

Гусейнов Х.М., Мамбетов М.А., Бабаев Ф.Г.

АЗЕРБАЙЖАНДА НЕФРОЛОГИЯ КЫЗМАТЫН ОПТИМАЛДАШТЫРУУ

Гусейнов Х.М., Мамбетов М.А., Бабаев Ф.Г.

ОПТИМИЗАЦИЯ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Kh.M. Guseinov, M.A. Mambetov, F.G. Babaev

NEFROLOGICAL OPTIMIZATION SERVICE IN AZERBAIJAN

УДК:614.2:616.61-78

Бул макалада Азербайжанда нефрология кызматынын структурасын иликтеп, бөйрөктүн өнөкөт начарлашынын негизинде ордун басуучу терапияга муктаж оорулуулардын санын аныктоо, бирдиктүү нефрология жана диализ кызматын түзүү (амбулаториялык-поликлиникалык түзүм, стационарлар: өнөкөт гемодиализ, органдарды алмаштыруу жана нефрология бөлүмдөрү) бөйрөктүн өнөкөт начарлашынын регистри уюштуруу чагылдырылган.

Негизги сөздөр: бөйрөктүн өнөкөт начарлашы, диализ, нефрология кызматы, бөйрөктүн өнөкөт начарлашынын регистри.

В данной работе проанализирована структура нефрологической службы в Азербайджане, обеспеченность больных в заместительной почечной терапии, обосновано создание единой службы нефрологии и диализа, которая объединяет амбулаторно-поликлиническое звено, стационары (нефрологические отделения и отделения трансплантации и хронического гемодиализа), а также регистр хронической почечной недостаточности.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, диализ, нефрологическая служба, регистр ХПН.

In this paper we analyzed the nephrology service structure in Azerbaijan, availability of patients in renal replacement therapy, justified the creation of a single service of Nephrology and Dialysis, which combines outpatient care, hospitals (nephrology and transplant unit and chronic hemodialysis), and the Register of chronic renal failure.

Key words: chronic renal failure, dialysis, nephrology service, register CRF.

Актуальность исследования. За последние 5 лет уровень первичной заболеваемости в стране вырос на 9,0%, а общей заболеваемости населения на 15,0%. Рост показателей заболеваемости наблюдается практически по всем классам болезней (Гамидов И.М., 2003; Бабаев Ф.Г., 2013).

Заболевания мочеполовой системы сохраняют те же тенденции, и они обуславливают рост инвалидизации и смертности больных, причем в значительной мере в трудоспособном возрасте. По данным государственной статистики, эти заболевания составляют до 12,0% от общего числа заболеваний и при этом до 95,0% инвалидов с данной патологией – люди трудоспособного возраста (Зиборова И.В., Лопаткин Н.А., Сивков А.В., 1999; Джавад-заде М.Д., Гамидов И.М., Бабаев Ф.Г., 2004). Высокие показатели заболеваемости и первичной инвалидизации – это и, соответственно, значительные экономические потери, обуславливающие необходимость

пристального внимания к данной группе больных (Джавад-заде М.Д. и соавт. 2007; Бабаев Ф.Г., Гусейнов Х.М., 2016).

В структуре общей заболеваемости мочеполовой сферы сохраняется тенденция к ранней хронизации заболеваний, значительный рост сочетанных и комбинированных заболеваний, что весьма осложняет оказание медицинской помощи (Ruggenti P., Schieppati A., Remuzzi G., 2001).

Высока доля и больных с почечной недостаточностью – заболеванием, представляющим непосредственную угрозу жизни больного и требующим на лечение средств в пересчете на одного больного значительно больше, чем на лечение больного с несложненной почечной недостаточностью патологией.

Одним из наиболее распространенных видов патологии мочеполовой системы является хроническая почечная недостаточность. В терминальной ее стадии больные нуждаются в заместительной почечной терапии (ЗПТ), до 90,0% которой составляет гемодиализ (Томилина Н.А., 2010).

Проблема обеспеченности населения заместительной почечной терапией является одной из ключевых в современной системе здравоохранения. От ее решения зависит качество оказания медицинской помощи в целом. В деятельности отечественной службы заместительной почечной терапии в последние годы прослеживаются положительные тенденции, однако этих изменений явно недостаточно для адекватного покрытия потребности населения.

Рост гемодиализной помощи значительно отстает от роста потребности населения в заместительной почечной терапии. Основными причинами этого являются как недофинансирование службы заместительной почечной терапии в общегосударственном масштабе, так и нерациональное расходование выделяемых средств вследствие отсутствия единой программы по расчету стоимости конкретных видов заместительной почечной терапии и, в том числе, гемодиализной помощи (Бикбов Б.Т., Томилина Н.А., 2007; Бабаев Ф.Г., 2007).

За последние годы, несмотря на увеличение числа гемодиализных мест, обеспеченность населения заместительной почечной терапией улучшилась незначительно. Общий рост заболеваемости населения и, следовательно, рост числа людей с заболеваниями почек ведет к увеличению количества пациентов с терминальной стадией хронической почечной

недостаточности (ХПН), требующих заместительной почечной терапии (Волков А.Г., 1999).

Реальная обеспеченность таким лечением, по данным Министерства здравоохранения Азербайджана (2011), составляет 196 / 1 млн. чел., а среднемировой показатель обеспеченности населения диализом составляет 175/1 млн. чел. Одновременно указывается на ежегодный прирост нуждающихся в заместительном лечении на 7,0-9,0%.

Всё это свидетельствует об актуальности научного исследования проблемы диализной помощи населению, необходимость такого подхода продиктована социально-экономическими особенностями республики, медико-демографическими показателями, в том числе сложившимся уровнем распространённости болезней.

Цель исследования. Провести анализ структуры нефрологической и диализных служб в республике и разработка мероприятий по её оптимизации.

Материалы и методы исследования.

Исследование проведено на базе Республиканской клинической урологической больницы имени академика М.Д. Джавад-заде с 2003 по 2014 годы.

В работе использованы: социально-гигиенические, статистические, контент-анализ, аналитические методы исследования.

Результаты и обсуждение.

После принятия Государственной Программы «Хроническая почечная недостаточность в Азербайджанской Республике» с 2006 года ведется регистр больных, получающих заместительную почечную терапию. Он был создан на основании Постановления Кабинета Министров Азербайджанской Республики от 19 июля 2006 года №179 и соответственно приказа Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики.

Пациенты с заболеваниями почек нуждаются в постоянном врачебном контроле. Большинству из них проводятся многомесячные курсы лечения, что предполагает длительное пребывание пациента на больничной койке или диспансерное наблюдение у нефролога поликлиники. В этих условиях необходимость осуществления преемственности в оказании помощи пациентам с заболеваниями почек является крайне актуальной.

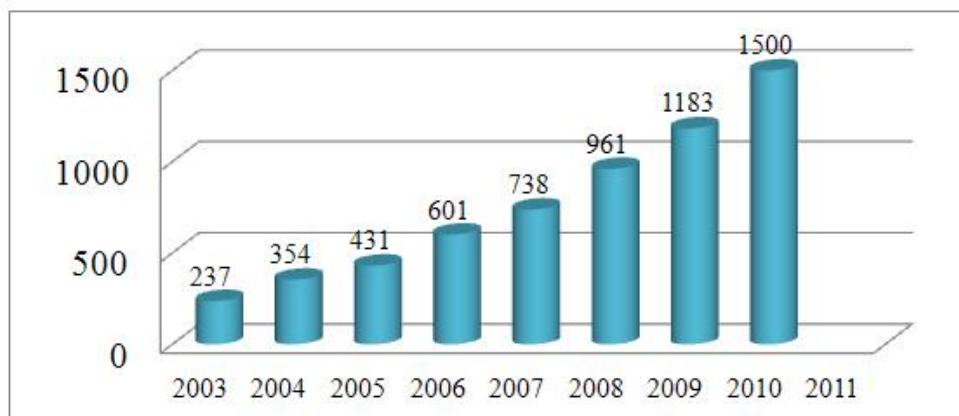


Рис. 1. Уровень роста количества больных на диализе в Азербайджане с 2003 по 2011 годы.

До 2003 года, т.е. до создания единой нефрологической службы в Азербайджане, основная масса пациентов с заболеваниями почек наблюдалась у участкового терапевта по месту жительства. Первичная диагностика почечной патологии осуществлялась на поликлиническом уровне. Количество больных получающих диализ увеличилось за 9 лет более чем в 6 раз (рис. 1).

Решение о госпитализации в нефрологическое отделение или в отделение хронического гемодиализа принимал терапевт. Поступление на гемодиализ носило экстренный характер, что снижало качество лечения и не позволяло определять потребность в заместительной почечной терапии. Кроме того, наличие малого количества аппаратов «искусственная почка» резко ограничивало возможности удовлетворения потребности даже в экстренной помощи данной категории больных. Поступление новых пациентов было возможно только после смерти диа-

лизных больных в виду отсутствия трансплантации почки. Информация о пациенте на поликлиническом этапе хранилась в амбулаторной карте, а после выписки из стационара - в медицинской карте стационарного больного (истории болезни). Не существовало преемственности передачи информации. Отчеты лечебно-профилактических учреждений не содержали данных о количестве пациентов ХПН, т.к. снижение функции почек относится к осложнениям, а не является отдельной нозологической единицей. Если же диагноз ХПН устанавливался, то наиболее частой причиной смерти у этих больных выступали сердечно-сосудистые осложнения, что также затрудняло определение распространенности и заболеваемости ХПН в стране.

Чтобы изменить сложившуюся ситуацию, в 2003г. в Азербайджане создана единая служба нефрологии и диализа, которая объединяет амбулаторно-поликлиническое звено, стационары

(нефрологические и отделение трансплантации и хронического гемодиализа), а также регистр ХПН.

В 2013 году обеспеченность ЗПТ составила 231,7 больных на миллион населения, то есть на 01.05.2015г. в 34 гемодиализных центрах Азербайджана 2741 больной с терминальной почечной недостаточностью получают программный диализ (табл.1). Все больные обеспечены бесплатным диализом, всеми необходимыми лекарствами и периодическими лабораторными исследованиями, а также консультациями разных специалистов. Средний возраст больных составляет 19,6 - 43,7 лет, преобладают мужчины - 51,4%. В настоящее время в республике функционирует 535 диализных аппаратов, все центры работают в три смены с условием, что один аппарат обслуживает 6-х больных. Рентабельность одного диализного места составляет 5,4-5,6 больных.

Таблица 1

Количество диализных центров и число больных ХПН за 2004-2015 гг.:

Годы	Число диализных центров	Число больных
2004	3	304
2005	4	431
2006	5	601
2007	7	738
2008	11	961
2009	15	1199
2010	19	1500
2011	21	1811
2012	24	1972
2013	29	2224
2014	32	2552
2015	34	2741

За 2013г. проведено всего 291852 сеанса гемодиализа, на лечение принимались 823 первичных больных, 88,2% больных подключались к аппарату с помощью артерио-венозной фистулы, у 7,7% больных сеансы проводились через подключичные 2-х ходовые катетеры, у 4,1% больных с помощью перманентного катетера. У троих больных из-за отсутствия сосудистого доступа поставлен сосудистый протез. Смертность среди гемодиализных больных встречалась в 17,8-18,9% случаев (507 больных). Среди причин летального исхода преобладали осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (80,8% больных), острые нарушения мозгового кровообращения (у 12,9% больных), внутренние кровотечения (2,4%) и септические осложнения (у 3,9% больных).

Количество больных, получающих диализ, увеличилось с 2003 года более 6 раз - с 237 в 2003 году до 1500 в 2011 году, из них более половины лечатся в г. Баку (рис. 2).

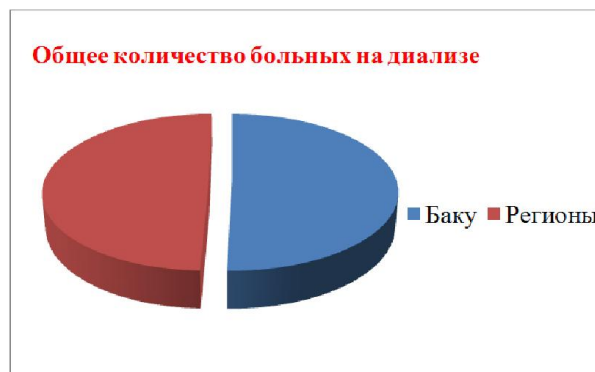


Рис. 2. Общее количество больных на диализе в г. Баку и в регионах Азербайджана, 2012 год.

За текущий год было произведено 62 операции по пересадке живой родственной почки, у 3-х из них наблюдалось отторжение в первые 2 месяца. На сегодняшний день 436 больных трансплантантом находятся на диспансерном учете и все обеспечены иммуносупрессорным лечением. Статистическая обработка показателей за последние 5 лет показала, что ежегодный прирост диализных больных составляет 21,7-23,6 %. Следует отметить, что на сегодняшний день в обеспеченности больных программным гемодиализом в республике проблем нет и имеющиеся диализные места достаточны для приема новых больных, так как по государственной программе каждый год в республике открываются новые диализные центры.

Разработка системы информационного обеспечения является одним из важнейших этапов повышения эффективности управления здравоохранением. На основе анализа данных удастся индивидуализировать лечебный процесс с максимальной объективизацией и персонификацией, составлять статистические отчеты, а также обеспечивать преемственность медицинской помощи. Для решения этих и многих других задач была разработана компьютерная программа «Регистр пациентов с хронической почечной недостаточностью» («Регистр ХПН»). Все данные, внесенные в программу, конвертированы в Access для более глубокой научной разработки данных. Использование компьютерных технологий позволяет регистрировать больных, создавать единые медицинские компьютерные карты, а также использовать систему данных для оптимизации организации помощи больным с ХПН.

Основной информационный компонент регистра - картотека пациентов - реализован в виде специальной электронной картотеки, которая содержит сведения обо всех пациентах и постоянно пополняется по мере поступления информации. Пациент впервые включается в регистр, если у него на амбулаторно-поликлиническом или стационарном этапе диагностируется ХБП 2-5 стадии. Данные о пациенте заносятся однократно в момент оформления.

При каждом повторном обращении проводится сверка с целью внесения возможных изменений. Для каждого пациента в картотеке содержится раздел с

описанием паспортных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения и возраст (определяется автоматически), постоянное (временное) место жительства и телефон. В разделе общих сведений указываются социальный статус (рабочий, служащий, пенсионер), сведения об инвалидности, наличие льготных категорий (участник ВОВ, ликвидатор аварии на ЧАЭС и т.п.).

Основные функции включают: ввод в регистр пациентов с ХБП с заполнением паспортной части, медицинской карты (рост, вес, группа крови и т.д., определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), уровень которой позволит автоматически определить стадию болезни). Часть полей заполняется системой автоматически (по умолчанию), например, возраст или время пребывания больного в регистре.

Документация ведется в режиме реального времени, что позволяет вводить только последнюю, актуальную информацию. При необходимости заполняется раздел под названием «история болезни», анамнестические данные, минимальный набор лабораторных анализов (с возможным графическим отображением динамики основных показателей) и варианты исходов. Данный вид электронного документа содержит текстовые поля, которые могут быть заполнены или изменены в любой момент. Пациент может посещать регистр ХПН несколько раз. Частота посещений определяется врачом регистра и может доходить до ежедневного контроля состояния. Для ведения данной категории больных существует раздел «журнал обращений», где фиксируется № амбулаторной карты, дата посещения, состояние на момент осмотра, изменения за лечение. Одной из основных функций программы является составление статистической отчетности по различным схемам (статистика по полу, возрасту, месту жительства, первичному диагнозу, стадии ХБП, по вариантам исходов и т.д.). Важной составной частью электронной версии программы является создание поименного списка больных, нуждающихся в проведении ЗПТ, по которому определяется потребность в ней в режиме online.

Из числа больных, находящихся на ЗПТ формируется лист ожидания трансплантации.

После создания единой нефрологической службы и регистра больных ХПН нами была предложена схема движения пациентов. Первичную диагностику при обращении пациента осуществляет участковый терапевт или межрайонный нефролог. После уточнения функции почек больной направляется в регистр. Необходимо отметить, что не существует строгих критериев направления больного в регистр, в первую очередь, потому, что доступность лабораторной диагностики зависит от оснащенности поликлиник, особенно в сельской местности. Поэтому каждому терапевту было предложено направлять любого пациента с подозрением на ХБП для уточнения диагноза в регистр.

После верификации диагноза ХБП 2-5 стадии данные пациента заносятся в регистр, и он направляется: 1) для постановки на диспансерный учет к межрайонному нефрологу или участковому терапевту, 2) при наличии показаний пациент госпитализировался в отделение нефрологии или отделение хронического гемодиализа и трансплантации почки.

Больные с ХБП 4-5 стадий постоянно наблюдаются врачом регистра, что позволило свести к минимуму процент экстренного поступления больных на ЗПТ. Часть пациентов ввиду тяжести состояния или отдаленности места жительства не могут самостоятельно обратиться в регистр. Тогда в работу был введен документ «Извещение о больном с хронической почечной недостаточностью», который заполнялся врачом и использовался на этапе первичной регистрации. Данный документ создает основу информационных потоков, сопровождающих движение пациента с ХБП (I-IV). Свойства компьютерной программы позволяли избежать дублирования информации. И, наконец, информация, собранная в регистре, позволила создавать объективные отчеты для Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики.

Таким образом, реорганизация нефрологической службы в Азербайджане выявила необходимость создания системы учета и динамического контроля за пациентами с ХБП, прежде всего 2-5 стадии, т.е. тех больных, у которых имеются признаки хронической почечной недостаточности. Программа «Регистр больных ХПН» создала условия информационной преемственности при оказании помощи больным ХПН. Компьютерная программа «Регистр ХПН» позволяет интегрировать информацию о пациентах с ХПН, а также значительно упрощает хранение и поиск данных при динамическом наблюдении за ним. Реализация проекта информационного обеспечения направлена на решение проблемы оптимизации лечения пациентов с ХПН путем применения компьютерных технологий. Принципиально новая схема движения пациентов с ХПН, принятая в рамках настоящего исследования, позволяет максимально полно выявлять больных ХБП, что создает предпосылки для обсуждения вопросов эпидемиологии ХПН, эпидемиологических особенностей ХПН в республике.

Выводы:

1. Показатели деятельности отделений гемодиализа, основными из которых являются достаточно высокая доля амбулаторных гемодиализов (от 91,2%) и низкая летальность (12,4% в среднем за 2009 - 2014 годы), свидетельствуют о высоком качестве проводимого заместительного лечения и эффективной реабилитации пациентов, впервые поступивших для проведения гемодиализной терапии. При анализе эффективности деятельности отделения диализа и качества медицинской реабилитации, важное значение имеет показатель плановости госпитализации больного. Если больной поступает в плановом порядке до начала заместительной почечной

терапии, он наблюдается в отделении некоторое время, заранее формируется сосудистый доступ, то период первичной реабилитации в стационаре до перевода на амбулаторное лечение незначителен.

При внеплановых госпитализациях больные поступают, как правило, в крайне тяжелом состоянии, со значительными осложнениями уремии и зачастую им требуются повторные операции по формированию временного и(или) постоянного доступа, значительный объем медикаментов для коррекции анемии, осложнений уремии и основного заболевания, что, в свою очередь, увеличивает период стационарного лечения, его стоимость и ухудшает прогноз заболевания.

2. Реорганизация нефрологической службы в Азербайджане выявила необходимость создания системы учета и динамического контроля за пациентами с ХБП, прежде всего 2-5 стадии, т.е. тех больных, у которых имеются признаки хронической почечной недостаточности. Программа «Регистр больных ХПН» создала условия информационной преемственности при оказании помощи больным ХПН. Компьютерная программа «Регистр ХПН» позволяет интегрировать информацию о пациентах с ХПН, а также значительно упрощает хранение и поиск данных при динамическом наблюдении за ним. Основу созданного регистра хронической почечной недостаточности в Азербайджане составили больные с нарушениями функции почек вне зависимости от стадии, что является основной отличительной особенностью. Это позволило своевременно следить за состоянием пациента и принимать меры по предупреждению осложнений.

Литература:

1. Бабаев Ф.Г. Консервативное лечение хронической почечной недостаточности. // Здоровье.- Баку.-2007.- №1.- С.8-9
2. Бабаев Ф.Г. Организация заместительной почечной терапии в Азербайджанской Республике за 2013 г. Сборник материалов 3-го конгресса нефрологов СНГ. Тбилиси.-2013.- С.132-134.
3. Гусейнов Х.М., Бабаев Ф.Г. Организационные и информационные основы деятельности регистра хронической почечной недостаточности в Азербайджане // Наука, новые технологии и инвестиции Кыргызстана.- Бишкек.- 2016.- №3.- С. 37-39
4. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2005 гг. (Отчет по данным регистра Российского диализного общества). Нефрология и диализ 2007.- № 9 (1).- С. 6-85.
5. Волков А.Г. Население и рабочая сила в Российской Федерации // Вопросы статистики. - 1999. - №10. - С.39-45.
6. Гамидов И.М. Состояние периферического кровообращения при хронической почечной недостаточности и его клиническое применение.- Автореферат дисс.... д.м.н. Баку.-2003.- 54 с.
7. Джавад-заде М.Д., Гамидов И.М., Бабаев Ф. Г. Некоторые особенности диализирующих растворов для аппаратов искусственной почки.// Здоровье.- Баку.- 2004.- №8.- С.85-88
8. Джавад-заде М.Д., Гамидов И.М., Бабаев Ф.Г. Хроническая почечная недостаточность.- Баку.- 2007.- 176 с.
9. Зиборова И.В., Лопаткин Н.А., Сивков А.В. Социально-экономические аспекты федеральной целевой программы "Урология". // Экономика здравоохранения. - 1999. - № 4. - С. 5 – 8.
10. Томилина Н.А. Состояние нефрологической помощи и заместительной почечной терапии в Российской Федерации (по данным Российского диализного общества) // Здравоохранение России. - 2010. - Том 11. - С.163-180.
11. Ruggenti P., Schieppati A., Remuzzi G. Progression, remission regression of chronic renal diseases. //Lancet. - 2001. -№ 9. - P. 1601-1608.

Рецензент: д.м.н., профессор Каратаев М.М.