



**М. О. КОЛЕСНИК**

*М. О. Колесник, директор Державної установи (ДУ) «Інститут нефрології Національної академії медичних наук (НАМН) України», член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор*

*Н. О. Сайдакова, старший науковий співробітник відділу науково-організаційної роботи ДУ «Інститут нефрології НАМН України», доктор медичних наук, професор*

*Н. І. Козлюк, завідувач відділу науково-організаційної роботи ДУ «Інститут нефрології НАМН України», кандидат педагогічних наук*

*С. С. Ніколаєнко, завідувач відділу автоматизованої обробки інформації Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України»*

## Медико-профілактична допомога хворим нефрологічного профілю

### Вступ

Протягом останнього 10-річчя співробітники Державної установи (ДУ) «Інститут нефрології Національної академії медичних наук (НАМН) України» імплементували створені ними клінічну класифікацію хвороб сечової системи для нефрологічної практики та Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) або з трансплантованою ниркою (ТН), який з 2006 року внесено до відповідного Європейського реєстру. Разом з фахівцями Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) та НАМН України були створені і затверджені нормативно-правові основи організації медико-профілактичної допомоги хворим нефрологічного профілю.

Першим серед них був наказ Академії медичних наук та МОЗ України від 30.09.2003 р. № 65/462 «Про поліпшення якості та організації системи медичної допомоги дорослим хворим нефрологічного профілю» з наступними змінами від 20.05.2010 р. № 39/420 та від 22.09.2011 р. № 84/608, які стали головними медико-технологічними засадами удосконалення структури та організації системи поетапної спеціалізованої медич-

ної допомоги пацієнтам з хворобами сечової системи в Україні.

Робоча група укладачів (співробітники ДУ «Інститут нефрології НАМН України») за методичної підтримки та експертизи фахівцями Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України» створили затверджені наказом МОЗ України та НАМН України від 11.05.2011 р. № 280/44 адаптовану клінічну настанову з належної практики ведення гемодіалізу (ГД), стандарт надання медичної допомоги хворим на ХХН V стадії, які лікуються ГД, та протоколи лікування методом ГД.

Реалізація положень вищезазначених документів могла би значно покращити якість та збільшити об'єм медико-профілактичної допомоги пацієнтам нефрологічного профілю, кількість яких щорічно зростає. Однак, на жаль, сьогодні можна констатувати лише часткову реалізацію складових вищеназваних наказів МОЗ та НАМН України.

### Матеріали та методи

Робота присвячена вивченню основних показників спеціалізованої допомоги пацієнтам нефрологічного профілю за

період 2009–2012 рр. Використані дані форми 47-здоров «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів», форми 12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу», форми 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу». Однак основна інформація — це дані Національного реєстру хворих на ХХН за 2009–2012 рр. [1–2], який щорічно з 2003 р. видає ДУ «Інститут нефрології НАМН України».

Завдяки плідній співпраці з головними позаштатними спеціалістами зі спеціальності «нефрологія» департаментів охорони здоров'я облдержадміністрацій, міст Києва та Севастополя, які є регіональними координаторами Національного реєстру хворих на ХХН, якість останнього щорічно зростає. Більше того, у виданні за 2012 р. стало можливим презентувати новий розділ, присвячений гострому пошкодженню нирок (ГПН).

### Результати досліджень та їх обговорення

За останні чотири роки (2009–2012 рр.) кадровий потенціал нефрологічної служби не зазнав суттєвих змін. Загалом у 2012 р. в Україні працювали 472 лікарі-нефрологи, що лише на 7,7 % біль-

ше, ніж у 2009 р. Кількість нефрологів, які надавали спеціалізовану допомогу дорослому населенню, збільшилась на 7,4 %, тоді як дитячих фахівців стало менше на 5 %. Таким чином, 362 нефрологи надавали допомогу дорослому населенню із хворобами сечової системи, а 110 — дітям. Інакше кажучи, протягом останніх 4 років забезпеченість лікарями-нефрологами зросла на 11 % і становить 10 на 1 млн населення проти 9 у 2009 р. Дещо зріс і професійний рівень лікарів. З вищою кваліфікаційною категорією у 2012 р. їх було 65 % проти 61 % у 2009 р. Разом з тим, відсоток атестованих від загальної кількості залишався незмінним (71 %). Спостерігаються значні коливання рівня забезпеченості лікарями-нефрологами за адміністративними територіями: від 4 (Кіровоградська область) до 30 (Івано-Франківська). Рис. 1 ілюструє нерівномірність забезпечення лікарями-нефрологами населення країни. Варто підкреслити відсутність залежності між забезпеченістю лікарями-нефрологами та кількістю нефрологічних спеціалізованих ліжок за адміністративними територіями.

Стационарна допомога хворим нефрологічного профілю у 2012 р. представлена 2567 ліжками, з яких 1594 (62 %) —

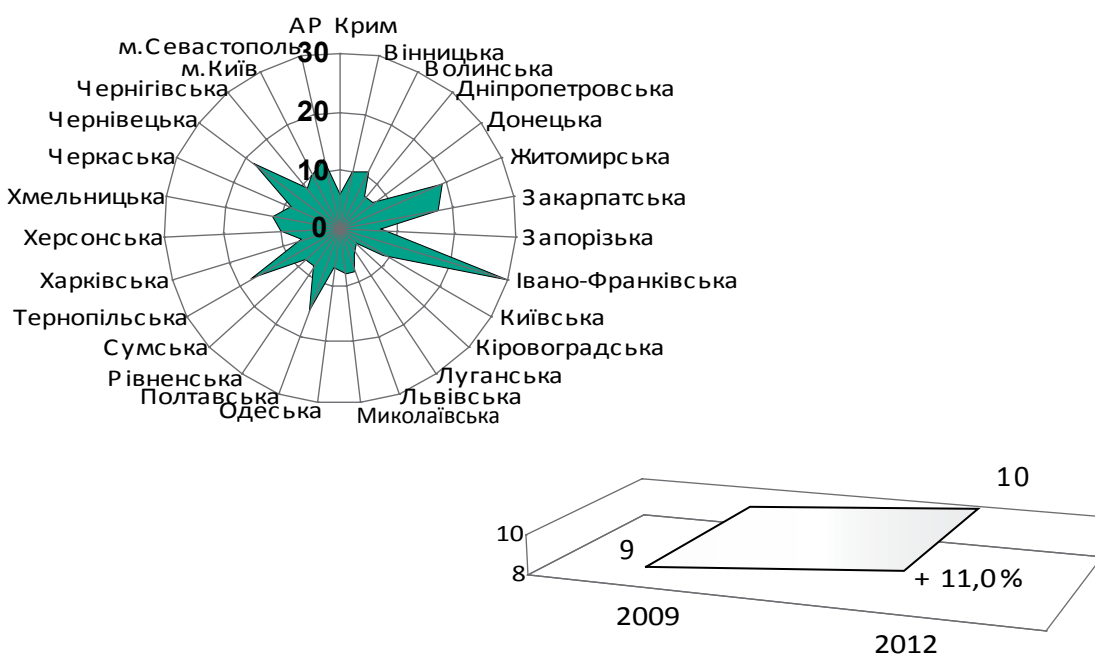


Рис. 1. Забезпеченість лікарями-нефрологами дорослого населення України (на 1 млн населення). Україна — 10, кількість лікарів — 362

для дорослого населення, 973 (38 %) — для дитячого. Загалом за останні чотири роки кількість ліжок зменшилась на 6,5 %. У 2012 р. показник становив 35 на 1 млн населення. Існуючі міжрегіональні відмінності (від 10 на 1 млн у Луганській області до 50 на 1 млн у Івано-Франківській) (рис. 2) пояснити складно.

Низьким рівень забезпеченості ліжками є у Вінницькій, Запорізькій, Київській, Луганській, Миколаївській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій областях та Києві. Тоді як у Дніпропетровській, Івано-Франківській, Полтавській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях та Севастополі величина показника на 20–125% перевищує середнє його значення по країні.

За даними Національного реєстру хворих на ХХН на 31.12.2012 р. в Україні було зареєстровано 490 234 таких пацієнтів — 10 785,6 на 1 млн. У 2009 р. на обліку перебувало 401 980 хворих — 8745,6 на 1 млн. Тобто темп приросту поширеності ХХН за 4 роки становить 22 % і суттєво перевищує цей показник у інших країнах [3, 4]. На рис. 3 продемонстровані міжрегіональні відмінності поширеності ХХН серед населення України.

Разом з тим, кількість уперше виявлених хворих на ХХН зменшилась на 20 % і у 2012 р. їх було 28 587 (629 на 1 млн населення) проти 34 411 (748,6 на 1 млн) у 2009 р. Вражає відмінність рівня захво-

рюваності на ХХН від 16 (Луганська область) до 261,8 (Закарпатська) (рис. 4).

Розподіл хворих на ХХН за стадіями серед усіх та вперше виявлених випадків близький за роками спостереження (рис. 5). Переважає питома вага пацієнтів з I стадією (85 та 82,7 %, 63 та 72,5 % у 2009 та 2012 рр. відповідно). Хворих на ХХН з III–V стадією було 4,9 і 5,5 % та 6,8 і 11,7 % серед усіх та вперше виявлених у 2009 та 2012 рр. відповідно. Водночас звертає увагу зростання частки хворих з уперше встановленим діагнозом V стадії хвороби на 5,6 %, II — на 56 % та III — на 61 %. Найменший темп приросту хворих з уперше встановленою IV стадією — 10 %. За таких умов надзвичайно важливим постає питання діагностики ХХН у I–II, а не в III стадії, яка невпинно буде прогресувати у V стадію, що вимагатиме застосування одного з методів ниркової замісної терапії (НЗТ).

Очевидно, що тільки зусиль нефрологів для цього замало. Покращити ситуацію можливо завдяки спільній координованій роботі лікарів загальної практики, ендокринологів, кардіологів, ревматологів, урологів тощо. Адже саме до них найчастіше звертаються пацієнти, які мають високі ризики розвитку ХХН. Важливим є також обізнаність населення про причини виникнення та наслідки ХХН, що є запорукою своєчасного їх звернення до лікаря.

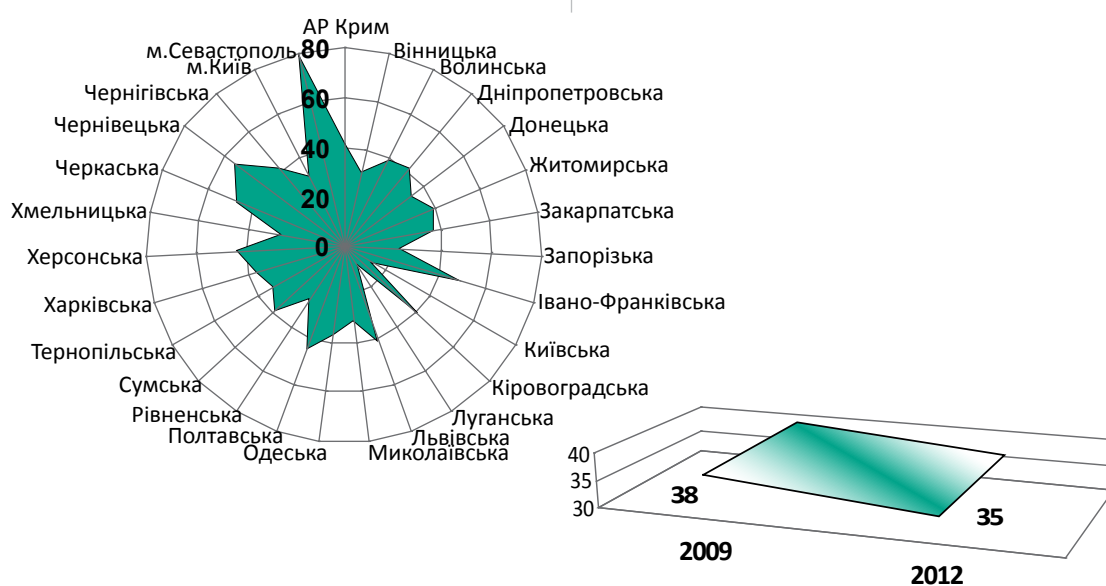


Рис. 2. Забезпеченість нефрологічними ліжками дорослого населення України (на 1 млн населення). Україна — 35, кількість ліжок — 2 567

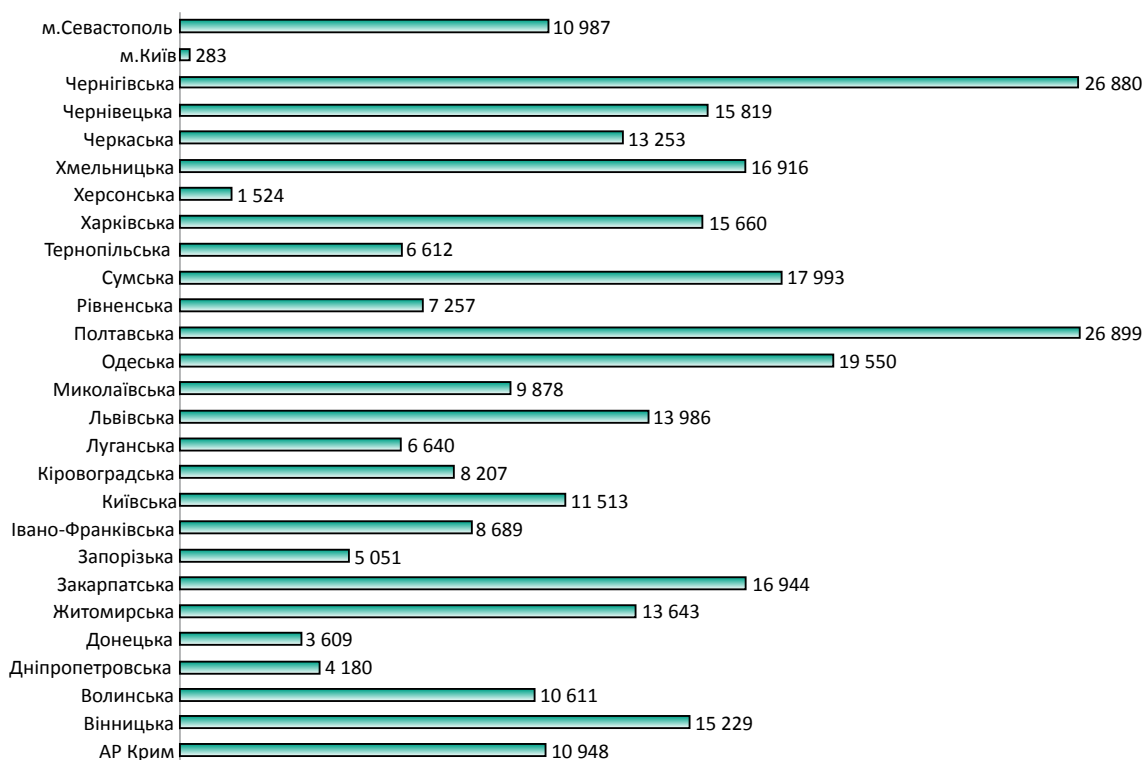


Рис. 3 Поширеність ХХН (на 1 млн населення), 2012 р.

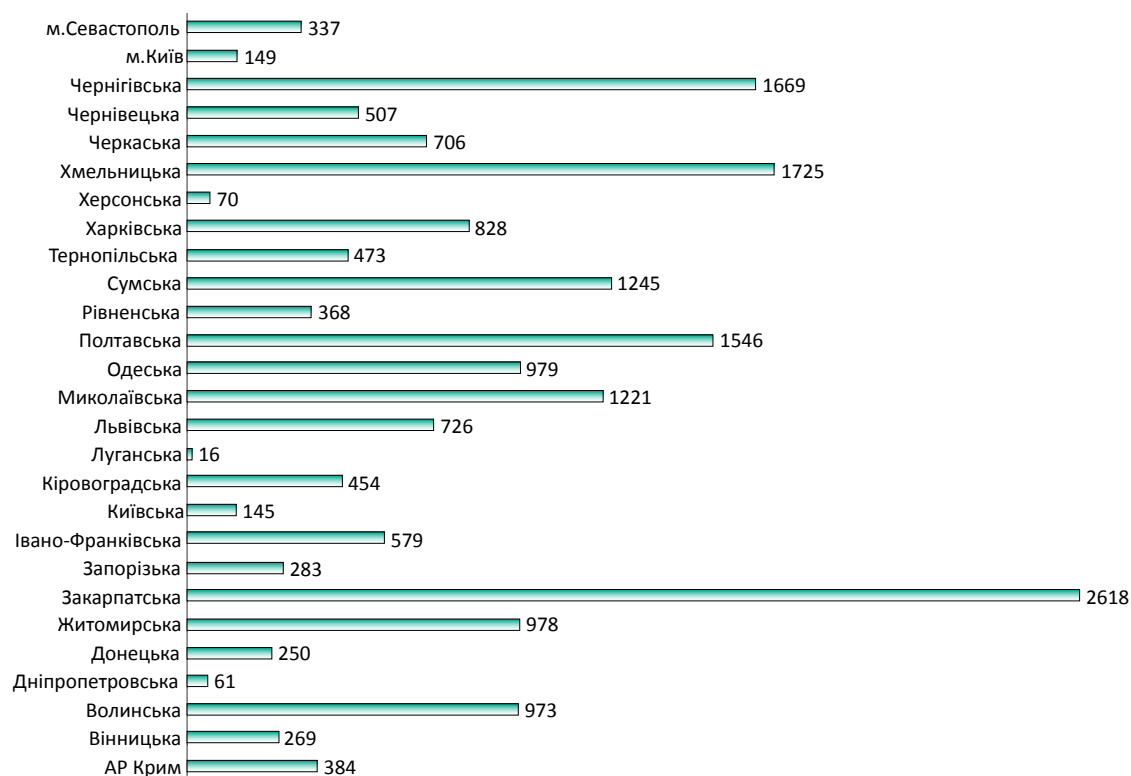


Рис. 4. Захворюваність на ХХН (на 1 млн населення)

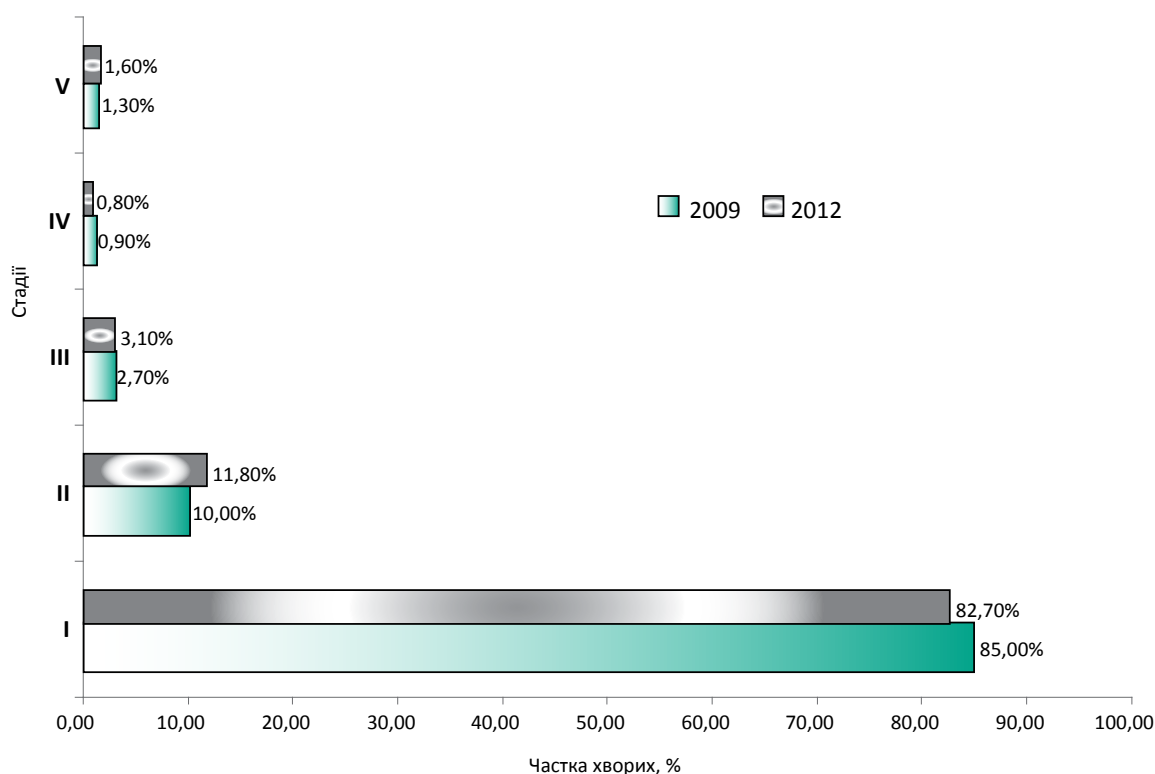


Рис. 5. Розподіл хворих на ХХН за стадіями (2009–2012 рр.)

У структурі причин ХХН впродовж років вивчення як серед усіх хворих, так і серед з уперше встановленим діагнозом основними були хронічний пієлонефрит, на долю якого у 2009 та 2012 рр. припадало 66,1 та 55,4 %, діабетична нефропатія — 11,8 та 17,5 %, гіпертензивна нефропатія — 8,25 та 9,8 % відповідно. Слід звернути увагу на 10 % пацієнтів, у котрих причинами ХХН були інші хвороби (табл. 1).

Таблиця 1

#### Структура причин ХХН (2012 р.)

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

На 31.12.2012 р. в Україні функціонувало 97 центрів нефрології та діалізу, що

на 36,6 % більше, ніж у 2009 р. Розпочали роботу 20 нових: 1 у Вінницькій, 2 у Волинській, 2 у Житомирській, 3 у Закарпатській, 3 у Івано-Франківській, 1 у Луганській, 1 у Львівській, 1 у Одеській, 1 у Харківській, 1 у Херсонській, 2 у Черкаській і 2 у Чернігівській областях. Проте незважаючи на зростання кількості центрів нефрології та діалізу, практично половина адміністративних територій в Україні мають лише 1–2 таких центри.

Забезпеченість населення України НЗТ в цілому та за окремими її видами подано у табл. 2. Загальні відомості свідчать про позитивну динаміку. За чотири останні роки кількість хворих, які мали можливість лікуватись методами НЗТ, зросла на 43,8 % і у 2012 р. нараховувалось 6669 осіб. Ще більше стало тих, хто уперше розпочав лікування методами НЗТ, — 1255 пацієнтів проти 868 у 2009 р. (приріст 44,6 %). При цьому кількість діалітичних хворих збільшилась на 44,1 % (5829 у 2012 р. проти 4044 у 2009 р.), а вперше почали отримувати діалітичну терапію 1155 осіб, що в 1,5 рази перевищувало кількість таких хворих у 2009 р. (приріст 52,8 %).

Звертає увагу темп поширення ПД. Кількість таких пацієнтів зросла на 59 %

Динаміка змін кількості хворих, що лікувались методами НЗТ

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

(877 проти 552 у 2009 р.), при цьому у 2012 р. уперше розпочали лікування методом ПД 237 хворих проти 122 у 2009 р. Встановлено, що темп приросту хворих, які лікувались ГД, в тому числі тих, хто уперше почав його отримувати, менший за темп приросту ПД-пацієнтів. Чотири роки тому приріст становив 41,8 %, а число уперше взятих на лікування — 918 проти 634 відповідно (приріст 44,8 %). Рівень забезпечення населення України НЗТ у 2012 р. становив 147 на 1 млн, що на 45,5 % більше ніж у 2009 р. Однак залишилась нерівномірність забезпечення НЗТ за адміністративними територіями. Так у АР Крим та Дніпропетровській, Донецькій, Київській, Кіровоградській, Луганській, Сумській, Херсонській, Чернівецькій областях цей показник на 10–50 % менший, ніж в цілому по країні впродовж усіх років вивчення. Загалом рівень забезпеченості становив від 71 на 1 млн у Луганській області до 278 на 1 млн у Івано-Франківській.

На 31.12.2012 р. у 97 відділеннях нефрології та діалізу функціонувало 866 ГД-машин, що на 21,25 % більше, ніж у 2009 р. Забезпеченість ними по Україні становила у середньому 21 на 1 млн населення, величина показника коливалась від 7 у Луганській до 44 у Одеській області.

Протягом 2012 р. методом ГД лікувались 4952 пацієнти. Рівень забезпечення цим видом терапії становив 109 на 1 млн населення, що на 43,4 % більше, ніж у 2009 р. Показник забезпечення коливався від 49 у Луганській області до 246 у Івано-Франківській. Серед пацієнтів переважали особи працездатного віку: у віці 18–44 роки їх було 37,4 %; 45–64 роки — 52,3 %; старших за 64

роки — 9,6 %, а у віці 17 років і молодше — 0,9 %. Розподіл за віком хворих, які вперше розпочали ГД, суттєво не відрізнявся.

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

Таблиця 3

Розподіл хворих за тривалістю лікування ГД, %

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

У 2012 р. ПД як модальність НЗТ використовувався в усіх областях України, за винятком Кіровоградської та Чернівецької областей. Його доля у структурі НЗТ та структурі діалітичної терапії становила 13,2 і 15,0 %; тоді як у 2009 р. — 11,9 та 13,6 % відповідно. Усього методом ПД лікувались 887 хворих, що на 59 % більше, ніж у 2009 р. Найбільш виразна різниця приросту серед хворих, які вперше розпочали лікування діалізом: для модальності ПД — 94,3 %, для ГД — 44,8 %. Забезпечення ПД у 2012 р. становило 19 на 1 млн населення, що перевищує показник 2009 р. на 58,3 %. Простежені його суттєві коливання: від

1 на 1 млн населення у Донецькій області до 45 на 1 млн населення у Києві.

Розподіл ПД-пацієнтів за віком має певні особливості. Порівняно з 2009 р. серед пацієнтів, що уперше розпочали ПД, у чотири рази більше хворих старших за 64 роки — 13,9 проти 3,3 %. У працездатному віці були 84 % пацієнтів. Накопичений досвід суттєво змінив тривалість лікування хворих на ПД (табл. 4).

Таблиця 4

**Розподіл хворих за тривалістю лікування ПД, %**

Тривалість лікування ПД	2009 р.	2012 р.
< 90 днів	3,2	5,1
> 90 днів	14,9	13,0
1–3 роки	41,7	37,5
4–5 років	16,8	15,2
6–10 років	19,8	21,3
11–15 років	3,2	6,8

Станом на 31.12.2012 р. в Україні зареєстровано 840 пацієнтів із функціонуючим нирковим трансплантатом. В структурі НЗТ їх питома вага становила 12,6 %. Чотири роки тому їх було 595, тобто на 41,2 % менше і становило 12,8 % від загальної кількості хворих, які лікувались методами НЗТ. Найбільше було осіб у віці 18–44 роки — 67,1 %. Разом з тим, у 3,6 рази зросла частка осіб, старших 64 років, та в 1,4 рази — у віковій групі 0–17 років. У 2012 р. виконано 100 трансплантацій нирок, у 2009 — 112. Трансплантат від живого донора отримали 487 (58,0 %) хворих; 353 (42,0 %) хворим була трансплантована трупна нирка. Простежені позитивні зміни в розподілі хворих за тривалістю життя (табл. 5).

Таблиця 5

**Розподіл хворих із функціонуючим трансплантатом за тривалістю життя, %**

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

Як відомо, одним із критеріїв оцінки результативності лікування є показник

смертності. У 2012 р. серед 4952 хворих, що отримували ГД, померло 473 (9,6 %), дещо більшою величиною показника була у тих, хто розпочав лікування уперше в звітному році (10,8 %). Відмітимо, що за чотири роки рівень смертності не зазнав суттєвих змін. У 2009 р. він становив 9 % та серед уперше взятих на лікування — 10,9 %.

Із 877 хворих, що отримували ПД, у 2012 р. померло 70 (8 %), порівняно з 2009 р. показник не зазнав змін. Проте серед тих, хто отримував ПД уперше, він зменшився вдвічі (з 6,6 % у 2009 р. до 3,4 % у 2012 р.). Серед адміністративних територій показник коливався від 0,8 до 25 %.

З 840 хворих з функціонуючим трансплантатом протягом 2012 р. померло 14 осіб (1,7 %), що на 43,3 % менше, ніж чотири роки тому. Порівняльний аналіз представлених даних свідчить, що найменший рівень смертності спостерігається у пацієнтів з ТН, найбільший — серед ГД-хворих.

Варто наголосити, що практично кожен третій пацієнт помирає після трансплантації нирки на 11–15 рік, а 14,3 % ще пізніше. Тобто, пацієнти з ТН живуть довше, ніж ті, що лікуються методами ГД чи ПД.

Структура причин смерті залежно від модальності діалізу НЗТ (ДНЗТ) схожі; серцево-судинні захворювання були причиною летальних наслідків у 64,2 % ГД-хворих та у 63 % ПД-хворих, а цереброваскулярні захворювання становили 8,2 та 10 % відповідно. Разом з тим після ТН кардіоваскулярні та цереброваскулярні причини — по 21,4 % відповідно.

У 2012 р. ГПН діагностовано лише у 325 пацієнтів, що становило 7 випадків на 1 млн населення. У більшості хворих діагностували ІІІ стадію ГПН — 44,6±2,7%. Практично однаковий відсоток у структурі розподілу за стадіями припадав на І та ІІ стадії — 28,9±2,5 та 26,5±2,5 % відповідно. Основною причиною розвитку ГПН був гострий інтерстиціальний нефрит (24,3 %). Відсоток ГПН унаслідок інтерстиціального нефриту становив 34,8 % у Вінницькій, 44,4 % — у Чернівецькій, 46,4% — у Львівській, 54,5% — у Чернігівській та 60,7 % — у Волинській областях. Окрім вищезгаданих, причинами ГПН були гіповолемія — 9,5 %, швидкопрогресуючий гломерулонефрит — 8 %, гострий кардіоренальний

синдром — 6,5 %, гепаторенальний синдром — 6,2 %, обструкція сечових шляхів — 4,9 %. Однак у 21 % хворих причину ГПН не встановлено.

Серед 325 хворих на ГПН 150 (46,2 %) отримували різні варіанти ДНЗТ. Переважно застосовувалась інтермітуюча ДНЗТ — 143 хворих (95,3 %). Лише у 4 та 3 пацієнтів використовували тривалу або гібридну ДНЗТ відповідно. Постійний амбулаторний ПД використали для лікування 8 хворих (5,3 %). Повного відновлення функції нирок досягли у 130 із 325 пацієнтів (40,0 %). Часткове відновлення було у 128 із 325 пацієнтів (39,4 %). Одинадцять хворих (3,4 %) залишились діаліз-залежними, померло 49 осіб (15 %). Однак у разі лікування методами ДНЗТ повне відновлення функції нирок досягнуто у 31,3 % (47), часткове — у 40 % (60), померло 19,3 % (29) хворих.

Таким чином, за чотири роки відбулися деякі позитивні зміни основних складових надання спеціалізованої допомоги хворим нефрологічного профілю, однак, на жаль, відставання від європейських країн за величиною основних параметрів, які визначають доступність, ефективність лікування та якість діагностики хвороб сечової системи, є більше ніж значним (табл. 6).

## Висновки

Для покращення ситуації необхідно виконати наступні кроки:

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

Таблиця 6

Величина основних параметрів організації спеціалізованої медичної допомоги хворим нефрологічного профілю, на 1 млн. населення

Показник	Європа [5–7]	Україна <sup>1</sup>
Кількість лікарів-нефрологів	48	10
Кількість ліжок	47	35
Кількість центрів (відділень)	16,4	2
Кількість біопсій нирки	120	невідомо
Розповсюдженість ХХН (%)	8,5	1,1
Розповсюдженість НЗТ	741	144,8
НЗТ уперше протягом року	123	27,2
Основні причини ХХН:		
Діабетична нефропатія	28	5,1
Гіпертензивна нефропатія	22,8	5,3
Хронічний гломерулонефрит	14,5	7,2
Частота ГПН	300	7,1

<sup>1</sup> станом на 31.12.2012 р.



## Список літератури

1. Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок : 2009 рік / уклад. Н. О. Сайдакова, Г. С. Владзієвська, Н. І. Козлюк, Є. С. Самусєва ; Національна академія медичних наук України, Міністерство охорони здоров'я України, Державна установа «Інститут нефрології АМН України» ; гол. ред. М. О. Колесник. — К., 2009. — 89 с.
2. Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок : 2012 рік / уклад. Н. І. Козлюк, С. С. Ніколаєнко, М. В. Кулизький ; Державна установа «Інститут нефрології АМН України» ; гол. ред. М. О. Колесник. — К., 2013. — 158 с.
3. Распространённость хронической болезни почек по данным регистра центра болезней почек и диализа городской клинической больницы № 40 Екатеринбурга / А. В. Назаров, Т. В. Жданова, Ю. Р. Садыкова [ и др.] // Нефрология. — 2012. — Т. 16, № 3, вып. 1. — С. 88–92.
4. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2007 гг. : (Аналитический отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии) / Б. Т. Бикват, Н. А. Томила // Нефрология и диализ. — 2009. — Т. 11 № 3. — С. 144–233.
5. Current structure and organization for renal patient assistance in Italy / S. Alloatti, G. F. Strippoli, G. Bucciatti [et al.]. // Nephrol. Dial. Transplant. — 2008. — V. 23, N 4. — P. 1323–1329.
6. Renal replacement therapy in Europe — a summary of the 2010 ERA-EDTA Registry annual report / A. Kramer, V. S. Stel, J. M. Abad Diez [et al.] // Clin. Kidney J. — 2013. — Vol. 6, N 1. — P. 105–115.
7. The EVEREST study: an international collaboration / F J. Caskey, Vol. S. Stel, R. F. Elliot [et al.] // Nephrol. Dial. Transplant. Plus. — 2010. — N. 3. — P. 28–36.

## Резюме

## Summary

### Медико-профілактична допомога хворим нефрологічного профілю

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

Робота присвячена вивченню основних показників нефрологічної допомоги населенню України в період 2009–2012 рр. У статті використані дані Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок за 2009–2012 рр., які видає ДУ «Інститут нефрології АМН України». Результати аналізу свідчать про значне відставання від європейських за величиною основних параметрів медико-профілактичної допомоги хворим нефрологічного профілю.

**Ключові слова:** хронічна хвороба нирок, поширеність, захворюваність, ниркова замісна терапія, національний реєстр.

### Medical and Preventive Care for Nephrological Patients

*M. O. Kolesnyk,  
N. O. Saidakova,  
N. I. Kozlyuk,  
S. S. Nikolaenko*

The work is dedicated to the study of the key parameters of nephrological care to Ukrainian population for the period 2009–2012. The article uses the data from the National registry of patients with chronic kidney disease for the period 2009–2012 published by the State institution “The Institute of nephrology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine”. The results of the analysis are indicative of substantial lagging behind the European level in terms of key parameters of medical and preventive care for nephrological patients.

**Key words:** chronic kidney disease, disease prevalence, morbidity, renal replacement therapy, National registry.

### Медико-профілактическая помощь больным нефрологического профиля

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

Работа посвящена изучению основных показателей нефрологической помощи населению Украины в период 2009–2012 гг. В статье использованы данные Национального реестра больных хронической болезнью почек за 2009–2012 гг., которые издает ГУ «Институт нефрологии АМН Украины». Результаты анализа свидетельствуют о значительном отставании от европейских по величине основных параметров медико-профилактической помощи больным нефрологического профиля.

**Ключевые слова:** хроническая болезнь почек, распространенность, заболеваемость, почечная заместительная терапия, национальный реестр.