

# «Болезнь почек не зря называют «пятой болезнью-убийцей»

Зачем нужен гемодиализ, в чем вред сауны с шашлыками и в какую сумму обходится государству поддержание жизни одного почечного больного, «Профилю» рассказал главный внештатный специалист-нефролог Минздрава России, почетный президент Ассоциации нефрологов России, д.м.н., профессор кафедры внутренних, профессиональных болезней и ревматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Евгений Шилов

– Евгений Михайлович, нефрология – очень узкая специальность. Наверное, к счастью, но не все знают, что лечат врачи-нефрологи...

– В переводе с греческого «нефрос» – это почка. Соответственно, нефрология – область медицины, изучающая функции и болезни почек.

– Если обратиться к статистике, то каков процент смертности от почечной недостаточности?

– Современная медицина во всем мире борется с заболеваниями, которым дали название «смертельный квартет». Это четыре болезни, которые являются основными причинами смерти населения, – диабет, гипертония, онкология и легочные заболевания. А в 2011 году ООН и ВОЗ хроническую болезнь почек назвали пятой болезнью-убийцей. Мы все помним, какая жуткая смертность – более 60% – была у нас в стране от сердечно-сосудистых заболеваний еще 10 лет назад, и это реально представляло угрозу национальной безопасности страны, ведь умирали сорокалетние мужчины – самого трудоспособного и боееспособного возраста. На первом месте в списке была кардиология, затем шли онкология, внешние причины смерти, гастроэнтерология, туберкулез и другие заболевания, а последний пункт в списке значился как прочее. Так вот, в это «прочее» входили болезни, которые лечат урологи, гинекологи и нефрологи. И все эти болезни состав-

ляли всего 0,6% в структуре смертности. Что касается нефрологических болезней, то тут не все так просто. Многие знают, что первичные болезни почек (нефриты, пиелонефриты и др.) встречаются реже, чем поражение почек при других, не нефрологических заболеваниях. Еще в конце 1960-х годов великий нефролог Жан Амбюрже сказал, что нефрология находится внутри терапевтических специальностей. И он абсолютно прав.

Есть группа болезней, вследствие которых развивается хроническая болезнь почек. Это диабет, сердечно-сосудистые патологии, ожирение и пожилой возраст. Поэтому по нашей статистике и получается, что от почечной недостаточности у нас почти не умирают.

– Такая ситуация была 10 лет назад, а сейчас?

– Еще тогда президент дал поручение министру – в то время этот пост занимала Татьяна Голикова, а затем Вероника Скворцова – быстрыми темпами улучшить ситуацию. И действительно в кратчайшие сроки статистика смертности от основных заболеваний у нас существенно снизилась. А вот, например, в Америке на протяжении многих лет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 33–35%, при этом факторов риска ничуть не меньше, чем у нас, и нельзя сказать, что у них здравоохранение организационно намного мощнее.

А вот что касается нефрологии, то за эти годы мало что изменилось. Бюджет же формируется исключительно на основании статистических данных: если от каких-то заболеваний процент смертности низкий, то и средств выделять на эту область медицины много не нужно.

– С вашей точки зрения, в какой стране лучшая система здравоохранения?

– Наша советская поликлиническая система Н.А. Семашко была выстроена оптимально. Например, в Канаде ее воспроизвели полностью. Такая модель подходит для стран, где есть государственная система финансирования здравоохранения, – в США она не приживется. А вот сейчас наша система напоминает скорее американскую, но, с моей точки зрения, она нам не подходит, потому что, во-первых, несопоставимы финансы, которые вкладываются в здравоохранение, ведь американская система очень дорогостоящая и при этом далеко не самая эффективная: в рейтинге на четвертом или на пятом месте.

Вообще, в каждой системе здравоохранения есть свои плюсы и минусы. Но очевидно, что самая эффективная система в Швейцарии, во Франции очень неплохая с точки зрения экономической эффективности, а также в Испании, Канаде и Германии.

– Давайте поговорим о самих почечных патологиях: как они диагностируются и можно ли их уловить на ранних стадиях?

– Есть первичные почечные болезни – нефриты, пиелонефрит, амилоидоз, васкулиты. Они имеют яркую симптоматику, которая всегда видна глазом, то есть у них есть клиника. Например, острый нефрит. При нем повышается давление, моча окрашивается в красный цвет, возникают сильные отеки. Эти симптомы выражены и при хроническом нефрите. Соответственно, больной сразу идет к врачу. А вот

болезни почек в рамках группы риска – диабета, гипертонии, ожирения, возраста – не лежат на поверхности. В этих случаях необходимо обследовать пациента целенаправленно.

**– При раковых заболеваниях обнаружение онкомаркеров позволяет заподозрить наличие опухоли в организме на ранней стадии, а каким методом можно обнаружить проблемы с почками?**

– Повышенный уровень альбумина в моче – это самый ранний маркер, в том числе и хронической болезни почек, который далее прогрессирует и приводит к начальной стадии почечной недостаточности. А вот повышенный уровень креатинина уже говорит о нарушенной функции почек. Эти два показателя отражают состояние почек, и поэтому их вводят во все скрининги, которые в первую очередь нужно проводить среди групп риска, пока почечная функция сильно не снизилась.

**– Существует ли профилактика нефрологических заболеваний?**

– Конечно. Правильное питание и физические нагрузки. И тут возраст не всегда имеет решающее значение – многое зависит от самодисциплины и культуры питания. Вспоминается выражение: «Ты то, что ты ешь». Беда еще и в том, что социальное благополучие населения вредит его биологическому здоровью. Раньше пища была необходимостью, а сегодня люди едят ради удовольствия, зачастую в неумеренных количествах, при этом и физическая активность у многих снижена. К сожалению, от такого поведения развивается огромное количество болезней.

Возьмем как пример один из любимых видов досуга многих мужчин – сауна и алкоголь. После сауны происходит серьезная дегидратация, и концентрация мочевой кислоты в организме повышается. А в предбаннике – водочка, нарезка и шашлык. После прекрасно проведенного времени человек приезжает домой – и тут начинается... Давление подскочило, почечная колика – и утром он у нас в отделении.

**– Известно, что применение лекарств отражается на здоровье почек и печени. Не считаете ли вы, что сегодня люди бесконтрольно глотают лекарства: получается, одно лечим, а другое калечим?**

– Еще как считаю. Например, есть группа нестероидных противовоспалительных препаратов (анальгетики), которые в общем-то приносят

благо, ведь жить с болью нельзя. Но, когда человек постоянно без предписания врача их принимает, это снижает функцию почек. Люди, у которых радикулиты, грыжи позвоночника, мигрени, вынужденные принимать такие лекарства годами, потом становятся нашими пациентами. А дальше у них развивается так называемая анальгетическая нефропатия, связанная с токсическим действием этих препаратов.

**– Есть ли альтернатива пересадке почки?**

– Помимо пересадки существует лечение гемодиализом «искусственная почка». Его назначение – замещение выделительной функции почки. Основной задачей этого устройства является очищение крови от токсических веществ и продуктов метаболизма методом диализа. Помимо развития трансплантологии, в частности пересадки почки, параллельно появилась необходимость заместить этот орган чем-то искусственным, это получило активное развитие

в послевоенный период. В первом таком аппарате в качестве фильтра использовали целлофан, купрофан и другие производные целлюлозы. Вот так и стал внедряться гемодиализ, позже – перитонеальный диализ, где роль диализной мембраны выполняет собственная брюшина. Но на самом деле ничего лучше пересадки почки не существует. Потому что только трансплантация восполняет все нарушения обмена органа.

**– Гемодиализ проводится по ОМС?**

– Да, вся поддерживающая терапия, и гемодиализ в том числе, делается по ОМС.

**– На диализ человек попадает на всю жизнь. Сколько пациентов в России нуждаются в этой процедуре?**

– В нашем арсенале есть две схожие процедуры диализа, гемодиализ (искусственная почка) и перитонеальный диализ – наиболее простой и экономичный метод. Всего около миллиона человек нуждаются в заместительной почечной терапии. Про-



центров 15 – в трансплантации почки, 75% – в гемодиализе и около 10% – в перитонеальном диализе.

**– А как часто больному необходимо проводить диализ, и в какую сумму государству обходится поддержание жизни одного такого пациента в год?**

– Больному необходимо проводить гемодиализ минимум три раза в неделю. Ведь если пациент даже несколько дней обходится без очищения крови, токсины начинают «ползти». Пациентов очень много, в том числе и молодых. Городская диализная служба работает в четыре смены. В ночную в основном приходят молодые пациенты. Им проводят процедуру, и они едут на работу, где, возможно, никто и не догадывается, что они больны.

До терминальной стадии доживают около 5–10% больных. Если болезнь выявлена на ранней стадии, то сначала мы поддерживаем пациента лекарственными препаратами: они замедляют потерю почечной функции. То есть время до начала ге-

модиализа пролонгируется. Но, к сожалению, течение болезни остановить невозможно.

Что касается стоимости, то год планового лечения одного пациента обходится государству в два миллиона рублей. Сюда входят и сами процедуры, и необходимые лекарства. Если человек попадает в больницу в состоянии уремической комы, то его уже необходимо реанимировать, и последующая стоимость процедур существенно выше. В год это около 3,5 миллиона, но мало кто может прожить даже год в таком состоянии, и далеко не всех удается реанимировать. На диализе же люди живут в среднем 10–20 лет.

**– А в Америке и Европе как устроено плановое лечение?**

– Либо за счет государственной программы, либо по страховой. Например, нефрология в США ежегодно обходится в 30 миллиардов долларов. Да, количество населения там в 2 раза больше, нежели в России, но нам хотя бы половину таких средств!

**– Как быть тем больным, кто живет в глубинке и, чтобы добраться до райцентра, нужно несколько часов?**

– С этим беда. В России много частных компаний, и в основном международных, которым экономически выгоднее строить централизованную систему диализной службы, крупное предприятие. А вот в Японии идут по другому пути. У них децентрализованная система. Вплоть до того, что даже в маленьком жилом квартале есть отделение на два аппарата искусственной почки. Такая практика рассматривается и в России, но пока серьезных сдвигов нет. Хотя ряд сетевых компаний сейчас пытаются приблизить диализную службу к пациентам. Но если говорить об отдаленных регионах, то там, конечно, все сложнее. Например, в некоторых местах нашей страны так зимой заметает дороги, что пациент три раза в неделю на процедуру уж точно приехать не сможет. Но диализная служба развивается быстрыми темпами, ведь в первую очередь это бизнес.

**– А специальность нефролога популярна у будущих врачей?**

– Работа нефролога большого дохода не приносит и популярной среди молодежи раньше не была. Например, в 2000-е годы выбирали «доходные» медицинские специальности – пластическую хирургию, стоматологию, неврологию, кардиологию, дерматологию-косметологию, так как

молодежь была нацелена на работу в коммерческих центрах. Самые невостребованные специальности были инфекционисты и физиотерапевты. Сейчас цели и задачи у студентов-медиков сильно изменились. Теперь они более заинтересованы в профессии. И специальность нефролога стали выбирать чаще, да и в целом ребята отдают предпочтение очень разным специальностям. Тут уже проблескивает искренний интерес, а не только денежный, что не может не радовать. К сожалению, у нас сейчас полностью ликвидировали интернатуру, заменив ее аккредитацией и прохождением ординатуры. То есть выпускников вузов лишили практического опыта в больницах: образовательный стандарт предполагает, что всю эту практику студент может пройти внутри вуза, с помощью имитационных центров, то есть на муляжах человека. Многие крупные клиницисты этим недовольны, и я абсолютно убежден, что это никогда не заменит живого общения с больным. Выпускнику нужно и одно, и другое.

**– Кроме недостатка выделяемых средств какие самые острые проблемы видите в нефрологии?**

– Одна из серьезных проблем – недостаточное количество нефрологов. Сейчас в России около 3,5 тысячи специалистов. Получается, что это приблизительно 15 врачей на один миллион пациентов, а, например, в Германии – 25. Но беда еще и в том, что часть нефрологов работают в коммерческих клиниках и они вырваны из государственной медицины. Много врачей работает в диализной службе, и, соответственно, нефрологов, которые занимаются скринингом и профилактикой, остается совсем мало. Но могу сказать, что нефрологическая служба в федеральных центрах у нас очень достойная и оснащена прекрасно. Есть проблемы в некоторых регионах, и часто свои происходят из-за недобросовестных людей. Например, мы с группой специалистов из центра посещаем регионы и встречаемся с чиновниками местных министерств здравоохранения. Рассказываем, показываем, как должно все быть, а когда уезжаем, все возвращается на круги своя. К сожалению, главы некоторых субъектов считают, что у них отдельное «государство» и свои правила, в том числе и в организации медицины. ■

Беседовала Елена Май



Наталья Львова/«Профиль»