



ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗМ
О.О.О.Н. «Российское диализное общество»
Союз медицинских сестер «Столичное сестринское общество»
Столичная ассоциация врачей-нефрологов
Кафедра нефрологии и гемодиализа ГБОУЗ РМАНПО
При поддержке Международного общества нефрологов (ISN)



Объединенная конференция, посвященная Всемирному Дню Почки 2020

Москва, 13 марта 2020 г.



Московская городская научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы нефрологической помощи
в сестринской практике»

II Общероссийская научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы сестринского дела
в заместительной почечной терапии»

X научно-практическая конференция РДО, посвященная
Всемирному Дню Почки 2020

«Здоровые почки всем и везде: от профилактики и выявления
до равного доступа к медицинской помощи»

ПРОГРАММА

ГЕНЕРАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ

Baxter

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

 **FRESENIUS
MEDICAL CARE**

SANDOZ A Novartis
Division

СПОНСОРЫ

INVITRO

 **FRESENIUS
KABI**

КО-СПОНСОРЫ

 **TersaMed**

ИНФОСПОНСОРЫ

VIDAL®



bionika media

Место проведения:

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ
Россия, Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 5, корпус 22,
5 этаж, конференц-залы 1 и 2

Организационный Комитет

Председатель организационного комитета

Шабунин А.В. – главный врач ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина

Члены организационного комитета

Багателяя З.А. – заместитель главного врача ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина
по лечебной работе

Долидзе Д.Д. – руководитель научно-клинического отдела
ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина

Сороколетов С.М. – заместитель главного врача
ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина по терапевтической помощи

Волкова Н.А. – главная медсестра ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина

Тур О.В. – руководитель отдела по связям с общественностью
ГБУЗ ГКБ имени С.П. Боткина

Захарова Е.В. – председатель РДО

Вишневыский К.А. – заместитель председателя РДО

Котенко О.Н. – президент Столичной ассоциации врачей-нефрологов

Шутов Е.В. – вице-президент Столичной ассоциации врачей-нефрологов

Амплеева Т.В. – главный внештатный специалист по управлению сестринской
деятельностью ДЗМ

Секретариат Конференции

Российской Диализное Общество
123182, г. Москва, ул. Пехотная, д. 3, кор. 1, ком. 404
+7 (965) 137-03-52
e-mail: rosdialysis@mail.ru

Вход свободный!

Предварительная регистрация обязательна!

Регистрацию можно оформить на сайте РДО в разделе Конференции:
<http://www.nephro.ru>

Рабочие языки конференции: русский, английский.

Выступления иностранных лекторов будут сопровождаться переводом.

Объединенная конференция, посвященная Всемирному Дню Почки 2020

09:00-14:00	Регистрация участников	10:00-15:00	Регистрация участников
<p>Конференц-зал №1</p> <p>X научно-практическая конференция РДО, посвященная Всемирному Дню Почки 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Здоровые почки всем и везде: от профилактики и выявления до равного доступа к медицинской помощи» 		<p>Конференц-зал №2</p> <p>Московская городская научно-практическая конференция</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Актуальные вопросы нефрологической помощи в сестринской практике», • II Общероссийская научно-практическая конференция • «Актуальные вопросы сестринского дела в заместительной почечной терапии» 	
10:00-10:15	<p>Приветствия: главный врач ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина А.В. Шабунин, президент Столичной ассоциации врачей-нефрологов О.Н. Котенко, председатель РДО Е.В. Захарова</p>	11:00-11:15	<p>Приветствия: заместитель главного врача ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина по терапевтической помощи С.М. Сороколетов, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью ДЗМ Т.В. Амплева, заместитель председателя РДО К.А. Вишневский</p>
10:15-12:05	<p>Утреннее заседание <i>Председатели:</i> И.Н. Бобкова, О.Н. Котенко</p>	11:15-13:15	<p>Утреннее заседание <i>Председатели:</i> Т.В. Амплева, К.А. Вишневский</p>
10:15-10:30	<p>Всемирный День Почки – чему мы научились за 12 лет и что предстоит сделать Е.В. Захарова (Москва)</p>	11:15-11:35	<p>Эпидемиология, профилактика и лечение заболеваний почек на современном этапе Е.В. Шутов (Москва)</p>
10:30-10:35	Вопросы	11:35-11:40	Вопросы
10:35-11:00	<p>Глобальное бремя ХБП Сараладеви Некер (Южноафриканская республика)</p>	11:40-12:05	<p>Международное общество нефрологов (ISN): роль нефрологических сестер на национальном, региональном и общемировом уровне Стефан Клаус (Бельгия)</p>
11:00-11:05	Вопросы	12:05-12:10	Вопросы

Объединенная конференция, посвященная Всемирному Дню Почки 2020

11:05-11:30	Кардио-ренальный континуум – современные представления <i>А.М. Шутов (Ульяновск)</i>	12:10-12:30	Профилактика выгорания у медицинских сестер <i>И.М. Спивак (Москва)</i>
11:30-11:35	Вопросы	12:30-12:35	Вопросы
11:35-12:00	Лечение мембранозной нефропатии – время сменить приоритеты <i>И.Н. Бобкова (Москва)</i>	12:35-12:55	Агрессивный пациент. Особенности взаимодействия <i>В.Л. Винтер (Санкт-Петербург)</i>
12:00-12:05	Вопросы	12:55-13:00	Вопросы
		13:00-13:10	Врачи, медицинские сестры и пациенты вместе <i>Л.М. Кондрашова (Москва)</i>
		13:10-13:15	Вопросы
12:05-12:40	Перерыв	13:15-13:45	Перерыв
12:40-14:35	Дневное заседание <i>Председатели:</i> <i>Е.В. Захарова, А.М. Шутов</i>	13:45-15:45	Дневное заседание <i>Председатели:</i> <i>Е.В. Шутов, О.В. Жизневская</i>
12:40-13:05	Почечный функциональный резерв и его клиническое значение <i>Ирма Чохонелидзе (Грузия)</i>	13:45-14:00	Особенности работы медицинских сестер с пациентами, получающими иммуносупрессивную терапию <i>Л.Е. Ведюн (Москва)</i>
13:05-13:10	Вопросы	14:00-14:05	Вопросы
13:10-13:35	Программы профилактики в решении проблемы ХБП <i>Сараладеви Некер (Южноафриканская республика)</i>	14:05-14:20	Перитонеальный диализ. Роль медицинской сестры в обучении пациентов <i>Т.Б. Кропотова (Москва)</i>
13:35-13:40	Вопросы	14:20-14:25	Вопросы
13:40-14:05	1. Доклад компании-спонсора Не обеспечивается кредитами НМО	14:25-14:40	Осложнения перитонеального диализа. Тактика медицинской сестры <i>О.В. Кудлай (Москва)</i>
14:05-14:10	Вопросы	14:40-14:45	Вопросы

Объединенная конференция, посвященная Всемирному Дню Почки 2020

14:10-14:30	Международное общество нефрологов (ISN): роль нефрологических сестер на национальном, региональном и общемировом уровне <i>Стефан Клаус (Бельгия)</i>	14:45-15:00	Диализные катетеры. Алгоритм работы с катетером на гемодиализе. Инфекционный контроль. Правила ухода <i>А.Я. Мельникова (Москва)</i>
14:30-14:35	Вопросы	15:00-15:05	Вопросы
		15:05-15:20	Профилактика и лечение жизнеугрожающих осложнений на гемодиализе <i>О.В. Жизневская (Санкт-Петербург)</i>
		15:20-15:25	Вопросы
		15:25-15:40	Исследования особенностей сестринского процесса, влияющего на качество жизни больных на программном диализе <i>С.В. Трошина (Москва)</i>
		14:40-15:45	Вопросы
14:35-15:15	Перерыв	15:45-16:30	Перерыв
15:15-18:45	Вечернее заседание <i>Председатели: Е.В. Шутов, И.И. Чохонелидзе</i>	16:30-18:20	Вечернее заседание <i>Председатели: П.А. Дроздов, С.И. Андреева</i>
15:15-15:40	2. Доклад компании-спонсора Не обеспечивается кредитами НМО	16:30-16:45	Сестринский процесс в работе хирургического отделения диализного центра <i>Т.В. Орлова (Краснодар)</i>
15:40-15:45	Вопросы	16:45-16:50	Вопросы
15:45-16:10	3. Доклад компании-спонсора Не обеспечивается кредитами НМО	16:50-17:05	Роль медицинской сестры в лечении ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на программном диализе <i>С.И. Андреева (Москва)</i>
16:10-16:15	Вопросы	17:05-17:10	Вопросы

Объединенная конференция, посвященная Всемирному Дню Почки 2020

16:15-16:40	Роль физической реабилитации в лечении пациентов с ХБП <i>К.А. Вишневский (Санкт-Петербург)</i>	17:10-17:25	Трансплантация жизненно-важных органов в многопрофильном стационаре <i>Л.В. Логинова (Москва)</i>
16:40-16:45	Вопросы	17:25-17:30	Вопросы
16:45-17:10	4. Доклад компании-спонсора Не обеспечивается кредитами НМО	17:30-17:45	Трансплантация почки. Роль операционной медицинской сестры <i>Е.С. Епихина (Москва)</i>
17:10-17:15	Вопросы	17:45-17:50	Вопросы
17:15-17:40	Внепочечные осложнения аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек <i>Ирма Чохонелидзе (Грузия)</i>	17:50-18:05	Организация работы Московского центра органного донорства <i>Л.Ю. Невредимова (Москва)</i>
17:40-17:45	Вопросы	18:05-18:10	Вопросы
17:45-18:10	5. Доклад компании-спонсора Не обеспечивается кредитами НМО	18:10-18:20	Заключительное слово, подведение итогов конференции <i>Т.В. Амлеева (Москва)</i>
18:10-18:15	Вопросы		
18:15-18:40	6. Доклад компании-спонсора Не обеспечивается кредитами НМО	18:20-18:45	Выдача сертификатов
18:40-18:45	Вопросы		
18:45-19:00	Закрытие конференции Выдача сертификатов		

Объединенная конференция, посвященная Всемирному Дню Почки 2020

Доклады компаний-спонсоров

- 1** 60 лет эволюции хронического диализа –
вчера, сегодня, завтра
В.Ю. Шило (Москва)



- 2** Критерии качества лечения больных
на перитонеальном диализе
К.Я. Гуревич (Санкт-Петербург)



- 3** Эритропоз-стимулирующая терапия
у пациентов на диализе
В.Ю. Шило (Москва)



- 4** Телемедицина: Актуальность и проблемы.
IT технологии в перитонеальном диализе
Е.В. Шутов (Москва)



- 5** Современные методы коррекции гиперфосфатемии
Е.В. Шутов (Москва)



- 6** Диалог лабораторного диагноста и клинициста –
лаборатория идет к вам!
Д.А. Бусыгин (Москва)



Здоровые почки всем и везде: от профилактики и выявления до равного доступа к медицинской помощи

*Филипп Кам Тао Ли, Гильермо Гарсия-Гарсия, Сиу-Фай Луи,
Шэрон Андреоли, Уинстон Винг-Шинг Фунг, Анна Градски,
Латха Кумарасвами, Василиос Лиакопулос, Зейда Рахимова,
Гамаль Саади, Луиза Страни, Ифеома Уласи, Камьяр Калантар-Заде
для Организационного комитета Всемирного дня почки*

Перевод с английского Е.С. Камышиовой под редакцией Е.В. Захаровой

*Перевод осуществлен по инициативе РДО и одобрен
организационным комитетом Всемирного Дня Почки*

*(в сокращении, полная версия готовится к печати
в 1 номере журнала Нефрология и Диализ за 2020 год)*

Введение

В настоящее время около 850 млн человек страдают различными заболеваниями почек. Каждый десятый взрослый страдает хронической болезнью почек (ХБП), которая заведомо необратима и в большинстве случаев прогрессирует. Глобальное бремя ХБП растет, и более того, прогнозируется что к 2040 году ХБП станет 5-й наиболее частой причиной сокращения продолжительности жизни во всем мире. При отсутствии лечения, а также при развитии у пациента тяжелых сердечно-сосудистых или других осложнений, ХБП прогрессирует до терминальной стадии заболевания почек (тХПН), когда для поддержания жизни требуется проведение диализной терапии или трансплантации почки. Таким образом, ХБП является основной причиной катастрофических расходов на здравоохранение. В странах с высоким доходом расходы на диализ и трансплантацию составляют 2-3% от ежегодного бюджета здравоохранения, при этом они идут на оказание медицинской помощи менее чем 0,03 % населения этих стран.

В связи с этим особенно важно понимать, что при адекватном доступе к основным методам диагностики и раннем начале лечения (включая изменение образа жизни и характера питания) можно предотвратить развитие ХБП или отсрочить наступление тХПН. Однако во многих странах заболевания почек относятся к низкоприоритетным областям здравоохранения, а доступ к эффективной и стабильной медицинской помощи при заболеваниях почек во всем мире по-прежнему существенно различается. Заболевания почек почти полностью отсутствуют в международной повестке

всемирного здравоохранения. В частности, они отсутствуют среди действенных показателей достижения Целей устойчивого развития/Sustainable Development Goal (SDG) (Цель 3; Задачи 3.4) к 2030 году: к 2030 году снизить преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний (НИЗ) на 1/3 за счет профилактики и лечения, а также поддержания психического здоровья и благосостояния. В то же время, в соответствии с последним вариантом политической декларации ООН о НИЗ, заболевания почек в срочном порядке требуют политического внимания и приоритетного рассмотрения. Современная общемировая целенаправленная политика в отношении НИЗ сфокусирована преимущественно на четырех группах болезней: сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ), онкологических заболеваниях, сахарном диабете и хронических заболеваниях органов дыхания. Однако, согласно существующим оценкам, до 55% НИЗ в мире приходится на болезни, не входящие в эти четыре группы. Более того, болезни почек часто сосуществуют с «большой четверкой» НИЗ, что утяжеляет исходы для состояния здоровья. ХБП – основной фактор риска ССЗ и смерти от сердечно-сосудистых причин, а также таких инфекций, как туберкулез, и в то же время – основное осложнение других предотвратимых и поддающихся лечению состояний, в том числе сахарного диабета, артериальной гипертензии, ВИЧ и гепатита. По мере реализации повестки SDG и Всеобщего доступа к медицинской помощи/ Universal Health Coverage, и создания платформы для повышения осведомленности по вопросам контроля и оказания медицинской помощи при НИЗ, целенаправленные действия по профилактике заболеваний почек должны стать неотъемлемой частью этой глобальной политики. Всемирное сообщество по охране здоровья почек призывает признать заболевания почек как ключевую составляющую глобального бремени НИЗ, эффективно выявлять и лечить факторы риска их развития, и внедрить комплексный и ориентированный на потребности пациентов подход к оказанию медицинской помощи.

Определение и классификация профилактики ХБП

По определению экспертов, в том числе Центра по контролю и профилактике заболеваний/Center for Disease Control and Prevention, под термином «профилактика» понимают мероприятия, которые, как правило, соответствуют следующим трем определениям: 1) **первичная профилактика** подразумевает осуществление вмешательства до изменения состояния здоровья, чтобы предотвратить развитие заболевания или повреждения до начала болезни; 2) **вторичная профилактика** предполагает проведение мероприятий, обеспечивающих раннюю диагностику и своевременное лечение заболевания для предотвращения развития более серьезных проблем, и включает скрининг с целью выявления заболевания на как можно более ранней стадии; и 3) **третичная профилактика** заключается

в лечении уже имеющегося заболевания с целью предупреждения прогрессирования и развития более тяжелых осложнений, что зачастую означает применение целенаправленных мер, таких как медикаментозная терапия, реабилитация, скрининг и лечение осложнений. Эти определения имеют большое значение в профилактике и лечении ХБП, а точная идентификация факторов риска, приводящих к развитию ХБП или более быстрому прогрессированию почечной недостаточности, играет важную роль при выборе политики в области здравоохранения, в санитарном просвещении и в осведомленности в отношении ХБП.

Первичная профилактика ХБП

Заболеваемость (возникновение новых случаев) и распространенность (кумулятивное число существующих случаев) ХБП в мире неуклонно растет. Первичный уровень профилактики предполагает осведомленность о модифицируемых факторах риска развития ХБП и усилия, направленные на то, чтобы сосредоточить ресурсы здравоохранения на пациентах, относящихся в группе наибольшего риска развития ХБП *de novo*.

Меры по достижению эффективной первичной профилактики должны фокусироваться на двух ведущих факторах риска развития ХБП – сахарном диабете и артериальной гипертензии. Доказано, что главным первичным повреждающим механизмом является гиперфльтрация с «кажущимся» увеличением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) выше нормальных значений. В большинстве случаев это результат внутриклубочковой гипертензии, которая часто наблюдается у пациентов с ожирением или сахарным диабетом, но может развиваться и при диете с высоким содержанием белка. К другим факторам риска развития ХБП относят поликистозную болезнь почек и другие врожденные или приобретенные структурные аномалии почек и мочевыводящих путей, первичные гломерулонефриты, воздействие нефротоксических веществ или лекарственных препаратов (например, нестероидных противовоспалительных препаратов), наличие единственной почки (например, после нефрэктомии по поводу рака), диету с высоким содержанием соли, неадекватную гидратацию с периодической гиповодемией, тепловой удар, воздействие пестицидов или тяжелых металлов (что предположительно является основной причиной мезоамериканской нефропатии) и, возможно, высокобелковую диету у лиц с повышенным риском развития ХБП. Среди не модифицируемых факторов риска выделяют старший возраст и генетические факторы, например, варианты гена аполипопротеина 1 (APO1), которые преимущественно встречаются у выходцев из стран Африки к югу от Сахары, в частности у афроамериканцев. Некоторые состояния, например, сердечно-сосудистые или атероэмболические заболевания (также известные как вторичный кардиореналь-

ный синдром), а также болезни печени (гепаторенальный синдром), могут стать причиной развития ХБП *de novo*.

К мероприятиям, предотвращающим развитие ХБП *de novo*, относится скрининг, направленный на выявление и лечение лиц с высоким риском ХБП, в частности больных сахарным диабетом и артериальной гипертензией. Следовательно, нацеленность на исходные факторы риска развития этих состояний (в том числе метаболический синдром и избыточное питание), как и коррекция ожирения, играют важную роль в профилактике ХБП. Пропаганда здорового образа жизни (включая физическую активность и здоровое питание) – важный способ достижения этой цели. Здоровое питание должно быть основано на преобладании растительной пищи над мясной, уменьшении потребления соли, увеличении содержания в пище сложных углеводов и клетчатки и снижении содержания насыщенных жиров. У больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом оптимизация артериального давления и контроль гликемии эффективно предотвращают развитие диабетической и гипертонической нефропатии. Недавно группа экспертов предложила лицам с единственной почкой избегать потребления более 1 грамма белка на килограмм массы тела в сутки. Следует предотвращать развитие ожирения и рассматривать стратегии по снижению массы тела.

Вторичная профилактика ХБП

Доказано, у большинства пациентов имеются ранние стадии ХБП, т.е. ХБП 1 или 2 стадии с микроальбуминурией (от 30 до 300 мг/сут), или ХБП 3а стадии (рСКФ от 45 до 60 мл/мин/1,73 м²). У этих пациентов «вторичная профилактика» ХБП имеет наивысший приоритет. На ранних стадиях ХБП основная цель просвещения и клинических вмешательств заключается в замедлении прогрессирования заболевания. Неконтролируемая или плохо контролируемая артериальная гипертензия представляет собой один из наиболее значимых факторов риска ускоренного прогрессирования ХБП. Патологические основы более быстрого прогрессирования ХБП связаны с продолжающимся повреждением структуры почек и потери нефронов в сочетании с нарастанием интерстициального фиброза, что наблюдается при длительно существующей артериальной гипертензии.

Основой медикаментозной терапии в рамках вторичной профилактики является применение препаратов, воздействующих на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС) – блокаторов РААС. Эти препараты снижают как системное, так и внутриклубочковое давление за счет расширения приносящий артериол, сохраняя таким образом оставшиеся нефроны. Диета с низким содержанием белка, по-видимому, усиливает эффекты блокаторов РААС. Данные о потенциальном влиянии качества контроля

гликемии и коррекции ожирения на скорость прогрессирования ХБП неоднозначны. Однако последние исследования свидетельствуют, что новый класс противодиабетических препаратов – ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (SGLT2) позволяют замедлить прогрессирование ХБП, но этот эффект может быть не связан непосредственно с влиянием препарата на уровень гликемии. Несмотря на то, что острое повреждение почек (ОПП) не обязательно приводит к развитию ХБП *de novo*, эпизоды ОПП, возникшие у пациента с уже существующей ХБП, могут ускорять прогрессирование последней. Относительно недавним примером успешной вторичной профилактики, подчеркивающим важность реализации стратегий по профилактике ХБП, является применение антагонистов V2-рецепторов вазопрессина при аутосомно-доминантной поликистозной болезни.

Третичная профилактика ХБП

У пациентов с далеко зашедшими стадиями ХБП лечение уремии и сопутствующих состояний (анемии, минерально-костных нарушений, ССЗ) имеет первостепенное значение, позволяя обеспечить им максимальную продолжительность жизни. Эти меры могут быть в целом обозначены как «третичная профилактика» ХБП. У этих пациентов очень высоко бремя ССЗ, особенно при наличии сахарного диабета или артериальной гипертензии, в то время как другие традиционные факторы риска (такие как ожирение или гиперлипидемия) у них часто отсутствуют. Фактически, у этих пациентов наблюдается так называемая «обратная эпидемиология», когда при далеко зашедших стадиях ХБП гиперлипидемия и ожирение, по видимому, играют защитную роль. Это может быть связано с наслаивающейся проблемой белково-энергетической недостаточности (БЭН), которая чаще развивается при усугублении уремии и ассоциирована с потерей веса и неблагоприятными исходами, в том числе с ССЗ и смертью. Принимая во внимание тот факт, что многие из этих пациентов, если они переживут разрушительное действие БЭН и ССЗ, в конечном счете будут получать заместительную почечную терапию – диализ или трансплантацию почки, появляется новая тенденция: продление додиализного периода за счет внедрения консервативного ведения ХБП. Однако в некоторых случаях при наличии сопутствующих заболеваний (например, при метастатического рака) могут обсуждаться паллиативные методы с использованием только поддерживающей терапии.

Подходы к выявлению хронической болезни почек

Недостаточная осведомленность о ХБП в мире является одной из причин позднего выявления ХБП как в развитых, так и в развивающихся странах. В частности, 12 странах с низким и средним доходом информированность

о ХБП среди населения в целом и даже в группах высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний оказалась менее 10%.

Учитывая бессимптомное течение ХБП, важную роль в ранней диагностике данного состояния играет скрининг. Международное Общество нефрологов/International Society of Nephrology (ISN), Национальный почечный фонд США/National kidney Foundation, Инициатива по улучшению глобальных исходов заболеваний почек/Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), Национальный институт охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи/National Institute of Clinical Excellence и Азиатский форум по инициативам в области ХБП/Asian Forum for CKD Initiatives опубликовали консенсус и официальную позицию. Исследования по оценке скрининга и мониторинга ХБП отсутствуют. В настоящее время следует стимулировать стратегию целенаправленного скрининга с целью раннего выявления ХБП. Основные группы риска, подлежащие целенаправленному скринингу, включают больных сахарным диабетом, артериальной гипертензией, пациентов с осложненным по ХБП наследственным анамнезом, лиц, получающих потенциально нефротоксичные лекарственные средства, растительные препараты или вещества, а также средства народной медицины, пациентов с ОПП в анамнезе и лиц в возрасте старше 65 лет. ХБП можно диагностировать с помощью двух простых тестов: исследования мочи для выявления протеинурии и анализа крови для расчета СКФ.

С учетом того, что на сегодняшний день проведение популяционного скрининга ХБП не был рекомендован, и высказано мнение, что скрининг может иметь нежелательные последствия для общей популяции, в которой он проводится, ни одно специализированное сообщество или группа по профилактике не рекомендуют проведение общего скрининга. Страны с низким и средним доходом плохо подготовлены к тому, чтобы справиться с разрушительными последствиями ХБП, в частности – с поздними стадиями заболевания. Предлагается, в первую очередь, включать в скрининг пациентов из групп высокого риска, но при этом распространять его на лиц с субоптимальными уровнями риска, например, с пред-диабетом или пред-гипертензией.

Экономическая эффективность программ ранней диагностики

Универсальный скрининг общей популяции будет трудоемким, дорогим и, как было показано, экономически неэффективным. Если только не отбирать целенаправленно группы высокого риска, например, риска ХБП в неблагополучных популяциях, то согласно анализу экономической эффективности с использованием модели Маркова, скрининг всего населения с использованием тест-полосок для выявления протеинурии характеризуется неблагоприятным соотношением цена/эффективность. Недавно ис-

следователи из Кореи подтвердили, что их Национальная программа медицинского обследования/Health Screening Program по скринингу ХБП более эффективна у больных сахарным диабетом и артериальной гипертензией, чем в общей популяции. По данным систематического обзора, с экономической точки зрения скрининг ХБП с помощью выявления протеинурии оказался экономически эффективен у пациентов с артериальной гипертензией или сахарным диабетом. Поскольку основными факторами, определяющими экономическую эффективность, являются частота развития ХБП, скорость ее прогрессирования и успешность медикаментозной терапии были, то с экономической точки зрения скрининг ХБП может быть эффективнее в популяциях, в которых выше заболеваемость, скорость прогрессирования и лучше результаты медикаментозной терапии ХБП.

Рациональный подход к ранней диагностике ХБП

Подход к ранней диагностике ХБП должен включать следующие параметры: частота проведения скрининга; персонал, проводящий скрининг; и вмешательства после скрининга. В целевых популяциях скрининг должен проводиться ежегодно, если при первичном обследовании патологии не найдено. Это согласуется с резолюцией KDIGO о том, что частота обследования должна зависеть от целевой группы и в большинстве случаев не должна превышать одного раза в год. Кто должен проводить скрининг – это всегда вопрос, особенно в странах с низким доходом, в которых число медицинского персонала ограничено. Проводить скрининг имеют право врачи, средний медицинский персонал, парамедики и другие специально обученные медицинские работники. Вмешательства после скрининга также имеют большое значение; пациенты, у которых выявлена ХБП, должны быть направлены для дальнейшего наблюдения к специалистам первичного звена и врачам общей практики с опытом лечения заболеваний почек. Специалистам первичного звена и врачам общей практики должен быть предоставлен протокол ведения. Последующее направление к нефрологу должно осуществляться в соответствии с четко прописанными протоколами.

Интеграция профилактики ХБП в национальные программы по НИЗ

Принимая во внимание тесную взаимосвязь между ХБП и другими НИЗ, крайне важно, чтобы усилия по информационной поддержке ХБП, в особенности в странах с низким и средним доходом, были согласованы с существующими инициативами, касающимися сахарного диабета, артериальной гипертензии и ССЗ. Некоторые страны успешно включили стратегии профилактики ХБП в свои программы по НИЗ. Так, в 2003 г. в Тайвани была внедрена программа по укреплению здоровья почек, основные составляющие этой программы включали запрет на применение растительных пре-

паратов, содержащих аристолохиевую кислоту, информационные компании, обучение пациентов, финансирование исследований в области ХБП и создание команд, обеспечивающих оказание комплексной медицинской помощи. На Кубе министерство здравоохранения внедрило национальную программу по профилактике ХБП. С 1996 г. программа прошла несколько этапов: 1) анализ ресурсов и состояния здоровья в стране; 2) эпидемиологические исследования по определению бремени ХБП; и 3) постоянное обучение нефрологов, семейных врачей и других медицинских работников. Основная цель заключалась в том, чтобы сделать нефрологическую помощь более доступной для населения за счет регионального перераспределения нефрологических служб и совместного ведения пациентов с ХБП специалистами первичного звена и нефрологами. Интеграция профилактики ХБП в программы по НИЗ привела к снижению рисков развития заболеваний почек и ССЗ в общей популяции. Основным результатом стало снижение распространенности факторов риска, таких как низкий вес при рождении, курение и инфекционные заболевания. Возросла частота выявления сахарного диабета и достижения контроля гликемии, а также увеличилась частота диагностики артериальной гипертензии, назначения нефропротективной терапии (с использованием иАПФ) и частота достижения контроля артериального давления. Недавно министерство здравоохранения и социальных служб США внедрило амбициозную программу, призванную снизить к 2030 году число американцев с тХПН на 25%. Программа, получившая название Инициатива по улучшению здоровья почек американцев/Advancing American Kidney Health Initiative, включает ряд целей и критериев для оценки ее эффективности. Одна из целей – приложение усилий по профилактике, выявлению и торможению прогрессирования ХБП, в частности за счет устранения таких традиционных факторов риска, как сахарный диабет и артериальная гипертензия. Чтобы снизить риск развития почечной недостаточности, программа предусматривает усовершенствование системы наблюдения и исследований в области здравоохранения для выявления популяций риска и лиц с ранними стадиями ХБП, а также содействие внедрению основанных на доказательствах вмешательств по замедлению и приостановлению прогрессирования почечной недостаточности. Действующие программы, например, Специальная программа по сахарному диабету у индейцев/Special Diabetes Program for Indians, представляет собой важную часть этой стратегии, обеспечивая командный подход к оказанию и управлению медицинской помощью. После ее внедрения частота развития обусловленной сахарным диабетом почечной недостаточности у американских индейцев за период с 2000 по 2015 год снизилась на 40%.

Привлечение врачей первичного звена и других медицинских работников

Программы выявления и профилактики ХБП требуют значительных ресурсов – как человеческих, так и финансовых. Доступность этих ресурсов будет зависеть в первую очередь от лидирующего участия нефрологов. Однако нефрологов для оказания помощи растущему числу пациентов с ХБП во всем мире недостаточно. Высказывалось предположение, что большинство пациентов с не-прогрессирующими заболеваниями почек можно лечить без вмешательства нефролога, а направлять к нефрологу следует пациентов с рСКФ <30 мл/мин/1,73 м², быстрым снижением функции почек, персистирующей протеинурией, неконтролируемыми артериальной гипертензией или сахарным диабетом. Было показано, что в результате обучения клиническая компетентность семейных врачей повышается, что способствует сохранению функции почек у больных сахарным диабетом и ранней стадией поражения почек. Практические врачи, прошедшие обучение, гораздо чаще используют иАПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II и статины, чем врачи, не прошедшие образовательных курсов. Результаты лечения были сопоставимы с результатами, полученными у пациентов, которые наблюдались нефрологами. Недавно была продемонстрирована роль специалистов первичного звена в реализации стратегий профилактики ХБП в странах с низким и средним доходом.

Дистанционное обучение становится все более популярным подходом к медицинскому образованию. В Мексике успешно внедрены электронные образовательные программы по профилактике и лечению НИЗ. К 2015 году более 5000 медицинских работников (в том числе не нефрологов) пройдут обучение с использованием электронной образовательной платформы.

Дефицит нефрологов – значение для профилактики

Во многих странах ресурсы для оказания нефрологической помощи остаются на критически низком уровне.

Даже в развитых западных странах нефрологов часто не хватает. В ряде европейских стран со сходной, преимущественно общественной системой здравоохранения, количество нефрологов существенно различалось. Этот показатель оказался самым высоким в Италии, Греции и Испании и самым низким – в Ирландии, Турции и Великобритании. В США число нефрологов на 1000 пациентов с тХПН постепенно сокращается – с 18 в 1997 г. до 14 в 2010 г. В развивающихся странах ситуация гораздо хуже. Во многих странах к югу от Сахары (за исключением Нигерии, Судана, Кении и Южной Африки) число нефрологов составляет менее 10 на страну. Недостаточно также среднего медицинского персонала с нефрологической специализацией и диализных техников. В Латинской Америке число нефрологов со-

ставляет 13,4 на 1 млн населения. Однако распределение между странами этого региона неравномерное: есть страны, в которых на 1 млн населения приходится <10 нефрологов (Гондурас – 2,1 на 1 млн населения; Гватемала – 3,3 на 1 млн населения; Никарагуа – 4,6 на 1 млн населения), и страны, в которых число нефрологов на 1 млн населения превышает 25 (Куба – 45,2 на 1 млн населения; Уругвай – 44,2 на 1 млн населения; Аргентина – 26,8 на 1 млн населения).

Причин такого дефицита нефрологов много. Потенциальные факторы, обуславливающие существующие различия, включают растущее бремя ХБП, ограничение диапазона нефрологической практики за счет других специалистов, недостаточное планирование рабочих мест в одних странах по сравнению с другими и разработку новых моделей оказания медицинской помощи. Новой стратегией стала успешная стипендиальная программа ISN. С момента ее внедрения в 1985 г. более 600 врачей из более чем 83 стран с низким и средним доходом прошли специальное обучение. В значительном числе случаев обучение по стипендии проводилось в отдельных развитых центрах в пределах региона проживания стипендиата. Согласно результатам недавно проведенного опроса, 85% опрошенных стипендиатов были вновь трудоустроены в учреждения по месту жительства.

Междисциплинарный подход к профилактике

С 1994 г. консенсус Национального института здоровья/National Institute of Health поддерживает ранние медицинские вмешательства у пациентов с додиализными стадиями ХБП. Учитывая необходимость комплексной медицинской помощи при ХБП, с целью снижения заболеваемости и смертности на преддиализной и диализной стадии ХБП рекомендуется направлять пациентов к специалистам мультидисциплинарной команды, включающей нефролога, диетолога, медсестру, социального работника и медицинского психолога. В Мексике мультидисциплинарная программа, реализуемая в соответствии с протоколом под руководством среднего медицинского персонала, продемонстрировала лучшие результаты по сохранению рСКФ, и тенденцию к улучшению качества медицинской помощи пациентам с ХБП по сравнению с другими мультидисциплинарными клиническими программами в развитых странах. Кроме того, больше пациентов начали лечение диализом в плановом порядке, а некоторым была проведена преэмпттивная трансплантация почки. Для тех, кто не может получать диализную терапию или отказался от нее, в настоящее время внедряются программы паллиативной помощи. Модели оказания медицинской помощи, обеспечивающие поддержку специалистов первичного звена или смежных медицинских работников, продемонстрировали большую эффективность в отношении замедления скорости прогрессирования почечной недостаточности по сравнению с моделями, в которых оказывалась только специ-

ализированная медицинская помощь. Будущие модели должны строиться с учетом причин ХБП, специфичных для конкретного региона, повышать качество диагностических методов, устанавливать алгоритмы направления пациентов и обеспечивать более качественную оценку клинической и экономической эффективности.

Дистанционные образовательные программы по профилактике и лечению ХБП с использованием электронных ресурсов

Наряду с необходимостью более активного продвижения и реализации «Профилактики» развития заболеваний почек и почечной недостаточности среди медицинских работников, большое значение имеет продвижение «Профилактики» с помощью образовательных программ для лиц, у которых существует риск развития заболеваний почек и почечной недостаточности, а также для всего населения в целом. Это поэтапный процесс: от повышения осведомленности, заинтересованности, участия и расширение прав и возможностей до партнерства. Как отмечалось выше, медицинская грамотность населения в целом низка. Осведомленность и представления о заболеваниях почек недостаточны. Образование – ключ к привлечению пациентов с заболеваниями почек. Это путь к самопомощи и медицинской помощи, ориентированной на пациента. A.S. Narva и соавт. показали, что образование пациентов ассоциировано с лучшими исходами. Препятствия заключаются в сложности сведений о болезнях почек, низкой исходной информированности, ограниченной медицинской грамотности и способности к мышлению, ограниченном доступе к информации о ХБП и отсутствии готовности учиться. Новые подходы к обучению пациентов должны разрабатываться с учетом исследований, а основные усилия должны быть направлены на повышение качества. D. Schatel и соавт. продемонстрировали, что образовательные интернет-ресурсы, посвященные почкам, полезны пациентам для самопомощи. В Интернете представлено огромное количество образовательных ресурсов. Представление о видах интернет-ресурсов, используемых пациентами с ХБП в настоящее время, может помочь медицинским специалистам, занимающимся заболеваниями почек, указать пациентам в нужное направление. Важно, чтобы авторитетные медицинские организации обеспечили пользователям упрощенный доступ (предпочтительнее на национальном уровне) к медицинской информации на своих сайтах. В настоящее время пациенты и население в целом в качестве средства общения используют в основном Интернет: веб-сайты, вебпорталы и ряд социальных сетей, таких как Facebook или Twitter. Кроме того, на популярных мобильных устройствах существуют бесплатные приложения, предоставляющие информацию о болезнях почек. В Интернете недостатка в информации нет, проблема заключается в том, как эффективно и целенаправленно «проталкивать» важную медицинскую ин-

формацию, и как облегчить пользователям поиск информации во время их попыток «вытянуть» актуальную и надежную информацию из интернета. Важно, чтобы «проталкиваемая» медицинская информация была целенаправленной и точной, соответствовала конкретному состоянию (первичная, вторичная или третичная профилактика) и предлагалась правильному пользователю в правильное время. С помощью информационных технологий и информатики можно предоставить пациентам из групп высокого риска актуальную и целенаправленную информацию, соединяющую в себе сведения о диагнозе и назначенных препаратах. Привлечение ресурсов профессиональных сообществ и групп пациентов – крайне важный шаг к развитию партнерства между сообществами и расширения прав и возможностей пациентов в области профилактики. Дополнительные ресурсы могут быть предоставлены благотворительными организациями или получены за счет пожертвований.

ПРОФИЛАКТИКА, ПОВЫШЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ И УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ – СНОВА В ФОКУСЕ

С учетом настоящей потребности в повышении уровня образования и осведомленности о профилактических мероприятиях мы предлагаем следующие цели для того, чтобы сосредоточиться на планах и действиях:

1. Расширение возможностей разработки и поддержки национальных компаний по информированию населения о профилактике заболеваний почек за счет увеличения медицинской грамотности.
2. Популяционные подходы к коррекции основных известных факторов риска заболеваний почек – контролю артериального давления и эффективному лечению ожирения и сахарного диабета.
3. Внедрение подхода ВОЗ «Удачные покупки», включающего скрининг групп риска развития ХБП, всеобщий доступ к необходимым методам ранней диагностики ХБП, доступность недорогих базисных технологий и необходимых лекарственных препаратов, а также перераспределение обязанностей: переход от врачей к медицинским работникам первичного звена оказания медицинской помощи, чтобы эффективнее воздействовать на прогрессирование ХБП и проводить другие вторичные профилактические мероприятия.

В связи с этим девиз «Здоровые почки всем и везде» – это больше, чем слоган или попытка выдать желаемое за действительное. Это политический императив, который может быть успешно реализован, если политики, нефрологи и медицинские работники включают профилактику и первичную помощь при заболеваниях почек в контекст программ по обеспечению Всеобщего доступа к медицинским услугам.



**World
Kidney
Day™**

**12 March
2020**

World Kidney Day
is a joint initiative of



International Federation
of Kidney Foundations

© World Kidney Day 2006 - 2020