

Флагманом столичной нефрологической службы является Московский клинический научно-исследовательский центр (Больница № 52 ДЗМ). Как отметила на «круглом столе», посвящённом Международному дню нефролога, директор этого центра, Герой Труда Российской Федерации, заслуженный врач г. Москвы **Марьяна Лысенко**, здесь в 1960-е гг. были открыты первые в СССР койки для больных с нефритами. Проблемами пациентов с нефрологическими заболеваниями занимаются разные специалисты, поскольку с поражением почек связано множество заболеваний.

– Сегодня в Москве 4 нефрологических центра, работающих по замкнутому циклу, – сказала Марьяна Анатольевна. – Но поскольку мы «родились» первыми, наша сущность продиктовала развитие многих уникальных направлений. Это сопровождение беременности у пациенток с трансплантированными органами, заболеваниями почек и хронической почечной недостаточностью, в том числе находящихся на заместительной почечной терапии. Это генетически обусловленные орфанные заболевания, например, болезнь Фабри. Это многие редкие направления нефрологии, которые ассоциированы с другими профилями в силу того, что на сегодня в нашей больнице, кроме нефрологического, работают ещё 3 центра компетенции по направлениям: ревматология, гематология и аллергология. К сожалению, люди очень часто имеют сочетание нескольких заболеваний. Такие пациенты достаточно часто оказываются в поле зрения специалистов нашей больницы. У нас есть лицензия на последипломную подготовку врачей. Сегодня в образовательном центре на базе больницы обучаются 8 ординаторов по нефрологии. Мы понимаем, что смена поколений неизбежна, и самое важное, что мы бы, наверное, хотели сохранить и что является частью нашей идеологии обучения – это в первую очередь подготовка врачей с широкой эрудицией, особенно нефрологов. Невозможно работать в медицине, не обладая большим клиническим кругозором. В него входит умение правильно собрать анамнез, умение клинически мыслить, чтение литературы по своей специальности, колоссальное неравнодушие и желание помочь. Душу рос-

«Круглый стол»

Забота о почках

сийского врача важно сохранить даже в условиях роботизации и других современных технологий. Руководитель Московского городского научно-практического центра нефрологии и патологии трансплантированной почки МКНИЦ «Больница № 52 ДЗМ», главный специалист нефролог департамента здравоохранения Москвы Олег Котенко также обратился к истории. До середины прошлого века уремия была намного страшнее, чем любое другое заболевание, даже рак, потому что не существовало методов лечения больных с нефрологической патологией.

– Уремия считалась абсолютно смертельным заболеванием, – констатировал Олег Николаевич. – И сама концепция помощи при хронической болезни почек родилась, чтобы замедлить прогрессирование заболевания и выстроить систему терапии пациентов с нефрологической патологией. Сейчас мы полностью обеспечиваем их заместительной почечной терапией. Первая задача нефрологической службы – своевременное выявление почечной патологии для того, чтобы пациент был обеспечен необходимой помощью. Вторая – это доступность помощи. С этой целью в Москве организованы 4 центра компетенций, деятельность которых основана на чётких критериях, оформленных в виде приказа департамента здравоохранения Москвы. Любой врач-специалист имеет право при наличии показаний направить больного к нефрологу на консультацию. Для пациента, наблюдаемого в межклубном нефрологическом центре, индивидуально разрабатываются все необходимые лечебные мероприятия. В центре компетенций нефролог работает в едином информационном поле с любым другим специалистом города, с которым происходит, можно сказать, бесшовный контакт. Нефрологическая патология, как правило, требует длительного, иногда пожизненного приёма лекарственных средств. Больному уже не нужно постоянно ходить в поликлинику, сидеть в очереди, чтобы получить один и тот же рецепт. Теперь это

можно сделать благодаря телемедицинским консультациям. Они позволяют своевременно оценить необходимость досрочного обследования у специалиста и оформить все необходимые направления для его проведения. Любой специалист по своему профилю всегда готов оказать в полном объёме помощь пациентам с нефрологической патологией.

Тему продолжил заведующий консультативно-диагностическим нефрологическим отделением МКНИЦ «Больница № 52 ДЗМ» Владимир Виноградов. Маршрутизация во всех 4 межклубных нефрологических центрах чётко выстроена через систему ЕМИАС. Когда пациент попадает на приём в первичное звено в поликлинику, и у него выявляется нефрологическая патология, он в течение 3-5 рабочих дней должен получить первичную консультацию нефролога. Затем он прикрепляется к межклубному центру для диспансерного наблюдения. Сейчас пациенты имеют возможность самостоятельно записаться через «Госуслуги» на повторный приём к специалисту. Если врач выявляет показания для госпитализации, больной направляется в нефрологическое отделение с возможностью круглосуточного или только дневного пребывания.

В прошлом году в МКНИЦ «Больница № 52 ДЗМ» открылось хирургическое отделение трансплантации органов и/или тканей. Заведующий этим отделением Игорь Милосердов подчеркнул, что трансплантация – это всего лишь часть лечебного процесса у больных с заболеваниями почек. После трансплантации пациент проводит в стационаре около месяца. В дальнейшем остаётся под наблюдением нефрологов и смежных специалистов. Поэтому результаты напрямую зависят от того, как больной был подготовлен к трансплантации, как прошёл обследование, получил ли всю необходимую пред- и послеоперационную терапию и т.д. За неполный год выполнено более 50 трансплантаций почки (в том числе 3 от живых доноров).

– В Москве срок ожидания трансплантации почки составляет около года, – сказал Игорь Александрович. – Этот период крайне незначительный по сравнению с тем, что мы видим в других регионах и странах. В Западной Европе ожидают трансплантацию около 5 лет, в США – около 10. Поэтому та доступность трансплантации, которая есть на сегодняшний день в нашей столице, соответствует самым лучшим практикам. К сожалению, в мире только 10% нуждающихся получают трансплантационную помощь, а 90% остаются на других методах лечения (перитонеальном диализе и гемодиализе). И здесь, конечно же, мы надеемся на развитие посмертного и живого донорства. Около 20% трансплантаций почки в Российской Федерации выполняются от родственных доноров. Трансплантаты от живых доноров функционируют в 2 раза дольше, порядка 20 лет. На сегодняшний день мы обеспечиваем пациента качеством жизни совершенно другого уровня и хорошей социальной реабилитацией. Выживаемость больных приближается к 100%, а выживаемость трансплантатов превышает 90%. Через 5 лет функционирует больше 70% трансплантатов. Пациенты, у которых пересадка была выполнена 10-20 лет назад, поступают для второй и третьей трансплантации. Это хорошие результаты, в общем-то, мы ими довольны. Все больные при выписке обеспечиваются необходимыми лекарствами, в том числе иммуносупрессивной терапией.

Визитной карточкой МКНИЦ является мультидисциплинарный подход. «Круглый стол» завершился выступлением врача кардиологического отделения этого стационара Натальи Потешкиной.

– Если говорить о хронической болезни почек и сердечно-сосудистых заболеваниях, то сейчас это рассматривается в рамках континуума «сердце-почка», – отметила Наталья Георгиевна. – Хочу назвать некоторые цифры. В общей популяции среди лиц старше 65 лет инфаркт миокарда развива-

ется примерно в одном проценте случаев. Если у пациента имеется хроническая болезнь почек, то риск в два-три раза выше. А если он получает заместительную почечную терапию, то частота инфаркта достигает 6-9%. Редко мы говорим про нарушения ритма сердца. К сожалению, это одна из больших проблем. Например, частота фибрилляции предсердий в общей популяции составляет 2-4%. При хронической болезни почек – 20-30%. К сожалению, доказательной медицины у этого профиля пациентов крайне мало, потому что до 80% больных исключаются из клинических исследований именно в связи с хронической болезнью почек. Очень часто терапия для профилактики инсультов и эмболических осложнений назначается off label (вне утверждённых показаний – **Ред.**). В общей популяции мы имеем сердечную недостаточность в 4-9%, при хронической болезни почек она повышается до 30%, а если пациент уже получает заместительную почечную терапию, то до 60%. Ещё одна история – это нарушение мозгового кровообращения. Риски развития инсультов у пациентов с хронической болезнью почек повышаются в 1,5-3 раза. Общая смертность у пациентов с хронической болезнью почек от кардиальной патологии примерно в 7,9 раза выше, чем в общей популяции. Наша клиническая больница делает всё для того, чтобы снизить эти риски. Например, проводится радиочастотная абляция и криодеструкция при фибрилляции предсердий, установка окклюдера в ушки левого предсердия для профилактики эмболических осложнений и т.д. Почему у наших больных так высоки риски сердечно-сосудистых расстройств? Ответ очень простой: 80% пациентов с хронической болезнью почек имеют артериальную гипертензию, которая приводит к гипертрофии левого желудочка, к потенцированию атеросклероза, в том числе коронарных артерий. Ещё одна нозология – сахарный диабет. Это мощнейший фактор риска развития атеросклероза и интерстициального фиброза. Уремические токсины приводят к развитию эндотелиальной дисфункции, которая является фактором риска как тромбозов, так и кровотечений. У нас есть мультидисциплинарная команда, где мы обсуждаем особенности лечения сахарного диабета у больных с поражением почек.

Точка зрения

В регионах нет полноценных регистров

В Москве имеется около 200 нефрологов. Председателем Столичной ассоциации врачей-нефрологов является Олег Котенко. Мы спросили его, применим ли московский опыт в российских регионах.

– Олег Николаевич, что делается для повышения уровня оказания нефрологической помощи в стране?

– У нас есть 3 пилотных региона – это Архангельск, Вологда и Башкортостан, – где я пытаюсь применить московский опыт. Оказалось, что информационные системы регионов к этому не готовы. С ЕМИАС они несовместимы. Как говорил Остап Бендер, «они не видят во мне покупателя». Так и здесь, хотя мы ничего не покупаем и не продаём, а стремимся внести ясность. Для 100%-го лекарственного обеспечения необходимо знать всех больных по фамилиям. Чтобы можно было прийти к чиновнику и сказать: «Дайте лекарство Петрову и Сидорову». В регионах очень серьёзная проблема с лекарственным обеспечением, потому что у них нет полноценных регистров, как в Москве. У нас ведь каждый пациент имеет свой ID. И мы знаем, что он, когда перейдёт из одной стадии в другую, потребует других лекарств.

– А всем ли в Москве доступен гемодиализ?

– Должен вам сказать, что у нас профицит аппаратов для гемодиализа. Я ежедневно

получаю отчёты диализных отделений. Вот, например, в ГКБ им. С.С.Юдина сейчас 120 свободных мест. Но наша задача – не направлять на гемодиализ, а сделать так, чтобы люди как можно дольше жили с собственными почками.

– Как обстоят дела с трансплантацией почки?

– У нас в 2023 г. на листе ожидания было 380 человек на трансплантацию почки. В 2024 г. сделано почти 500 трансплантаций, а лист ожидания вырос до 800 человек. Вместе со всеми заведующими трансплантологическими отделениями Москвы мы проводили воскресные онлайн-беседы с пациентами на гемодиализе.

– Почему воскресные?

– В воскресенье диализ не проводится. Мы убеждали людей идти на трансплантацию.

– А разве они не хотят?

– Знаете, существует такое мнение: «Я не дождусь, а потом таблетки надо пить долго». И вот именно разговор с пациентом позволил увеличить лист ожидания и тем самым увеличить число трансплантаций. Такая связь существует, потому что подготовка органов к трансплантации зависит от объёма листа ожидания: чем он больше, тем выше вероятность подбора соответствующего органа. А лист ожидания – это не очередь в магазине, потому что последний, вставший в очередь, может оказаться первым ввиду того, что ему подойдёт орган для трансплантации. Ведь подбор осуществляется по генотипу.

Если мы увеличиваем возможность более адекватного подбора, то пересаженный орган будет работать лучше. Ну, а жизнь на гемодиализе – через день пожизненно ходить на процедуры – это ужасная вещь.

– В Иране и Пакистане легализовано живое неродственное донорство, то есть там проблема решена и нет листов ожидания. Приобрёл почку, и тебе её пересадили. Чем это плохо?

– Ни в одной другой стране такого нет. Дело в том, что отдать почку – это уже заведомо стать больным человеком. Природа создала этот орган парным не просто так, а для того, чтобы увеличить запас прочности и мощности. Поэтому человек с одной почкой более подвержен любым потенциально нефротоксичным препаратам. Вероятность развития хронической болезни почек у него намного выше. Другое дело, когда родители отдадут свой орган детям.

– А почему этого не может сделать супруг, друг или коллега, как во многих странах?

– У нас другое законодательство, и я здесь абсолютно согласен. Это должен быть осознанный моральный выбор.

– То есть вы считаете, что только родственник может сделать осознанный моральный выбор?

– Сейчас объясню. Есть так называемое парное донорство. Допустим, у кандидата на трансплантацию есть родственник, но у него почка не подходит. Метод заключает-

ся в подборе пар доноров и реципиентов, которые несовместимы друг с другом, но могут обменяться почками с другой парой в аналогичной ситуации. У нас такого законодательства пока нет, но с точки зрения медицинской, это, наверное, рационально.

– Как вам видится развитие нефрологической помощи?

– Количество москвичей с поздней (IIIb – V) стадией хронической почечной недостаточности (ХПН), по данным нашего регистра, за 3 года увеличилось с 30 тыс. до 50 тыс. Это произошло потому, что мы ежеквартально прочёсываем нашу информационную систему и выявляем этих пациентов. Это с одной стороны. С другой, у нас есть дополнительное лекарственное обеспечение инвалидов. Но они все инвалидность оформляют на третьей стадии ХПН, а до получения инвалидности больной должен сам покупать лекарства. Они достаточно дорогие. Я очень надеюсь, что больные с ХПН любой стадии будут бесплатно обеспечиваться лекарствами для замедления прогрессирования процесса. Вот прекрасная цель для развития! А для этого надо просчитать истинные цифры, чтобы заложить расходы в бюджет. Наша деятельность полностью соответствует мировым стандартам, но нельзя залезть на вершину и успокоиться – нет, надо брать новые высоты.

Материалы подготовил
Болеслав ЛИХТЕРМАН,
обозреватель «МГ».