

## ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

## LEADING ARTICLE

© Е.М. Шилов, А.М. Есаян, Н.Ю. Петрова, Д.В. Артемов, М.М. Батюшин, А.Ю. Бевзенко, А.Н. Бельских, Н.В. Веселкова, С.В. Ивлиев, М.Е. Стаценко, А.Г. Столяр, М.М. Шилова, 2025  
УДК УДК616.61-036.12 : 614 (471)

doi: 10.36485/1561-6274-2025-29-4-8-21

EDN: PAQGCC

# ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ДОЛЖНА СТАТЬ ПРИОРИТЕТНОЙ ОБЛАСТЬЮ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## Заявление президиума профильной комиссии по нефрологии Минздрава России

*Евгений Михайлович Шилов<sup>1,✉</sup>, Ашот Мовсесович Есаян<sup>2</sup>,  
Наталья Юрьевна Петрова<sup>3</sup>, Дмитрий Владимирович Артемов<sup>4</sup>,  
Михаил Михайлович Батюшин<sup>5</sup>, Андрей Юрьевич Бевзенко<sup>6</sup>,  
Андрей Николаевич Бельских<sup>7</sup>, Надежда Васильевна Веселкова<sup>8</sup>,  
Сергей Викторович Ивлиев<sup>9</sup>, Михаил Евгеньевич Стаценко<sup>10</sup>,  
Алексей Геннадьевич Столяр<sup>11</sup>, Марина Магомедовна Шилова<sup>12</sup>*

<sup>1</sup>Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), главный внештатный специалист-нефролог Министерства здравоохранения РФ, Москва, Россия;

<sup>2</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, главный внештатный специалист-нефролог Северо-Западного федерального округа РФ, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>3</sup>Саратовская областная клиническая больница, главный внештатный нефролог Министерства здравоохранения Российской Федерации Приволжского федерального округа РФ, г. Саратов, Россия;

<sup>4</sup>Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, главный внештатный специалист-нефролог Центрального федерального округа РФ, Москва, Россия;

<sup>5</sup>Ростовский государственный медицинский университет, главный внештатный специалист-нефролог Северо-Кавказского федерального округа РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия;

<sup>6</sup>ООО «Б. Браун Авитум Руссланд Клиник», главный внештатный специалист-нефролог Дальневосточного федерального округа РФ, г. Хабаровск, Россия;

<sup>7</sup>Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, главный внештатный специалист-нефролог Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>8</sup>Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова, главный внештатный специалист-нефролог Севастополя, г. Севастополь, Россия;

<sup>9</sup>Красноярский государственный медицинский университет, главный внештатный специалист-нефролог Сибирского федерального округа РФ, г. Красноярск, Россия;

<sup>10</sup>Волгоградский государственный медицинский университет, главный внештатный специалист-нефролог Южного федерального округа РФ, г. Волгоград, Россия;

<sup>11</sup>Свердловская областная клиническая больница № 1, главный внештатный специалист-нефролог Уральского федерального округа РФ, г. Свердловск, Россия;

<sup>12</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

<sup>1</sup>emshilov@sechenov.ru; ORCID 0000-0002-2111-191X

<sup>2</sup>essaian.ashot@gmail.com; ORCID 0000-0002-7202-3151

<sup>3</sup>petrovanatalia2008@yandex.ru; ORCID 0009-0001-7399-0362

<sup>4</sup>artemov@medicalgr.ru; ORCID 0000-0002-0753-967X

<sup>5</sup>batjushin-m@rambler.ru; ORCID 0000-0002-2733-4524

<sup>6</sup>au\_bev@rambler.ru; ORCID 0009-0002-7889-2208

<sup>7</sup>d0c62@mail.ru; ORCID 0000-0002-0421-3797

<sup>8</sup>nadya.veselkova@mail.ru; ORCID 0009-0008-8101-5904

<sup>9</sup>sergivi@yandex.ru; ORCID 0000-0003-0606-872X

<sup>10</sup>mestatsenko@rambler.ru; ORCID 0000-0002-3306-0312

<sup>11</sup>ambr375@mail.ru; ORCID 0000-0002-2485-9464

<sup>12</sup>marina\_doktor@mail.ru; ORCID 0000-0002-6921-4483

### РЕФЕРАТ

Хроническая болезнь почек (ХБП) – признанное ВОЗ пятое глобальное социально-значимое хроническое неинфекционное заболевание. Распространенность ХБП в странах мира составляет от 10 до 20 % и опережает распространенность сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний (соответственно 850, 600 и 560 млн человек). К 2040 году ХБП станет 5-й причиной преждевременной смертности, опережая онкологические заболевания и сахарный диабет. В России распространенность ХБП в группах риска (артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточ-

ность и сахарный диабет) – не менее 16 % населения страны. ХБП значительно увеличивает медико-социальное и финансовое бремя на государственный бюджет, значительная часть которого тратится на сохранение жизни пациентов, доживших до терминальной стадии болезни, – заместительную почечную терапию (диализ, трансплантация почек) и лечение коморбидных состояний. ХБП вносит огромный вклад в преждевременную смертность. Большинство пациентов умирают от сердечно-сосудистых осложнений (инсульты, инфаркты, сердечная недостаточность) до развития терминальной стадии болезни. Выявление заболевания на ранних стадиях позволит улучшить трудоспособность, качество жизни и увеличить ее продолжительность. Особое внимание должно быть привлечено к группам риска, прежде всего, к больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом. Современная стратегия ведения больных с ХБП – профилактика и скрининг на ранние проявления ХБП (снижение скорости клубочковой фильтрации и альбуминурия) с последующим применением тройной кардиоренотективной терапии (ингибиторы РААС, глифлозины, синтетические блокаторы минералокортикоидных рецепторов), позволяющей замедлить прогрессирование в терминальную стадию болезни и снизить смертность от сердечно-сосудистых осложнений. Сохранение и продление жизни больных с ХБП требует проведения соответствующих государственных организационных мероприятий – по существу, смены существующей модели здравоохранения, ориентированной на терминальные стадии болезни, на модель, нацеленную на профилактику, раннее выявление и замедление прогрессирования ХБП.

**Ключевые слова:** хроническая болезнь почек, эпидемиология, скрининг, профилактика, нефропротекция

**Для цитирования:** Шилов Е.М., Есаян А.М., Петрова Н.Ю., Артемов Д.В., Батюшин М.М., Бевзенко А.Ю., Бельских А.Н., Веселкова Н.В., Ивлиев С.В., Стаценко М.Е., Столяр А.Г., Шилова М.М. Хроническая болезнь почек должна стать приоритетной областью российского здравоохранения. Заявление президиума профильной комиссии по нефрологии Минздрава России. *Нефрология* 2025;29(4):8-21. doi: 10.36485/1561-6274-2025-29-4-8-21. EDN: PAQGCC

## CHRONIC KIDNEY DISEASE SHOULD BECOME A PRIORITY AREA OF RUSSIAN HEALTHCARE

Statement by the Presidium of the Specialized Commission on Nephrology of the Ministry of Health of the Russian Federation

*Evgeniy M. Shilov<sup>1,✉</sup>, Ashot M. Yesayan<sup>2</sup>, Natalia Yu. Petrova<sup>3</sup>, Dmitry V. Artemov<sup>4</sup>, Mikhail M. Batyushin<sup>5</sup>, Andrey Yu. Bevzenko<sup>6</sup>, Andrey N. Belskikh<sup>7</sup>, Nadezhda V. Veselkova<sup>8</sup>, Sergey V. Ivliev<sup>9</sup>, Mikhail E. Statsenko<sup>10</sup>, Aleksey G. Stolyar<sup>11</sup>, Marina M. Shilova<sup>12</sup>*

<sup>1</sup>First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Sechenov University), Chief Specialist Nephrologist of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, Chief Specialist Nephrologist of the Northwestern Federal District of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia;

<sup>3</sup>Saratov Regional Clinical Hospital, Chief Specialist Nephrologist of the Ministry of Health of the Volga Federal District of the Russian Federation, Saratov, Russia;

<sup>4</sup>Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky, Chief Specialist Nephrologist of the Central Federal District of the Russian Federation, Moscow, Russia;

<sup>5</sup>Rostov State Medical University, Chief Specialist Nephrologist of the North Caucasus Federal District of the Russian Federation, Rostov-on-Don, Russia;

<sup>6</sup>B. Braun Avitum Russland Clinics, Chief Specialist Nephrologist of the Far Eastern Federal District of the Russian Federation, Khabarovsk, Russia;

<sup>7</sup>S.M. Kirov Military Medical Academy, Chief Specialist Nephrologist of St. Petersburg, St. Petersburg, Russia;

<sup>8</sup>N.I. Pirogov City Hospital No. 1, Chief Specialist Nephrologist of Sevastopol, Sevastopol, Russia;

<sup>9</sup>Krasnoyarsk State Medical University, Chief Specialist Nephrologist of the Siberian Federal District of the Russian Federation, Krasnoyarsk, Russia;

<sup>10</sup>Volgograd State Medical University, Chief Specialist Nephrologist of the Southern Federal District of the Russian Federation, Volgograd, Russia;

<sup>11</sup>Sverdlovsk Regional Clinical Hospital No. 1, Chief Specialist Nephrologist of the Ural Federal District of the Russian Federation, Sverdlovsk, Russia;

<sup>12</sup>Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

<sup>1</sup> emshilov@sechenov.ru; ORCID 0000-0002-2111-191X

<sup>2</sup> essaian.ashot@gmail.com; ORCID 0000-0002-7202-3151

<sup>3</sup> petrovanatalia2008@yandex.ru; ORCID 0009-0001-7399-0362

<sup>4</sup> artemov@medicalgr.ru; ORCID 0000-0002-0753-967X

<sup>5</sup> batjushin-m@rambler.ru; ORCID 0000-0002-2733-4524

<sup>6</sup> au\_bev@rambler.ru; ORCID 0009-0002-7889-2208

<sup>7</sup> d0c62@mail.ru; ORCID 0000-0002-0421-3797

<sup>8</sup> nadya.veselkova@mail.ru; ORCID 0009-0008-8101-5904

<sup>9</sup> sergivi@yandex.ru; ORCID 0000-0003-0606-872X

<sup>10</sup> mestatsenko@rambler.ru; ORCID 0000-0002-3306-0312

<sup>11</sup> ambr375@mail.ru; ORCID 0000-0002-2485-9464

<sup>12</sup> marina\_doktor@mail.ru; ORCID 0000-0002-6921-4483

<sup>12</sup> marina\_doktor@mail.ru ORCID 0000-0002-6921-4483

## ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) is the fifth globally socially significant chronic non-communicable disease recognized by WHO. The prevalence of CKD in the world ranges from 10 to 20 % and outstrips the prevalence of diabetes mellitus and cardiovascular diseases (850, 600, and 560 million people, respectively). By 2040, CKD will become the 5th cause of premature mortality, ahead of cancer and diabetes mellitus. In Russia, the prevalence of CKD in risk groups (hypertension, chronic heart failure, and diabetes mellitus) is at least 16 % of the country's population. CKD significantly increases the medical, social, and financial burden on the state budget, a significant part of which is spent on saving the lives of patients who have survived to the end stage renal disease, such as kidney replacement therapy (dialysis, kidney transplantation) and treatment of comorbid conditions. CKD makes a huge contribution to premature mortality. Most patients die from cardiovascular complications (strokes, heart attacks, heart failure) before the development of the terminal stage of the disease. Early detection of the disease will improve the ability to work and enhance the quality of life, as well as increase its duration. Special attention should be paid to risk groups, primarily patients with cardiovascular diseases and diabetes mellitus. The current management strategy for CKD patients is prevention and screening for early manifestations of CKD (decreased glomerular filtration rate and albuminuria), followed by the use of triple cardio-reno-protective therapy (RAAS inhibitors, glyphlozines, synthetic mineralocorticoid receptor blockers), which can slow the progression to the terminal stage of the disease and reduce mortality from cardiovascular complications. Preserving and prolonging the lives of CKD patients requires appropriate government organizational measures – in essence, changing the existing healthcare model focused on the terminal stages of the disease to a model aimed at prevention, early detection, and slowing the progression of CKD.

**Keywords:** chronic kidney disease, epidemiology, screening, prevention, nephroprotection

**For citation:** Shilov E.M., Yesayan A.M., Petrova N.Yu, Artemov D.V., Batyushin M.M., Bevzenko A.Yu., Belskikh A.N., Veselkova N.V., Ivliev S.V., Statsenko M.E., Stolyar A.G., Shilova M.M. Chronic kidney disease should become a priority area of russian healthcare. Statement by the Presidium of the Specialized Commission on Nephrology of the Ministry of Health of the Russian Federation. *Nephrology* 2025;29(4):8-21. doi: 10.36485/1561-6274-2025-29-4-8-21. EDN: PAQGCC

## СОКРАЩЕНИЯ

АГ – артериальная гипертензия  
АТП – аллогенный трансплантат почки  
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения  
ГВС – главный внештатный специалист  
ДФО – Дальневосточный федеральный округ  
ЗПТ – заместительная почечная терапия  
КРМС – кардио-рено-метаболический синдром  
НМИЦ – научный медицинский исследовательский центр  
ПФО – Приволжский федеральный округ

СЗФО – Северо-Западный федеральный округ  
СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ  
СФО – Сибирский федеральный округ  
ХБП – хроническая болезнь почек  
ХСН – хроническая сердечная недостаточность  
ТПН – терминальная почечная недостаточность  
УФО – Уральский федеральный округ  
ЦФО – Центральный федеральный округ  
ЮФО – Южный федеральный округ

## I. ВВЕДЕНИЕ (ХБП – ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ)

**Распространенность хронической болезни почек (ХБП) и связанная с ней смертность продолжают расти. С этим кризисом невозможно справиться, если ХБП не станет глобальным приоритетом общественного здравоохранения.**

ХБП является распространенным неинфекционным заболеванием (НИЗ), глобальная распространенность которого превосходит распространенность любых других неинфекционных заболеваний (НИЗ), которые многие годы являлись приоритетом для Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): сердечно-сосудистые, онкологические, хронические респираторные заболевания, сахарный диабет. ХБП прогрессирует и завершается терминальной почечной недостаточностью (ТПН), при которой для выживания необходима заместительная почечная терапия (ЗПТ) – диализ или трансплантация. Тем не менее ни один из методов ЗПТ не является излечивающим и таким образом заболеваемость и смертность, связанные с почечной недостаточностью, остаются высокими.

Острое повреждение почек (ОПП) увеличивает риск развития ХБП, а также ускоряет прогрессирование ХБП до ТПН.

Совместное заявление, подготовленное в 2024 году Американским обществом нефрологии, Европейской почечной ассоциацией и Международным обществом нефрологов, призвало ВОЗ уделить приоритетное внимание ХБП в качестве основного фактора преждевременной смертности от НИЗ. **Всемирная поддержка этого заявления, в том числе, РФ, привела к включению ХБП на 78-й Ассамблее ВОЗ (23 мая 2025 года) в список глобальных социально значимых НИЗ.** Следующий шаг – инициатива международных нефрологических организаций за включение ХБП в очередную Политическую декларацию по хроническим неинфекционным заболеваниям на 80-й сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 25 сентября 2025 года.

Доля смертности от ХБП неуклонно растет в течение последних двух десятилетий. Дисфункция почек в настоящее время является седьмым

по значимости фактором риска смерти; однако, в ближайшие годы ожидается дальнейший рост, что обуславливает необходимость большего внимания этому НИЗ как фактору преждевременной смертности. Действительно, прогнозируется, что в период с 2016 по 2040 г. число потерянных лет жизни (YLL) – показатель преждевременной смертности, связанный с ХБП, вырастет на 100 % – значительно более резкий рост, чем прогнозировалось для любой из других крупных НИЗ (рис. 1) [1]. Смертность, связанная с почечной недостаточностью, особенно высока среди пациентов, получающих гемодиализ. В США пациенты в возрасте 40–45 лет, находящиеся на гемодиализе, имеют ожидаемую продолжительность жизни, аналогичную ожидаемой продолжительности жизни лиц в возрасте 75–79 лет в общей популяции (~11 лет). 5-летняя относительная выживаемость пациентов с почечной недостаточностью (36 %) значительно ниже, чем у пациентов с раком предстательной железы, кожи, молочной железы, шейки матки, толстой кишки или яичников (60–96 %). Кроме того, пациенты с ХБП подвержены высокому риску развития других НИЗ, включая сердечно-сосудистые заболевания, и имеют высокий риск инфицирования, который усугубляется снижением ответа на вакцинацию. Это бремя сопутствующих заболеваний приводит не только к высокой смертности, но и к сложному заболеванию и высокому бремени симптомов.

**Финансовое бремя заболевания почек**, особенно на ЗПТ, огромно. Во многих странах с высоким уровнем дохода непропорционально большая часть бюджета здравоохранения (2–4 %) расходуется на 0,1–0,2 % населения с почечной недостаточностью.

Высокая распространенность, заболеваемость, смертность и затраты, связанные с заболеванием почек, обуславливают его приоритетность на уровне общественного здравоохранения. Тем не менее, несмотря на то, что заболевание почек является распространенным, смертельным и дорогостоящим, осведомленность общественности о нем остается низкой. Такая недостаточная осведомленность отражает неспособность глобальных программ общественного здравоохранения адекватно признать бремя болезней почек и подрывает усилия по смягчению факторов риска и улучшению ранней диагностики. В настоящее время доступно несколько терапевтических средств, которые могут замедлить прогрессирование ХБП. Более широкое глобальное признание заболевания почек в качестве фактора преждевременной смертности будет способствовать ши-

рокой приоритизации стратегий, направленных на предотвращение развития и прогрессирования заболевания почек, а также поддержку разработки более доступных и эффективных методов лечения. Такие стратегии могли бы улучшить качество существования и спасти миллионы жизней каждый год.

## II. ХБП В РОССИИ

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХБП В РОССИИ

#### 1.1. Смертность

Смертность от ХБП в статистике Росстата, отраженная в разделе «Болезни мочеполовой системы», составляет менее 1 %. Эти данные не соответствуют действительности, так как фиксируют лишь непосредственную причину смерти (для ХБП это сердечно-сосудистые осложнения – инсульт, инфаркт, сердечная недостаточность без упоминания причинного заболевания ХБП и вызвавшего его состояния).

#### 1.2. Распространенность

**Распространенность** («заболеваемость») ХБП в статистике Росстата занижена в десятки раз из-за отсутствия государственной системы скрининга ХБП с отражением данных в официальной статистике. Это связано с несовершенством действующих нормативных документов по диспансеризации и диспансерному наблюдению, неадекватно отражающих ответственность первичного звена за выявление и маршрутизацию больных с ХБП (Приказ Минздрава 19.07.2024 «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»), Приказ от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»).

В этих условиях, в том числе при отсутствии государственного регистра больных с ХБП, ориентировочные показатели распространенности ХБП в России можно получить экстраполяцией данных других регистров и эпидемиологических исследований, где собираются данные по ХБП: Федеральный регистр сахарного диабета, исследования «ХРОНОГРАФ» (АГ+ХБП), включающее 1600 пациентов [2], «ПРИОРИТЕТ ХСН», включающее 6255 пациентов [3], «ПРИОРИТЕТ ХБП», включающее 3249 пациентов [4]. С учетом всех ограничений, связанных с этим подходом (в первую очередь, с относительно небольшим числом наблюдаемых, различиями в жесткости критериев определения ХБП – 3–5-я или все стадии ХБП), расчётный показатель распространенности ХБП в группах риска (АГ, ХСН, СД) составил около 16 % или 18,3 млн взрослого населения страны, рисунок 2, 3.

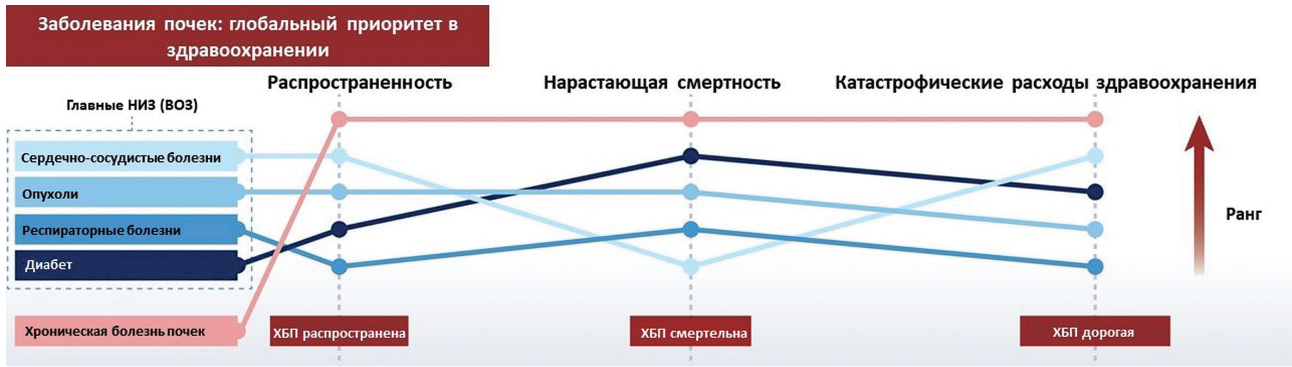


Рисунок 1. Бремя болезней почек (адаптировано из [1]).  
Figure 1. Burden of kidney diseases (adapted from [1]).



Рисунок 2. Структура смертности в Российской Федерации (Росстат 2021).  
Figure 2. The structure of mortality in the Russian Federation (Rosstat 2021).

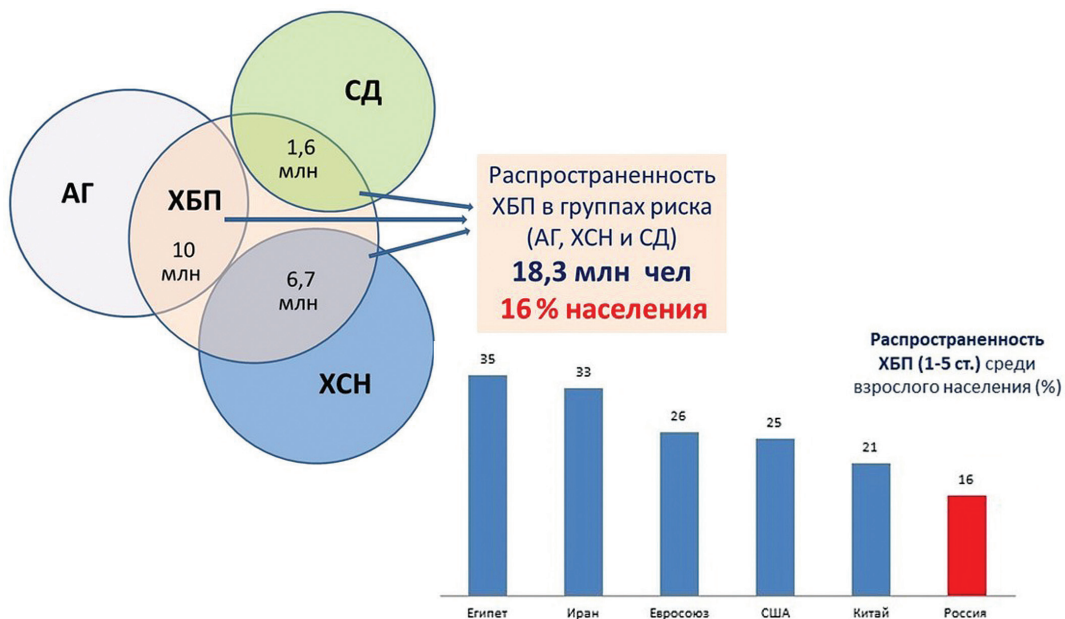


Рисунок 3. Распространенность ХБП: (а) в группах риска в России (экстраполяция данных [2-4]) и (б) в странах мира.  
Figure 3. The prevalence of CKD: (a) in risk groups in Russia (extrapolation of data [2-4]) and (b) in some countries of the world.

### 1.3. Скрининг в группах риска

ХБП вносит огромный вклад в преждевременную смертность, большинство больных не доживают до заместительной почечной терапии, умирая от сердечно-сосудистых осложнений (инсульты, инфаркты, сердечная недостаточность – главным образом в результате артериальной гипертензии).

Выявление заболевания на ранних стадиях позволит пациентам дожить до диализа и трансплантации почки. Особое внимание должно быть к группам риска, в первую очередь к больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом.

По разным данным, от 20 до 40 % пациентов, страдающих артериальной гипертензией, имеют еще и ХБП. ХБП выявляется у более чем трети людей с сахарным диабетом 2-го типа – еще одним распространенным жизнеугрожающим заболеванием. В группе таких коморбидных пациентов смертность от всех причин увеличивается в 10 раз и более по сравнению с пациентами, у которых есть только ХБП.

Распространенность АГ среди взрослого населения составляет 30–45 %. По данным формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», в 2022 году в РФ зарегистрировано 18 441 378 взрослых пациентов с болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением [5].

С учетом распространенности резистентности к антигипертензивной терапии на уровне 10 % и частоты ХБП резистентной АГ 52 % число больных с резистентной АГ и ХБП для потенциального обеспечения необходимыми лекарственными

препаратами составит порядка 300 тыс. лиц трудоспособного возраста. Это позволит сохранить 3000 жизней в год за счет полного охвата многокомпонентной терапии пациентов с АГ+ХБП.

### ФИНАНСОВОЕ БРЕМЯ ХБП

Государственной статистики «Стоимость ХБП» в отличие от США и Евросоюза в России нет. Фармакоэкономическое исследование бремени ХБП, рис. 4 [6], показало суммарную стоимость болезни в 25 % бюджета здравоохранения Российской Федерации (для сравнения в США – 27 % бюджета основной страховой системы Medicare).

### РЕСУРСЫ И КАДРЫ

#### 1.1. Кочный фонд

Исследований, определяющих потребность регионов в нефрологических койках, до сих пор не проводилось, что приводит к большому, двукратному разбросу от 19,8 до 53,2 коек на 1 млн населения между субъектами Российской Федерации (таблица 1) [7]. Это в сочетании с соотношением коек дневного и круглосуточного стационара, видимо, отражает местную политику стационарозамещения, которая стала одной из тенденций сегодняшнего здравоохранения – перемещения части нефрологической помощи из стационара (традиционная Российская модель) в диспансеры и межрегиональные диагностические центры нефрологии. Лидером этой политики является Москва с ее новой моделью организации нефрологической службы. Эффективность такой модели в отношении нефрологической службы России, в целом, пока не доказана и требует специальных исследований по фармакоэкономике, оценке качества медицинской помощи и влияния на продолжительность жизни пациентов.

#### 1.2. Кадры

Понимая, что главные внештатные специалисты субъектов федерации не всегда обладают всей

Таблица 1 / Table 1

### Нефрологические койки в 2023 году (взрослое население) [7]

#### Nephrological beds in 2023 (adult population) [7]

ФО/ГФЗ	Круглосуточный стационар		Дневной стационар (без ЗПТ)		Итого	
	Всего	На 1 млн нас.	Всего	На 1 млн нас.	Всего	На 1 млн нас.
Москва	220	16,7	40	3,1	260	19,8
Санкт-Петербург	184	32,9	80	14,3	264	47,1
Севастополь	25	44,6	8	12,9	33	53,2
ДФО	288	36,8	128	16,4	416	53,1
ПФО	841	29,5	72	2,5	913	31,9
СЗФО	236	28,6	21	2,6	257	31,2
СКФО	276	26,9	5	0,5	281	27,4
СФО	457	32,7	33	2,0	490	29,9
УФО	400	27,9	15	0,6	455	37,2
ЦФО	614	22,7	69	2,6	683	25,2
ЮФО	541	27,5	58	2,9	599	30,4
Итого	4082	27,3	455	3,0	4651	31,1



Рисунок 4. Экономическое бремя ХБП в Российской Федерации: «стоимость болезни» разных стадий на одного больного в год [6].  
Figure 4. The economic burden of CKD in the Russian Federation: the "cost of the disease" of various stages per patient per year [6].

Таблица 2 / Table 2

**Врачи-нефрологи в России в 2023 году [7]  
Nephrologists in Russia in 2023 [7]**

ФО/ГФЗ	Всего врачей-нефрологов*		Амбулаторное звено**				
	Общее число*	На 1 млн нас.	Физ. лица	На 1 млн нас.	% от общего числа	Ставки	Занятость став., %
Москва	324	24,6	45	3,4	13,8	45,0	100
Санкт-Петербург	210	37,5	20	3,6	9,5	30,25	66
Севастополь	10	16,1	1	1,6	10	1,0	100
ДФО	180	23,0	21	2,7	11,7	24	86
ПФО	670	23,4	128	4,5	19,1	100,5	127
СЗФО	180	21,8	22	2,7	12,2	34,25	64
СКФО	330	32,1	75	7,3	22,8	186,7	40
СФО	320	19,5	52	3,2	16,3	59,0	88
УФО	290	23,7	39	3,2	13,5	46,5	84
ЦФО	510	18,8	127	4,7	24,9	182,0	70
ЮФО	320	16,2	52	2,7	16,3	70,25	74
Итого	3344	22,4	582	3,9	17,4	780	75

\* Данные портала «statprivat.ru»; \*\* данные отчетов ГВС субъектов Российской Федерации и ГФЗ.

Таблица 3 / Table 3

**Гемодиализ в России в 2023 году [7]  
Hemodialysis in Russia in 2023 [7]**

ФО/ГФЗ	Диализные центры				Аппараты для гемодиализа		
	Всего	Государ.	Частные	ГЧП	Всего	На 1 млн нас.	На 1 центр ГД
Москва	58	8	0	50	1700	125,9	29
Санкт-Петербург	22	15	0	7	538	96,1	25
Севастополь	3	0	0	3	72	116,1	24
ДФО	78	22	28	28	767	98	10
ПФО	212	41	85	86	2901	101,6	14
СЗФО	65	21	24	20	902	109,5	14
СКФО	86	11	31	44	991	96,7	12
СФО	114	32	53	26	1599	97,7	14
УФО	68	28	4	36	1390	113,7	20
ЦФО	231	49	80	102	1779	65,7	8
ЮФО	59	26	11	22	876	44,5	15
Итого	994	253	316	424	13515	90,4	14

полнотой данных о числе нефрологов в их регионах (в частности, о врачах, работающих в частных консультационных центрах, частных центрах диализа, ведомственных лечебных учреждениях), для представления о потенциальном числе нефрологов, ежегодно работающих в России, доступны данные портала [www.statprivat.ru](http://www.statprivat.ru), ежегодно фиксирующего всех врачей, имеющих сертификат специалиста, независимо от места их работы.

Без уточнения числа врачей-нефрологов, реально работающих по специальности, в России сохраняется прежняя тенденция – общее число сертифицированных специалистов медленно увеличивается, но с учетом также растущего числа больных на ЗПТ показатель обеспеченности не меняется, демонстрируя нарастающий кадровый дефицит [7].

1.2.1. Обеспеченность врачами-нефрологами в Федеральных округах (на 1 млн населения): лидируют Санкт-Петербург и СКФО (соответственно 37 и 32 чел./1 млн), основная часть Федеральных округов имеет обеспеченность (24,6–18,8 чел./1 млн), соответствующую средней по Российской Федерации (22,4 чел./1 млн), существенно ниже средней – только ЮФО и Севастополь (16,1 и 16,2/млн) – табл. 1, 2.

1.2.2. Амбулаторные нефрологи составляют 9,5–25 % от общего числа специалистов, и это количество не всегда закрывает все имеющиеся штатные ставки, при этом реальная потребность до сих пор не имеет объективного обоснования (см. табл. 2).

### 1.3. Служба диализа

Гемодиализ в России остается основным методом заместительной почечной терапии (имея долю в 70 %) в отличие от многих стран Центральной и Западной Европы, где трансплантация охватывает 45–50 % всех случаев ЗПТ.

1.3.1. Распределение центров диализа. Основная масса диализных центров сосредоточена в Европейской части России (Москве, ЦФО, ПФО), а также в Сибири, наименьшая – на Дальнем Востоке (см. табл. 1). При этом наиболее обеспечены диализными аппаратами (на 1 млн населения) Москва, Санкт-Петербург, Севастополь, ДФО, хуже всего – ЦФО и ЮФО (табл. 3) [7].

1.3.2. Мощность (число аппаратов в одном диализном центре). Среднее число диализных аппаратов в одном диализном центре (включая резервные) составляет 14, при этом большинство Федеральных округов (ПФО, СЗФО, СКФО, СФО, ЮФО) имеют центры именно такой, средней мощности. В столицах сосредоточены центры большей мощности (25–29 аппаратов), центры

малой мощности (8–10 аппаратов) преобладают в ЦФО и ДФО. Одно из объяснений таких предпочтений – скорость доставки пациентов в ближайший диализный центр. В столицах с их развитой транспортной структурой и малым временем доставки вариант создания крупных центров, видимо, более оправдан. В ЦФО, где много малых и средних городов в центре одноименной области, видимо, выгоден вариант множества небольших центров диализа. Тоже относится и к ДФО с его крайне низкой плотностью населения.

#### 1.1. Общая обеспеченность ЗПТ

Общее число больных, находившихся на ЗПТ (гемодиализ, перитонеальный диализ, имеющих почечный аллотрансатат), выросло за 7-летний период на 41 % – с 352 до 497 человек на 1 млн населения (рис. 4, табл. 4). Общее число больных на всех видах ЗПТ к концу 2024 г. составило 74 228 человек: 57 065 – на ГД, 1933 – на ПД и 15 230 – с трансплантированной почкой (см. табл. 4). При этом подавляющая часть больных на ЗПТ (76,7 %) проживают в Европейской части Российской Федерации, 18,4 % – в Сибири и на Урале, остальные 4,9 % – в Дальневосточном регионе, что, в целом, соответствует распределению плотности населения между этими регионами. По уровню обеспеченности (общем количестве больных, получающих какой-либо вид заместительной почечной терапии, стандартизованных на 1 млн населения) лидерами остаются Москва и Санкт-Петербург (соответственно 658 и 573 человека / 1 млн нас.) с уровнем, заметно превышающим среднероссийский показатель – 497 человек/млн нас., далее следуют СЗФО и ПФО (525 506 человека / 1 млн нас.). Остальные (ЦФО, СКФО, УФО, ЮФО, СФО и ДФО) не достигают среднероссийского показателя, что должно привлечь к себе особое внимание руководства соответствующих субъектов Российской Федерации и мотивировать разработку региональных программ развития нефрологической службы.

#### 1.2. Программный гемодиализ

Общее число больных, находящихся на программном ГД в Российской Федерации к концу 2024 г., составило 57 065 человек или 384 на 1 млн населения (см. табл. 4). При этом в отличие от предыдущих лет столицы и федеральные округа уже не так заметно различались по этому показателю (437–352 на 1 млн) и были близки к среднему по России уровню. Относительно «низкое» число больных на 1 млн в Москве объясняется эффективной программой трансплантации с наиболее высоким числом больных с АТП, в том числе и на 1 млн населения.

Таблица 4 / Table 4

**Статистические показатели заместительной почечной терапии в России в 2017–2024 гг. [7]**  
**Statistical indicators of renal replacement therapy in Russia in 2017–2024 [7]**

Показатель	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.
Число пациентов на ЗПТ на 1 млн населения	352	391	440	427	429	441	469	499
Число пациентов на ЗПТ, всего	51 654	57 163	62 029	61 195	61 885	64 360	70 178	74 238
Число пациентов на ГД на 1 млн населения	272	305	343	340	336	336	360	384
Число пациентов на ГД, всего	39 938	44 587	48 468	48 727	48 303	48 987	53 874	57 065
Число пациентов на ПД на 1 млн населения	16,4	19,5	18	15	15	16	13	13
Число пациентов на ПД, всего	2 405	2 858	2 522	2 200	2 148	2 289	1 922	1 933
Число пациентов с АТП на 1 млн населения	63,4	66,5	79	72	78	90	96	102
Число пациентов с АТП, всего	9 311	9 718	11 039	10 268	11 434	13 087	14 378	15 240

**ТЕНДЕНЦИИ В ИЗМЕНЕНИИ ЧИСЛА БОЛЬНЫХ НА ЗПТ С 2017 по 2024 г.**

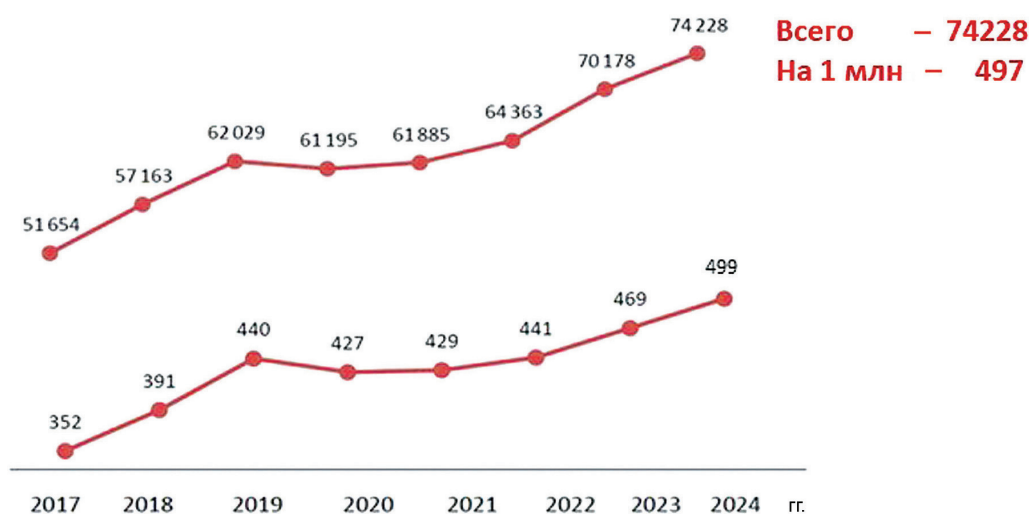


Рисунок 5. Число больных на ЗПТ в Российской Федерации в 2017–2024 годах (всего и на 1 млн населения) [7].  
 Figure 5. The number of patients with KRT in the Russian Federation in 2017–2024 (total and per 1 million population) [7].

**Заместительная почечная терапия в Европе в 2022 году**  
**(все виды на 1 млн нас.)**



ERA Registry Annual Report 2022

Рисунок 6. Заместительная почечная терапия в Европе в 2022 году (все виды на 1 млн нас.) [8].  
 Figure 6. Renal replacement therapy in Europe in 2022 (all types per 1 million of population) [8].

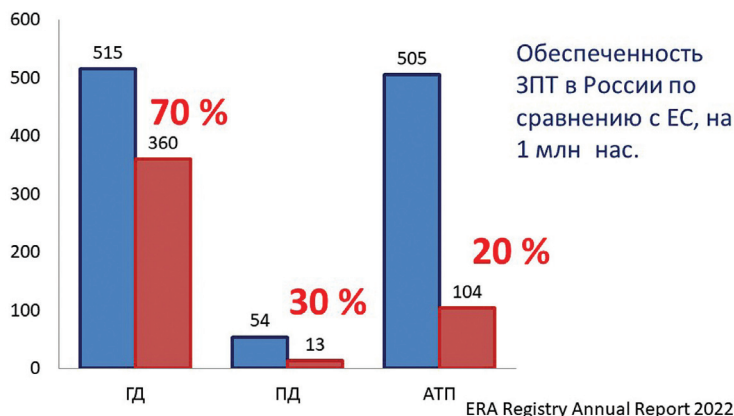


Рисунок 7. Обеспеченность ЗПТ в России по сравнению с ЕС, на 1 млн населения.  
Figure 7. Availability of KRT in Russia compared to the EU, per 1 million population.

### Больных с АТП на 1 млн 31.12.2022

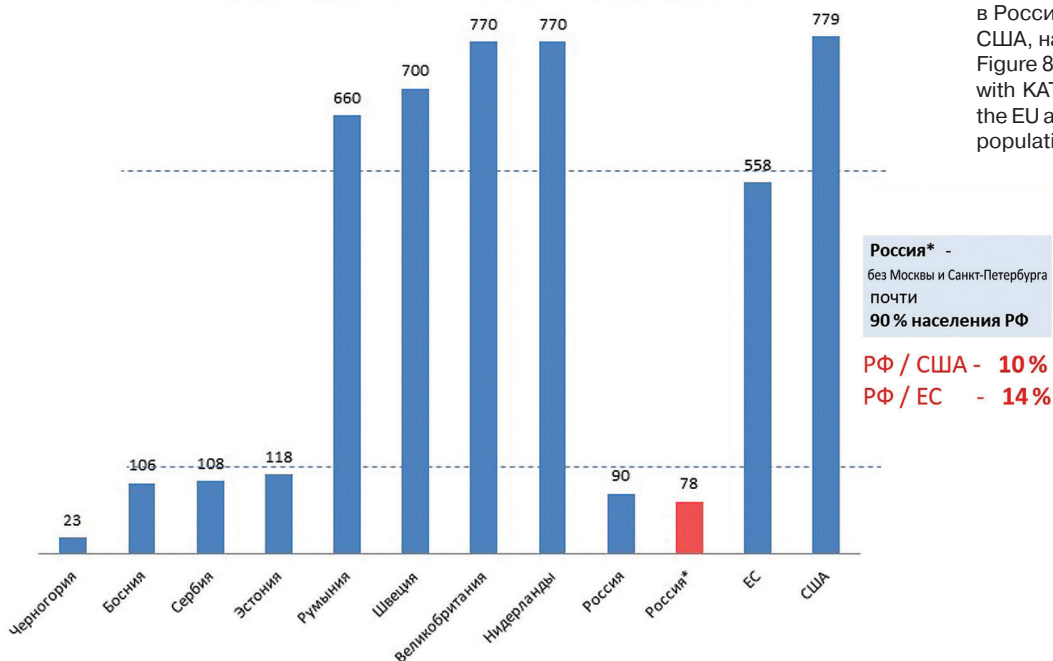


Рисунок 8. Число больных с АТП в России по сравнению с ЕС и США, на 1 млн населения [9].  
Figure 8. The number of patients with KAT in Russia compared to the EU and the USA, per 1 million population [9].

### 1.3. Перитонеальный диализ

Перитонеальный диализ, находившийся в РФ на постоянно низком уровне развития, уже показавший снижение «обеспеченности» в период «ковидной» эпидемии 2019–2021 гг., вновь демонстрирует драматическое падение показателей в 2023–2024 гг. (с 2858 до 1933 больных или с 19,5 до 13 на 1 млн нас.). Причины этого, которые выдвигают специалисты, начало ухода с рынка компании «Бакстер» с нарушением поставок расходных материалов во многих регионах РФ и вынужденным переводом части больных на ГД. Сейчас причины менее очевидны: не исключается торпидность политики центров диализа в распределении больных на разные виды диализной терапии, а также последствие высокой смертности больных на ПД в период пандемии COVID-19 (см. табл. 4). Все же на фоне общих негативных тенденций Москва, Санкт-Петербург, ДФО, ПФО и ЮФО демонстрируют показатели, превышающие

среднероссийские (23–18 человек и 13 человек на 1 млн нас. соответственно).

### 1.4. Трансплантация почки

Служба трансплантации стала локомотивом, обеспечившим восстановление общего показателя больных на ЗПТ в ранний «постковидный» период (см. табл. 4). Чистый прирост числа больных с почечным аллотрансплантатом за семь лет составил 64 %, опередив ГД – 43 %. Лидерами являются Москва и Санкт-Петербург – 238 и 158 чел./1 млн нас., что связано с концентрацией здесь ведущих и самых мощных российских центров трансплантации почки (ФГУ ТИО им. В.И. Шумакова, Институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, ГКБ им. С.П. Боткина). Далее с показателями, близкими к среднероссийскому, следуют Сибирский и Центральный федеральные округа, опять же в связи с наличием здесь активнейших центров трансплантации (МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, 1-й Санкт-Петербургский государственный

медуниверситет, крупный центр в г. Кемерово). Создание центров трансплантации в оставшихся федеральных округах – приоритетная задача Минздрава России и НМИЦ трансплантации и искусственных органов им. В.И. Шумакова.

### **СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗПТ РОССИИ, США И ЕВРОСОЮЗА**

В целом, Российские показатели заметно отстают от показателей Евросоюза как в тенденциях абсолютного числа больных на ЗПТ, так и в структуре ЗПТ (регистр ERA 2022 [8]). Обеспеченность (число больных на всех видах ЗПТ) более чем в два раза ниже, соответственно 497 и 1074 чел./1 млн нас., оставляя РФ на одном из последних мест в Европе (рис. 5). В структуре ЗПТ в России по-прежнему преобладает ГД – 77 %, тогда как в Европе делают ставку на АТП, достигшей в 2022 году 43 % (в два раза выше, чем России – 20 %). Степень приближения российских показателей «обеспеченности» к показателям Евросоюза на 1 млн нас.: ГД – 75 %, ПД – 24 %, АТП – 20 % (рис. 6).

Так как значительная часть больных с АТП проживают в Москве и Санкт-Петербурге, где сосредоточены главные центры трансплантации, для основной части Российских территорий (>90 % населения страны) показатель для АТП еще ниже – 14 % от среднего показателя по ЕС и 10 % от среднего показателя для США (рис.7). В абсолютных цифрах (число больных с АТП на 1 млн населения) уровень России в 78 чел. даже ниже, чем в таких не самых больших странах Европы, как Сербия, Босния, Эстония (106–118 чел./млн нас.), не говоря уже о лидерах – Швеция, Британия, Нидерланды (700–770 чел./млн нас.) и среднего показателя для США – 779 чел./млн нас. [9]. Причина здесь не только в недостатке донорских органов и федеральных «квот», главное – отсутствие наполненных листов ожидания, что, в свою очередь, отражает недостатки существующей модели нефрологической службы по раннему выявлению и маршрутизации больных с ХБП.

### **ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ПРОГРАММЫ**

Проект Ведомственной целевой программы на 2014–2016 гг. «Хроническая болезнь почек» Минздравом России поддержан не был из-за отсутствия средств финансирования. В силу сохраняющегося дефицита бюджета реально включение проблемы ХБП в уже принятые Федеральные программы, в частности, – резистентной артериальной гипертензии в сочетании с ХБП в Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в рамках Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

### **ГОСРЕГИСТР**

Государственного регистра больных с ХБП в России в отличие от США и ряда других стран не существует, поэтому важно включение ХБП в федеральный регистр пациентов с отдельными заболеваниями (изменение в Постановление Правительства РФ от 31 мая 2025 г. № 822 «Об утверждении правил ведения федерального регистра лиц с отдельными заболеваниями»), а также в уже существующий раздел «Сердечно-сосудистые заболевания» – обязательное определение креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации.

### **НЕФРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ**

Признание ХБП глобальным социально значимым заболеванием должно распространиться и на соответствующие изменения в организации нефрологической помощи детям.

Тем не менее в Российской Федерации «Детская нефрология» не выделена в отдельную специальность в отличие от многих других «узких» специальностей педиатрии (детская кардиология, детская ревматология и т.д.), что привело к отсутствию нормативной базы организации нефрологической помощи детям, которая функционирует в рамках нефрологической помощи взрослому населению, сопровождаясь большими нестыковками, связанными с различиями в организации терапевтической и педиатрической медицинской помощи.

Среди заболеваний детского возраста болезни почек, по данным Росстата, занимают девятое место. Частота этой патологии в разных регионах России колеблется от 12 до 54 на 1000 детского населения. В среднем в совокупности по всем регионам России она возросла до 45,4 на 1000 детского населения в возрасте до 14 лет. Примерно на этом же уровне (14,1 на 1000) регистрируется заболеваемость детей первого года жизни. Заболеваемость почечной патологией не только остается довольно высокой, но имеет тенденцию к росту. Терминальная почечная недостаточность (ТПН), которая является исходом многих заболеваний почек, является наиболее трагичным патологическим состоянием, формирующимся уже в детском возрасте. ТПН у детей, как причина инвалидности, встречается с частотой 5:100 тыс. детского населения.

При этом течение хронической болезни почек порой имеет клинически маловыраженное течение, чем осложняет своевременную диагностику и, как следствие, лечебную помощь. Хронический характер течения этой патологии с частыми рецидивами отрицательно влияет на качество жизни ребенка, мешает его обучению, социализации, ограничивает подростка в выборе профессии, становится причиной инвалидизации и смертности.

**Развитие направления по профилю «Нефрология детского возраста» предусматривает следующие решения:**

- централизация медицинской помощи детям с заболеваниями почек с рождения до 18 лет;
- внедрение в практику современных методов диагностики, профилактики, лечения и реабилитации детей с нефрологической патологией;
- подготовка предложений по внесению изменений в нормативные правовые акты, в том числе, программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи детям, страдающим профильной патологией;
- обеспечение и контроль за оказанием профильной специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи детям;
- сбор данных и составление регистров детей с различной патологией почек, в том числе, и orphan форм;
- обеспечение оптимальной доступности медицинской помощи детям с заболеваниями почек и мочевыделительной системы;
- контроль обеспечения и доступности приобретения лекарственных препаратов по льготным рецептам детям с нефрологической патологией;
- информационно-консультативная поддержка детей и подростков с нефрологическими заболеваниями и членов их семей.

Первым шагом в решении этой проблемы могло бы стать **введение должности заместителя Главного внештатного специалиста-нефролога по детству Министерства здравоохранения РФ**, что позволит оптимизировать стратегию развития данного медицинского направления, расширит возможности изучения и распространения новых профильных медицинских технологий в детском и подростковом возрасте, обеспечит правильный выбор тактических решений, что позволит усовершенствовать оказываемую медицинскую помощь.

#### **НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР (НМИЦ)**

Несмотря на подтвержденную ВОЗ глобальную значимость ХБП, нефрологическая служба России не имеет своего головного управляющего учреждения – НМИЦ по нефрологии, созданного в соответствии с Положением Минздрава о создании НМИЦ по главным проблемам здравоохранения. Отсюда до сих пор управление нефрологической службой ведется Профильной комиссией Минздрава России, по существу, в формате общественной организации при полном отсутствии необходимых административных и материальных ресурсов.

#### **ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ МЕРЫ ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ ХБП В СФЕРУ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ**

1. Включение ХБП в Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

2. Вовлечение в процесс скрининга и кардиоренопротективной терапии ранних стадий ХБП 1–3а врачей первичного звена (терапевты, кардиологи, эндокринологи, врачи общей практики) – изменение в Приказ от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

3. Обеспечение доступа больных к современным препаратам, входящим в триаду терапии КРМС, и лабораторной базе контроля заболевания.

4. Включение резистентной артериальной гипертензии в сочетании с ХБП в Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в рамках Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

5. Включение ХБП в федеральный регистр пациентов с отдельными заболеваниями (изменение в Постановление Правительства РФ от 31 мая 2025 г. № 822 «Об утверждении правил ведения федерального регистра лиц с отдельными заболеваниями»). Включить в раздел «Сердечно-сосудистые заболевания» обязательное определение креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации.

6. Включение определения альбумина пациентам с артериальной гипертензией, сердечно-сосудистыми заболеваниями, нефрологическими заболеваниями, сахарным диабетом – для раннего выявления ХБП – в Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н (ред. от 19.07.2024) «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

7. Введение должности заместителя по детству ГВС нефролога Минздрава Российской Федерации.

8. Организация НМИЦ по нефрологии.

#### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ REFERENCES**

1. Kidney disease: a global health priority. *Nature Reviews Nephrology* 2024;20:421–423. doi: 10.1038/s41581-024-00829-x
2. Кобалава ЖД, Виллевалде СВ, Багманова НХ и др. Распространенность маркеров хронической болезни почек у пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от наличия сахарного диабета: результаты эпидемиологического исследования ХРОНОГРАФ. *Российский кардиологический журнал* 2018;(2):91–101. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2018-2-91-101>

Kobalava ZhD, Villevalde SV, Bagmanova NKH et al. The prevalence of chronic kidney disease markers in arterial hypertension patients and relation with diabetes: results of epidemiological study KHRONOGRAPH. *Russian Journal of Cardiology* 2018;(2):91–101. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2018-2-91-101>

3. Шляхто ЕВ, Беленков ЮН, Бойцов СА и др. Результаты промежуточного анализа проспективного наблюдательного многоцентрового регистрового исследования пациентов с хронической сердечной недостаточностью в Российской Федерации «ПРИОРИТЕТ-ХСН»: исходные характеристики и лечение первых включенных пациентов. *Российский кардиологический журнал* 2023;28(10):5593. doi:10.15829/1560-4071-2023-5593

Shlyakhto EV, Belenkov YuN, Boytsov SA et al. Interim analysis of a prospective observational multicenter registry study of patients with chronic heart failure in the Russian Federation "PRIORITET-CHF": initial characteristics and treatment of the first included patients. *Russian Journal of Cardiology* 2023;28(10):5593. (In Russ.) doi: 10.15829/1560-4071-2023-5593. EDN: AMDHTV

4. <https://rosstat.gov.ru>

5. Ягудина РИ, Куликов АЮ, Серпик ВГ, Абдрашитова ГТ. Экономическое бремя хронической болезни почек в Российской Федерации. *Фармакоэкономика: теория и практика* 2014; 2(4):34–39

Yagudina RI, Kulikov AYU, Serpik VG, Abdrashitova GT. The economic burden of chronic kidney disease in the Russian Federation. *Pharmacoeconomics: Theory and Practice* 2014; 2(4): 34–39

6. Шилов ЕМ, Шилова ММ, Румянцева ЕИ и др. Нефрологическая служба Российской Федерации 2024: Часть I. Заместительная почечная терапия. *Клиническая нефрология* 2025;(1):6–17. doi: 10.18565/nephrology.2025.1.6-17

Shilov EM, Shilova MM, Rumyantseva EI and others. Nephrological Service of the Russian Federation 2024: Part I. Renal replacement therapy. *Clinical nephrology* 2025;(1):6–17. doi: 10.18565/nephrology.2025.1.6-17

7. Boenink R, Bonthuis M, Boerstra BA et al. The ERA Registry Annual Report 2022: Epidemiology of Kidney Replacement Therapy in Europe, with a focus on sex comparisons. *Clin Kidney J* 2024 Dec 12;18(2):sfaf405. doi: 10.1093/ckj/sfaf405. Erratum in: *Clin Kidney J*. 2025 May 05;18(5):sfaf107. doi: 10.1093/ckj/sfaf107. PMID: 40008269; PMCID: PMC11852260

8. Stel VS, Boenink R, Astley ME et al. A comparison of the epidemiology of kidney replacement therapy between Europe and the United States: 2021 data of the ERA Registry and the USRDS. *Nephrol Dial Transplant* 2024 Sep 27;39(10):1593–1603. doi: 10.1093/ndt/gfae040

#### Сведения об авторах:

Проф. Шилов Евгений Михайлович, д-р мед. наук 119048, Москва, Трубецкая, д. 8, с 2. Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Сеченовский университет, кафедра терапии, профессиональных заболеваний и ревматологии, E-mail [emshilov@sechenov.ru](mailto:emshilov@sechenov.ru) ORCID 0000-0002-2111-191X

Главный внештатный специалист-нефролог МЗ РФ

Проф. Есяян Ашот Мовсесович, д-р мед. наук 197101, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 17/1, корп. 54, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, кафедра нефрологии и диализа, заведующий. E-mail: [essaian.ashot@gmail.com](mailto:essaian.ashot@gmail.com) ORCID 0000-0002-7202-3151

Главный внештатный специалист-нефролог Северо-Западного федерального округа РФ

Петрова Наталия Юрьевна, канд. мед. наук 410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112. Областная клиническая больница, заведующая нефрологическим центром, ассистент кафедры госпитальной терапии лечебного факульте-

та СГМУ им. В.И. Разумовского. E-mail: [petrovanatalia2008@yandex.ru](mailto:petrovanatalia2008@yandex.ru) ORCID 0009-0001-7399-0362

Главный внештатный специалист-нефролог Приволжского федерального округа РФ

Доц. Артемов Дмитрий Владимирович, канд. мед. наук 129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2. Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, кафедра трансплантологии, нефрологии и искусственных органов. E-mail: [artemov@medicalgr.ru](mailto:artemov@medicalgr.ru) ORCID 0000-0002-0753-967X

Главный внештатный специалист-нефролог Центрального федерального округа РФ

Проф. Батюшин Михаил Михайлович, д-р мед. наук 344000, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, здание 29. Ростовский государственный медицинский университет, отделение нефрологии, заведующий. E-mail: [batjushin-m@rambler.ru](mailto:batjushin-m@rambler.ru) ORCID 0000-0002-2733-4524

Главный внештатный специалист-нефролог Северо-Кавказского федерального округа РФ

Бевзенко Андрей Юрьевич 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, д. 7, Б. Браун Авитум Руссланд Клиникс, главный врач. E-mail: [au\\_bev@rambler.ru](mailto:au_bev@rambler.ru) ORCID 0009-0002-7889-2208

Главный внештатный специалист-нефролог Дальневосточного федерального округа РФ

Проф. Бельских Андрей Николаевич д-р мед. наук, чл.-кор. АН

194944, Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17, литера А. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра нефрологии и эфферентной терапии, заведующий. E-mail: [d0c62@mail.ru](mailto:d0c62@mail.ru) ORCID 0000-0002-0421-3797

Главный внештатный специалист-нефролог Санкт-Петербурга

Веселкова Надежда Васильевна 299008, г. Севастополь, ул. Адмирала Октябрьского, д. 19. Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова, отделение нефрологии, заведующая. E-mail: [nadya.veselkova@mail.ru](mailto:nadya.veselkova@mail.ru) ORCID 0009-0008-8101-5904

Главный внештатный специалист-нефролог Севастополя

Доц. Ивлиев Сергей Викторович, канд. мед. наук 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, зд. 1. Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра терапии; 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3А, Краевая клиническая больница, отделение гемодиализа, врач-нефролог. E-mail: [sergivi1@yandex.ru](mailto:sergivi1@yandex.ru) ORCID 0000-0003-0606-872X

Главный внештатный специалист-нефролог Сибирского федерального округа РФ и Красноярского края

Проф. Стаценко Михаил Евгеньевич, д-р мед. наук 400131, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1. Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней, заведующий. E-mail: [mestatsenko@rambler.ru](mailto:mestatsenko@rambler.ru) ORCID 0000-0002-3306-0312

Главный внештатный специалист-нефролог Южного федерального округа РФ

Столяр Алексей Геннадьевич, д-р мед. наук 620102, Россия, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 185.

Свердловская областная клиническая больница № 1, отделение нефрологии, заведующий.

Главный внештатный специалист-нефролог Уральского федерального округа РФ

Доц. Шилова Марина Магомедовна, канд. мед. наук  
117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Институт материнства и детства, кафедра пропедевтики детских болезней. E-mail: marina\_doktor@mail.ru  
ORCID 0000-0002-6921-4483

#### About the authors:

Prof. Evgeny M. Shilov, MD, PhD, DMedSci  
119048 Moscow, Trubetskaya St., Building 8, Bldg. 2. I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Sechenov University, Department of Therapy, Occupational Diseases, and Rheumatology, E-mail: emshilov@sechenov.ru ORCID 0000-0002-2111-191X  
Chief Nephrologist, Ministry of Health of the Russian Federation

Prof. Ashot M. Yesayan, MD, PhD, DMedSci  
197101, Leo Tolstoy St., Building 54, I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Department of Nephrology and Dialysis, Head of the Department. Email: essaian.ashot@gmail.com  
ORCID 0000-0002-7202-3151  
Chief Nephrologist of the Northwestern Federal District of the Russian Federation

Natalia Yu. Petrova, MD, PhD  
410012, Saratov, Bolshaya Kazachya St., 112, Regional Clinical Hospital, Head of the Nephrology Center, Assistant Professor, Department of Hospital Therapy, Faculty of Medicine, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, assistant. Email: petrovanatalia2008@yandex.ru ORCID 0009-0001-7399-0362  
Chief Nephrologist of the Volga Federal District of the Russian Federation

Associate Professor Dmitry V. Artemov, MD, PhD  
129110, Moscow, 61/2 Shchepkina St., M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Department of Transplantology, Nephrology, and Artificial Organs Email: artemov@medicalgr.ru ORCID 0000-0002-0753-967X  
Chief Nephrologist of the Central Federal District of the Russian Federation

Prof. Mikhail M. Batyushin, MD, PhD, DMedSci  
344000 Rostov-on-Don, lane Nakhichevansky, Building 29, Rostov State Medical University, Nephrology Department, Head. E-mail: batjushin-m@rambler.ru ORCID 0000-0002-2733-4524  
Chief Nephrologist of the North Caucasus Federal District of the Russian Federation

Bevzenko Andrey Yu., MD  
680009, Khabarovsk, Krasnodarskaya St., 7, B. Braun Avitum Russland Clinics, Chief Physician. E-mail: au\_bev@rambler.ru  
ORCID 0009-0002-7889-2208  
Chief Nephrologist of the Far Eastern Federal District of the Russian Federation

Prof. Belskikh A. Nikolaevich, MD, PhD, DMedSci, Corresponding Member of the Academy of Sciences  
194944, St. Petersburg, st. Botkinskaya St., 17, Building A, S.M. Kirov Military Medical Academy, Department of Nephrology and Efferent Therapy, Head. E-mail: d0c62@mail.ru ORCID 0000-0002-0421-3797  
Chief Nephrologist of St. Petersburg

Nadezhda V. Veselkova  
299008, Sevastopol, Admirala Oktyabrskogo St., 19, N.I. Pirogov City Hospital No. 1, Nephrology Department, Head. E-mail: nadya.veselkova@mail.ru ORCID 0009-0008-8101-5904  
Chief Nephrologist of Sevastopol

Associate Professor Sergey V. Ivliev, MD, PhD  
660022, Krasnoyarsk, Partizana Zheleznyaka St., Bldg. 1, Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenetsky, Department of Therapy; 660022, Krasnoyarsk, Partizana Zheleznyaka St., 3A, Regional Clinical Hospital, Hemodialysis Department, Nephrologist. E-mail: sergivi@yandex.ru  
ORCID 0000-0003-0606-872X  
Chief Nephrologist of the Siberian Federal District of the Russian Federation and Krasnoyarsk Krai

Prof. Mikhail E. Statsenko, MD, PhD, DMedSci  
400131, Volgograd, Pavshikh Bortsov Square, 1, Volgograd State Medical University, Department of Internal Medicine, Head. E-mail: mestatsenko@rambler.ru ORCID 0000-0002-3306-0312  
Chief Nephrologist of the Southern Federal District of the Russian Federation

Aleksey G. Stolyar, MD  
620102, Russia, Yekaterinburg, Volgogradskaya St., 185, Sverdlovsk Regional Clinical Hospital No. 1, Nephrology Department, Head.  
Chief Nephrologist of the Ural Federal District of the Russian Federation

Associate Professor Marina Magomedovna Shilova, MD, PhD  
117997 Moscow, Ostrovityanova St., 1, Pirogov Russian National Research Medical University, Institute of Maternal and Child Health, Department of Propaedeutics of Childhood Diseases. E-mail: marina\_doktor@mail.ru ORCID 0000-0002-6921-4483

**Вклад авторов:** все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

**Authors contribution:** All authors made an equivalent contribution to the preparation of the publication.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**  
**The authors declare no conflicts of interest.**

Статья поступила в редакцию 01.11.2025;  
одобрена после рецензирования 21.11.2025;  
принята к публикации 01.12.2025  
The article was submitted 01.11.2025;  
approved after reviewing 21.11.2025;  
accepted for publication 01.12.2025