

М. О. Колесник, Н. О. Сайдакова, Н. І. Козлюк, Н. М. Степанова, С. С. Ніколаєнко*

*Державна установа “Інститут нефрології НАМН України”, 04050 Київ
Державний заклад “Центр медичної статистики МОЗ України”, 01601 Київ

НИРКОВА ЗАМІСНА ТЕРАПІЯ В УКРАЇНІ

Проаналізовано кількісні та якісні показники надання спеціалізованої медичної допомоги хворим нефрологічного профілю в Україні за період 2009-2013 рр. Використані дані Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН), який видає ДУ “Інститут нефрології НАМН України” від 2003 р. Станом на 31.12.2013 р. в Україні зареєстровано 465 641 хворих на ХХН (10 263 на 1 млн населення). З них 8810 (159 на 1 млн населення) лікувалися нирковою замісною терапією (НЗТ): 74 % пацієнтів отримували гемодіаліз, тоді як на перитонеальний діаліз і трансплантацію нирки припадало по 13 %. Найбільш частою причиною термінальної стадії ХХН був гломерулонефрит (45,6 %), тоді як частка цукрового діабету становила усього 13,9 %. У 2013 р. вперше почали лікування НЗТ 1350 пацієнтів (30 на 1 млн населення), з них 70 % — з гемодіалізом. Число реципієнтів із функціонуючим нирковим трансплантатом у кінці 2013 р. становило 913 (20 на 1 млн населення). Результати порівняльного аналізу свідчать про істотні регіональні відмінності основних параметрів медико-профілактичної допомоги хворим нефрологічного профілю як у межах України, так і значне їх відставання від Європейських. Тим не менш, слід констатувати, що за п’ять років відбулися певні позитивні зміни в організації надання спеціалізованої медичної допомоги хворим нефрологічного профілю та покращення значень її кількісних показників.

Ключові слова: хронічна хвороба нирок, ниркова замісна терапія, захворюваність, поширеність хвороб нирок.

Якість надання медико-профілактичної допомоги загалом та хворим нефрологічного профілю, зокрема, є індикатором соціально-економічного розвитку і добробуту держави та потребує постійного моніторингу [13, 15]. Медико-демографічні показники найбільш повно акумулюють увесь діапазон діючих на стан здоров’я факторів соціально-економічного, поведінкового, генетичного, природно-кліматичного і екологічного походження. Проблеми суспільства особливо яскраво реалізуються через структуру та розповсюдженість хвороб, рівні інвалідизації і смертності населення [8, 15, 19]. Багаторічні намагання владних структур реформувати систему охорони здо-

ров’я в Україні не виправдали очікувань ні медичної спільноти, ні громадян. За таких умов ще більшої актуальності набуває аналіз стану надання високо-вартісної спеціалізованої медичної допомоги, яка має бути основою для прийняття відповідних організаційних заходів та управлінських рішень. Зазначене є надзвичайно важливим з погляду на децентралізацію влади та підвищення відповідальності органів місцевого самоврядування.

Співробітниками ДУ “Інститут нефрології НАМН України” разом із фахівцями МОЗ та НАМН було створено та затверджено ряд нормативно-правових актів, які регламентують організацію ме-

ДУ “Інститут нефрології НАМН України”

М. О. Колесник — директор інституту, чл.-кор. НАМН України

Відділ науково-організаційної роботи

Н. І. Козлюк — зав. відділу, к.пед.н.

Н. О. Сайдакова — с.н.с., д.м.н., професор

Н. М. Степанова — гол.н.с. відділу нефрології та діалізу, д.м.н. (nmstep@ukr.net)

ДЗ “Центр медичної статистики МОЗ України”

С. С. Ніколаєнко — зав. відділу автоматизованої обробки інформації

© М. О. Колесник, Н. О. Сайдакова, Н. І. Козлюк, Н. М. Степанова, С. С. Ніколаєнко, 2015.

дико-профілактичної допомоги хворим нефрологічного профілю та дозволяють оцінювати її якість: накази МОЗ України та НАМН України від 11.05.2011 р. № 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” (у редакції наказу МОЗ та НАМН України від 30.09.2014 р. № 74/688), від 20.05.2010 р. № 39/420, від 22.09.2011 р. № 84/608. Перелічені документи стали головними медико-технологічними засадами поліпшення організації та якості поетапної медичної допомоги хворим нефрологічного профілю, імплементація яких дозволила б значно покращити якість та збільшити обсяг спеціалізованої допомоги хворим на хронічну хворобу нирок (ХХН), кількість яких щорічно зростає. Однак, на жаль, сьогодні можна констатувати лише часткову реалізацію складових наказів МОЗ та НАМН України.

Проте проблема ХХН є вельми актуальною не тільки в Україні, а і в усьому світі [11, 16, 18, 19]. Вважається, що кожен рік близько 3 200 000 осіб досягає термінальної стадії ХХН без ініціювання ниркової замісної терапії (НЗТ) і 440 тис. осіб щорічно потребують її ініціації [3]. Старіння населення у розвинених країнах, епідемія ожиріння, діабету та артеріальної гіпертензії сприяють збільшенню “тягаря” ХХН у світі [3, 19]. Тим не менш, величина цих факторів істотно варіює у різних країнах [8, 26]. Важливо відзначити і відмінності частоти застосування НЗТ між країнами, які пов’язані перш за все з демографічними, економічними та організаційними проблемами [3, 4, 7, 19]. У цьому зв’язку нами було проаналізовано результати надання спеціалізованої медичної допомоги хворим нефрологічного профілю в Україні за період 2009-2013 рр. у міжнародній перспективі, використовуючи інформацію з європейських і глобальних досліджень в тій же групі пацієнтів.

Метою роботи було проаналізувати динаміку надання спеціалізованої медичної допомоги хворим нефрологічного профілю в Україні за період 2009-2013 рр. та порівняти з основними показниками інших країн.

Матеріал та методи. У роботі використано дані “Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок” за 2009-2013 рр. [1, 2], який від 2003 р. видає ДУ “Інститут нефрології НАМН України”; від 2006 р. його включено до реєстру Європейської ниркової асоціації. Завдяки співпраці з головними позаштатними спеціалістами зі спеціальності “нефрологія” департаментів охорони здоров’я облдержадміністра-

цій, м. Києва та Севастополя, які є регіональними координаторами Національного реєстру, якість останнього щорічно зростає. Більше того, від 2013 р. стало можливим презентувати новий розділ, присвячений гострому пошкодженню нирок (ГПН).

Результати та їх обговорення. У 2013 р. в Україні спеціалізовану допомогу дорослому населенню надавали 366 лікарів-нефрологів, що на 8,0 % більше порівняно з 2009 р. Забезпеченість становила 10 на 1 млн населення, що на 11,0 % перевищує рівень у 2009 р. Звертає на себе увагу її нерівномірність за окремими адміністративними територіями. Величина показника коливалась від 4 у Кіровоградській та Луганській областях до 30 на 1 млн в Івано-Франківській. В 11 областях (Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Кіровоградська, Луганська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Рівненська, Сумська, Харківська) та АР Крим рівень забезпеченості лікарями-нефрологами на 20-60 % менший, ніж у цілому в країні (4-8 на 1 млн). На 20-200 % її показник перевищував середнє значення у 7 областях (Житомирська, Закарпатська, Івано-Франківська, Полтавська, Тернопільська, Хмельницька, Чернівецька) та м. Севастополі.

Варіабельність забезпечення дорослого населення України лікарями-нефрологами (середній рівень в Україні — 10 на 1 млн населення, загальна кількість лікарів — 366) показана на рис. 1.

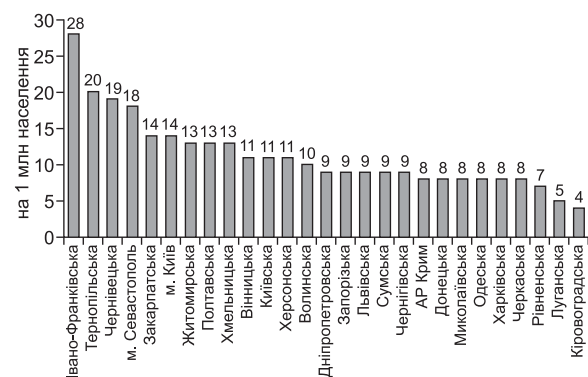


Рис. 1. Рівень забезпеченості лікарями-нефрологами дорослого населення України (на 1 млн населення).

Водночас покращився професійний рівень лікарів, а саме: збільшилась кількість нефрологів вищої кваліфікаційної категорії (від 59,9 % до 66,7 % у 2013 р.). Відсоток проатестованих лікарів істотно не змінився: у 2013 р. — 66,4 % проти 67,4 % у 2009 р.

В Україні спостерігається поступове щорічне скорочення ліжкового фонду. За п’ять років він став меншим на 150 ліжок (8,6 %). У результаті в 2013 р. в країні функціонувало 1592 нефрологічних ліжка для дорослого населення. Звідси природним є й знижен-

ня рівня забезпеченості в розрахунку на 1 млн населення — 35 проти 38 у 2009 р., тобто різниця становила 7,9 %. Встановлено істотну різницю у забезпеченні дорослого населення профільною стаціонарною допомогою: від 9 на 1 млн у Луганській до 55 у Чернівецькій та 78 у м. Севастополі (рис. 2).

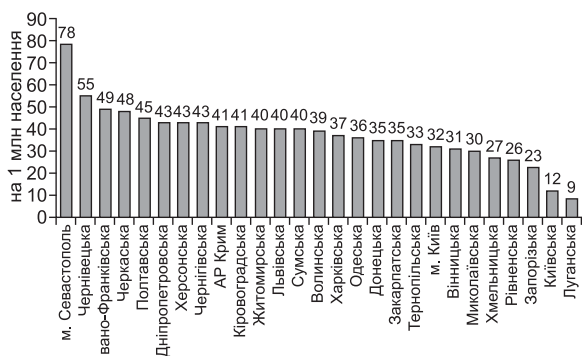


Рис. 2. Рівень забезпеченості нефрологічними ліжками дорослого населення України (на 1 млн населення).

Менші за середнє забезпечення ліжками у країні мають Вінницька, Запорізька, Київська, Луганська, Миколаївська, Рівненська, Тернопільська, Хмельницька області та м. Київ. Інші 9 областей (Дніпропетровська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Львівська, Полтавська, Сумська, Херсонська, Черкаська, Чернівецька) та АР Крим і м. Севастополь виділяються своїми високими значеннями показників; вони перебувають в межах 40-78 ліжок на 1 млн. Значення його в решті областей відповідає середньому рівню у країні. У цілому, в найбільш несприятливій ситуації знаходяться Запорізька, Луганська, Миколаївська, Рівненська області, де співпадають низькі рівні забезпеченості ліжками-нефрологами та ліжками.

Нижче наведено дані моніторингу щодо захворюваності та поширеності ХХН серед дорослого населення з урахуванням адміністративних територій України. У 2013 р. в Україні на обліку перебувало 465 641 хворих на ХХН, що на 15,8 % більше, ніж у 2009 р. Рівень поширеності дорівнював 10 263 на 1 млн проти 8746 у 2009 р. (приріст на 17,4 %). У 14 областях, АР Крим та м. Севастополі показник був в межах 10 276, у Волинській — 28 300 на 1 млн; у 10 областях та м. Києві коливався від 1801 у Херсонській області до 9125 — у Івано-Франківській і 2929 на 1 млн — у столиці (рис. 3).

Якщо вважати логічним зв'язок поширеності ХХН з рівнем забезпеченості ліжками-нефрологами та кількістю спеціалізованих ліжок, то доцільним було проаналізувати наявність такої залежності. Однак виявилось, що серед 11 адміністративних те-

риторій (Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Івано-Франківська, Кіровоградська, Луганська, Львівська, Рівненська, Тернопільська, Херсонська області та м. Київ), у яких поширеність ХХН нижча, ніж у середньому в Україні, лише у 3 (27,3 %) з них був низьким рівень забезпеченості як ліжками, так й ліжками, у 4 (36,6 %) — ліжками і у 2 (18,2 %) — тільки ліжками. Серед 16 областей з високим рівнем поширеності патології лише у Миколаївській області значення показників забезпеченості нефрологами та ліжками не перевищували усереднені значення. У 5 областях (Одеська, Сумська, Харківська, Чернівецька, Чернігівська) та АР Крим недостатньою була кадрова забезпеченість (37,5 %) і у 3 (Вінницька, Київська, Хмельницька) — забезпеченість ліжками (18,7 %). Із наведених даних не можна простежити зв'язок забезпеченості населення ліжками-нефрологами та ліжками з поширеністю ХХН. Проте аналіз захворюваності за роками в окремих областях демонструє залежність забезпеченості ліжками-нефрологами від кількості хворих на ХХН.

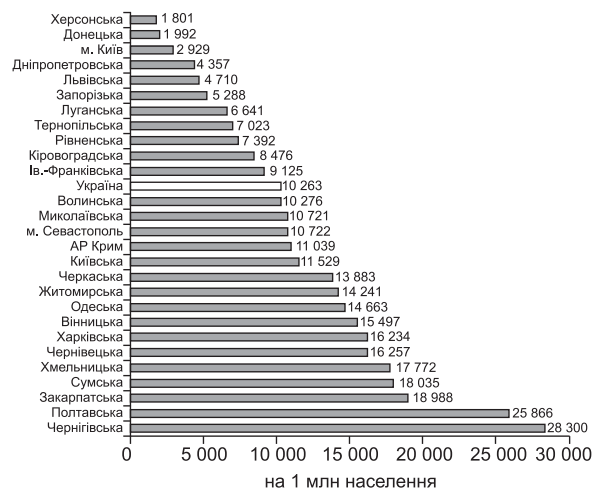


Рис. 3. Поширеність ХХН серед дорослого населення України за адміністративними територіями (на 1 млн населення).

У 2013 р. взято на облік 28 228 пацієнтів, що на 18 % менше, ніж у 2009 р. Рівень захворюваності становив 622 на 1 млн населення проти 748,6 на 1 млн (темп зниження — 16,8 %). Звертає увагу регіональна варіабельність показника: від 13 (Луганська область) до 3197 (Закарпатська) (рис. 4).

Протягом періоду дослідження в одних і тих же областях рівень захворюваності був низький. Наведемо ті, де показник становив 500 і нижче: Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Київська, Кіровоградська, Луганська, Рівненська, Херсонська та АР Крим. У 7 із них (70 %) був також низький рівень забезпеченості ліжками-

ми-нефрологами. Однак у цих областях спостерігається адекватне співвідношення як захворюваності, так і поширеності.

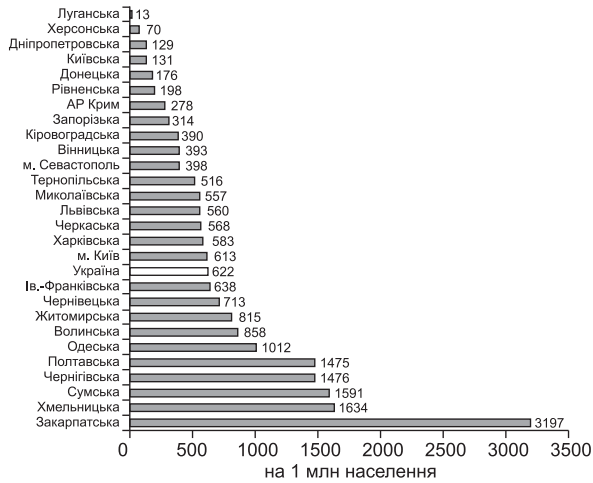


Рис. 4. Захворюваність на ХХН (на 1 млн населення).

Важливим критерієм якості нефрологічної допомоги є розподіл хворих на ХХН за стадіями та його динаміка. На рис. 5 та 6 подані такі дані серед усіх хворих та вперше виявлених, відповідно. Результати аналізу свідчать про подібність як структури, так і характеру змін.

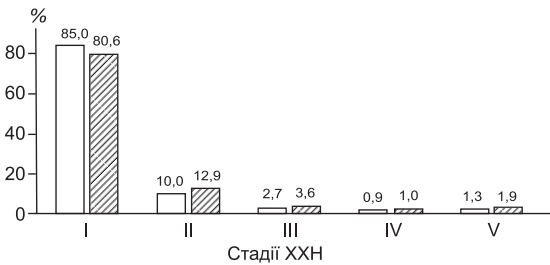


Рис. 5. Розподіл хворих на ХХН за стадіями (розповсюдженість) у 2009 р. (світлі стовпчики) та 2013 р. (заштриховані стовпчики).

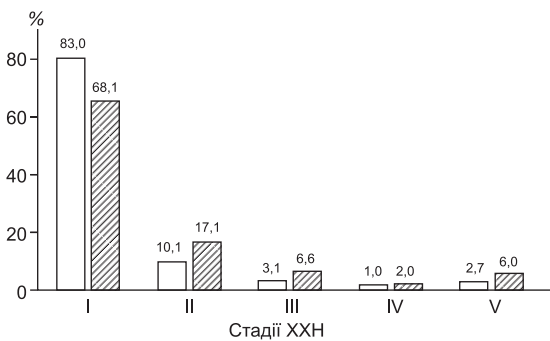


Рис. 6. Розподіл уперше виявлених хворих на ХХН за стадіями у 2009 р. (світлі стовпчики) та 2013 р. (заштриховані стовпчики).

Звертає на себе увагу така особливість. На фоні переважання хворих I стадії їх питома вага вірогідно зменшується від 85 % у 2009 р. до 80,6 % у 2013 р., серед вперше виявлених — від 83 % до 68,1 %, відповідно. При цьому темп зниження інтенсивніший серед останніх — 32,6 % проти 9,8 %. З роками кількість хворих в наступних стадіях збільшується із статистично доведеною різницею, за винятком IV стадії. Викликає занепокоєння темп приросту хворих на ХХН V стадії, особливо серед пацієнтів із вперше встановленим діагнозом, де він досягає 82,0 %. Визначені 10 адміністративних територій, в яких серед вперше виявлених хворих у 10-54 % діагностована V стадія ХХН: Вінницька (11,5 %), Дніпропетровська (21,8 %), Запорізька (10,0 %), Київська (54,5 %), Рівненська (27,0 %), Херсонська (79,3 %), Київ (12,5 %), Севастополь (15,8 %), а в Луганській області — 100 %.

З відомих причин надзвичайно важливим було і залишається питання своєчасної діагностики ХХН I-II стадій. Частка хворих на ХХН I-II стадії зменшилась від 95 % у 2009 р. до 93,5 % у 2013 р. ($P < 0,05$) і водночас зросла з ХХН III-V стадій до 6,5 % у 2013 р. проти 4,9 % у 2009 р. ($P < 0,05$). Тобто, в Україні зростає кількість хворих, яким необхідно застосування НЗТ. Структура причин розвитку ХХН подана у табл. 1.

Таблиця 1

Структура причин ХХН (2009-2013 рр.), %

Причини ХХН	Усі хворі на ХХН		Серед уперше виявлених	
	2009 р.	2013 р.	2009 р.	2013 р.
Хронічний пієлонефрит	66,06	67,09	55,37	52,04
Діабетична нефропатія	11,80	11,19	17,51	13,99
Хронічний гломерулонефрит	8,25	7,86	9,79	8,91
Гіпертензивна нефропатія	6,85	6,43	5,79	12,07
Полкістоз нирок	1,54	1,83	1,95	2,78
Інші	5,49	5,60	9,63	10,14

Виявилось, що як серед усіх хворих, так і серед вперше виявлених хронічний пієлонефрит (ХПН) займає першу позицію, другу — діабетична нефропатія (ДН). Ситуація дещо змінилася стосовно третьої позиції. У 2013 р. серед вперше виявлених третю позицію зайняла гіпертензивна нефропатія (ГН), тоді як 4 роки тому на цій позиції був хронічний гломерулонефрит (ХГН). Однак мали місце певні регіональні відмінності. Так, у трьох областях ГН займала другу позицію — на її долю припадало 22-29,9 % (Дніпропетровська, Київська, Закарпатська), а в Луганській — першу (35,38 %), тоді як у 5 областях (Волинська, Кіровоградська, Полтавська, Херсонська, Чернігівська) та в АР Крим і м. Севастополі її частка не перевищувала 1,0 %. На другій позиції ХГН був у Донець-

кій, Рівненській, Херсонській областях (13,5-17,3 %), а в Києві — 59,9 % (найвищий рівень ХГН в Україні). Простежується чітка тенденція до зменшення частки ХПН та ДН з одночасним зростанням ГН (від 9,79 % до 12,0 %).

Для прогнозування темпів прогресування ХХН та підготовки хворих до необхідності застосування діалізої НЗТ важливою є нозологічна основа ХХН V стадії (табл. 2).

Таблиця 2
Структура причин ХХН V стадії (2009-2013 рр.), %

Причини ХХН V стадії	Усі хворі на ХХН		Серед уперше виявлених	
	2009 р.	2013 р.	2009 р.	2013 р.
Хронічний гломерулонефрит	49,38	45,65	40,21	39,84
Хронічний пієлонефрит	15,04	16,64	16,38	17,57
Діабетична нефропатія	14,21	13,94	20,96	17,04
Полікістоз нирок	9,15	10,00	8,77	10,16
Гіпертензивна нефропатія	3,43	4,05	4,28	5,17
Інші	7,14	9,26	9,41	8,93

Станом на 31.12.2013 р. в Україні функціонувало 97 відділень нефрології та діалізу, що на 36,6 % більше, ніж у 2009 р. У табл. 3 подана динаміка кількості хворих, які лікувались методами діалізої НЗТ.

Таблиця 3
Динаміка кількості хворих, які лікувались методами НЗТ (2009-2013 рр.)

Показник	2009	2013	Приріст, %
Загальна кількість хворих, які лікуються гемодіалізом (ГД)	3492	5236	+49,9
Кількість хворих, які уперше розпочали лікування ГД	634	942	+48,58
Загальна кількість хворих, які лікуються методом гемодіалізації (ГДФ)	-	99	-
Кількість хворих, які уперше розпочали лікування ГДФ	-	11	-
Загальна кількість хворих, які лікуються перитонеальним діалізом (ПД), постійним амбулаторним ПД (ПАПД) та автоматизованим ПД (АПД)	552	966	+75
Кількість хворих, які уперше розпочали лікування ПД (ПАПД + АПД)	122	282	+132
Діалізна НЗТ, всього	4044	6301	+55,8
Діалізна НЗТ уперше у звітному році	756	1235	+63,3
Загальна кількість хворих з трансплантованою ниркою	592	913	+54,2
Кількість хворих з трансплантованою ниркою у звітному році	112	115	+2,6
Всього на НЗТ	4639	7214	+55,5
Всього на НЗТ, уперше у звітному році	868	1350	+55,5

За п'ять років кількість хворих, які мали можливість лікуватись методами НЗТ, зросла на 55,5 % (2440 пацієнтів), а загалом їх нараховувалось 7214 осіб. На стільки ж відсотків стало більше пацієнтів, які уперше розпочали таке лікування (див. табл. 3).

Як відомо, найбільш поширеним із НЗТ є ГД. Тому логічним виглядає факт збільшення ГД-хворих в 1,5 рази (від 4044 у 2009 р. до 6301 у 2013 р.; приріст 55,8 %). Уперше розпочали отримувати діалізу терапію 1235 осіб, що на 63,3 % перевищувало кількість хворих у 2009 р.

В країні спостерігається інтенсивне впровадження ПД. Темп зростання кількості ПД-хворих протягом 5 років становив 75 % (966 осіб). Найбільш широко метод застосовувався у Вінницькій, Волинській, Житомирській, Полтавській, Хмельницькій областях. Рівень забезпечення населення України НЗТ у 2009 р. становив 101 на 1 млн, тоді як у 2013 р. показник дорівнював 159 (темп приросту — 57,4 %). Подібні зміни мали місце й серед вперше виявлених — 30 проти 19 на 1 млн (57,9 %), відповідно. Однак навіть на фоні істотного зростання значень цих показників забезпеченість методами НЗТ продовжує значно відставати від інших країн. Вражають територіальні розбіжності її величин: від 61 в столиці до 320 на 1 млн в Івано-Франківській області. За високими показниками (на 1 млн) виділяються 6 областей (Івано-Франківська — 320, Запорізька — 258, Хмельницька — 226, Житомирська — 225, Волинська — 223, Львівська — 207) та м. Севастополь (207), тоді як в 3 областях (Донецькій, Кіровоградській, Луганській) та м. Києві частота НЗТ не перевищує 100 на 1 млн.

Методи НЗТ отримували переважно особи працездатного віку (90 %), до 15 % — 0-17 років. Решту склали хворі пенсійного віку та старші. Таким чином, в загальній структурі діалізої терапії (87,3 %) домінував ГД, питома вага якого у 2013 р. дорівнювала 84,6 % проти 86,4 % у 2009 р. ($P < 0,05$). Методом ПД у 2013 р. лікувалось 966 (15,3 %) хворих проти 522 (13,6 %) у 2009 р.; функціонуючий трансплантат мали 913 пацієнтів, за 5 років на 53,4 % збільшилась кількість реципієнтів.

У 2013 р. кількість закладів охорони здоров'я зросла на 36,6 % (від 71 до 97). По одному відділенню, як й в усі попередні роки, залишається у 2 областях — Кіровоградській, Чернівецькій. Разом з тим, кількість ГД-машин стало більше на 50 % (1023 проти 682). Відповідно, забезпеченість ГД-машинами стала більшою від 15 до 23 на млн населення. Загалом вона коливалась від 7 на млн в Луганській до 45 в Івано-Франківській (рис. 7).

Спостерігаються значні міжрегіональні відмінності за кількістю ГД-машин. Забезпеченість понад

23 ГД-машин на млн населення була у 12 областях (Волинській, Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Івано-Франківській, Київській, Львівській, Одеській, Тернопільській, Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській), а також у Києві і Севастополі, а 7 ГД-машин/млн — в Луганській та 22 — у Сумській.

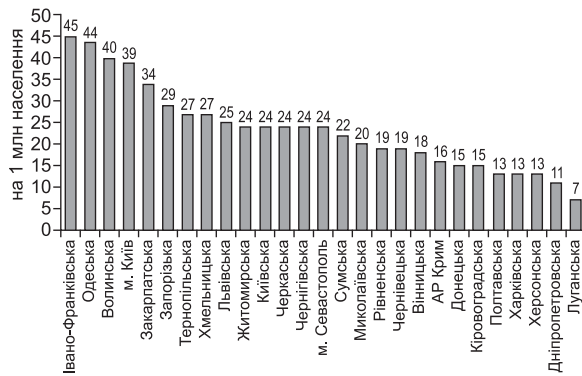


Рис. 7. Рівень забезпеченості апаратами для гемодіалізу населення України у 2013 р. (на 1 млн населення).

У середньому на одному апараті було здійснено 650,4 гемодіалізів (у 2009 р. — 673,4). Слід зазначити, що діалізні апарати не усюди експлуатуються адекватно. Виділяються адміністративні території, в яких навантаження на одну ГД-машину нижче, ніж у цілому в Україні. До таких належать, наприклад Одеська, Чернігівська області та м. Київ. Від 2009 по 2013 рр. число апаратів у цих областях зросло практично в 1,6-2 рази — до 105; 26 та 110, відповідно, а кількість гемодіалізів на одну ГД-машину була самою низькою — 308,3, 476,4 та 481,8, відповідно. Разом з тим, є області із значно більшою кількістю гемодіалізів на один апарат, ніж в цілому по країні, за ідентичної або значно меншої їх кількості. До них належать Миколаївська і Львівська області — 24 та 62 апарати і 703,3; 721,7 ГД-сесій, відповідно. Серед решти за найбільшою інтенсивністю роботи виділяється Луганська область — 1105,7 гемодіалізів на апарат. На 25 % гемодіалізів більше, ніж у середньому, виконується у Вінницькій, Дніпропетровській, Житомирській, Запорізькій, Харківській, Херсонській, Хмельницькій областях.

Серед ГД-пацієнтів протягом тривалих років переважають особи працездатного віку: 18-44 років — 36,8 %, 45-64 років — 52,5 %, старших за 64 років — 10,3 %, тоді як діти (до 17 років) — лише 0,6 %.

Важливим показником рівня медичної допомоги хворим нефрологічного профілю є доступність діалізу терапії, тобто число хворих, які щорічно починають отримувати ГД чи ПД. Аналіз даних свідчить, що лише 925 “нових” хворих розпочали лікування у 2013 р. (доступність 27 %).

Однак цілком очевидно, що рівень доступності діалізу терапії не відповідає існуючим потребам (у середньому 4,5-5 тис. хворих). Практично стабільним є відсоток хворих за тривалістю лікування ГД протягом тижня: <12 годин — 13,9 % та ≥12 годин — 86,1 %. Неадекватну тривалість лікування мали 38,1 % пацієнтів у Донецькій області, 27,9 % — у Житомирській, 21,3 % — у Київській, 47,2 % — у Харківській, 30 % — у Хмельницькій та 29,8 % — у м. Києві. Наголосимо, що перераховані території виділяються за цією ознакою усі роки спостереження. Водночас в 4 областях (Закарпатській, Одеській, Черкаській, Івано-Франківській) та АР Крим тільки до 3 % пацієнтів перебували на гемодіалізі менше 12 годин за тиждень. У двох областях (Луганській та Херсонській) усі хворі знаходились в оптимальному режимі лікування.

За період вивчення стало очевидним зростання питомої ваги пацієнтів, які отримували ГД-терапію понад 6 років. Зокрема, у 2,5 та 2,8 рази збільшилась кількість хворих, які лікувалися 11-15 років та 16-20 років, відповідно (табл. 4).

Таблиця 4
Розподіл хворих за тривалістю лікування методом ГД (2009-2013 рр.), %

Тривалість лікування	2009 р.	2013 р.
<90 діб	3,2	4,7
>90 діб	14,9	13,3
1-3 роки	41,7	37,6
4-5 років	16,8	14,5
6-10 років	19,8	20,7
11-15 років	3,2	7,9
16-20 років	0,4	1,1
понад 20 років	0,1	0,1

Одним із чутливих індикаторів стану охорони здоров'я та якості надання медичної допомоги вважається показник смертності [22]. За результатами порівняльного аналізу простежено зменшення смертності серед пацієнтів, які отримували ГД, як серед усієї когорти, так і серед уперше взятих на лікування. У 2013 р. серед 5235 хворих, які отримували ГД, померло 420 (8 %). Меншим (7,4 %) цей показник був у тих, хто розпочав лікуватись уперше (серед 942 хворих померло 70). Структура причин смертності залишається стабільною. Переважає серцево-судинна патологія (60,5-64,2 %), на цереброваскулярні хвороби припадало 12,5-14,7 %, новоутворення — 2,6-3 %, інфекційні хвороби — 1,4-3,5 %, інші — 14,0-17,3 %. При цьому має місце тенденція зростання цереброваскулярних захворювань та зменшення інших. За рівнем смертності виділяються 9 областей: Полтавська — 17,1 %, Луганська — 16,3 %, Волинська — 13,8 %, Харківська —

13,4 %, Житомирська — 12,6 %, Рівненська — 11,6 %, Чернігівська — 11,5 %. Львівська — 11,3 %, Херсонська — 11,2 %, У разі лікування ГДФ померло 5 хворих із 99 (5,1 %). Жодного не було серед тих, хто вперше його розпочав (11 пацієнтів).

ПД у 2013 р. використовувався в усіх областях України, за винятком Кіровоградської та Чернігівської. Усього ПД отримувало 966 хворих, що на 444 (85 %) більше, ніж у 2009 р. Наголосимо, що приріст хворих на ПД випереджає приріст ГД (75 % та 50 %, відповідно). Про інтенсивність поширення ПД в країні більш виражено свідчать величини приросту хворих, які вперше розпочали діалізну терапію (48,6 % у разі ГД та 131,1 % у разі ПД). Крім того, в Україні впроваджено АПД. Із 35 хворих, які лікуються АПД, 14 у Харківській області та 10 у Києві.

ПД застосовувався у чоловіків та жінок з однаковою частотою (49,7 % та 50,3 %, відповідно). Віковий розподіл пацієнтів на ПД не відрізнявся від подібного у хворих, які лікувались ГД. Це означає, що на працездатний період життя припадало 88,0 %, старших — 11,2 % і лише до 1 % на дітей у віці до 17 років. Структура хворих на АПД мала відмінність: удвічі більше було хворих пенсійного віку (20 %) і не було жодної дитини. У розрахунку на 1 млн населення рівень забезпечення ПД у 2013 р. становив 21 і перевищував показник 2009 р. у 1,8 рази. Простежуються його істотні коливання: від одного на 1 млн у Донецькій до 48 у Полтавській області (рис. 8). При цьому 6 областей (Вінницька, Дніпропетровська, Житомирська, Одеська, Полтавська, Хмельницька) та АР Крим мають високий рівень забезпеченості протягом усіх років дослідження. Проте більшої уваги потребують ті регіони, де застосування методу не перевищує 15 на 1 млн населення, тобто, на 40 % менший, ніж загальний у країні (Волинська, Донецька, Запорізька, Київська, Луганська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Херсонська, Черкаська області) та столиця.

У 2013 р. лікування методом ПД уперше розпочали 282 особи, що становило 6 на 1 млн населення і перевищувало дані 2009 р. у 2,3 та 2 рази, відповідно. Жоден пацієнт не розпочав лікування у Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Чернівецькій областях. Переважна більшість хворих — 145 із 282 (51,4 %), які почали отримувати ПД, зосереджена в 5 областях (Дніпропетровська — 29, Полтавська — 21, Хмельницька — 29, Одеська — 18, Харківська — 20) та м. Києві — 28. Слід вказати на вікову особливість цієї категорії хворих. Серед них за п'ять років у 4 рази стало більше хворих, старших за 64 роки (у 2013 — 13,8 % проти 3,3 % у 2009 р.). Крім того, змінилась тривалість лікуван-

ня, яка у цілому значно збільшилась порівняно з 2009 р. (табл. 5).

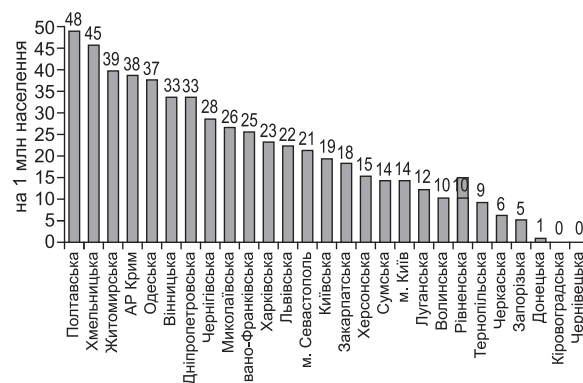


Рис. 8. Забезпеченість ПД за адміністративними територіями України у 2013 р. (на 1 млн населення).

Таблиця 5
Розподіл хворих за тривалістю лікування методом ПД (2009-2013 рр.), %

Тривалість лікування	2009 р.	2013 р.
<90 діб	3,2	7,2
>90 діб	14,9	21,7
1-3 роки	41,7	44,4
4-5 років	16,8	12,5
6-10 років	19,8	13,0
11-15 років	3,2	1,0

З поширенням діалізної терапії, певною мірою, персоніфікованого підходу до вибору тієї чи іншої модальності, з'явилась можливість вибору методу діалізної НЗТ та заміни одного на інший. При цьому у 2013 р. відсоток переходу з ПД на ГД дорівнював 10,3 %, а з ГД на ПД — 1,2 %. Безумовно, існування умов застосування обох видів діалізу у хворого дозволяє реалізувати інтегрований підхід до НЗТ і таким чином подовжити тривалість життя хворого.

Основними причинами переведення ПД-хворих на лікування ГД були неможливість формування судинного доступу (15,5 %) та зниження функції черевини (27,5 %). Завдяки обізнаності пацієнтів зменшилась кількість відмов від ГД чи ПД (25,3 % проти 30,0 %). У той же час, від 20 % до 31,7 % зростає частота неадекватності методів як причин їх зміни. Зазначене потребує уваги та окремого вивчення. У цьому контексті варто назвати адміністративні території, де більше всього випадків зміни діалізної НЗТ: АР Крим, Київська, Одеська, Полтавська. У 2013 р. кількість хворих із заміною ПД на ГД дорівнювала 40 % у Донецькій області, 56,3 % — у Київській, 22,5 % — в Одеській.

Тривалість лікування методом ПД значною мірою залежить від частоти ПД-асоційованої інфекції та наслідків її лікування [28]. За зазначений період відсоток інфекційних ускладнень ПД зменшився у 2,2 рази (від 20 % до 9,2 %). В їх структурі переважає перитоніт, на долю якого припадає 93 %. Інфекція місця виходу катетера зросла від 4,5 % до 5,8 %, тоді як частота тунельної інфекції зменшилась від 2,7 % до 1,2 %, відповідно. Найчастіше перитоніт спостерігався у пацієнтів Вінницької області (практично у половини), у кожного третього в Одеській, Харківській, Чернігівській, у кожного четвертого — в Житомирській, Закарпатській областях та в Севастополі. Продовжили лікування методом ПД після перенесеної інфекції 89,5 % хворих, тоді як у 2009 р. — 61,8 %. Частота смертельних наслідків ПД-асоційованого перитоніту зменшилась у 2 рази (від 7,3 % у 2009 р. до 3,5 % у 2013 р.).

Із 931 хворих, які лікувались методом ПД, у 2013 р. померло 121, що становило 13 %. Дещо меншим показник був серед тих, хто розпочав лікуватись уперше: із 269 пацієнтів померло 29 (10,8 %). П'ять років тому величини становили, відповідно, 45 із 552 пацієнтів (8,2 %) та 8 зі 122 (6,6 %), у разі АПД — 2 з 35 хворих (5,7 %) і 1 із 13 (7,7 %). Основними причинами смерті ПД-хворих були серцево-судинні хвороби (48,9-68,0 %), цереброваскулярні захворювання (4,4-8,4 %) та новоутворення (2,2-2,5 %).

У 2013 р. в Україні число реципієнтів із функціонуючим нирковим трансплантатом становило 913 (20 на 1 млн населення). На їх долю у загальній структурі НЗТ приходилось 12,6 %. У 2009 р. таких пацієнтів було 595 (13 на 1 млн), а доля у загальній структурі НЗТ становила 12,8 %. Абсолютний приріст хворих становив 318 осіб, що більше на 53,4 %, ніж у 2009 р. Достовірно менше, як і у минулі роки, було жінок: 41,6 % проти 58,4 % чоловіків. Переважали особи у віці 18-44 років — 66,4 %, у 4,6 рази зросла частка старших за 64 роки (від 0,8 % до 3,4 %), у 1,5 рази — дітей до 17 років (від 2,5 % до 3,7 %, відповідно).

За 5 років змінився регіональний розподіл пацієнтів із функціонуючим алотрансплантатом нирки. Зокрема, в АР Крим, Львівській, Миколаївській, Хмельницькій, Черкаській областях кількість хворих віком 0-17 років становила 10-12,5 %, тоді як у Київській, за відсутності пацієнтів в зазначеному періоді, — у пенсійному віці (18,2 %). Як і раніше, реципієнтів (у розрахунку на 1 млн населення) було у Дніпропетровській області 4, Запорізькій — 41, Львівській — 33, Одеській — 33, Харківській — 26, Чернівецькій — 39. Щорічна кількість виконаних трансплантацій не зазнала

істотних змін з роками — 100-115 операцій. Трансплантат від живого донора отримали 528 (57,8 %) пацієнтів, у 385 (42,2 %) була трансплантована трупна нирка. Без достовірних змін зазначені відсотки спостерігаються впродовж усіх років спостереження (табл. 6).

Таблиця 6

Розподіл хворих за тривалістю функціонування трансплантата (2009-2013 рр.), %

Тривалість функціонування трансплантату	2009 р.	2013 р.
1-3 роки	40,8	25,2
4-5 років	11,9	16,3
6-10 років	20,5	28,3
11-15 років	11,9	12,3
16-20 років	2,5	4,1
понад 20 років	0,8	1,6

В 1,4 рази збільшилась кількість пацієнтів, які живуть з трансплантованою ниркою (ТН) 6-10 років, в 1,6 рази — 16-20 років і удвічі — понад 20 років. Проте проблема втрати трансплантата залишається актуальною, адже кількість таких випадків зростає (29 у 2009 р. проти 72 у 2013 р.). Серед причин на першому місці було хронічне відторгнення (42,2 % проти 27,6 % у 2009 р.), а також простежена тенденція до зменшення в їх структурі інфекційних ускладнень. Майже удвічі зменшилась частота летальних випадків як причини втрати функціонуючого трансплантата (33,3 % проти 62,1 % у 2009 р.).

Із 913 хворих із функціонуючим трансплантатом у 2009 р. померло 27 (3,0 %). Подібним був і відсоток у 2013 р., але він коливався від 3,3 % у АР Крим до 33,3 % у Києві. Структура смерті у даному випадку відрізняється від такої за ГД та ПД: доля серцево-судинних захворювань удвічі менша (33,3-29,6 %), залишається високою частка померлих від інфекційних ускладнень (27,8-14,8 %). З наведених даних видно, що смертність найменша у пацієнтів із трансплантованою ниркою і найбільша у ПД-хворих.

Натепер хворі на ХХН різних модальностей НЗТ, особливо ГД, мають високий ризик інфікування вірусами гепатитів В (ВГВ) та С (ВГС). Аналіз інфікованості зазначеними вірусами ГД- та ПД-пацієнтів за роки дослідження показав вірогідне зменшення кількості таких випадків від 22,7 % у 2009 р. до 16,4 % у 2013 р. та від 3,1 % до 1,4 %, відповідно, до діалізної модальності; водночас частота інфікування ВГВ та ВГС у хворих із трансплантованою ниркою зросла у 10 разів (від 0,3 % до 3,1 %). Не можна залишити поза увагою істотне зростання кількості ВІЛ інфікованих ГД-пацієнтів у 2013 р. (від 0,5 % до 2,8 %), у разі ТН — 3,6 %

випадків, тоді як у 2009 р. не було жодного. Високі значення показника ВІЛ-інфікованості хворих, які отримують НЗТ, відзначені у Закарпатській, Запорізькій, Тернопільській, Чернігівській областях.

Тривалість виживаності хворих залежно від модальності НЗТ продемонстровано у табл. 7. На жаль, серед модальностей НЗТ лише гемодіалізація (ГДФ) та ТН забезпечують прийнятну тривалість життя пацієнтів.

Таблиця 7

Розподіл хворих за виживаністю залежно від модальності НЗТ (2009-2013 рр.), %

Виживаність	ГД		ГДФ		ПАПД		АПД		ТН	
	2009 р.	2013 р.	2009 р.	2013 р.	2009 р.	2013 р.	2009 р.	2013 р.	2009 р.	2013 р.
<90 діб	10,54	9,77	-	0	-	12,61	-	0	16,67	11,11
>90-1 рік	20,45	20,23	-	0	-	16,81	-	50,00	11,11	14,81
1-3 роки	37,70	33,95	-	60,00	-	41,18	-	50,00	33,33	11,11
4-5 років	13,74	13,49	-	0	-	16,81	-	0	5,56	18,52
6-10 років	13,74	16,05	-	40,00	-	11,76	-	0	22,22	29,63
11-15 років	3,51	5,81	-	0	-	0,84	-	0	11,11	14,81
16-20 років	0,32	0,70	-	0	-	0	-	0	0	0
понад 20 років	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0

Гостре пошкодження нирок (ГПН) є тяжкою патологією, що асоціюється із високою летальністю, збільшенням тривалості госпіталізації та трансформацією у ХХН, у тому числі й діалізалезну. У 2013 р. ГПН діагностовано у 406 осіб, що на 25 % більше, ніж у 2012 р.; із розрахунку на 1 млн населення — 9 випадків проти 7 у 2012 р. (приріст 28,6 %). Переважали чоловіки, їх було 124 (68,1 %) проти 58 (31,9 %) жінок. Більшість хворих була працездатного віку, 44,9 % — у віці 18-44 років та 34,8 % — у віці 45-64 років; решта (22,2 %) — пенсійного віку. Загалом хворі були зосереджені в АР Крим (55), Вінницькій (22), Івано-Франківській (51), Рівненській (46), Тернопільській (22), Хмельницькій (19) та Чернівецькій (40) областях. Тобто на 6 областей та АР Крим припадало 62,8 % пацієнтів (255 із 406). Вірогідно зросла частка хворих із III стадією ГПН: 52,0 % у 2013 р. проти 44,6 % у 2012 р. Друга їх половина відповідає I та II стадіям ГПН — 26,6 % та 21,4 %, відповідно ($P > 0,05$). Варто наголосити, що кількість хворих із III стадією становила 100 % у Закарпатській, Івано-Фран-

ківській, Львівській областях, 91 % — у Полтавській. Основною причиною розвитку ГПН був гострий інтерстиціальний нефрит (22,2 %). В окремих областях на його долю припадало 90,9 % (Чернігівська), 78,6 % (Волинська), 37,5 % (Чернівецька), 31,8 % (Вінницька). Наступними причинами були медикаментозне ураження (14,8 %) та гіповолемія (12,3 %). Решта приходилась на обструкцію сечових шляхів (8,4 %), сепсис (5,9 %), гепаторенальний синдром (5,7 %), кардіоренальний синдром (3,9 %). Важливим є факт, що у кожного четвертого причина розвитку ГПН не встановлена. Це значно ускладнює лікування та негативно впливає на кінцевий результат. Серед 406 хворих із ГПН 182 (44,8 %) отримували різні варіанти діалітичної НЗТ. Переважно застосовувався інтермітуючий ГД — у 178 (97,8 %) хворих. Повного відновлення функції нирок було досягнуто у 156 із 406 пацієнтів (38,4 %), часткового — у 172 (42,4 %), 14 (3,4 %) осіб при виписці потребували діалітичної терапії; померло 58 (14,3 %) хворих, у тому числі 46 — у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії. Результати лікування хворих із ГПН залежно від застосованого підходу ДНЗТ в Україні наведено у табл. 8.

Таблиця 8

Результати лікування хворих із ГПН залежно від застосованого підходу ДНЗТ в Україні, абс. (на 100 тис. населення)

Показник	ДНЗТ (усього)	Інтермітуюча ДНЗТ	Гібридна ДНЗТ	Тривала ДНЗТ
Повне одужання	41 (0,09)	41 (0,09)	0	0
Часткове одужання	85 (0,19)	82 (0,18)	3 (0,01)	0
ХХН V стадії	5 (0,01)	5 (0,01)	0	0
Смерть у ВРІТ	27 (0,06)	26 (0,06)	0	1 (0,003)
Смерть госпітальна	12 (0,03)	12 (0,03)	0	0
Необхідне проведення ДНЗТ при виписці	12 (0,03)	12 (0,03)	0	0

У разі лікування методами ДНЗТ повного одужання досягнуто у 41 із 182 хворих (22,5 %), часткового — у 85 (46,7 %), померло 39 (21,4 %) пацієнтів, 12 (6,6 %) хворих залишилися діалізалезними.

Значні регіональні відмінності якості лікування та доступності НЗТ, на нашу думку, пов'язані як з різним фінансуванням окремих адміністративних територій, так і з різним рівнем підготовки лікарів-нефрологів. Разом з тим, є очевидним, що зусиль тільки нефрологів для цього замало. Покращити ситуацію можливо завдяки спільній коорди-

нованій 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.

За 5-річний період спостереження простежується стабільний приріст поширеності та захворюваності на ХХН, що свідчить не тільки про покращення якості діагностики. Так, станом на 31.12.2013 р. поширеність ХХН серед дорослого населення в Україні не перевищує 0,06 %, тоді як у всьому світі вона варіює від 8 % до 16 % [2, 5, 9, 24].

Найпоширенішою нозологічною основою ХХН у світі є цукровий діабет та артеріальна гіпертензія, які становлять 45 % та 28 %, відповідно [9, 20, 24]. У нашій країні основною причиною ХХН є хронічний пієлонефрит, на долю якого припадає 67 %, тоді як цукровий діабет та гіпертензія становлять лише 11,2 % та 6,4 % у загальній структурі ХХН [1, 2].

Кількість пацієнтів, які лікуються НЗТ, істотно змінюється в усьому світі [6, 17, 18, 24]. Більшість європейських країн, що надають дані до ERA-EDTA реєстру, мають захворюваність на ХХН V стадії у діапазоні від 100 до 150 на 1 млн населення [4, 9]. Найвища кількість хворих, які лікуються НЗТ, спостерігається у Туреччині та Португалії — 238 і 226 на млн населення, відповідно [9]. В Україні значення цього показника у 2013 р. становили 32 на 1 млн населення, тобто є найнижчими в Європі [9]. Слід також зазначити, що хворі на ХХН, які отримують лікування НЗТ в Україні, у середньому на 10 років молодші, ніж в інших європейських країнах, де середній вік коливається у межах 58-65 років [14].

Останніми епідеміологічними дослідженнями було доведено, що поширеність НЗТ пов'язана з валовим внутрішнім продуктом (ВВП) на душу населення [4, 5, 8, 11] та іншими макроекономічними факторами: демографічними [5], поширеністю діабету [20], загальним станом надання медичної допомоги в країні [5, 8]. Дослідження EVEREST продемонструвало позитивну кореляцію між витратами на охорону здоров'я у відсотках із числом пацієнтів, які почали НЗТ у країні [4]. F. J. Caskey та співавт. виявили, що кожне збільшення ВВП на 1 %, яке витрачається на охорону здоров'я, було пов'язано зі збільшенням захворюваності на ХХН V стадії на 11 % [4]. Ці макроекономічні показники в Україні є набагато нижчими у порівнянні з усіма розвиненими європейськими країнами, які брали участь у дослідженні EVEREST [15]. Тим не менше, у порівнянні з Румунією, яка має аналогічні витрати на охорону здоров'я, в Україні забезпеченість НЗТ у п'ять разів нижча [14, 15]. Наведені дані

свідчать, що крім фінансових витрат пріоритетну роль у забезпеченні діалізом населення відіграє і організація охорони здоров'я.

Основною модальністю НЗТ в Україні, як у багатьох інших південно-європейських країнах, є ГД, частка якого становить 70 % [2]. У країнах західної Європи, де активно зростає рівень трансплантації, рівень застосування ГД досягає лише 50 % [9, 10, 12, 21]. В Україні відносно високий відсоток застосування ПД — 13,4 %, що відповідає загальноєвропейській практиці. Проте поширеність ПД у країнах світу дуже різниться та становить від менш ніж 10 % у США та частки європейських країн до 60 % у Мексиці і 80 % у Гонконзі [7, 10, 25, 27]. Розбіжності у застосуванні ПД спостерігаються як між країнами, так і міжрегіонально, на рівні кожної окремої країни. Більшість ПД-експертів стверджують, що неадекватний рівень застосування цього методу зумовлений саме “немедичними” причинами, основною з яких є наявність психологічного бар'єру з боку медичного персоналу, що пов'язано перш за все з його низькою обізнаністю [12, 25]. Слід зазначити, що відносно високий рівень застосування ПД може бути наслідком слабкорозвинутої програми трансплантації нирки від живого донора разом із практично відсутньою трансплантацією трупної нирки.

Отже, за 2009-2013 рр. відбулися певні позитивні зміни в організації надання спеціалізованої допомоги хворим нефрологічного профілю. Однак, на жаль, відставання за величиною основних параметрів, які визначають якість діагностики та доступності лікування, від інших країн у Європі залишилось більше ніж значним (табл. 9).

Таблиця 9

Основні параметри медико-профілактичної допомоги хворим нефрологічного профілю у Європі та Україні, на 1 млн населення [2, 9, 15]

Показник	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

Висновки. Наведені дані свідчать, що за п'ять років відбулися певні позитивні зміни в організації

надання спеціалізованої медичної допомоги хворим нефрологічного профілю та підвищення значень її кількісних показників. Загалом можна констатувати стабільне зростання забезпеченості НЗТ населення України. Водночас, існуюча матеріально-технічна база унеможливає реалізацію адекватної доступності НЗТ хворим нефрологічного профілю.

Для покращення ситуації необхідно виконати такі кроки:

- 1) привести структуру надання нефрологічної допомоги у відповідність до існуючих нормативно-правових актів,
- 2) забезпечити можливість виконання центрами нефрології та діалізу функцій, регламентованих наказом МОЗ та НАМН України від 22.09.2011 р. № 84/608,

- 3) створити та забезпечити функціонування стабільного механізму диверсифікації фінансування НЗТ між регіональними та державним бюджетом,
- 4) через створення регіональних міждисциплінарних команд (нефролог, ендокринолог, кардіолог, терапевт і т. ін. — склад команди визначається завданням, яке вона має вирішувати) провести скринінг ХХН (хворі на ЦД, з гіпертензією, після перенесеного ГПН),
- 5) створити клінічні настанови та уніфіковані протоколи з діагностики, профілактики та лікування ХХН,
- 6) забезпечити контроль виконання положень створених медико-технологічних документів та усунення встановлених недоліків.

Список використаної літератури

1. *Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок: 2009 рік.* — К.: НАМН України, МОЗ України, ДУ “Інститут нефрології НАМН України”, 2009. — 89 с.
2. *Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок: 2013 рік.* — К.: НАМН України, МОЗ України, ДУ “Інститут нефрології НАМН України”, 2014. — 89 с.
3. Anand S., Bitton A., Gaziano T. The Gap between estimated incidence of end-stage renal disease and use of therapy // *PLoS ONE.* — 2013. — 8, № 8. — doi: 10.1371/journal.pone.0072860.
4. Caskey F. J., Kramer A., Elliott R. F. et al. Global variation in renal replacement therapy for end-stage renal disease // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2011. — 26. — P. 2604-2610.
5. Caskey F. J., Schober-Halstenberg H. J., Roderick P. J. et al. Exploring the differences in epidemiology of treated ESRD between Germany and England and Wales // *Am. J. Kidney Dis.* — 2006. — 47. — P. 445-454.
6. Couchoud C., Kooman J., Finne P. et al. From registry data collection to international comparisons: examples of haemodialysis duration and frequency // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2009. — 24. — P. 217-224.
7. De Vecchi A. F., Dratwa M., Wiedemann M. E. Healthcare systems and end-stage renal disease (ESRD) therapies — an international review: costs and reimbursement/funding of ESRD therapies // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 1999. — 14, Suppl. 1 6. — P. 31-41.
8. Dor A., Pauly M. V., Eichleay M. A. et al. End-stage renal disease and economic incentives: the International Study of Health Care Organization and Financing (ISHCOF) // *Int. J. Health. Care Finance Econ.* — 2007. — 7. — P. 73-111.
9. ERA-EDTA Registry: ERA-EDTA Registry Annual Report 2011. — Amsterdam, The Netherlands: Academic Medical Center, Department of Medical Informatics., 2013. — 136 p.
10. Fenton S. S., Schaubel D. E., Desmeules M. et al. Hemodialysis versus peritoneal dialysis: a comparison of adjusted mortality rates // *Am. J. Kidney Dis.* — 1997. — 30. — P. 334-342.
11. Grassmann A., Gioberge S., Moeller S. et al. ESRD patients in 2004: global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2005. — 20. — P. 2587-2593.
12. Heaf J. G., Lokkegaard H., Madsen M. Initial survival advantage of peritoneal dialysis relative to haemodialysis // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2002. — 17. — P. 112-117.
13. Horl W. H., de Alvaro F., Williams P. F. Healthcare systems and end-stage renal disease (ESRD) therapies — an international review: access to ESRD treatments // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 1999. — 14, Suppl. 6. — P. 10-15.
14. Kramer A Stel V. S., Abad Diez J. M. et al. Renal replacement therapy in Europe — a summary of the 2010 ERA-EDTA Registry Annual Report // *Clin. Kidney J.* — 2013. — 6. — P. 105-115.
15. Kramer A., Stel V. S., Caskey F. J. et al. Exploring the association between macroeconomic indicators and dialysis mortality // *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* — 2012. — 7. — P. 1655-1663.
16. Levey A. S., Andreoli S. P., DuBose T. et al. Chronic kidney disease: common, harmful, and treatable — World Kidney Day 200 // *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* — 2007. — 2. — P. 401-405.
17. Liem Y. S., Wong J. B., Hunink M. G. et al. Comparison of hemodialysis and peritoneal dialysis survival in The Netherlands // *Kidney Int.* — 2007. — 71. — P. 153-158.
18. Locatelli F., Pisoni R. L., Combe C. et al. Anaemia in haemodialysis patients of five European countries: association with morbidity and mortality in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2004. — 19. — P. 121-132.
19. Martín-Cleary C., Ortiz A. CKD hotspots around the world: where, why and what the lessons are. A CKJ review series // *Clin. Kidney J.* — 2014. — 7. — P. 519-523.
20. Muntner P., Coresh J., Powe N. R. et al. The contribution of increased diabetes prevalence and improved myocardial infarction and stroke survival to the increase in treated end-stage renal disease // *J. Am. Soc. Nephrol.* — 2003. — 14. — P. 1568-1577.
21. Port F. K., Pisoni R. L., Bommer J. et al. Improving outcomes for dialysis patients in the international Dialysis

- Outcomes and Practice Patterns Study // Clin. J. Am.Soc. Nephrol. — 2006. — 1. — P. 246-255.
22. Tentori F., Albert J. M., Young E. W. et al. The survival advantage for haemodialysis patients taking vitamin D is questioned: findings from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study // Nephrol. Dial. Transplant. — 2009. — 24. — P. 963-972.
 23. Tentori F., Blayney M. J., Albert J. M. et al. Mortality risk for dialysis patients with different levels of serum calcium, phosphorus, and PTH: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) // Am. J. Kidney Dis. — 2008. — 52. — P. 519-530.
 24. U.S. Renal Data System, USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2013.
 25. Van de Luijngaarden M. W. M., Noordzij M., Tomson C. et al. Factors influencing the decision to start renal replacement therapy: results of a survey among European nephrologists // Am. J. Kidney Dis. — 2012. — 60. — P. 940-948.
 26. Van Dijk P. C., Zwinderman A. H., Dekker F. W. et al. Effect of general population mortality on the north-south mortality gradient in patients on replacement therapy in Europe // Kidney Int. — 2007. — 71. — P. 53-59.
 27. Van Manen J. G., Dijk P. C., Stel V. S. et al. Confounding effect of comorbidity in survival studies in patients on renal replacement therapy van // Nephrol. Dial. Transplant. — 2007. — 22. — P. 187-195.
 28. Vonesh E. F., Snyder J. J., Foley R. N. et al. The differential impact of risk factors on mortality in hemodialysis and peritoneal dialysis // Kidney Int. — 2004. — 66. — P. 2389-2401.

Одержано 14.04.2015

ПОЧЕЧНАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В УКРАИНЕ

Н. А. Колесник, Н. А. Сайдакова, Н. И. Козлюк, Н. М. Степанова, С. С. Николаенко*

Государственное учреждение “Институт нефрологии НАМН Украины”, 04050 Киев
*Государственное заведение “Центр медицинской статистики МЗ Украины”, 01601 Киев

Проанализированы количественные и качественные показатели оказания специализированной медицинской помощи больным нефрологического профиля в Украине за период с 2009 по 2013 гг. Используются данные Национального реестра больных с хронической болезнью почек (ХБП), который издается ГУ “Институт нефрологии НАМН Украины” с 2003 года. По состоянию на 31.12.2013 г. в Украине зарегистрировано 465 641 (10 263 на 1 млн населения) больных с ХБП. Из них 8810 (159 на 1 млн населения) лечились почечной заместительной терапией (ПЗТ): 74 % пациентов получали гемодиализ, в то время как на перитонеальный диализ и трансплантацию почки приходилось по 13 %. Наиболее частой причиной терминальной стадии ХБП был гломерулонефрит (45,6 %), тогда как доля сахарного диабета составила всего 13,9 %. В 2013 г. впервые начали лечение ПЗТ 1350 пациентов (30 на 1 млн населения), из них 70 % — гемодиализом. Число реципиентов с функционирующим почечным трансплантатом составило в конце 2013 г. 913 (20 на 1 млн населения). Результаты сравнительного анализа свидетельствуют о существенных региональных различиях основных параметров медико-профилактической помощи больным нефрологического профиля как в рамках Украины, так и значительное их отставание от Европейских. Тем не менее, следует отметить, что за пять лет произошли определенные положительные изменения в организации оказания специализированной медицинской помощи больным нефрологического профиля и улучшение значений ее количественных показателей.

RENAL REPLACEMENT THERAPY IN UKRAINE

N. A. Kolesnyk, N. A. Saidakova, N. I. Kozliuk, N. M. Stepanova, S. S. Nikolaenko*

State Institution “Institute of Nephrology NAMS Ukraine”, 04050 Kyiv
*State Enterprise “Center for Medical Statistics Ministry of Health Ukraine”, 01601 Kyiv

Analyzed were quantitative and qualitative indicators of medical care to nephrological patients in Ukraine for a period from 2009 to 2013 based on the data of the National Registry of Patients with chronic kidney disease (CKD), published by the Institute of Nephrology NAMS Ukraine since 2003. As of 31 December 2013, there were 465 641 (10 263 per million population) patients with CKD, of whom 8810 patients (159 per million population) were on renal replacement therapy (RRT). 74 % of patients received haemodialysis, while peritoneal dialysis and kidney transplantation were applied each to 13 % of patients. The most common cause of end-stage of renal disease was glomerulonephritis (45.6 %), while only 13.9 % had diabetes. In 2013, 1350 patients initially started RRT (30 per million population), of whom 70 % – haemodialysis. The number of renal transplant recipients with a functioning allograft was 913 people (20 per million population). The results of comparative analysis testify to considerable regional differences between main parameters of medico-preventive care to nephrological patients within Ukraine and their significant lag from the European parameters. However, it should be noted that five recent years were peculiar for certain positive changes in the organization of specialized medical care to nephrological patients, as well as for improvement of its quantitative parameters.