

*Петров Г.С.¹, Кром И.Л.^{1,2}, Еругина М.В.¹***ДОСТУПНОСТЬ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КАК ПРЕДИКТОР ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК**¹ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, 410012, г. Саратов;²Центр медико-социологических исследований, 410015, г. Саратов

В связи с высокой распространенностью и неблагоприятным прогнозом хронические болезни почек признаются одной из ведущих проблем современного здравоохранения. Рассмотрены современные классификации предикторов хронических болезней почек. Авторы статьи отмечают, что ни одна из известных современных классификаций не рассматривает в качестве предиктора доступность медицинской помощи пациентам в ситуациях болезни и ссылаются на собственные исследования, в которых доступность медицинской помощи определяется в ракурсе социальных факторов макроуровня, представляющих собой наиболее широкий контекст предикторов здоровья.

В статье представлена разработанная авторами типологизация доступности нефрологической медицинской помощи пациентам с хроническими болезнями почек, которая реализуется в доступности превенции и/или минимизации предикторов возникновения хронических болезней почек, управления модифицируемыми предикторами прогрессирования и нефропротекции, заместительной почечной терапии пациентам с хроническими болезнями почек. Отмечено, что одной из причин ограничения доступности заместительной почечной терапии для пациентов с хроническими болезнями почек является транспортная недоступность, которая решается в Саратовском регионе организацией транспортировки диализных пациентов и развитием методов заместительной почечной терапии больным на дому. В статье затронуты некоторые правовые аспекты реализации доступности нефрологической помощи. Ограничение доступности медицинской помощи больным рассматривается авторами как облигатный предиктор возникновения, прогрессирования и неблагоприятного прогноза хронических болезней почек.

Ключевые слова: *хронические болезни почек; предикторы; доступность медицинской помощи.*

Для цитирования: Петров Г.С., Кром И.Л., Еругина М.В. Доступность нефрологической помощи как предиктор хронических болезней почек. *Социология медицины.* 2019;18(2):74–77.

DOI <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2019-18-2-74-77>

Для корреспонденции: Петров Геннадий Серафимович, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, e-mail: petrovgs2007@yandex.ru

*Petrov G.S.¹, Krom I.L.^{1,2}, Erugina M.V.¹***THE ACCESSIBILITY OF NEPHROLOGICAL CARE AS A PREDICTOR OF CHRONIC DISEASES OF KIDNEYS**¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The V.I. Razumovsky Saratov State Medical University» of Minzdrav of Russia, 410012 Saratov, Russia;²The Center of Medical Sociological Research, 410015 Saratov, Russia

The chronic kidney diseases are recognized as one of leading problems of modern health care due to high prevalence and unfavorable prognosis. The article considers modern classification of predictors of chronic kidney diseases. It is emphasized that none of known modern classifications of chronic kidney diseases predictors don't take into account medical care accessibility to patients in disease condition as a predictor. It is proposed to consider accessibility of medical care from perspective of macrolevel social factors that represent the most widely background health predictors.

The original typology of accessibility of nephrological medical care to patients with chronic kidney disease is proposed, which is implemented through prevention and/or minimization of predictors of the onset of chronic kidney diseases, management of disease progression and nephroprotection modifiable predictors, and renal replacement therapy for patients with chronic kidney disease. The one of reasons of limited accessibility of renal replacement therapy for patients with chronic kidney diseases is transportation problem that is solved in the Saratov region through organization of transportation of dialysis patients and development of domiciliary methods of renal replacement therapy. The restriction of medical care accessibility to patients is considered as an obligatory predictor of the onset, progression and unfavorable prognosis of chronic kidney diseases.

Key words: *chronic kidney diseases; predictor; accessibility; medical care.*

For citation: Petrov G.S., Krom I.L., Erugina M.V. The accessibility of nephrological care as a predictor of chronic diseases of kidneys. *Sociologiya meditsiny.* 2019;18(2):74–77. (In Russ.)

DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2019-18-2-74-77>

For correspondence: Petrov G.S., the post-graduate student of the Chair of Public Health and Health Care (with courses of Jurisprudence and History of Medicine) of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The V.I. Razumovsky Saratov State Medical University». e-mail: petrovgs2007@yandex.ru

Conflict of interest. The authors declare absence of conflict of interest

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.11.2019
Accepted 23.12.2019

Социальный контекст и социальные механизмы формирования заболеваемости, продолжительности жизни и смертности населения определяют медико-демографическую ситуацию на глобальном и региональном уровнях. Социальные предикторы вносят значимый вклад в показатели общественного здоровья: заболеваемости, инвалидности и смертности населения [1].

Право на здоровье во всех его формах и на всех уровнях содержит право на доступность медицинской помощи без какой бы то ни было дискриминации [2]. Ст. 14 Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека гласит: «Ввиду того, что достижение наивысших возможных стандартов здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия по признаку расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения, прогресс в области науки и техники должен способствовать: доступу к качественным медицинским услугам и важнейшим лекарствам, <...> поскольку здоровье имеет важнейшее значение для самой жизни и должно рассматриваться в качестве общественного и человеческого блага» [3].

В настоящее время здоровье выступает в роли одного из важнейших стратифицирующих факторов в российском обществе [4], что «актуализирует изучение влияния <...> социальных предпосылок на состояние здоровья населения» [5].

По данным международных популяционных исследований [6, 7], 10-14% населения в мире страдают хроническими болезнями почек (ХБП). В связи с высокой распространенностью и неблагоприятным прогнозом ХБП признаются одной из ведущих проблем современного здравоохранения. Невыявленные случаи ХБП намного быстрее приводят к терминальной хронической почечной недостаточности и требуют назначения заместительной почечной терапии.

Известны современные классификации предикторов ХБП.

В 2005 г. A.S. Levey и соавт. предложили классификацию основных предикторов ХБП, разделив их на повышающие восприимчивость, предикторы инициации, прогрессирования и терминальной стадии ХБП [8].

G.L. Barkis разделил факторы прогрессирования на традиционные и «новые», большинство которых являются биохимическими маркерами прогрессирования ХБП, чаще всего непосредственно участвующие в патогенетических механизмах прогрессирования [9].

Классификация предикторов, опубликованная в национальных рекомендациях 2012 г., основана на разделении предикторов риска развития и прогрессирования [10]. Принципиальным отличием данной классификации является разделение предикторов на модифицируемые и немодифицируемые, что имеет большое практическое значение.

М.Ю. Швецов выделяет в отдельную группу предикторы прогрессирования ХБП и сердечно-сосуди-

стых осложнений (большинство из которых модифицируемы) с возможными вариантами их коррекции (модификации) [11].

Однако ни одна из известных современных классификаций не рассматривает доступность медицинской помощи в ситуациях болезни в качестве предиктора ХБП.

В наших исследованиях доступность медицинской помощи рассматривается в ракурсе социальных факторов макроуровня, представляющих собой наиболее широкий контекст предикторов здоровья [12]. Доступность медицинской помощи — это свободный доступ к ресурсам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров [13].

Доступность имеет четыре аспекта:

- ◆ недискриминация;
- ◆ физическая доступность;
- ◆ экономическая доступность (доступность по цене);
- ◆ доступность информации.

В данной статье впервые представлена разработанная Г.С. Петровым и соавт. типологизация доступности нефрологической медицинской помощи пациентам с ХБП:

1. Доступность превенции и/или минимизации предикторов возникновения ХБП.
2. Доступность управления модифицируемыми предикторами прогрессирования ХБП и нефропротекции.
3. Доступность заместительной почечной терапии пациентам с ХБП.

Доступность превенции и/или минимизации предикторов возникновения ХБП

В России существует программа диспансеризации населения, которую регламентирует Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [14].

Основные маркеры ХБП — креатинин сыворотки крови и определение микроальбумина в моче — являются простыми и достаточно недорогими тестами, но не входят в данную программу. Введение в программу диспансеризации населения определения креатинина сыворотки крови и микроальбуминурии — одна из важных задач превенции ХБП.

Превенция ХБП предполагает регулярное наблюдение терапевтом больных с перечисленными состояниями и, в случае выявления предикторов ХБП, направление их на обследование у нефролога.

Доступность управления модифицируемыми предикторами прогрессирования ХБП и нефропротекции

При ХБП для предупреждения прогрессирования заболевания возникает необходимость управления мо-

дифицируемыми факторами риска прогрессирования ХБП и нефропротекции. Нефропротективная стратегия строится на медикаментозной терапии, направленной на сбережение оставшихся функционирующих нефронов и на коррекцию других факторов риска повреждения нефронов, таких как образ жизни, лечение основного нефрологического заболевания.

В соответствии с приказом от 18 января 2012 года № 17н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология», оптимальным является наличие 1 нефролога амбулаторного приема на 50 тыс. населения. Так, в Саратовской области потребность составляет около 50 нефрологов, фактически в амбулаторной сети работают 6. Подобная ситуация наблюдается в большинстве регионов страны, кроме Московской и Ленинградской областей. Дефицит специалистов-нефрологов неблагоприятно сказывается на доступности нефрологической помощи, проведении нефропротективной терапии, что приводит к более быстрому прогрессированию снижения клубочковой фильтрации и более раннему появлению необходимости заместительной почечной терапии.

Отрицательное влияние на доступность нефрологической помощи для пациентов с ХБП на додиализном уровне оказывают проживание в отдаленных районах, бедность, низкое образование и другие социальные предикторы, определяющие социальные ограничения регулярного обследования у нефролога [15].

Доступность заместительной почечной терапии пациентам с ХБП

Заместительная терапия больным с ХБП показана при бесперспективности нефропротективной терапии и терминальной стадии болезни.

Существуют 3 вида заместительной терапии при ХБП:

- ◆ гемодиализ;
- ◆ перитонеальный диализ;
- ◆ трансплантация почки.

Гемодиализ в большинстве стран мира является наиболее распространенным видом заместительной терапии при ХБП. Однако, в соответствии с расчетами [15], основанными на распространенности ХБП, общее количество пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии, может колебаться в пределах 4,9–9 млн. Проведенные расчеты дают основания предположить, что минимум 2,3 млн пациентов не имеют возможности своевременно получить заместительную почечную терапию, что неизбежно увеличивает неблагоприятный исход.

Интегральным показателем доступности диализной помощи является обеспеченность диализными методами на 1 млн населения. Так, по данным Российского регистра заместительной почечной терапии Российского диализного общества, на начало 2014 г. обеспеченность заместительной почечной терапии в РФ составляла 245,7 пациента на 1 млн населения. В других странах обеспеченность заместительной почечной терапией выше: Албания — 340,5; Латвия — 600,3; Польша — 822,4; Турция — 870,2; Франция — 1175,1; Канада — 1183; США — 1976 на 1 млн населения [16].

По данным регистра Российского диализного общества, в Саратовской области данный показатель в 2014 г. составлял 158 пациентов на 1 млн населения при показателе в Поволжском федеральном округе (ПФО) — 254 на 1 млн населения. По нашим данным, в настоящее время обеспеченность диализными методиками в Саратовской области составляет 202 пациента на 1 млн населения, что ниже показателя по ПФО и по России. Низкая обеспеченность диализными методиками в России является следствием недостаточной выявляемости ХБП при ограничении доступности обследования для групп риска, а также ограничении доступности наблюдения у нефролога пациентов с ХБП. Пациенты с невыявленной ХБП чаще всего погибают под масками других диагнозов (чаще всего кардиологических).

Одной из причин ограничения доступности заместительной почечной терапии для пациентов с ХБП является транспортная недоступность. Многие пациенты проживают в большом удалении от диализных центров. Положениями п. 6 ст. 4 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» утвержден один из основных принципов охраны здоровья — доступность медицинской помощи, который, в том числе, реализуется через организацию транспортной доступности для пациентов.

В Саратовском регионе проблема транспортной доступности решается организацией транспортировки диализных пациентов, которую осуществляют центральные районные больницы (для областных пациентов) и поликлиники (для больных в г. Саратове). Одним из способов решения проблемы транспортной доступности является развитие методов заместительной почечной терапии больным с ХБП на дому: перитонеальный диализ и домашний гемодиализ.

Заключение

Доступность нефрологической помощи больным реализуется в доступности превенции и/или минимизации предикторов возникновения ХБП, управления модифицируемыми предикторами прогрессирования ХБП и нефропротекции, заместительной почечной терапии пациентам с ХБП. Ограничение доступности медицинской помощи больным является облигатным предиктором возникновения, прогрессирования и неблагоприятного прогноза ХБП.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедева-Несевря Н.А. Теория, методология и практика анализа социально-детерминированных рисков здоровью населения. Пермь: 2014.
2. Власов В.В., Данишевский К.Д., Корнышева Е.А., Саверский А.В. Независимый доклад о доступности медицинской помощи для бедных и представителей других уязвимых групп в Российской Федерации. М.: 2008. <http://www.rspor.ru/mods/news/docs/VlasovVV.pdf>.
3. UNESCO. Universal declaration on Bioethics and Human Rights of 19 October 2005 / UNESCO 33rd General Conference, Paris, 2005. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180r.pdf>.
4. Меттини Э., Присяжная Н. Здоровье и человеческий капитал: к вопросу социального благополучия населения. *Социология медицины*. 2016; (2): 73-9.

5. Решетников А.В. Социальный институт медицины (часть 2). *Социология медицины*. 2018; 17 (2): 68-79.
6. Imai E., Horio M., Iseki K., Yamagata K., Watanabe T., Hara S. Prevalence of chronic kidney disease (CKD) in the Japanese general population predicted by the MDRD equation modified by a Japanese coefficient. *Clinical and experimental nephrology*. 2007; 11(2): 156. doi:10.1007/s10157-007-0463-x. PMID: 17593516.
7. Singh A.K., Farag Youssef M.K., Mittal B.V., Subramanian K.K., Reddy S.R.K., Acharya V.N. Epidemiology and risk factors of chronic kidney disease in India — results from the SEEK (Screening and Early Evaluation of Kidney Disease) study BMC. *Nephrology*. 2013; 14 (1): 114. 10.1186/1471-2369-14-114 PMID: 23714169.
8. Levey A.S., Eckardt K.U., Tsukamoto Y., Levin A., Coresh J., Rossert J. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int*. 2005; 67 (6): 2089-100 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-1755.2005.00365.x> PMID:15882252.
9. Barkis G.L. Chronic kidney disease and hypertension. Satellite Symposium «Control of cardiovascular risk with cardiometabolic syndrome patients in the framework of the ISH-2010 congress». Vancouver, 2010.
10. Смирнов А.В., Шилов Е.М., Добронравов В.А., Каюков И.Г., Бобкова И.Н., Швецов М.Ю. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. *Клиническая нефрология*. 2012; (4): 4-26.
11. Швецов М.Ю. Хроническая болезнь почек как общемедицинская проблема: современные принципы нефропрофилактики и нефропротективной терапии. *Consilium Medicum*. 2014; 16 (7): 51-64.
12. Еругина М.В., Кром И.Л., Шмеркевич А.Б., Дорогойкин Д.Л., Жужлова Н.Ю., Шигаев Н.Н., Бочкарева Г.Н. Доступность медицинской помощи как обязательный социальный предиктор здоровья населения России. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2016; 12(2) 101-5.
13. Здоровье и права человека. ВОЗ. Информационный бюллетень. 2015; (323). URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/ru/>
14. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 декабря 2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70255634/#ixzz4gaDs7lB3>.
15. Гарсиа-Гарсиа Г., Джа В. Хроническая болезнь почек у незащищенных слоев населения. *Нефрология*. 2015; 19 (21): 17-21.
16. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Заместительная терапия терминальной хронической почечной недостаточности в Российской Федерации в 1998-2013 гг. Отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии. Часть I. *Нефрология и диализ*. 2015; 17 (3): 5-111. Поступила 12.11.2019
Принята в печать 23.12.2019
2. Vlasov V.V. (ed.), Danishevskii K.D., Kornysheva E.A., Saveriskii A.V. Independent report on the availability of health care for the poor people and representatives of other vulnerable groups in the Russian Federation. Moscow: 2008. <http://www.rspor.ru/mods/news/docs/VlasovVV.pdf>. (in Russian)
3. UNESCO. Universal declaration on Bioethics and Human Rights of 19 October 2005 / UNESCO 33rd General Conference. Paris: 2005. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180r.pdf>.
4. Mettini E., Prisyazhnaya N. Health and human capital: on the issue of social well-being of population. *Sociologiya mediciny*. 2016; (2): 73-9. (in Russian)
5. Reshetnikov A.V. The social institution of medicine. Part II. *Sociologiya mediciny*. 2018; 17 (2): 68-79. (in Russian)
6. Imai E., Horio M., Iseki K., Yamagata K., Watanabe T., Hara S. Prevalence of chronic kidney disease (CKD) in the Japanese general population predicted by the MDRD equation modified by a Japanese coefficient. *Clinical and experimental nephrology*. 2007; 11(2): 156. doi:10.1007/s10157-007-0463-x. PMID: 17593516.
7. Singh A.K., Farag Youssef M.K., Mittal B.V., Subramanian K.K., Reddy S.R.K., Acharya V.N. Epidemiology and risk factors of chronic kidney disease in India - results from the SEEK (Screening and Early Evaluation of Kidney Disease) study BMC. *Nephrology*. 2013; 14 (1): 114. 10.1186/1471-2369-14-114 PMID: 23714169.
8. Levey A.S., Eckardt K.U., Tsukamoto Y., Levin A., Coresh J., Rossert J. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int*. 2005; 67 (6): 2089-100 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-1755.2005.00365.x> PMID:15882252.
9. Barkis G.L. Chronic kidney disease and hypertension. Satellite Symposium «Control of cardiovascular risk with cardiometabolic syndrome patients in the framework of the ISH-2010 congress». Vancouver: 2010.
10. Smirnov A.V., Schilov E.M. Dobronravov V.A., Kayukov I.G., Bobkova I.N., Shveczov M.U. National recommendations. Chronic illness of kidneys: main principles of screening, diagnostics, preventive maintenance and approaches to treatment. *Clinical Nephrology*. 2012; (4): 4-26. (in Russian)
11. Shvetsov M.Yu. Chronic kidney disease as a general medical problem: nephroprophylaxis and nephroprotective therapy modern principles. *Consilium medicum*. 2014; 16 (7): 51-64. (in Russian)
12. Yerugina M.V., Krom I.L., Shmerkevich A.B., Dorogoykin D.L., Zhuzhlova N.Yu., Shigaev N.N., Bochkareva G.N. The availability of medical care as an obligatory social health predictor of the population in Russia (review). *Saratovskij nauchno-medsinskiy zhurnal*. 2016; 12 (2): 101-5. (in Russian)
13. Health and human rights. WHO. Fact sheet 2015; (323) URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/ru/>.
14. On the approval of the order of clinical examination of certain groups of adults: Order of Ministry of Health No. 1006n of the Russian Federation dated December 3, 2012. <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70255634/#ixzz4gaDs7lB3>. (in Russian)
15. Garcia-Garcia G., Jha V. CKD in Disadvantaged Populations. *Nefrologia*. 2015; 19 (21): 17-21.
16. Bikbov B.T., Tomilina N.A. Renal replacement therapy for ESRD in Russian Federation, 1998-2013. Report of the Russian Renal Replacement Therapy Registry. Part 1. *Nephrology and Dialysis*. 2015; 17 (3): 5-111. (in Russian)

REFERENCES