількість ліжок для дорослих ніж для дітей, порів-

няно до 2009 р. на 8,5% та на 3% відповідно. На 8% меншою стала й забезпеченість дорослого населення нефрологічними ліжками. У 2012 р. показник становив 35 на млн. Міжрегіональні відмінності пояснити не беремося: від 10 на млн у Луганській області до 79 на млн у м. Севастополі (рис. 2).

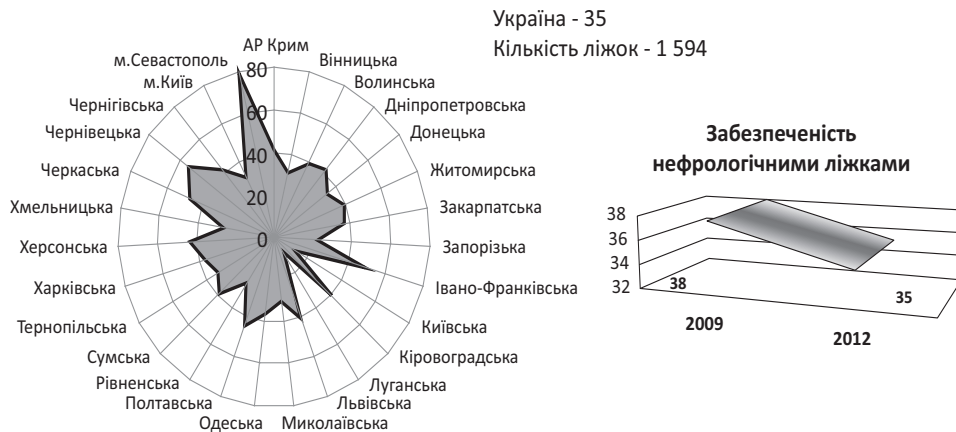


Рис. 2. Рівень забезпеченості нефрологічними ліжками дорослого населення України (на млн. населення).

Розподіл областей за рівнем забезпеченості ліжками практично не зазнав змін. Низьким він є у Вінницькій, Запорізькій, Київській, Луганській, Миколаївській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій областях та м. Києві. У Дніпропетровській, Івано-Франківській, Полтавській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях та м. Севастополі величина показника на 20 – 125% перевищує середнє його значення по країні.

Дані порівняльного аналізу свідчать про низький рівень забезпечення дорослого населення як лікарями-нефрологами, так і нефрологічними ліжками у Донецькій, Запорізькій, Київській, Луганській, Миколаївській, Рівненській областях. Найбільш сприятливою ситуацію слід вважати у 9 областях та м. Севастополі, у яких, кількість лікарів-нефрологів та ліжок є близькими чи перевищують середні показники (Волинська, Житомирська, Закарпатська, Івано-Франківська, Полтавська, Херсонська, Черкаська, Чернігівська, Чернівецька). Зайня-

тість штатних посад зменшилась з 93,6% у 2009 до 90,7% у 2012 році.

Оцінити забезпечення населення лікарями-нефрологами та нефрологічними ліжками, можна виходячи з потреби. Частково відповідь на це питання можна отримати за результатами моніторингу захворюваності та поширеності хвороб нирок. За даними «Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок» на 31.12.2012 р. в Україні було зареєстровано 490234 таких пацієнтів – 10785,6 на млн. У 2009 р. на обліку перебувало 401980 хворих – 8745,6 на млн. Наведені дані свідчать, що темп приросту за 4 роки склав 22% і суттєво випереджає цей показник у інших країнах [3, 4]. Загалом у 13 областях показник перебуває в межах 1151 – 2690 на млн. У 10 областях поширеність ХХН коливається від 1524 у Херсонській до 9878 – у Миколаївській, а у м. Києві вона становила лише 283 на млн. На рис. 3 продемонстровані міжрегіональні відмінності поширеності ХХН серед населення України (2012 р.).

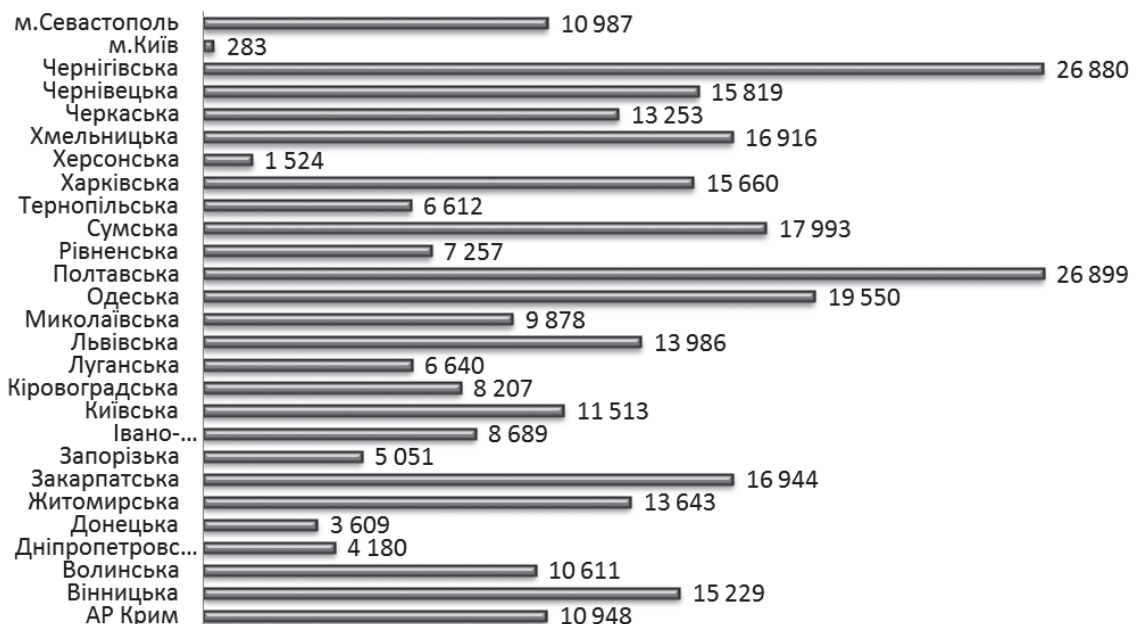


Рис. 3. Поширеність ХХН за адміністративними територіями (на млн. населення).

Разом з тим, кількість вперше виявлених хворих на ХХН зменшилась на 20% і у 2012 р. їх було 28587 пацієнтів – 629 на млн. населення, проти 34411 пацієнтів – 748,6 на млн.

у 2009 р. Вражає відмінність рівня захворюваності на ХХН від 16 (Луганська область) до 2618 (Закарпатська) (рис. 4).

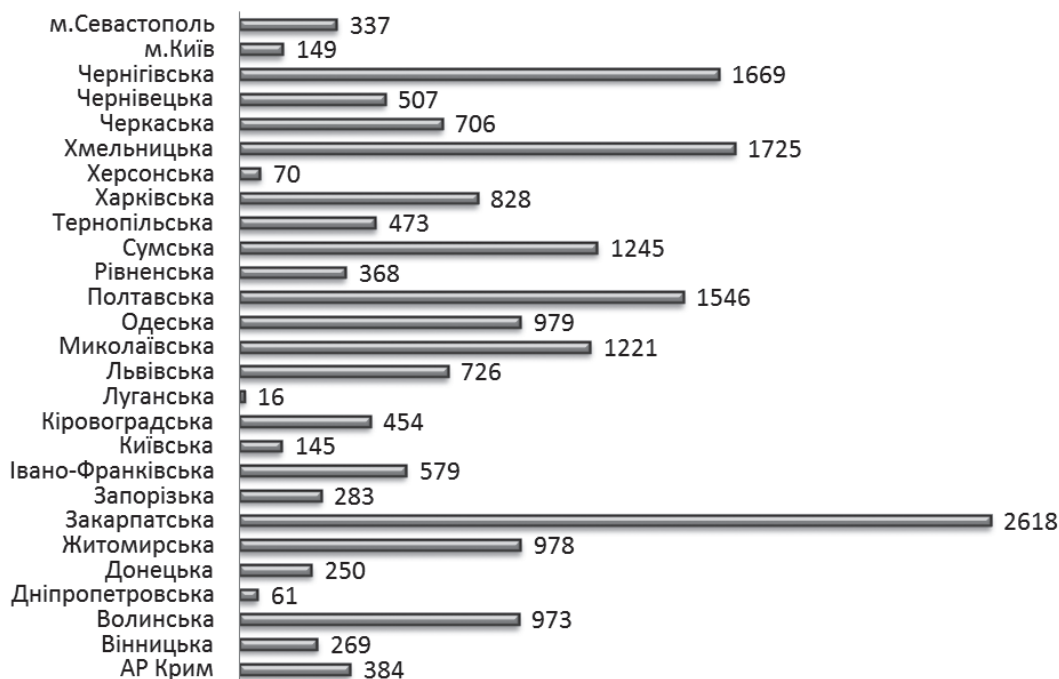


Рис. 4. Захворюваність ХХН (на млн. населення).

Порівняння поширеності свідчить, що лише дані 10 областей демонструють адекватне співвідношення як поширеності, так і захворюваності.

Розподіл хворих на ХХН за стадією серед усіх та уперше виявлених, близькі за роками спостереження, що показано на рис. 5 та 6. Переважає питома вага пацієнтів з I стадією (85% та 82,7%, 63% та 72,5% у 2009 р. та 2012 р. відповідно). Хворих на ХХН з III – V стадій було 4,9 і 5,5% та 6,8 і 11,7% серед усіх та уперше виявлених у 2009 та 2012 роках відповідно. Водночас, звертає на себе увагу зростання частки хворих з уперше встановленим діагнозом V стадії хвороби (з 2,6% до 5,6%), II - (на 56%) та III (на 61%) стадій. Тоді, як в I - відсоток таких випадків достовірно зменшився (на 13%). Найменший темп

приросту хворих уперше встановленою IV стадією (10%). За таких умов надзвичайно важливим залишається питання своєчасної діагностики ХХН на I-II стадії, а не III стадії яка невпинно прогресуватиме до V стадії з необхідністю застосування ниркової замісної терапії (НЗТ). Очевидно, що тільки зусиль нефрологів для цього замало. Покращити ситуацію можливо завдяки спільній координованій роботі лікарів загальної практики, ендокринологів, кардіологів, ревматологів, урологів, тощо. Адже саме до них найчастіше звертаються пацієнти, які мають високі ризики розвитку ХХН. Важливим є також обізнаність населення про причини виникнення та наслідки ХХН, що є запорукою своєчасного звернення до лікаря.

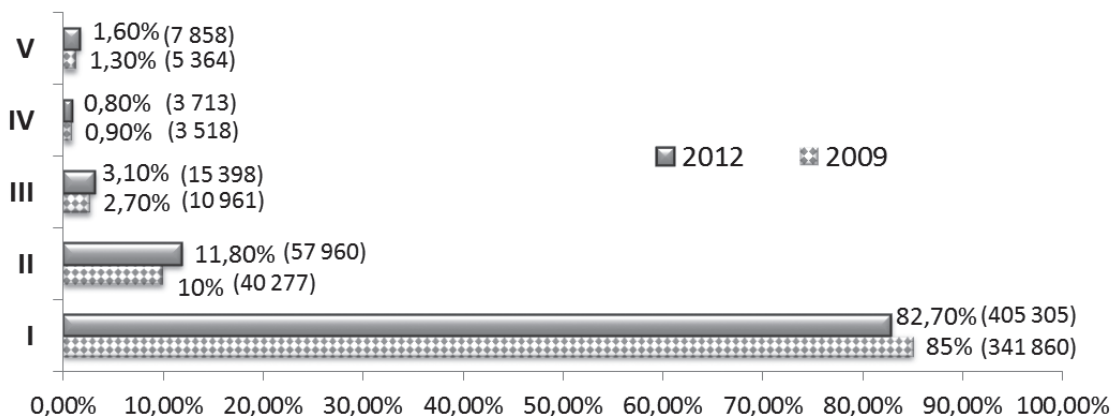


Рис. 5. Розподіл хворих на ХХН за стадіями (2009-2012 р.р.).

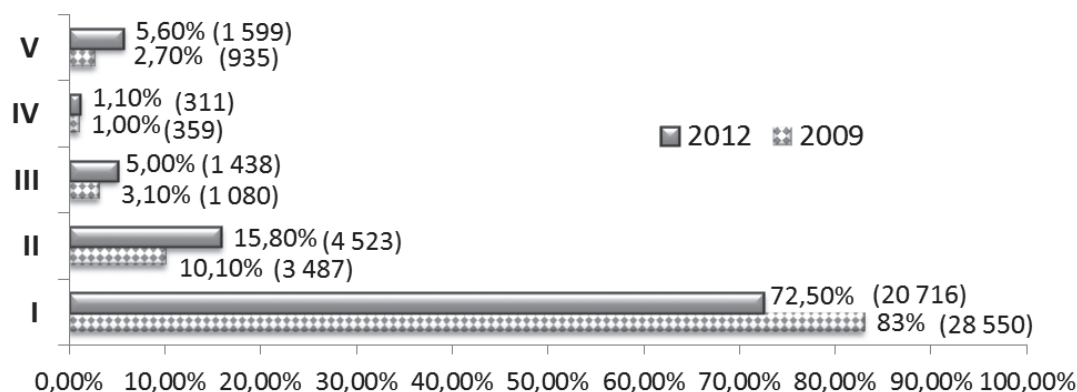


Рис. 6. Розподіл уперше виявлених хворих на ХХН за стадіями (2009-2012 р.р.).

У структурі причин ХХН впродовж років вивчення як серед усіх хворих, так й серед уперше встановленим діагнозом, превалювали хронічний пієлонефрит (ХПН), на долю якого у 2009 р.

та у 2012 р. припадало 66,1% та 55,4% відповідно, діабетична нефропатія (ДН) 11,8% та 17,5%, гіпертензивна нефропатія (ГН) – 8,25% та 9,8% відповідно (табл. 1).

Таблиця 1

Структура причин ХХН (2012 р.)

Причини ХХН	Усі хворі на ХХН	Серед уперше виявлених
Хронічний пієлонефрит	66,06%	55,37%
Діабетична нефропатія	11,8%	17,51%
Гіпертензивна нефропатія	8,25%	9,79%
Хронічний гломерулонефрит	6,85%	5,73%
Полікістоз нирок	1,54%	1,95%
Інші	5,49%	9,63%

Варто підкреслити міжрегіональні відмінності причин ХХН, за якими окремі області відрізняються від середньо державного розподілу. Наприклад, у 2012 р. у м. Києві та Луганській області основною причиною ХХН був хронічний гломерулонефрит (ХГН) (39% та 36% відповідно). ГН була другою причиною у Луганській, Львівській, Київській областях, тоді як у

АР Крим, Волинській, Донецькій, Кіровоградській, Херсонській, Чернігівській та м. Севастополі на її долю припадає менше 1,0%.

Важливими є результати аналізу структури причин стадій ХХН. Так, в Україні ХГН належить провідне місце серед причин I – V стадій ХХН (табл. 2).

Таблиця 2

Структура причин ХХН V стадії серед усіх хворих (2009-2012 р.р.)

Причини ХХН V стадії	2009	2012
Хронічний гломерулонефрит	49,38	46,55
Хронічний пієлонефрит	15,04	16,06
Діабетична нефропатія	14,21	13,73
Полікістоз нирок	9,15	9,40
Гіпертензивна нефропатія	3,43	4,11
Інші	7,14	9,88

Дещо інше співвідношення спостерігається при аналізі причин серед уперше виявлених хворих (табл. 3).

Таблиця 3

Структура причин ХХН V стадії, серед уперше виявлених

Причини ХХН V стадії, серед уперше виявлених	2009	2012
Хронічний гломерулонефрит	40,21	39,65
Діабетична нефропатія	20,96	19,51
Хронічний пієлонефрит	16,38	14,13
Полікістоз нирок	8,77	8,44
Гіпертензивна нефропатія	4,28	5,94
Інші	9,41	12,01

В контексті зазначеного інтерес представляють дані поширеності та захворюваності населення на хвороби, що найчастіше є причиною розвитку ХХН. Поширеність ХПН збільшилась на 3% і у 2012р. складала 16779 на млн., тоді як рівень захворюваності зменшився на 6% і становив 1401 на млн. Показник поширеності ХГН у 2012 р. складав 755 на млн. населення (28 283 хворих) і в порівнянні з 2009 р. – 780 на млн. (29 484 хворих) став меншим на 3,2 %. Захворюваність у 2012 році складає 380 на млн. населення (1 425 хворих), в порівнянні з 2009 р. – 430 на млн. населення (1 637 хворих) зменшилась на 11,7 %. Поширеність та захворюваність на ДН серед дорослого населення зменшилась у 2 рази та 1,7 рази відповідно і у 2012р. дорівнювала

15450 та 1741 на млн. відповідно. ГН спостерігалась на 1,6 та 1,3 рази рідше відповідно (195329 та 19235 на млн.)

На 31.12.2012 р. в Україні функціонувало 97 відділень нефрології та діалізу, що на 36,6% більше, ніж у 2009 р. Розпочали роботу 20 нових відділень: у Вінницькій (1), Волинській (2), Житомирській (2), Закарпатській (3), Івано-Франківській (3), Луганській (1), Львівській (1), Одеській (1), Харківській (1), Херсонській (1), Черкаській (2), Чернігівській (2). Проте, незважаючи на зростання кількості центрів нефрології та діалізу, практично половина адміністративних територій має лише 1-2 таких центри.

Забезпеченість населення України НЗТ в цілому та за окремими її видами подано у табл. 4.

Таблиця 4

Динаміка кількості хворих, що лікуються методом НЗТ

Методи НЗТ	2009	2012	Приріст (%)
Загальна кількість ГД хворих	3492	4952	+41,8
Кількість хворих, які уперше розпочали лікування ГД	634	918	+44,8
Загальна кількість ПД хворих	552	877	+58,9
Кількість хворих, які уперше розпочали лікування ПД	122	237	+94,3
Загальна кількість хворих з трансплантованою ниркою	592	840	+41,2
Кількість хворих з трансплантованою ниркою у звітному році	112	100	-10,7
Всього на НЗТ	4639	6669	+43,8
Всього на НЗТ, уперше у звітному році	868	1255	+44,6
Діалізні хворі, всього	4044	5829	+44,1
Діалізні хворі, всього уперше у звітному році	756	1155	+52,8

За чотири останні роки кількість хворих, які мали можливість лікуватись методами НЗТ зросла на 43,8% і у 2012 р. їх нараховувалось 6669 осіб. Ще більше стало тих, хто уперше розпочав лікування методами НЗТ, 1255 пацієнтів проти 868 у 2009 р. (приріст на 44,6%). При цьому

тільки кількість діалізних хворих збільшилась на 44,1% (у 2012 р. - 5829 проти 4044 у 2009 р.), а уперше розпочали отримувати діалізну терапію 1155 осіб, що в 1,5 рази перевищувало число таких хворих у 2009 р. (приріст - 52,8%). Звертає на себе увагу темп поширення перитонеального

діалізу (ПД). Кількість таких пацієнтів зросла на 59% (877 проти 552 у 2009 р.), при цьому у 2012 році уперше розпочали лікування методом ПД 237 хворих проти 122 у 2009 р. Встановлено, що темп приросту хворих, які лікувались гемодіалізом (ГД), в тому числі тих, хто уперше почав його отримувати менший за темп приросту при ПД пацієнтів. Чотири роки тому приріст становив 41,8%, а число уперше взятих на лікування - 918 проти 634, відповідно (приріст 44,8%). Рівень забезпечення населення України НЗТ у 2012 р. склав 147 на млн, що на 45,5% більше ніж у 2009 році. Однак залишилась нерівномірність забезпечення НЗТ за адміністративними територіями. Так у АР Крим та Дніпропетровській, Донецькій, Київській, Кіровоградській, Луганській, Сумській, Херсонській, Чернівецькій областях цей показник на 10-50% менший, ніж в цілому по країні впродовж усіх років вивчення. Загалом рівень забезпеченості складає 71 на млн. у Луганській області до 278 у Івано-Франківській.

На 31.12.2012 р. у 97 відділеннях нефрології та діалізу функціонувало 866 ГД-машин, що на 21,25% більше, ніж у 2009 році. Забезпеченість ними по Україні становила 21 на млн. населення проти 1,5 чотири роки назад (приріст 40%); величина показника коливалась від 7 у Луганській до 44 у Одеській області. Забезпеченість апаратами адміністративних територій України представлена на рис. 7.

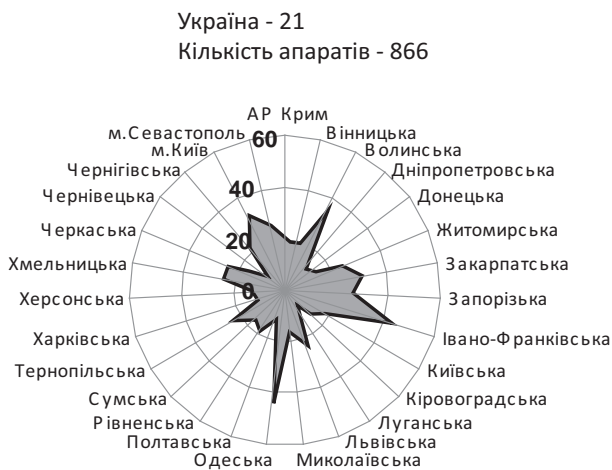


Рис. 7. Рівень забезпеченості апаратами для гемодіалізу населення України (2012р.).

Варто виділити 8 областей, де величина показника менше 15 (Дніпропетровська, Донецька, Кіровоградська, Луганська, Полтавська, Харківська, Херсонська, Чернівецька). У середньому на одному апараті було здійснено 645,9 гемодіалізів (у 2009 р. - 673,4). Інтенсивність використання діалітичних апаратів має значні регіональні відмінності. Неадекватно вони експлуатувались у АР Крим (543,2) та у Донецькій - 540,8; Закарпатській - 556,6; Одеській - 301,2; Черкаській - 443,7; Чернігівській - 491,0 областях та у містах Києві (551,3) і Севастополі (550,3). При тому, що у За-

карпатській, Черкаській, Чернігівській областях та у м. Києві кількість апаратів збільшилась у 3, 3, 2 та 5 разів відповідно. Інтенсивно використовуються ГД-машини у Запорізькій (948,7), Луганській (983,7) та Харківській (935,9) областях.

У 2012 році методом ГД лікувались 4952 пацієнти. Рівень забезпечення цим видом допомоги становив 109 на млн. населення, що на 43,4% більше, ніж у 2009 році. На рис. 8 продемонстрована варіабельність забезпечення лікування методом ГД; показник коливався від 49 у Луганській області до 246 на млн - у Івано-Франківській області.

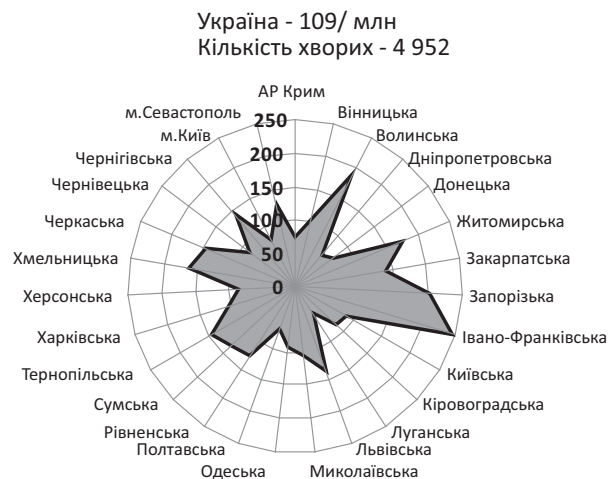


Рис. 8. Лікування методом ГД (на млн. населення) 2012 р.

Серед ГД-хворих переважають особи працездатного віку: 18-44 роки - 37,4%; 45-64 - 52,3%; старших за 64 р. - 9,6%, а 0-17 р. - 0,9%. Розподіл за віком хворих, які уперше почали лікуватись ГД подібний.

Незмінним залишається відсоток хворих які лікувались методом ГД за його тривалістю протягом тижня 14,3% < 12 та 85,7% ≥ 12 годин відповідно.

При такому, на перший погляд, відносно задовільному співвідношенні, тривогу викликають результати вивчення показника по областях. Адекватну тривалість лікування мають 39,9% пацієнтів у Донецькій, 28,7% у Житомирській, 31,4% у Київській, 45,7% у Харківській, 32,5% у Хмельницькій областях та 24,2% у м. Києві. У той же час у Вінницькій, Дніпропетровській, Івано-Франківській областях, експлуатуються 25, 29, 63 ГД-апарати і лікується 166, 204, 339 пацієнтів відповідно, а відсоток хворих з тривалістю ГД терапії < 12 годин становив тільки у 4,2%, 3,9%, 3,8% відповідно.

Що стосується тривалості лікування ГД, то за період вивчення достовірно зросла питома вага пацієнтів, які отримували зазначену терапію протягом 6 - 10 років (з 19,8 ± 0,7% у 2009 р. до 21,3 ± 0,6% у 2012 р.), 11 - 15 років (з 3,2% до 6,85 відповідно), та 16 - 20 років (0,4% до 0,9% відповідно) (табл. 5).

Таблиця 5

Тривалість лікування методом ГД (%)

Тривалість лікування методом ГД	2009	2012
<90 днів	3,2	5,1
>90 днів	14,9	13,0
1-3 р.	41,7	37,5
4-5 р.	16,8	15,2
6-10 р.	19,8	21,3
11-15 р.	3,2	6,8
16-20 р.	0,4	0,9
понад 20 р.	0,1	0,1

У 2012 р. ПД використовувався в усіх областях України, за винятком Кіровоградської та Чернівецької областей. Його питома вага у структурі НЗТ становила 13,2% і 15,0% – у структурі діалітичної терапії. Усього ПД отримувало 887 хворих, що на 59% більше, ніж у 2009 р.. Підкреслимо ще раз, що темп приросту кількості ПД хворих випереджає такий уразі ГД. Найбільш виразна різниця приросту серед хворих, які вперше розпочали лікування діалізом: при ПД показник – 94,3%, при ГД – 44,8%. В розрахунку на млн. населення рівень забезпечення ПД у 2012 р. 19 і він перевищує показник 2009 р. на 58,3%. Простежені його суттєві коливання: від 1 на млн. у Донецькій до 45 на млн. у м. Києві (рис. 9).

ській - 4, Тернопільській - 9, Черкаській - 8 та м. Севастополі (6). 89% хворих були працездатного віку. Уперше розпочали лікування 237 осіб у 20 областях та м. Києві. Найбільше хворих розпочали лікування ПД у м. Києві (63), по 12 - 18 хворих у Вінницькій, Житомирській, Луганській, Львівській, Миколаївській, Полтавській, Харківській, Хмельницькій областях. Жодного «нового» хворого не було у Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Кіровоградській, Чернівецькій областях та м. Севастополі. Розподіл пацієнтів за віком має особливості. Порівняно з 2009 р. у чотири рази серед пацієнтів, що уперше розпочали ПД, стало більше хворих старших за 64 роки - 13,9% проти 3,3%. Завдяки накопиченому досвіду суттєво змінилась тривалість лікування хворих методом ПД (табл. 6).

Україна - 19 / млн
Кількість хворих - 877



Рис. 9. Забезпеченість ПД (2012 р.) за адміністративними територіями.

За кількістю ПД-хворих виділяються АР Крим (66 хворих), Вінницька (45), Дніпропетровська (67), Львівська (61), Одеська (79), Полтавська (59), Харківська (79), Житомирська (37), Миколаївська (32), Хмельницька (35). До 10 пацієнтів лікувались методом ПД. У Волинській - 3, Донецькій - 6, Запорізькій - 9, Рівнен-

Таблиця 6

Тривалість лікування методом ПД (%)

Тривалість лікування методом ПД	2009	2012
<90 днів	8,5	8,9
>90 днів	13,6	17,1
1-3 р.	62,3	45,8
4-5 р.	9,8	17,2
6-10 р.	5,1	9,8
11-15 р.	0,5	0,8
16-20 р.	0	0,2
понад 20 р.	0,2	0,1

Впродовж чотирьох останніх років у 1,8 та 2 рази збільшилась питома вага хворих, що лікувались методом ПД 4-5 та 6-10 років, відповідно, а саме в 2012 р. - 17,2% проти 9,8% у 2009 р. та 9,8% проти 5,1% відповідно. Проте, досі більшість пацієнтів (45,8%) отримують лікування протягом 3 років. Усього таких пацієнтів

було 166. При цьому частота зміни ГД на ПД зросла на 8% (1,2% у 2009 р. і 1,3% - у 2012 р.), а ПД на ГД - на 15,5% (10,3% та 11,9% відповідно). Основна причина зміни ПД на ГД (51,2%) - належить ускладненням з боку черевної порожнини, а ГД на ПД пов'язана з судинним доступом (15,7%).

У 2012 році в Україні зареєстровано 840 пацієнтів із функціонуючим нирковим трансплантатом. В структурі НЗТ їх доля становила 12,6%. Чотири роки назад їх було 595, тобто на 41,2% менше, що складало 12,8% серед хворих, які лікувались НЗТ. Найбільше було осіб у віці 18 - 44 років - 67,1%. Разом з тим, у 3,6 рази зросла частка осіб, старших 64 років та в 1,4 рази - 0 - 17 років. В основному пацієнти зосереджені у Дніпропетровській (103), Донецькій (98), Запорізькій (77), Львівській (75), Одеській (68), Харківській (54) областях та у м. Києві (46). У 2012 році виконано 100 трансплантацій нирок, у 2009 - 112. На тлі переважання хворих у віці 18 - 64 р. (90%), звертає увагу факт, що у 2,5 рази зросла кількість трансплантацій серед дітей (з 3,6% у 2009 р. до 9,0% у 2012 р.). Трансплантат від живого донора отримали 487 хворих (58,0%); 353 (42,0%) - була трансплантована трупна нирка. Простеженні позитивні зміни в розподілі хворих за тривалістю життя (табл. 7).

Таблиця 7

Тривалість функціонування трансплантату (%)

Тривалість функціонування трансплантату	2009	2012
1-3 р.	40,8	25,5
4-5 р.	11,9	22,4
6-10 р.	20,5	22,6
11-15 р.	11,9	12,1
16-20 р.	2,5	4,6
понад 20 р.	0,8	1,0

Звертає на себе увагу зростання (на 58,6%) кількості хворих, які втратили трансплантат (46 - у 2012 р. проти 29 - у 2009 р.). Серед причин на першому місці було хронічне відторгнення (41,3% проти 27,6% у 2009 р.), простежена тенденція до зменшення у їх структурі інфекційних ускладнень.

Проблема ускладнень у хворих, які отримують НЗТ займає особливе місце в аспекті впливу на кінцевий результат. Тому, важливими є дані щодо інфікованості хворих вірусом В, С або імунодефіциту залежно від типу НЗТ. Виявилось, що найбільша питома вага таких випадків серед хворих на ГД (763 - 15,4%), у 5,3 рази менше їх було серед пацієнтів із трансплантованою ниркою (24 - 2,9%), і лише 1,7% - у ПД-хворих. Встановлено, що у ГД-хворих

та після ТН переважає інфікованість вірусом В, тоді, як у ПД-хворих - вірусом С. Додамо, що у 5 областях вона була у кожного третього хворого (Вінницькій, Закарпатській, Черкаській, Чернігівській, Харківській). Протягом року частка інфікованих стала значно менша, на ГД (1,3%, проти 0,2% у 2009 р.). Високий показник інфікованості НЗТ-хворих є у Закарпатській, Запорізькій, Чернігівській, Черкаській, Житомирській областях.

Тривалість лікування методом ПД, значною мірою, залежить від частоти ПД, асоційованої інфекції та наслідків її лікування. За період вивчення їх відсоток зменшився з 20% до 9,0%. В структурі ускладнень переважає перитоніт: у 102 (92,7%) із 110 хворих у 2009 р. і у 68 із 80 (85%) - у 2012 р.. Інфекція місця виходу катетера була у 4,5% (у 5 із 110) та 13,8% (у 11 із 80) у 2009 та 2012 роках відповідно. Туфельна інфекція - значно рідше: у 2,7% (у 3 із 110) та 1,3% (у 1 із 80) відповідно. Найвища частота перитоніту спостерігалась у АР Крим, Вінницькій, Житомирській, Закарпатській, Одеській, Чернігівській областях. Продовжили лікування методом ПД 86,3% хворих, тоді, як у 2009 р. 61,8%. Крім того, асоційована інфекція стала причиною смерті 2,5% хворих у 2012 р., що втричі менше порівняно з 2009 р., коли показник становив 7,3%.

Як відомо, одним із критеріїв оцінки результативності лікування є показник смертності. У 2012 р. серед 4952 хворих, що отримували ГД, померло 473 - 9,6%, дещо більшою величиною показника була у тих, хто розпочав лікування уперше в звітному році (10,8%), За рівнем смертності виділяються 10 областей: Донецька - 12,8%, Житомирська - 15,2%, Львівська - 12,4%, Полтавська - 16,2%, Рівненська - 12,7%, Харківська - 16,4%, Херсонська - 15,4%, Хмельницька - 14,2%, Чернівецька - 17,1%, Чернігівська - 12,0%. Відмітимо, що за чотири роки рівень смертності не зазнав суттєвих змін. У 2009 р. він становив 9% та серед уперше взятих на лікування - 10,9%.

З 877 хворих, які лікувались методом ПД у 2012 р. померло 70, що складало 8%. Проте, серед тих, хто розпочав лікування уперше, смертність зменшилась удвічі (з 6,6% у 2009 до 3,4% 2012 рр.). У 5 областях (Волинській, Дніпропетровській, Запорізькій, Кіровоградській, Чернівецькій) та м. Севастополі не було жодного випадку смерті.

Із 840 хворих з функціонуючим трансплантатом у 2012 р. померло 14 осіб (1,7%), що на 43,3% менше, ніж чотири роки тому. Смертність коливалась від 1,0% до 10%. Порівняльний аналіз представлених даних свідчить, що найменші показники смертності спостерігається у пацієнтів з трансплантованою ниркою, найбільші у ГД-хворих (табл. 8).

Таблиця 8

Смертність пацієнтів (%)

Тривалість лікування	ГД		ПД		ТН	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012
<90 днів	10,54	13,95	6,67	4,3	16,67	0
>90 – 1р.	20,45	19,03	17,78	11,43	11,11	7,14
1-3 р.	37,7	29,81	55,56	51,43	33,33	21,43
4-5 р.	13,74	16,91	8,89	24,29	5,56	28,87
6-10 р.	13,74	14,59	11,11	7,14	22,22	0
11-15 р.	3,51	4,65	0	0	11,11	28,57
16-20 р.	0,32	1,06	0	0	0	7,14
понад 20 р.	0	0	0	1,43	0	7,14

Серед пацієнтів з ТН практично кожен третій помирає на 11 – 15 рік після пересадки нирки, а 14,3% ще пізніше. Тобто, пацієнти з ТН живуть довше, ніж ті, що лікуються ГД чи ПД. Причини смерті у НЗТ-хворих однакові; від серцево-судинних захворювань помирають 64,2%, 63% ГД та ПД-хворих; тоді, як після ТН тільки 21,4% і такий же відсоток приходиться на цереброваскулярні хвороби.

У 2012 р. гостре пошкодження нирок діагностовано лише у 325 осіб, що становило 7 випадків у розрахунку на млн населення. Зареєстровано хворих у АР Крим 36, у Львівській – 41, Рівненській – 28, Чернівецькій – 27, Тернопільській – 25, Івано-Франківській – 24, Вінницькій – 23, Миколаївській – 18, Закарпатській – 14, Кіровоградській – 13. У більшості хворих діагностували ІІІ стадію ГПН – 44,6±2,7%, практично однаковий відсоток в структурі розподілу за стадіями приходився на І та ІІ стадії - 28,9±2,5% та 26,5±2,5% відповідно. Варто наголосити, що кількість хворих у ІІІ стадії становила 100% у АР Крим, у Волинській – 50%, Запорізькій – 50%, Івано-Франківській – 62%, Тернопільській – 68%, Чернігівській – 72%, Житомирській – 80%, Миколаївській та Херсонській по 83,3%, Закарпатській – 100%). Основною причиною розвитку ГПН був гострий інтерстиціальний нефрит (24,3%). Відсоток ГПН унаслідок інтерстиціального нефриту складав 34,8% у Вінницькій, 44,4% - Чернівецькій, 46,4% - Львівській, 54,5% - Чернігівській та 60,7% - Волинській областях. Окрім вищезгаданих, причинами ГПН були: гіповолемія 9,5%, швидкопрогресуючий гломерулонефрит 8%, кардіоренальний синдром 6,5%, гепаторенальний синдром 6,2%, обструкція сечових шляхів 4,9%. Однак, у 21% хворих причину ГПН не встановлено.

Серед 325 хворих на ГПН 150 (46,2%) отримували різні варіанти діалітичної НЗТ (ДНЗТ). Переважно застосовувались інтермітуючі ДНЗТ – 143 хворих (93,3%). Лише для лікування 4 та 3 пацієнтів використовували тривалу або гібридну ДНЗТ відповідно. ПАПД застосували для лікування 8 хворих (5,3%). Повного відновлен-

ня функції нирок досягли у 130 із 325 пацієнтів (40,0%). Часткове відновлення було у 128 із 325 пацієнтів (39,4%). Одинадцять хворих (3,4%) залишились діаліз залежними, померло 49 осіб (15%). Однак, у разі лікування методами ДНЗТ повне відновлення функції нирок досягнуто у 31,3% (у 47 із 150), часткове у 40%, померло 19,3% хворих (29).

Таким чином, за чотири роки відбулися деякі позитивні зміни в організації надання спеціалізованої допомоги хворим нефрологічного профілю, однак, на жаль, відставання за величиною основних параметрів які визначають якість діагностики та доступність лікування від інших у Європі залишилось більше ніж значним (табл. 9).

Таблиця 9

Величина основних параметрів медико-профілактичної допомоги хворим нефрологічного профілю (на млн. населення)

Назва показника	Європа ++	Україна+
Кількість лікарів-нефрологів	48	10
Кількість ліжок	47	35
Кількість центрів (відділень)	16,4	2
Кількість біопсій нирки	120	невідомо
Розповсюдженість ХХН	85 000	11 000
Розповсюдженість НЗТ	741	147
НЗТ уперше протягом року	123	28
Основні причини ХХН: ДН	28	11,8
ГН	22,8	8,3
ХГН	14,5	6,85
Частота ГПН	300	7,1

Примітки: + – станом на 31.12.2012 року;
++ – NDT(2008) 23:1323-1329;
NDT Plus (2010) 3:28-36;
Clin Kidney J (2013) 6:105-115.

Важливим досягненням останніх років є удосконалення нормативно-правової бази, через прийняття наказу №84/608 від 22.09.2011 р. НАМН та МОЗ України, яким передбачена оптимізована структура організації поетапної медичної допомоги хворим нефрологічного профілю (рис. 10).

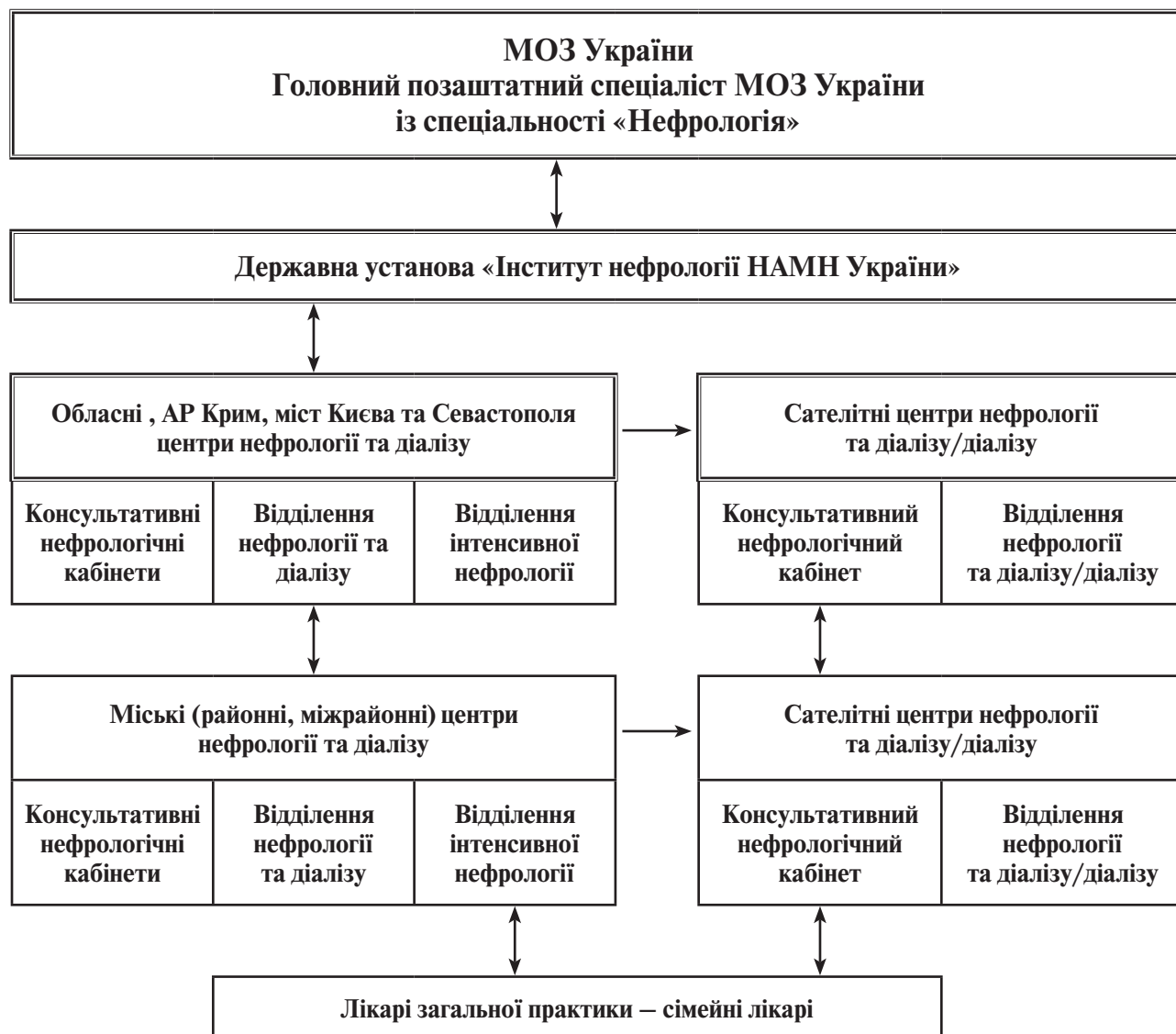


Рис. 10. Структура поетапної медичної допомоги хворим нефрологічного профілю.

Реалії сьогодення вимагають найскорішого її впровадження для забезпечення якісної доступної нефрологічної допомоги населенню України. Зазначене є однією із найголовніших стратегічних орієнтирів, що стоять перед нами.

ВИСНОВКИ. Для покращення ситуації необхідно виконати наступні кроки:

1. Створити правові підстави адекватного штатного наповнення усіх рівнів надання медико-профілактичної допомоги хворим нефрологічного профілю.
2. Привести структуру надання нефрологічної допомоги у відповідність до існуючих нормативно-правових актів.
3. Забезпечити можливість виконання функцій центрами нефрології та діалізу, регламентованих наказом від 22.09.2011 р. № 84/608.
4. Створити та забезпечити функціонування стабільного механізму диверсифікації фінансування НЗТ між регіональними та державним бюджетом.
5. Через створення регіональних міждисциплінарних команд (нефролог, ендокринолог, кардіолог, терапевт і т.д. – склад команди визначається завданням, яке вона має вирішити) провести скринінг ХХН (хворі на ЦД, з гіпертензією, після перенесеного ГПН).
6. Створити клінічні настанови з діагностики, профілактики та лікування ХХН.
7. Забезпечити контроль виконання створених медико-технологічних документів та усунення встановлених недоліків

ЛІТЕРАТУРА:

1. Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок : 2009 рік / уклад. Н. О. Сайдакова, Г. С. Владзієвська, Н. І. Козлюк, Є. С. Самусева ; Національна академія медичних наук України, Міністерство охорони здоров'я України, Державна установа „Інститут нефрології АМН України” ; гол. ред. М. О. Колесник. – К., 2009. – 89 с.
2. Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок : 2012 рік / уклад. Н. І. Козлюк, С. С. Ніколаєнко, М. В. Кулизький ; Державна установа „Інститут нефрології НАМН України” ; гол. ред. М. О. Колесник. – К., 2013. – 158 с.
3. Распространённость хронической болезни почек по данным регистра центра болезней почек и диализа городской клинической больницы №40 Екатеринбурга / А. В. Назаров и др. // Нефрология. – 2012. – №2 (38). – С. 88-92.
4. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2007 гг.: (Аналитический отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии) / Б. Т. Бикват, Н. А. Томилина // Нефрология и диализ. – 2009. – Т. 11 № (3). – С. 144-233.

Надійшла до редакції 29.07.2013

Прийнята до друку 01.08.2013

© Кондаков І.І., Топчій І.І., Кірієнко О.М., 2013

УДК 615.361.013.85.014.41:616.61-002-092.9

І.І. КОНДАКОВ¹, І.І. ТОПЧІЙ², О.М. КІРІЄНКО²

ВПЛИВ ГЛІЦЕРОЛУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНО-МОРФОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ НИРОК ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ГОСТРОЇ ТА ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ЩУРІВ

I.I. KONDAKOV, I.I. TOPCHII, O.M. KIRIENKO

INFLUENCE OF GLICEROL ON FUNCTIONAL-MORPHOLOGICAL INDICATORS OF KIDNEYS AT MODELLING RENAL INSUFFICIENCY IN RATS

ДУ «Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України»¹

ДУ «Інститут терапії ім. Л.Т.Малой НАМН України»²

SI «Institute for Problems of Cryobiology and Cryomedicine NAS of Ukraine» 1

SI «Institute of therapy behalf of L. T. Malaya NAMS of Ukraine» 2

Ключевые слова: модель острого повреждение почек, глицерол, хроническая болезнь почек, показатели функции почек, морфометрические характеристики почек крыс.

Keywords: model of acute kidney insufficiency, indexes of the functional state of kidneys, morphometric description, glycerol.

Резюме. Известно, что после острого повреждения почек имеется риск развития хронической болезни почек и высокой смертности от ее осложнений.

Материал и методы. Исследование проведено на 40 беспородных крысах при моделировании острого повреждения почек, вызванного токсическими дозами глицерола. Для гистохимического исследования препарат почек заливали в парафин, срезы тканей окрашивали гематоксилин-эозином; ультратонкие препараты анализировали в электронном микроскопе ПЕМ-125К.

Результаты и обсуждение. Введение глицерола приводит к дистрофическим и некротическим изменениям в канальцевом аппарате почек и увеличению метрических параметров клубочков. На стадии хронической почечной недостаточности наблюдается уменьшение размеров клубочков, их очаговая гибель и нефросклероз.

Выводы. При моделировании почечной патологии путем введения 50% глицерола нарушение функции почек носит стадийный характер с вероятным развитием хронической болезни почек через 8 недель.

Summary. It is known, that after acute damage of kidney there is a risk of development of chronic kidney disease and death rate from its complications.

Material and methods. Research are spent on 40 not purebred rats at modelling of acute damage of the kidneys caused by toxic doses of glycerol. To evaluate histopathological changes, we used cuts of fabrics painted gematoksilin-eozinom. Ultrathin preparations analyzed in electronic microscope PEM-125K.

Results. Administration of glycerol leads to to uremia with dystrophic changes in tubular device and glomerular hypertrophy. At a stage of chronic renal insufficiency reduction of the glomerular sizes, tubulointerstitial fibrosis and glomerulosclerosis is observed.

Conclusion. At modelling of a nephritic pathology by introduction of 50 % glycerol infringement of function of kidneys has phasic character with probable development of chronic kidney disease in 8 weeks.

Топчій Іван Іванович
itopchiy@yandex.ua