

Резолюция

круглого стола «Современные подходы к организации диспансерного наблюдения и статистического учета пациентов с хронической болезнью почек»

6 декабря 2023 г.

Москва

6 декабря 2023 года в Общественной палате Российской Федерации состоялось заседание круглого стола на тему «Современные подходы к организации диспансерного наблюдения и статистического учета пациентов с хронической болезнью почек» (далее – мероприятие, заседание).

В мероприятии приняли участие федеральные и региональные главные внештатные специалисты, представители экспертного сообщества, профессиональных ассоциаций и общественных организаций. На повестке стояли вопросы диспансерного наблюдения пациентов на преддиализной стадии, планирования перевода пациентов на трансплантацию почки, важности ранней диагностики, маршрутизации пациентов на уровне терапевтической службы, необходимости внесения изменений в нормативно-правовые акты, регулирующие оказание медицинской помощи таким пациентам для повышения эффективности работы нефрологической службы.

Хроническая болезнь почек (далее – ХБП) – длительное прогрессирующее заболевание, которое характеризуется снижением или прекращением выделительной функции почек в течение 3 и более месяцев. Понятие ХБП включает все формы поражения почек до развития хронической почечной недостаточности (далее – ХПН), все стадии ХПН и все варианты заместительной почечной терапии (далее – ЗПТ): гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация. В России ХБП страдают порядка 19 млн человек (13,7%) населения. Более 60% пациентов моложе 40 лет. Распространенность ХБП составляет 12-18% от всей популяции и сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как гипертоническая болезнь и сахарный диабет (СД), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), а также с ожирением и метаболическим синдромом.

ХБП – одна из ведущих причин смертности. Больные с ХБП в 10-20 раз чаще умирают от сердечно-сосудистых заболеваний. К 2040 году заболевание будет занимать 5-е место по уровню смертности после сахарного диабета, онкологии, сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний легких. ХБП имеет прогрессирующий характер и нередко приводит к полной потере почечной функции, требующей дорогостоящей ЗПТ – диализа или трансплантации почки. Более 2 млн российских пациентов с ХБП имеют преддиализную стадию заболевания, и в ближайшем будущем им потребуется ЗПТ.

В настоящее время более 60 тысяч пациентов находится на диализе, при этом нуждающихся в диализе пациентов – 100 тысяч в год. Ежегодно проводится 1,5 тысяч операций по трансплантации почки, потребность в таких операциях в России составляет 20 тысяч в год.

До половины пациентов на преддиализных стадиях являются инвалидами, большинство пациентов на диализе и перенесшие трансплантацию являются инвалидами I группы. Суммарное социально-экономическое бремя ХБП составляет до 200 млрд руб. в год. Большой вклад в структуру высокого бремени вносит влияние ХБП на развитие сопутствующих хронических заболеваний сердечно-сосудистой и нервной системы вплоть до прямого влияния на развитие инфаркта миокарда и геморрагического инсульта.

Эксперты обратили особое внимание на несоответствия в регулирующих оказание медицинской помощи пациентам с ХБП нормативно-правовых актах: ХБП включает в себя диагнозы по МКБ-10 N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9. Однако диспансерному учету согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 года № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее – Приказ № 168н) подлежат только

пациенты с диагнозом по МКБ-10 N18.1 и N18.9. В то же время в приложении № 1 к Приказу № 168н – Перечне хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-терапевтом – в столбце «хроническое заболевание, функциональное расстройство, иное состояние, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение», указано:

- состояние после перенесенной острой почечной недостаточности;
- пациенты в стабильном состоянии с хронической почечной недостаточностью 1 стадии;
- пациенты, страдающие ХБП (независимо от ее причины и стадии) в стабильном состоянии хронической почечной недостаточностью 1 стадии.

Таким образом, существует прямое указание на необходимость организации диспансерного наблюдения для всех пациентов с ХБП независимо от причины и стадии.

За разъяснениями по данному пункту в Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав России) уже обращались представители экспертных сообществ, в том числе с таким письмом-запросом к Минздраву России от 5 октября 2023 года № 84 выступила Межрегиональная общественная организация нефрологических пациентов «НЕФРО-ЛИГА».

Также эксперты озвучили позицию, что в диспансерное наблюдение для пациентов с ХБП включено определение скорости клубочковой фильтрации (далее – СКФ) для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – ССЗ), но биохимический анализ крови с определением креатинина рекомендован только для пациентов с диагнозом ХСН, а без определения креатинина невозможно рассчитать СКФ и, следовательно, невозможно скорректировать основную терапию и назначить нефропротективную терапию.

Для определения риска кардиоваскулярных осложнений при ХБП необходимо обязательное исследование отношения альбумина к креатинину в моче у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, артериальной гипертонией, сахарным диабетом, самой ХБП в целях оптимизации диспансерного наблюдения за пациентами и коррекции терапии.

Исходя из полученных данных, эксперты заседания считают необходимым инициировать работу на уровне профильных органов федеральной и региональной исполнительной власти и обратиться в Минздрав России с предложениями по внесению следующих изменений в Приказ № 168н:

- во избежание разночтений, препятствующих получению пациентом полного объема медицинской помощи согласно Программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, устранить несоответствие в перечислении кодов МКБ и дополнить Приказ № 168н перечислением полного объема входящих в МКБ-10 диагнозов: N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9; предусмотреть данные корректировки в рассматриваемом в настоящее время проекте изменений к Приказу № 168н;

- в связи с тем, что территориальные программы государственных гарантий формируются на основании Приказа № 168н, для обеспечения незамедлительного обеспечения выполнения полного объема медицинской помощи пациентам с ХБП подготовить и направить региональным организациям здравоохранения разъяснительное письмо о необходимости организации диспансерного наблюдения в отношении всех пациентов с ХБП, включая диагнозы N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9, на основании перечисленных в приложении № 1 к Приказу № 168н состояний;

- с целью упорядочивания учета пациентов с ХБП для последующего включения в федеральный регистр расширить форму-12 статистического учета «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», дополнив ее параметрами для включения пациентов со всеми формами ХБП;

- для обеспечения назначения пациентам с ХБП сочетанной с ССЗ терапии соответствующей действующим Клиническим рекомендациям расширить в Приказе № 168н дополнение выполнение

биохимического анализа крови определением креатинина и определения альбумина к креатинину в моче для всех групп пациентов с ХБП и ССЗ, артериальной гипертензией и сахарным диабетом.

Подписи сторон:

БАБКОВА Наталья Валерьевна

Эксперт, координатор программы по сердечно-сосудистым заболеваниям Всероссийского союза пациентов

ГОРЕЦКАЯ Галина Романовна

Председатель МООНП «НЕФРО-ЛИГА», член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России

ГОТЬЕ Сергей Владимирович

*Директор ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И.Шумакова»
Минздрава России, главный внештатный специалист-трансплантолог
Минздрава России академик РАН*

ДРАПКИНА Оксана Михайловна

*Директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России,
главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике
Минздрава России*

КОТЕНКО Олег Николаевич

*Главный внештатный специалист-нефролог
Департамента здравоохранения г. Москвы, заместитель главного
врача ГКБ № 52 ДЗМ, доцент кафедры госпитальной терапии РУДН*

ФОМИН Игорь Владимирович

Заведующий кафедрой госпитальной терапии и ОВП им.В.Г.Вогралика ПИМУ

ЦЫВОВА Валентина Викторовна

*Заместитель председателя Комиссии Общественной палаты РФ
по здравоохранению, заслуженный врач России*

ШИЛОВ Евгений Михайлович

*Главный внештатный специалист-нефролог Минздрава России
заведующий кафедрой Клиники ревматологии,
нефрологии и профпатологии им. Е.М. Тареева*