

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НПО «ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
УНПК «МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ КЫРГЫЗСТАНА»
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Б.Н. ЕЛЬЦИНА**

Межведомственный диссертационный совет Д.14.16.530

На правах рукописи

УДК 614.2:616.61-008.64-036.12-085.38(479.24)

**БАБАЕВ ФАРИЗ ГАНИФА ОГЛЫ
ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕМОДИАЛИЗНОЙ ПОМОЩИ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ
В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

БИШКЕК -2016

Работа выполнена в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и в Азербайджанском институте усовершенствования врачей имени А.Алиева

Научный консультант: Заслуженный деятель науки Кыргызской Республики, доктор медицинских наук, профессор
Каратаев Мадамин Мусаевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Буйлашев Талайбек Сабралиевич

доктор медицинских наук
Салибаев Осмон Абдыкадырович

доктор медицинских наук
Майканаев Болот Бекташевич

Ведущая организация: Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова (г. Алматы)

Защита диссертации состоится «___» _____ 2016 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д.14.16.530 при НПО «Профилактическая медицина», УНПК «Международный университет Кыргызстана» и КРСУ им. Б.Н. Ельцина (720064, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92а)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках при НПО «Профилактическая медицина» Министерства здравоохранения по адресу: 720005, г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34, УНПК «Международный университет Кыргызстана» по адресу: 720001, г. Бишкек, пр. Чуй, 255, КРСУ им. Б.Н. Ельцина по адресу: 720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44.

Автореферат разослан «___» _____ 2016 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д.14.16.530
к.м.н., доцент

Болбачан О.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. В настоящее время в Азербайджане наблюдается повсеместный рост заболеваемости населения болезнями мочеполовой системы. Это влечёт за собой увеличение инвалидности и смертности, что, в свою очередь, вызывает рост затрат на медико-социальные нужды и огромный экономический ущерб от сокращения трудового потенциала общества. Распространённость болезней мочеполовой системы среди классов болезней в Азербайджане составляет около 12%. При этом, отмечается высокая инвалидизация больных, 95% из которых приходится на трудоспособный возраст [Джавад-заде М.Д. и соавт., 2007].

Одним из наиболее распространённых видов патологии мочеполовой системы является хроническая почечная недостаточность или хроническая болезнь почек. Общий рост заболеваемости населения и, следовательно, рост числа людей с заболеваниями почек ведет к увеличению количества пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, требующих заместительной почечной терапии [Волков М.М., 1997; Ковальчук Е.Н., 2008]. В терминальной ее стадии больные нуждаются в заместительной почечной терапии, до 90% которой составляет гемодиализ [Ritz E, Bakris G, 2009; Томилина Н.А., 2010; Riela M.C., 2011; Couser W.G., Riela M.C., 2011].

Проблема обеспеченности населения заместительной почечной терапией является одной из ключевых в современной системе здравоохранения. От ее решения зависит качество оказания медицинской помощи в целом. В деятельности отечественной службы заместительной почечной терапии в последние годы прослеживаются положительные тенденции, однако этих изменений явно недостаточно для адекватного покрытия потребности населения с учетом роста численности диализных больных. Следует добавить и тот факт, что до начала 90-х годов обеспечение постсоветских республик осуществлялось централизованно, исходя из государственного бюджета Советского Союза. После распада Союза в Азербайджане началась реорганизация системы здравоохранения и уровень финансирования этой области зависел от общего бюджета республики. Поэтому рост гемодиализной помощи значительно отстает от роста потребности населения в заместительной почечной терапии. Основными причинами этого являются как недофинансирование службы заместительной почечной терапии в общегосударственном масштабе, так и нерациональное расходование выделяемых средств вследствие отсутствия единой программы расчета стоимости конкретных видов заместительной почечной терапии и, в том числе, гемодиализной помощи [Горин А.А., 2005; Бибков Б.Т., Томилина Н.А., 2007; Бабаев Ф.Г., 2012].

Всё это свидетельствует об актуальности научного исследования проблемы диализной помощи населению, необходимость такого подхода продиктована социально-экономическими особенностями Азербайджанской Республики, численностью населения и сложившимся уровнем распространённости болезней мочеполовой системы.

Связь темы диссертации с крупными научными программами (проектами) или основными научно-исследовательскими работами
Диссертационная работа является инициативным исследованием.

Цель исследования. На основе комплексного социально-гигиенического исследования разработать и научно обосновать систему организационных мероприятий по совершенствованию гемодиализной помощи населению Азербайджана.

Задачи исследования:

1. провести сравнительный анализ выживаемости пациентов на гемодиализе при экстренном и плановом начале заместительной почечной терапии;
2. провести анализ заболеваемости и структуры хронической болезни почек II-V стадии на основе регистра;
3. разработать, научно обосновать и внедрить модель территориального регистра больных хронической почечной недостаточностью и организационные технологии его функционирования в Азербайджане;
4. определить потребность в объемах заместительной почечной терапии у больных с терминальной стадией хронической болезни почек;
5. определить необходимый объем затрат, обеспечивающих доступность населения в диализной службе в Азербайджанской Республике.

Научная новизна исследования:

- впервые разработана методика и проведено комплексное исследование, позволившее определить заболеваемость, структуру и эпидемиологические особенности хронической почечной недостаточности в Азербайджане на основе регистра;
- проведен комплексный анализ состояния службы заместительной почечной терапии и оценены факторы, влияющие на ее состояние и развитие;
- разработана система регистрации пациентов, потенциально нуждающихся в заместительной почечной терапии;
- определена стоимость диализного обслуживания больного хронической почечной недостаточностью на протяжении полного курса лечения в расчете за календарный год;
- предложена комплексная система организационных мероприятий по совершенствованию диализной помощи пациентам;
- создана оптимальная модель диализного центра для обслуживания населения республики;

- разработана и научно обоснована модель оказания медицинской помощи больным с хронической почечной недостаточностью на основе функционирования регистра.

Практическая значимость полученных результатов:

Научные положения, выводы и рекомендации, изложенные в диссертации, служат основой для оптимизации деятельности гемодиализных центров и управления качеством медицинской помощи в целом. Применение регистра больных ХПН позволяет на практике реализовать методы поддержки принятия врачебного решения, обеспечить точные и оперативные расчеты ключевых индикаторов адекватности гемодиализа, корректность назначения лекарственных препаратов, контроль лабораторных показателей.

На основе полученных результатов предложено современное программное обеспечение в области управления качеством лечения диализных больных, определены его роль и место в практическом использовании в гемодиализном центре.

Высокая выявляемость ранних стадий хронической болезни почек указывает на необходимость развития системы превентивной нефрологии, основными задачами которой являются предотвращение развития, замедление прогрессирования почечной дисфункции и снижение потребности в диализе. Практической основой для развития системы превентивной нефрологии является проведение регулярного скрининга хронической болезни почек на основании оценки альбуминурии и скорости клубочковой фильтрации, которые в ходе данного исследования показали свою значительно более высокую эффективность в сравнении с традиционно используемыми исследованиями. Разработанная и внедренная модель регистра с использованием программного обеспечения («Регистр ХПН») на уровне Азербайджанской Республики позволила повысить доступность и качество медицинского обслуживания больных с хронической почечной недостаточностью.

Выявленные особенности распространенности и этиологии хронической почечной недостаточности могут служить базовой информацией при разработке мероприятий по профилактике данной патологии у населения Азербайджана.

Экономическая значимость полученных результатов. Модель организации отделения диализа с использованием комбинаций инновационных диализных технологий: стандартного гемодиализа и гемодиафильтрации, низкопоточной гемофильтрации на аппарате, перитонеального диализа способствует становлению в Азербайджане современных эффективных методов организации заместительной почечной терапии.

Использование данной методики исследования позволяет: определить наилучший способ финансирования службы заместительного гемодиализного лечения - оплата за каждый проведенный сеанс гемодиализа, оценить рентабельность использования дорогостоящего медицинского оборудования - аппаратов "искусственная почка", сделать вывод о соответствии объемов оказываемых услуг их финансовому покрытию.

Данная методика позволяет экономить материальные средства при повышении качества оказываемых услуг. Метод расчета амортизационных отчислений позволяет экономить около 5,0 % средств.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. организация регистра на основе оперативно пополняемой специализированной базы данных, содержащей учетно-справочную информацию о пациентах с ХПН, позволяет объективно учитывать её распространенность;
2. функционирование регистра в составе нефрологической службы:
 - позволяет определить заболеваемость, структуру и эпидемиологические особенности хронической почечной недостаточности;
 - повышает эффективность оказания помощи больным с хронической болезнью почек (ХБП) на додиализных стадиях в амбулаторных условиях и позволяет планировать своевременное начало заместительной почечной терапии (ЗПТ);
3. расчет потребности региона в диализных местах и стоимости лечения пациента с терминальной стадией хронической болезни почек дают возможность прогнозировать экономические затраты на развитие службы ЗПТ.

Личный вклад соискателя. Автором самостоятельно собран необходимый материал исследования и определены методы, необходимые для его обработки, проведен аналитический обзор зарубежной и отечественной литературы по изучаемой проблеме (доля личного участия 100%).

Разработана социологическая анкета для изучения проблемы гемодиализной помощи и проведено социологическое исследование с последующей обработкой полученной информации с применением компьютерных программ стандартных пакетов прикладных программ Microsoft Office 2007, 1С версии 8.0, Statistica 6.0 и др.

Апробация результатов диссертации.

Основные результаты исследования доложены на научно-практических конференциях Кыргызско-Российского Славянского Университета (КРСУ) (Бишкек, 2009, 2010), научных конференциях, посвященных Всемирному Дню почки (Баку, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 гг.), на Международном

научно-практическом симпозиуме стран СНГ (Киев, 2012, Алматы, 2013), научно-практической конференции (Тбилиси, 2013, Стамбул, 2014), на заседании кафедр общественного здоровья и здравоохранения КРСУ им. Б.Н. Ельцина, Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, управления и экономики здравоохранения с курсом менеджмента в сестринском деле Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации (КГМИПиПК) МЗ КР (Бишкек, 2015).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, в том числе 2 монографии.

Структура и объем диссертации. Диссертация написана на 163 страницах, состоит из введения, обзора литературы, 6 глав собственных исследований, выводов и практических рекомендаций, а также списка литературы, включающего 227 источников, в том числе 71 на русском, 156 на иностранном языке. Работа иллюстрирована 33 таблицами и 18 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность проблемы, определены цель и задачи работы, сформулированы положения, выносимые на защиту, раскрыта новизна, научно-практическая значимость результатов работы.

В главе I «Медико-экономические аспекты изучения хронической почечной недостаточности и организации помощи больным с терминальной стадией почечной недостаточности» анализируются сведения о состоянии проблемы хронической болезни почек по данным зарубежных и отечественных научных источников, а также вопросы, связанные с управлением и оценкой эффективности деятельности гемодиализных центров. Обозначаются основные проблемы, препятствующие построению эффективной системы управления диализной помощью населению и, соответственно, улучшению качества жизни диализной популяции. Дается широкий обзор состояния заместительной почечной терапии (ЗПТ) в мире, распространенности хронической болезни почек (ХБП) и обеспеченности населения отдельных стран диализом. Анализируется связь между уровнем жизни больных и уровнем заболеваемости ХБП, показателями инвалидизации и смертности. Приводится подробное описание стоимости ЗПТ, доли расходов на диализ в бюджетах здравоохранения различных стран, а также прогнозы по росту заболеваемости ХБП и расходам на лечение диализных пациентов. Обозначаются основные организационные предпосылки, направленные на повышение качества и доступности медицинской помощи, в том числе и

больным с ХБП. Отдельно освещаются вопросы, связанные с применением зарубежных и разработкой отечественных стандартов оказания нефрологической помощи.

Во главе II «Материал и методы исследования» излагаются основные положения информационно-методического обеспечения медицинской и экономической эффективности деятельности гемодиализного центра, адекватности гемодиализа и контроля ключевых показателей, а также информационной поддержки врача. Проведен анализ методов оценки медико-экономической эффективности деятельности отделений и центров гемодиализа.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы: изучения и обобщения опыта, системного анализа, анкетирования, изучения методики проведения процедуры гемодиализа, расчета ключевых индикаторов качества лечения, сравнительного и экономического анализа, статистический и графический методы. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 6.0. Использовались расчеты стандартных статистических показателей; сравнение выборок проводилось по результатам оценки типа распределения с использованием t-критерия Стьюдента.

Объектом исследования выбраны отделения гемодиализа Республиканской Клинической Урологической больницы имени академика М.Д. Джавад-заде, городской клинической больницы г. Сумгаит, Гянджа, как часть общей системы заместительной почечной терапии в структуре системы здравоохранения Азербайджанской Республики с типичной концентрацией в нем всех основных проблем последних лет.

Предметом исследования явилась организация службы заместительной почечной терапии в отделениях гемодиализа выбранных лечебно-профилактических учреждений. Для реализации данной задачи проведен ретроспективный анализ медицинской документации (архивный материал: истории болезни пациентов, находившихся на лечении в нефрологическом отделении и отделении гемодиализа Республиканской Урологической клинической больницы имени М.Д. Джавад-заде с 2003 по 2014 гг. и амбулаторные карты). Обработано 2986 историй болезней и 1345 амбулаторных карт.

По ходу создания регистра и изменения схемы движения больных хронической почечной недостаточностью в период с 01.01.2012 по 01.01.2015 гг. в республике было выполнено популяционное проспективное исследование для оценки распространенности хронической почечной недостаточности (n=1207).

Показатели изучались на основе созданного регистра. Рассчитывали следующие показатели:

1. первичная заболеваемость (число впервые в жизни диагностированных случаев хронической почечной недостаточности в течение года по первому обращению в регистр);
2. распространенность (совокупность всех случаев хронической почечной недостаточности, зарегистрированных в данном календарном году);
3. первичная заболеваемость на этапе терминальной стадии (частота впервые выявленных случаев терминальной стадии в регистре).

Таблица 1 - ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методы исследования Источники информации	Оцениваемые параметры
1 Этап Разработка модели регистра ХПН	
<p>Источники информации: сведения об обращаемости больных ХПН - учетно-отчетные формы - медицинские карты стационарного больного (2986) и медицинские карты амбулаторного больного (1345). Единицы наблюдения-больной с ХПН Группировка, обработка и анализ полученных материалов</p>	<p>Уровень первичной заболеваемости и распространенности ХПН населения до создания регистра. Схема движения больного ХПН от момента первичной постановки диагноза до госпитализации в отделение хронического гемодиализа до создания регистра.</p>
2 Этап Внедрение модели регистра ХПН	
<p>Организационно-методическая работа в ЛПУ, связанная с информацией о созданном регистре; - введение в работу «Извещения о больном хронической почечной недостаточностью»; - создание методических рекомендаций по ранней диагностике ХПН «Хроническая почечная недостаточность, диагностика и принципы консервативного лечения»; • разработка программного обеспечения для функционирования регистра (компьютерная программа «Регистр пациентов с ХПН»</p>	<p>Изменение схемы движения больных с ХПН после создания регистра больных ХПН</p>

3 Этап Оценка эффективности функционирования регистра на основе изучения выживаемости гемодиализных пациентов	
<p>Источник информации:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сведения об обращаемости за медицинской помощью пациентов с ХПН в регистр; - электронный вариант мед карты стационарного и амбулаторного больного, извещения о больном ХПН; <p>Единица наблюдения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пациенты с ХПН обратившиеся в регистр (n=1407); - пациенты, поступившие в отделение на программный гемодиализ с 01.01.2003 по 31.12.2007 гг. и с 01.01.2008 по 31.12.2014 гг.; <p>Методы исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выборочный: - метод – «моментами» (Каплана-Мейера) построение логрангового критерия; <p>Группировка, обработка и анализ данных</p>	<p>Уровень распространенности и первичной заболеваемости ХПН после создания регистра;</p> <p>Зависимость заболеваемости населения ХПН от места жительства, пола и возраста:</p> <p>Анализ этиологической основы ХПН:</p> <p>Сравнительный анализ (этиологический и возрастной) в группах «новых» больных (динамика первичной заболеваемости).</p> <p>Сравнительный анализ выживаемости в группах гемодиализных пациентов.</p>
4 Этап. Оценка потребности в ЗПТ для Азербайджана и стоимости специализированной помощи больным ХПН	
<p>Источники информации:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пациенты, обратившиеся в регистр в течение года на этапе терминальной стадии ХПН. - финансовые документы 	<p>Первичная заболеваемость терминальной стадией почечной недостаточности, определяющая уровень потребности в заместительной почечной терапии,</p> <p>Стоимость 1 сеанса гемодиализа;</p> <p>Стоимость лечения одного пациента.</p>

Эти показатели рассчитывали как для всей группы больных, так и в зависимости от возраста, пола, места жительства, первичного диагноза и степени выраженности почечной недостаточности.

В главе III «Распространенность хронической болезни почек и система организации нефрологической службы в Азербайджане» представлена система организации медицинской помощи населению,

распространенность хронической болезни почек и состояние нефрологической помощи в Азербайджане. Система здравоохранения Азербайджана представлена широкой сетью медицинских учреждений, включающей в себя 2350 самостоятельных учреждений от небольших фельдшерско-акушерских пунктов до крупных больниц.

В связи с реформированием системы здравоохранения, в частности, лечебно-профилактических учреждений, приоритетным направлением первичной медико-санитарной помощи и оптимизацией стационарной службы сократилось количество больниц с 752 в 2002 году до 553 в 2014 году (табл. 2). Кроме того, резко сократился коечный фонд республики на 23 691 койку или на 30,0%. Большинство из них, за исключением Бакинской клинической больницы, не очень большие. В частной собственности находятся 2,0% больниц и медицинских пунктов (не считая стоматологических кабинетов).

Таблица 2 - Общее состояние медицинской службы с 2009 по 2014 годы

№ п/п	Показатель	Годы					
		2009	2010	2011	2012	2013	2014
1.	Количество АПУ	1695	1692	1688	1690	1725	1744
2.	Обращаемость в АПУ	43725	49496	52435	62922	61756	63649
3.	Количество стационаров	752	756	516	523	539	553
4.	Количество коек	67830	67430	45790	42371	43198	44149
5.	Число госпитализаций	550066	514281	551600	589039	624536	631780
6.	Общий уровень госпитализации (на 1000 нас-я)	61,5	56,8	60,1	63,4	66,3	66,7
7.	Онкологические больные	7693	8119	8499	8588	8951	9334
8.	Больные с серд-сос. заб-ями	114130	113739	107072	131988	129970	130642
9.	Больные с сах. диабетом	22975	24618	26341	30292	34836	40061
10.	Больные мочеполовой системы	70687	72696	77048	81578	89327	96375
11.	Общий коэффициент смертности	5,9	6,0	5,9	6,0	5,8	5,9

В системе МЗ Азербайджанской Республики работают 30374 врача, 33652 медицинские сестры (табл. 3). Основную нагрузку в оказании медицинской помощи сельскому населению несут фельдшеры и акушерки, которые составляют 7152 и 9601, соответственно.

Несмотря на ежегодный выпуск врачей Азербайджанским государственным медицинским университетом, ощущается нехватка врачебного персонала в сельской местности, особенно в учреждениях первичного звена.

Таблица 3 - Численность медицинских кадров, занятых в системе Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики (2012 г.)

№ п/п	Медицинские кадры	Больницы	Учреждения ПМСП	Всего
1.	Врачи	15012	15362	30374
2.	Медсестры	16245	17407	33652
3.	Акушерки	4375	5226	9601
4.	Фельдшеры	2118	5034	7152
5.	Техники-лаборанты	1054	2871	3925

Стоящие перед первичным звеном здравоохранения задачи сложны, но преодолимы. В удаленных районах, особенно в горах, главной проблемой является отсутствие медицинских работников. Качество первичной медицинской помощи в целом низкое, что связано с отсутствием традиции подготовки семейных врачей. Плохо обеспечивается непрерывность медицинской помощи: приходя на очередной прием, больной нередко попадает к другому врачу. Невысокое качество медицинской помощи еще больше ухудшается из-за низкого качества лабораторных услуг; лабораториям не хватает диагностических наборов и исправного оборудования.

Как и во многих странах, так и в Азербайджанской Республике по уровню смертности первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания – 369,8 случаев на 100 000 населения, затем идут новообразования (68,7) и третье место смертность от заболеваний пищеварительной системы (30,3 на 100 000 населения).

Пациенты с заболеваниями почек нуждаются в постоянном врачебном контроле. Большинству из них проводятся многомесячные курсы лечения, что предполагает длительное пребывание пациента на больничной койке или диспансерное наблюдение у нефролога поликлиники. В этих условиях необходимость осуществления преемственности в оказании помощи пациентам с заболеваниями почек является крайне актуальной.

До 2006 года, т.е. до создания единой нефрологической службы в Азербайджане, основная масса пациентов с заболеваниями почек

наблюдалась у участкового терапевта по месту жительства. Первичная диагностика почечной патологии осуществлялась на поликлиническом уровне. Решение о госпитализации в нефрологическое отделение или в отделение хронического гемодиализа принимал терапевт. Поступление на гемодиализ носило экстренный характер, что снижало качество лечения и не позволяло определять потребность в заместительной почечной терапии. Кроме того, наличие малого количества аппаратов «искусственная почка» резко ограничивало возможности удовлетворения потребности даже в экстренной помощи данной категории больных. Поступление новых пациентов было возможно только после смерти диализных больных в виду отсутствия трансплантации почки. Информация о пациенте на поликлиническом этапе хранилась в амбулаторной карте, а после выписки из стационара - в медицинской карте стационарного больного (истории болезни). Не существовало преемственности передачи информации. Отчеты лечебно-профилактических учреждений не содержали данных о количестве пациентов ХПН, т.к. снижение функции почек относится к осложнениям, а не является отдельной нозологической единицей. Если же диагноз ХПН устанавливался, то наиболее частой причиной смерти у этих больных выступали сердечно-сосудистые осложнения, что также затрудняло определение распространенности и заболеваемости ХПН в стране.

Чтобы изменить сложившуюся ситуацию, в 2006 г. в Азербайджане создана единая служба нефрологии и диализа, которая объединяет амбулаторно-поликлиническое звено, стационары (нефрологические и отделение трансплантации и хронического гемодиализа), а также регистр ХПН.

В главе IV «Разработка и внедрение регистра пациентов с хронической болезнью почек и организационных основ его функционирования в Азербайджане» обоснована целесообразность разработки системы информационного обеспечения, которая является одним из важнейших этапов повышения эффективности управления здравоохранением. На основе анализа данных удастся индивидуализировать лечебный процесс с максимальной объективизацией и персонификацией, составлять статистические отчеты, а также обеспечивать преемственность медицинской помощи. Для решения этих и многих других задач была разработана компьютерная программа «Регистр пациентов с хронической почечной недостаточностью» («Регистр ХПН»). Все данные, внесенные в программу, конвертированы в «Access» для более глубокой научной разработки данных. Использование компьютерных технологий позволяет регистрировать больных, создавать единые медицинские компьютерные

карты, а также использовать систему данных для оптимизации организации помощи больным с ХПН.

После принятия Государственной Программы «Хроническая почечная недостаточность в Азербайджанской Республике» с 2006 года ведется регистр больных, получающих заместительную почечную терапию.

Регистр был создан на основании Постановления Кабинета Министров Азербайджанской Республики от 19 июля 2006 года № 179 и соответственно приказа Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики.

Основной информационный компонент регистра - картотека пациентов -реализован в виде специальной электронной картотеки, которая содержит сведения обо всех пациентах и постоянно пополняется по мере поступления информации. Пациент впервые включается в регистр, если у него на амбулаторно-поликлиническом или стационарном этапе диагностируется ХБП II-V стадии. Данные о пациенте заносятся однократно в момент оформления.

Основные функции включают: ввод в регистр пациентов с ХБП с заполнением паспортной части, медицинской карты (рост, вес, группа крови и т.д.), определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), уровень которой позволит автоматически определить стадию болезни. Часть полей заполняется системой автоматически (по умолчанию), например, возраст или время пребывания больного в регистре. Важной составной частью электронной версии программы является создание поименного списка больных, нуждающихся в проведении ЗПТ, по которому определяется потребность в ЗПТ в режиме online. Из числа больных, находящихся на ЗПТ, формируется лист ожидания трансплантации.

После создания единой нефрологической службы и регистра больных ХПН нами была предложена схема движения пациентов с ХПН. Первичную диагностику при обращении пациента осуществляет участковый терапевт или межрайонный нефролог. После уточнения функции почек больной направляется в регистр. Необходимо отметить, что не существует строгих критериев направления больного в регистр, в первую очередь, потому, что доступность лабораторной диагностики зависит от оснащенности поликлиник, особенно в сельской местности. Поэтому каждому терапевту было предложено направлять любого пациента с подозрением на ХБП для уточнения диагноза в регистр.

После верификации диагноза ХБП II-V стадии данные пациента заносятся в регистр, и он направляется: 1) для постановки на диспансерный учет к межрайонному нефрологу или к участковому терапевту, 2) при наличии показаний госпитализируется в отделение нефрологии или в отделение гемодиализа и трансплантации почки.

Больные с ХБП IV-V стадий постоянно наблюдаются врачом регистра, что позволило свести к минимуму процент экстренного поступления больных на ЗПТ. Часть пациентов ввиду тяжести состояния или отдаленности места жительства не могут самостоятельно обратиться в регистр.

Поэтому был введен документ «Извещение о больном с ХПН», который заполняет врач и используется на этапе первичной регистрации. Данный документ создает основу информационных потоков, сопровождающих движение пациента с ХБП (I-IV). Свойства компьютерной программы позволяли избежать дублирования информации. И, наконец, информация, собранная в регистре, позволила создавать объективные отчеты для Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики.

Проанализировано влияние основных демографических параметров на распространенность и заболеваемость ХБП II-V ст. в условиях республики.

В регистр ХПН было включено 702 (52,3%) мужчин и 643 (47,7%) женщин, т.е. соотношение мужчин и женщин равнялось 1,09. Распределение больных регистра ХПН по полу и возрасту представлено в табл. 4.

Таблица 4 - Распределение больных хронической болезнью почек II-V стадиями по полу и возрасту в Азербайджане за 2012 год

№ п/п	Возраст (лет)	Число больных			
		мужчины		женщины	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1.	До 20	9	$1,4 \pm 0,4$	5	$0,7 \pm 0,32$
2.	21-30	42	$6,4 \pm 0,9$	37	$5,8 \pm 0,9$
3.	31-40	76	$10,9 \pm 1,1$	55	$8,6 \pm 1,1$
4.	41-50	175	$24,7 \pm 1,5$	141	$22,1 \pm 1,5$
5.	51-60	173	$25,3 \pm 1,6$	174	$27,2 \pm 1,7$
6.	61-70	156	$20,8 \pm 1,4$	150	$23,0 \pm 1,6$
7.	71 и ст.	71	$10,5 \pm 1,1$	81	$12,6 \pm 1,3$

Примечание – $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

Как следует из данных, число больных моложе 20 лет было минимальным ($1,4 \pm 0,43$ и $0,7 \pm 0,32$, $p < 0,001$). Далее число пациентов с ХПН увеличивается с каждым десятилетием, достигая максимума в 51-60 лет ($25,3 \pm 1,6$), затем вновь снижается до $10,5 \pm 1,1$ после 71 года, $p < 0,001$. Поэтому, число пожилых больных примерно в 2 раза меньше, чем лиц среднего возраста, но практически равно количеству молодых больных (до 30 лет). Значимых половых различий по возрастным группам не обнаружено.

Распространенность ХБП II-V стадии в мужской популяции составила в среднем 797 на 1 млн. населения, а среди лиц женского пола данный показатель оказался существенно ниже – 548 на 1 млн. населения. Мужчины преобладали во всех возрастных группах, но эти различия статистически не значимы ($p > 0,05$).

В табл. 5 представлена возрастная характеристика «новых» больных с ХБП II-V стадии, с 2009 по 2011 гг. и с 2012 по 2014 гг.

Таблица 5 - Число «новых» больных с ХБП II-V стадией в Азербайджане в разных возрастных группах за 2009-2011 и 2012-2014 годы

№ п/п	Возраст, лет	Число больных			
		2009-2011 гг.		2012-2014 гг.	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1.	до 20 лет	8	$2,5 \pm 0,8$	12	$3,9 \pm 1,1$
2.	21-30	28	$8,8 \pm 1,5$	17	$5,5 \pm 1,2$
3.	31-40	50	$15,7 \pm 2,0$	40	$12,9 \pm 1,9$
4.	41-50	101	$31,8 \pm 2,6$	90	$29,1 \pm 2,5$
5.	51-60	73	$23,0 \pm 2,3$	64	$20,7 \pm 2,3$
6.	61-70	50	$15,7 \pm 2,0$	66	$21,4 \pm 2,3$
7.	71 и ст.	8	$2,5 \pm 0,8$	20	$6,5 \pm 1,4$

Примечание – $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

Сравнительный анализ возрастных особенностей пациентов, взятых на учет между 2009-2011 гг. и 2012-2014 гг. существенных различий не выявил. Обращает на себя внимание значимое увеличение пациентов старшей возрастной группы, а именно в возрасте от 61 до 70 лет с $15,7 \pm 2,0$ до $21,4 \pm 2,3$ ($p < 0,01$). В возрастных группах до 20 лет и старше 70 сравнительный анализ не проводился ввиду малой выборки.

Вышеприведенные результаты, безусловно, свидетельствуют о том, что внедрение регистра ХПН в структуру нефрологической службы повысило выявляемость ХБП среди жителей городов Баку, Сумгаит и республики в целом, поэтому стало возможным анализировать основополагающие эпидемиологические характеристики ХПН.

При анализе этиологической структуры ХБП (табл. 6) было выделено 6 нозологических групп. На основе общих данных по регистру ХПН определена доля той или иной патологии в этиологической структуре ХБП. Первичные или вторичные гломерулярные заболевания, включали морфологически подтвержденные случаи пролиферативных гломерулонефритов, невоспалительные гломерулярные заболевания и явились причиной возникновения ХБП у $16,0 \pm 0,8$ больных. Поражение почек при сахарном диабете по существу может быть отнесено к гломерулярным

заболеваниям, однако, с учетом растущей значимости СД в структуре ТХПН, пациенты с диабетическим гломерулосклерозом были выделены в отдельную группу и составили 14,8±0,8.

Таблица 6 - Этиологическая характеристика ХБП у больных, включенных в регистр ХПН

№ п/п	Нозология	Число больных	
		абс. число	P±m
1.	Гломерулярные заболевания	398	16,0±0,8
	- первичные ГН	373	15,0±0,7
	- вторичные ГН	14	0,6±0,1
	- амилоидоз	11	0,5±0,1
2.	Диабетический гломерулосклероз	369	14,8±0,8
	- сахарный диабет 1	151	6,1±0,9
	- сахарный диабет 2	218	8,8±0,9
3.	Тубуло-интерстициальные заболевания	201	8,0±0,9
	- пиелонефриты	87	3,5±0,9
	- МКБ и др. обструктивные нефропатии	42	1,7±1,0
	- тубуло-интерстициальные нефриты	70	2,8±0,9
	- миеломная почка	2	0,08±0,01
4.	Сосудистые заболевания	172	6,9±0,9
	- нефроангиосклероз (гипертензивный)	166	6,7±0,9
	- стеноз почечных артерий	6	0,2±0,01
5.	Поликистоз почек	113	4,5±0,9
6.	Неуточненные заболевания почек	92	3,7±0,9

Примечание – P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

Изучение особенностей первичного заболевания среди «новых» пациентов было вызвано необходимостью оценить динамические изменения нозологической структуры ХБП. Полученные данные (табл. 7) свидетельствовали о том, что в течение пяти лет нозологическая структура ХБП претерпела изменения. Достоверность различий определялась между 2009 и 2014 гг. Гломерулярные заболевания в динамике сохранили свою первую позицию, хотя их значение достоверно уменьшилось за счет снижения первичных гломерулонефритов ($p<0,001$).

В 2009 г. на роль одного из лидеров нозологической структуры ХБП претендует сахарный диабет, который с четвертого места переместился на второе (число больных увеличилась с 9,7±2,3 до 20,0±3,7, $p<0,01$). Число больных с гипертоническим нефросклерозом в структуре первичных нозологий ХБП изменилось не достоверно. Стабильной остается ситуация с поликистозом и в группе с неуточненными заболеваниями почек.

Таким образом, реорганизация нефрологической службы в Азербайджане выявила необходимость создания системы учета и динамического контроля за пациентами с ХБП, прежде всего 2-5 стадии, т.е. тех больных, у которых имеются признаки хронической почечной недостаточности. Программа «Регистр больных ХПН» создала условия информационной преемственности при оказании помощи больным ХПН. Таблица 7 - Изменения нозологической структуры ХБП у «новых» пациентов за 2009-2014 гг.

№ п/ п	Нозология	Число «новых» больных			
		2009 год		2014 год	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1.	Гломерулярные заболевания	64	$41,4 \pm 3,9$	30	$26,1 \pm 4,0$
2.	Диабетический гломерулосклероз	15	$9,7 \pm 2,3$	23	$20,0 \pm 3,7$
3.	Тубулоинтерстициальные заболевания	37	$23,9 \pm 3,4$	19	$16,5 \pm 3,4$
4.	Сосудистые заболевания	19	$12,4 \pm 2,6$	23	$20,0 \pm 3,7$
5.	Поликистоз почек	12	$7,7 \pm 2,1$	11	$9,6 \pm 2,7$
6.	Неуточненные заболевания почек	8	$4,9 \pm 1,7$	9	$7,8 \pm 2,5$

Примечание – $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

Компьютерная программа «Регистр ХПН» позволяет интегрировать информацию о пациентах с ХПН, а также значительно упрощает хранение и поиск данных при динамическом наблюдении за ними. Реализация проекта информационного обеспечения направлена на решение проблемы оптимизации лечения пациентов с ХПН путем применения компьютерных технологий. Принципиально новая схема движения пациентов с ХПН, принятая в рамках настоящего исследования, позволяет максимально полно выявлять больных ХБП, что создает предпосылки для обсуждения вопросов эпидемиологии ХПН, эпидемиологических особенностей ХПН в республике.

В главе V «Медико-экономические показатели использования заместительной почечной терапии в Азербайджане» определены

потребности в заместительной почечной терапии (программного гемодиализа) Расчет потребности в ЗПТ проводился поэтапно.

В первую очередь рассчитали общее число пациентов, нуждающихся в ЗПТ по республике (формула 1):

$$П=Д+С+Б-В \quad (1)$$

где Д - пациенты, получавшие ЗПТ в предыдущем году и продолжающие лечение в этом году;

С - пациенты с ТХПН, умершие в течение года от уремии до начала ЗПТ;

Б - пациенты, у которых СКФ равна или ниже 10 мл/мин. (или с креатинином крови 700 и выше) (в том числе «новые» больные, приступившие к лечению в течение года);

В - пациенты, умершие на ЗПТ и выбывшие.

Далее определили количество диализной аппаратуры, необходимое для обслуживания пациентов с ТХПН (формула 2). В данном случае ДМ (диализное место) - это один аппарат «искусственная почка».

$$ДМ= \frac{Кб- Кд}{Кра- Кс} \quad (2)$$

где Кб - число больных, нуждающихся в диализном лечении;

Кд - число ГД на одного пациента в неделю;

Кра - число рабочих дней аппаратуры в неделю;

Кс - число смен проводимых ГД.

Во всех странах мира заместительная почечная терапия относится к дорогостоящим видам медицинской помощи. Вследствие этого, на первый план выходит максимальная оптимизация финансирования данной отрасли. Это позволяет достичь наивысшего соотношения цена-качество-эффективность. В республике на сегодня отсутствует единая методика расчета гемодиализной услуги. В 2015 г. запланировано 42 миллиона манатов (табл. 8).

Увеличение выживаемости гемодиализных больных приводит к формированию кумулятивной группы пациентов, которые длительное время занимают диализные места, и с каждым годом потребность в диализной аппаратуре будет увеличиваться. Теоретически, чтобы абсолютно

удовлетворять потребность в диализном лечении для 120 «новых» пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью, ориентируясь только на ежегодную летальность в гемодиализном отделении (в среднем 10%), необходимо иметь 1200 человек на ЗПТ или 200 аппаратов «искусственная почка». При таких условиях расчетная распространенность ТХПН составит 442 человека на 1 млн. населения, что позволит приблизиться к развитым странам, где уже на сегодняшний день диализная популяция составляет от 600 до 1700 человек на 1 млн. населения.

Таблица 8 - Государственный бюджет по программе ХПН с 2006-2015 годы (в манатах)

№ п/п	Годы	Сумма (в манатах)
1	2006	3 800 000
2	2007	12 267 000
3	2008	16 306 943
4	2009	19 606 424
5	2010	19 809 900
6	2011	21 500 000
7	2012	25 456 700
8	2013	32 896 000
9	2014	40 100 000
10	2015	42 000 000

В норме нагрузка на один диализный аппарат 6 больных в режиме 3-х сменной работы. Максимальная нагрузка на одно место в три смены и шесть дней недели составляет за год 3198 сеансов гемодиализа или 266,5 сеансов в месяц. Но с учетом того, что в популяции больных существует достаточно устойчивая группа больных, получающих лечение 2 раза в неделю, то фактическое число на одно место будет меньше расчетного, хотя число больных в расчете на одно место останется неизменным. В Азербайджане сегодня функционирует 533 аппарата. Следовательно, 3198 больных могут получать диализ. Но на сегодня только 2754 больных обеспечены бесплатным диализом в государственных центрах. Поэтому, реальное число аппаратов не обеспечивают всех нуждающихся в диализной помощи. Допустим, в Нахичевани 51 диализная машина, но всего 101 больной. Направить туда больных из других регионов тоже невозможно, так как расстояние между регионами превышает 150-200 км.

С другой стороны, большое число больных с гипертонией и сахарным диабетом, осложненных ХПН, в основном жители больших городов

республики - Баку, Гянджа, Сумгаит, Ленкорань. Следовательно, там большая потребность в диализных местах, что иногда даже не покрывается имеющимися местами и больные обращаются в частные диализные центры.

Из 2754 больных, находящихся на диализе 1984 больных получают сеансы 3 раза в неделю, 681 больных 2 раза в неделю, остальные 1 раз (табл. 9). Эта ситуация тоже косвенно влияет на нагрузку диализных мест.

Таблица 9 - Распределение больных, получающих гемодиализ в зависимости от количества сеансов

№ п/п	Количество сеансов в неделю	Число больных	
		абс. число	%
1.	1	89	3,3
2.	2	681	24,7
3.	3	1984	72,0
Итого		2754	100,0

При рассмотрении числа больных по полу 53,0% составили мужчины, 47,0% - женщины.

Распределение больных по возрасту показало, что до 15 лет в республике 11 больных, 16-25 лет - 153, 26-35 лет - 564, 36-45 лет - 1317, 46-59 лет - 581, 60 лет и выше - 128 больных (табл. 10).

Таблица 10 - Распределение больных, получающих гемодиализ в зависимости от возраста

№ п/п	Возраст больных, лет	Число больных	
		абс. число	%
1.	До 15	11	0,4
2.	16-25	153	5,6
3.	26-35	564	20,5
4.	36-45	1317	47,8
5.	46-59	581	21,1
6.	60 лет и выше	128	4,6
Всего		2754	100,0

Представленные в табл. 10,11 данные позволяют отметить рост числа больных с хронической почечной недостаточностью, получающих программный гемодиализ с 2004 по 2015 годы более, чем в 9 раз.

При этом, число впервые выявленных больных из года в год остается достаточно стабильным.

Рост фактической популяции больных позволяет говорить о формировании устойчивой кумулятивной генерации больных, получающих

гемодиализное лечение. Формирование ее происходит, главным образом, за счет увеличения срока жизни больных, получающих гемодиализное лечение. Таблица 11 - Количество диализных центров и число больных ХПН за 2004-2015 гг.

№ п/п	Годы	Число диализных центров	Число больных
1.	2004	3	304
2.	2005	4	431
3.	2006	5	601
4.	2007	7	738
5.	2008	11	961
6.	2009	15	1199
7.	2010	19	1500
8.	2011	21	1811
9.	2012	24	1972
10.	2013	29	2224
11.	2014	32	2552
12.	2015	34	2741

Как видно из табл. 12, диабетическая нефропатия и гломерулонефрит составляют основную часть больных с хронической почечной недостаточностью на додиализном этапе.

Таблица 12 - Структура болезней, приводящих к хронической почечной недостаточности за 2010 и 2014 гг. (%)

№ п/п	Наименование болезней	2010 год	2014 год
		%	%
1.	Диабетическая нефропатия	21,0	27,5
2.	Хронический гломерулонефрит	28,9	29,6
3.	Хронический пиелонефрит	18,7	14,9
4.	Гипертоническая болезнь	10,1	12,8
5.	Поликистоз почек	8,4	8,3
6.	Урологическая патология	6,8	3,8
7.	Болезни соединительной ткани, амилоидозы	2,1	1,3
8.	Другие причины	4,0	1,8
Всего		100,0	100,0

Доля больных с урологической патологией: мочекаменная болезнь (3,8 %), хронический пиелонефрит (14,9 %), кистозная болезнь почек (8,3 %) составляет в среднем 1/4 часть всех причин почечной недостаточности, что соответствует и международным данным.

Основную же часть составляют пациенты с хроническим гломерулонефритом (29,6%) (мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит - основная причина терминальной хронической почечной недостаточности в развивающихся странах), что свидетельствует о недостаточной организации профилактической деятельности и слабой диагностической подготовке на уровне амбулаторно-поликлинического звена.

Наряду с этим нами изучена динамика рассматриваемых показателей у больных с хронической почечной недостаточностью, уже получающих заместительную почечную терапию методом гемодиализа.

Среднегодовое число впервые выявленных пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности составляет 22,3 человека на 1 миллион населения. Также увеличивается число впервые выявленных пациентов с консервативно некурабельной стадией хронической почечной недостаточности, требующей незамедлительного начала гемодиализной терапии. Интенсивность роста за 3 года составляет 58,8%. Рост данной популяции больных обуславливается снижением летальности в общей популяции диализных больных - 7,2% в 2011 году; в 2012 году - 6,8 %; 2013 - 6,4 %; 2014 -5,9 %.

Вышеприведенные результаты, безусловно, свидетельствуют о том, что внедрение регистра ХПН в структуру нефрологической службы повысило выявляемость ХБП среди жителей г. Баку и г. Сумгаит. Распространенность ХБП II-V стадий примерно в 1,5 раза выше среди мужского населения г. Сумгаит, но половые различия стираются при анализе возрастных критериев: максимальная распространенность ХПН выявляется в возрастной группе 51-60 лет. Пик заболеваемости гломерулярными болезнями приходится на молодой возраст и должно пройти 1,5-2 десятилетия, чтобы развились признаки почечной недостаточности. Обнаруженные тенденции подтверждает и динамика регистрации «новых» больных. За последние пять лет в 2 раза уменьшилась когорта 30 - 40-летних и трехкратно увеличился процент лиц пожилого возраста. Функционирование регистра больных ХПН внесло качественные изменения в диспансеризацию при ХБП: возросла выявляемость «ранних» стадий почечной недостаточности (с 48,3 до 60,9%), существенно снизилась первичная диагностика «поздней» ХПН (с 51,7 до 39,1%). При этом, заболеваемость ХБП находится на одном уровне в г. Баку

и в отдаленных районах. В республике к 2015 году функционирует 533 аппарата фирмы Fresenius model 4008 и 4008S (табл. 13).

Число диализных мест в смену 3078 на 1 млн. населения. Число сеансов гемодиализа на 1 диализное место - 6. Из этого числа гемодиализов 88% - 91% составили диализы у амбулаторных больных.

Таблица 13 - Число диализных аппаратов в Азербайджане (2009-2015 гг.)

№ п/п	Годы	Число диализных аппаратов
1.	2009	185
2.	2010	259
3.	2011	320
4.	2012	364
5.	2013	382
6.	2014	479
7.	2015	533

Все больных получает только бикарбонатный диализ. Практика использования в лечении ацетатного концентрата отсутствует. Оснащенность системами гемодиализации и ультрафильтрации составила 7,7%. Оборудование со сроком эксплуатации менее 5 лет на конец 2013 года составляет 53,8% парка, отделение имеет систему водоподготовки и помещение для приготовления диализных концентратов. Максимальная нагрузка имеющегося оборудования составляет 156 больных на 1 млн. населения (исходя из пропорции 6 больных на один диализный аппарат) при фактической нагрузке на 01.01.2013 г. в 107 больных на 1 млн. населения. Количество сеансов диализа в 2014 году составило в г. Баку 38,3% (рис. 1), тогда как в регионах больше в 1,6 раза (61,7%).

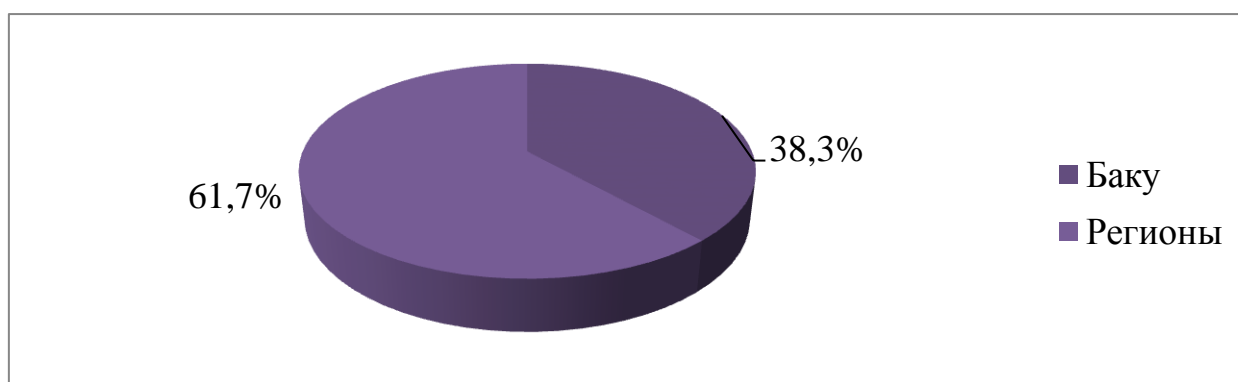


Рис. 1. Количество сеансов диализа за 2014 год.

Интенсивность использования оборудования за 2012 г. составила 68,6%, что обусловлено одномоментным двукратным увеличением диализных мест. При сохранении тенденции к росту популяции диализных больных дальнейшая интенсификация использования имеющегося оборудования позволяет удовлетворить потребность в данном виде лечения лишь при условии создания дополнительных программ финансирования вновь создаваемых диализных мест.

Число первичных больных увеличивается с каждым годом благодаря формированию кумулятивной генерации. Больные, находящиеся на диализе менее 12 месяцев, постоянно уменьшаются. Наиболее критический для больного период — первые 3 года. Максимальная продолжительность жизни у больных, получающих гемодиализ, по г. Баку составляет 18 лет без трансплантации и 26 лет живут трое больных с трансплантациями почки при общей продолжительности функционирования трансплантатов.

В главе VI «Анализ работы диализных отделений в Азербайджане (за 2009 - 2014 гг.)» проведен анализ работы диализных отделений за 2009 – 2014 годы. При анализе эффективности деятельности отделения диализа и качества медицинской реабилитации важное значение имеет показатель плановой госпитализации. Если больной поступает в плановом порядке, до начала заместительной почечной терапии он наблюдается в отделении некоторое время, где формируется сосудистый доступ и период первичной реабилитации в стационаре до перевода на амбулаторное лечение незначителен. При внеплановой госпитализации больные поступают, как правило, в крайне тяжелом состоянии, со значительными осложнениями уремии и зачастую им требуются повторные операции по формированию временного и (или) постоянного доступа, а также значительный объем медикаментов для коррекции анемии, осложнений уремии и основного заболевания, что, в свою очередь, увеличивает период стационарного лечения, его стоимость и ухудшает прогноз заболевания. В табл. 13 представлены данные показатели по г. Баку за 2012 - 2014 гг.

Таблица 13 - Показатель первичной госпитализации в отделения гемодиализа г. Баку за 2012 - 2014 гг. (%)

№ п/п	Годы	В плановом порядке (%)	Внеплановом порядке (%)	Всего (%)
1.	2012	33,3	66,7	100,0
2.	2013	56,4	43,6	100,0
3.	2014	63,9	36,1	100,0

В 2014 году удельный вес «новых» пациентов в регионах выше в 1,3 раза, чем в г. Баку (рис. 2).

В дальнейшем это позволяет упорядоченно и своевременно вводить «новых» пациентов в программу гемодиализной терапии и свести к минимуму число экстренных случаев госпитализации пациентов с критически запущенным соматическим статусом вследствие своевременно не леченной хронической почечной недостаточности.

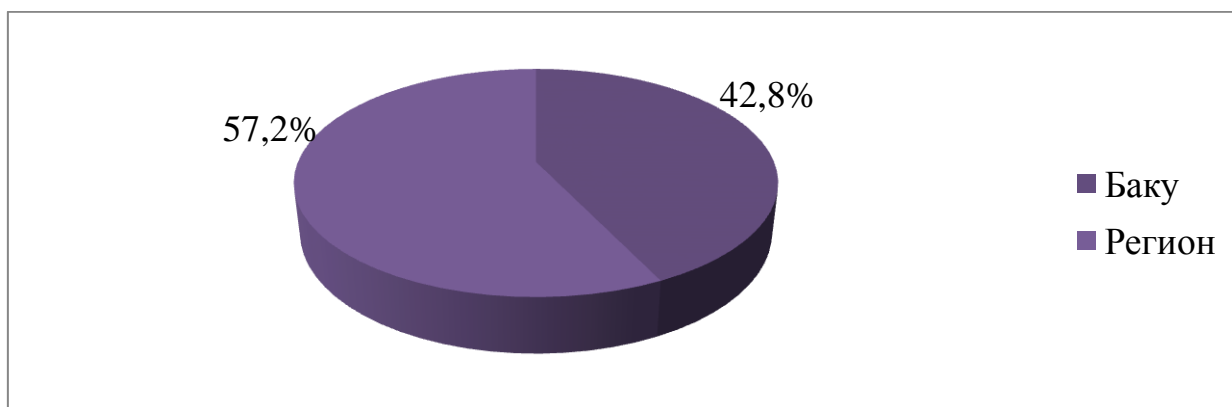


Рис. 2. Удельный вес «новых» пациентов в 2014 году.

Одним из критериев, характеризующих деятельность отделения диализа служит статистика операций формирования сосудистого доступа (рис. 3). Кроме того, рост числа повторных операций по формированию артерио-венозного анастомоза характеризует длительность лечения больных в общей популяции (чем длительнее лечение, тем более вероятен тромбоз анастомоза и необходимость его реконструкции). Изучение нарушений гемодинамики у больных с различными видами функционирующего артерио-венозного доступа для гемодиализа является обоснованным.

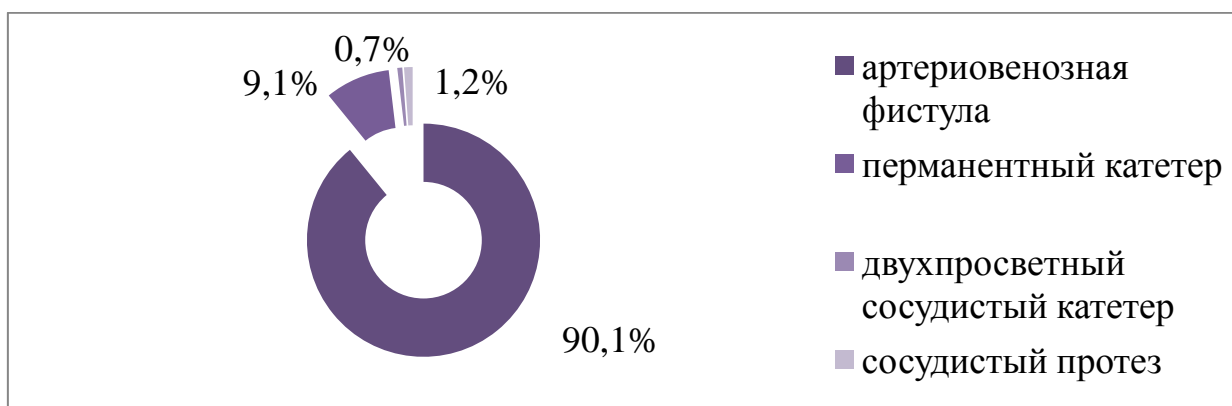


Рис. 3. Сосудистый доступ для диализа.

В общей популяции и 1-й группе больных произведена оценка структуры постоянного сосудистого доступа (нативная дистальная АВФ, нативная проксимальная АВФ (брахио-цефалическая и брахио-базилярная), артерио-венозный графт (АВ-графт), определена объемная скорость кровотока (ОСК) различных видов АВ-доступа. Ввиду разнородности группы АВ-графтов для детализации информации выполнено исследование ОСК АВ-графтов различного диаметра (5, 6, 7 мм) и в различной анатомической позиции. Таким образом, нами создана модель организации отделения диализа с использованием комбинаций инновационных диализных технологий: стандартного гемодиализа и гемодиализа с адсорбцией, низкопоточной гемофильтрации на аппарате, перитонеального диализа. Данная модель способствует становлению в стране современных эффективных методов организации заместительной почечной терапии и может быть рекомендована для организации отделений диализа в других регионах.

В главе VII «Сравнительная оценка качества жизни у больных с терминальной стадией на гемодиализе и перитонеальном диализе» дана сравнительная оценка качества жизни у больных с терминальной стадией на гемодиализе и перитонеальном диализе.

Наиболее частыми психическими расстройствами у больных на диализе являются тревога и депрессия, обусловленные различными стрессогенными факторами - постоянной зависимостью от аппарата «искусственная почка»; затратами времени на проведение диализа, ограничением свободы передвижения и деятельности; строгой диетой и водным режимом; изменением внешности и инвалидизацией.

Динамика показателей КЖ больных (n=26) до начала ЗПТ и через год после начала диализа представлена на рис. 4 и 5.

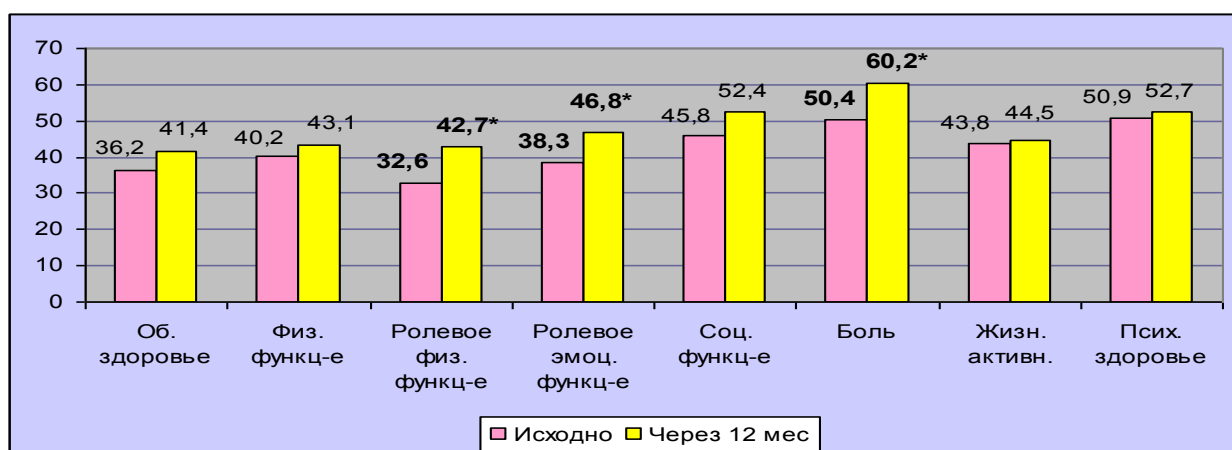


Рис. 4. Динамика показателей КЖ больных по опроснику KDQOL (M ±SD).

Таким образом, после начала лечения у больных улучшается не только физическое состояние, но и эмоциональный фон.

Достоверные различия отмечались по параметрам улучшения ролевого физического и эмоционального функционирования и уменьшения выраженности болевого синдрома, а также уменьшения ощущения степени ограничения в социальном взаимодействии в связи с наличием хронической болезни почек. Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS) использовалась для определения уровня личностной тревоги и самооценки депрессии.

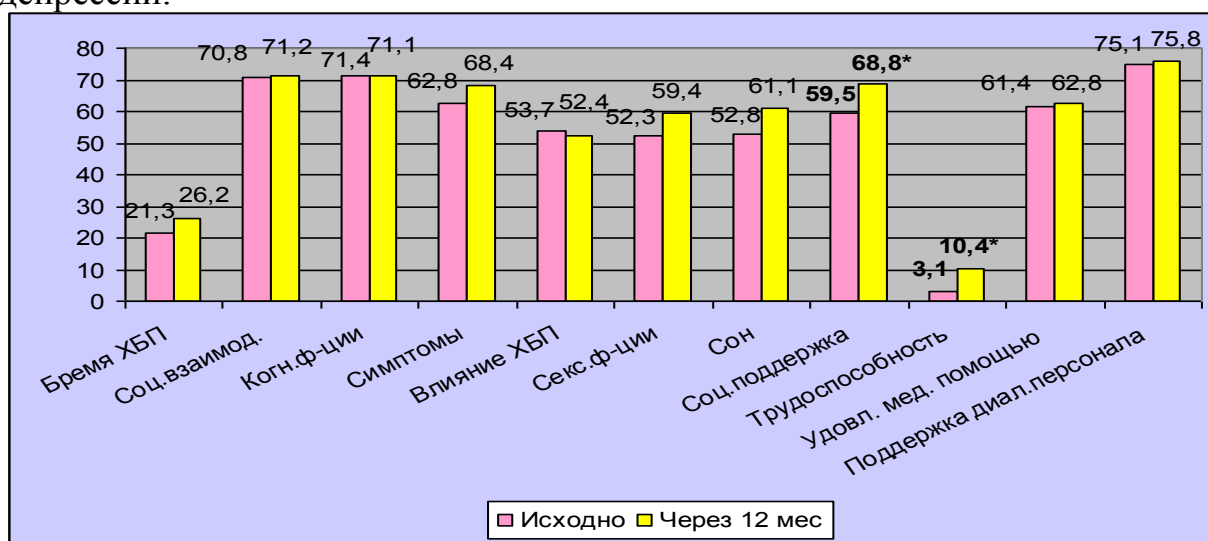


Рис. 5. Динамика показателей КЖ больных по опроснику KDQOL (M ± SD) – специфическая часть опросника.

Пункты данной шкалы отобраны по жалобам и симптомам, наиболее характерными для тревоги и депрессии, при этом исключены те симптомы, которые могли быть интерпретированы как проявление соматического заболевания.

Индекс коморбидности (ИК) является общепризнанным прогностическим фактором общей заболеваемости и смертности в общей популяции. ИК, рассчитанный по шкале M.E. Charlson, оказался достоверно выше в группе больных на ГД ($7,4 \pm 1,7$), чем на ПД ($5,3 \pm 2,8$) и обнаружена его обратная корреляция с суммарным индексом КЖ ($r = - 0,54$).

У больных на ГД минимальное значение ИК по шкале Charlson (менее 3 баллов) имелось у 18% больных, среднее значение (3-6 баллов) отмечалось у большинства больных (59%), и у 23% ИК достигал высоких значений (7-10 баллов). На ПД минимальное значение ИК отмечалось у 23% больных, среднее значение – у 58% и максимальное – у 19% (рис. 6). Таким образом, у

больных на ПД оказалось меньше сопутствующей патологии и менее выраженная ее тяжесть.

Анализ взаимосвязи ИК с КЖ больных показал, что с увеличением значения ИК ухудшалось КЖ больных независимо от вида диализа. У больных с максимальным значением ИК (7-10 баллов) страдало КЖ по всем шкалам, как общего здоровья (значения показателей КЖ колебались в низком диапазоне от 20,6 до 43,6 баллов), так и субъективное ощущение, связанное со спецификой диализной терапии (от 4,5 до 52,2 баллов).

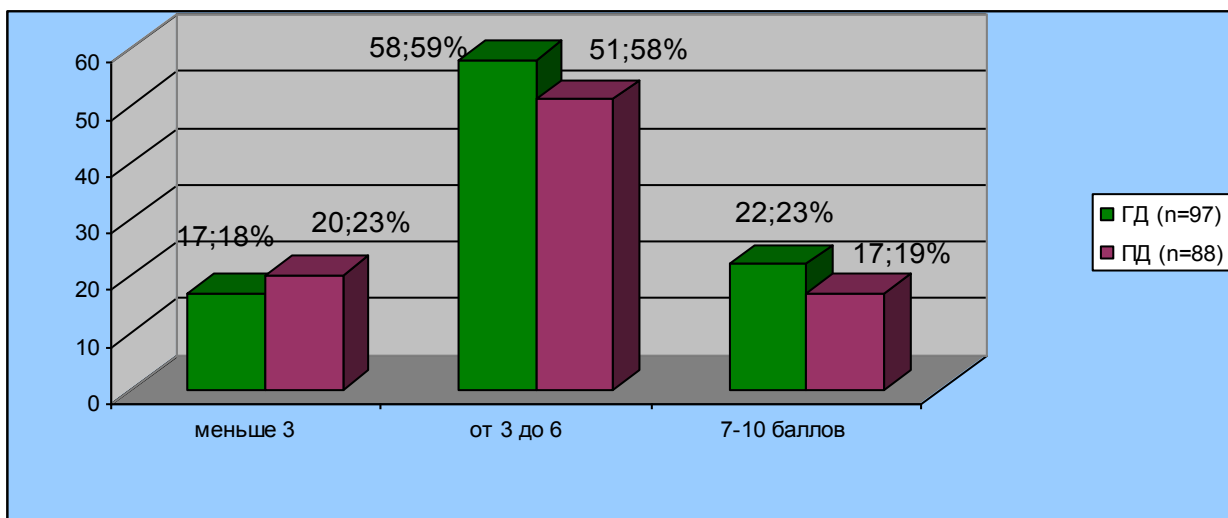


Рис. 6. Индекс коморбидности (ИК) больных на разных видах ЗПТ.

Сопутствующая патология отрицательно влияет на параметры КЖ. Корреляционная связь обнаружена между параметрами степени физического функционирования ($r = -0,47$) и общего здоровья ($r = -0,38$), что составляет 22,0 и 14, 0% (коэффициент детерминации).

В главе VIII «Мероприятия по совершенствованию организации гемодиализной помощи пациентам» дан комплекс мероприятий, направленных на улучшение оказания гемодиализной помощи пациентам.

Существует реальная необходимость дальнейшего развития отделения по интенсивному (более полное и глубокое использование имеющегося оборудования) и экстенсивному (расширение технической базы за счет приобретения недостающей техники и замены имеющейся устаревшей на более современную) путем с целью повышения качественного уровня производства медицинских услуг.

Организация системы мер по повышению качества проводимой заместительной почечной терапии проводилась нами по двум направлениям:

- проведение социологических исследований, направленных на активное выявление мнения пациентов по поводу путей реформирования отделения гемодиализа, повышение комфортности пребывания пациента в отделении и

максимальную адаптацию технологии проводимой гемодиализной терапии к запросам пациента;

- организация системы мероприятий по совершенствованию технологии оказания гемодиализной помощи, основанных на профессиональных знаниях медицинского и управленческого персонала и направленных на повышение эффективности лечебного процесса.

Применение социологического метода исследования в отделении гемодиализа позволило значительно повысить качество жизни пациентов, улучшить комфортность процедуры гемодиализа, социально и психологически адаптировать пациента к жизни в условиях необратимой утраты жизненно важного органа и "привязанности" к аппарату "искусственная почка", избежать многих конфликтных ситуаций, возникавших между пациентами ранее, стимулировать пациентов к большему контакту с медицинским персоналом. Неотъемлемой частью развития гемодиализной службы в современных условиях является ее компьютеризация. Использование компьютерных технологий позволяет значительно сократить время обработки информации, упрощает обмен информацией как внутри отделения, так и со смежными отделениями больницы, определяет ранжирование доступа к информации, расширяет возможности самообразования медицинского персонала. На основании данных, полученных путем реализации применяемых методик, была разработана «Государственная программа по хронической почечной недостаточности на 2011-2015 годы», принятая кабинетом Министров Азербайджана 26 ноября 2010 г. № 227. В программе четко отмечено, что гемодиализ является основным методом заместительного лечения почечной недостаточности, обеспечивающим спасение жизни больных и значительное увеличение ее продолжительности и повышение качества. С этой точки зрения расширения оказываемой населению диализной помощи и повышения ее качества является одной из важных задач специализированной медицинской помощи. В Азербайджане обеспеченность, по данным на начало 2015 года, составляет 286 больных на 1 млн. населения. Разработанная программа охватывает все главные аспекты, направленные на организацию повышения качества проводимой гемодиализной терапии, представленные в четырех этапах технологического и технического совершенствования отделения.

Основные предлагаемые этапы технологического и технического совершенствования отделения:

1. совершенствование качественного состояния базы расходных материалов;
2. совершенствование лабораторно - диагностической базы;
3. совершенствование технической базы;

4. совершенствование технологии оказания заместительной почечной терапии.

Таким образом, предложенная модель организации гемодиализной помощи пациентам, внедренная в практику отделения гемодиализа, позволяет повысить качество медицинской помощи в рамках существующего объема финансирования, охватить экстренной гемодиализной помощью все лечебно-профилактические учреждения в пределах обслуживаемых административно-территориальных образований и всех нуждающихся в ней пациентов независимо от места нахождения и тяжести состояния, рационально распределить потоки пациентов в условиях сочетания в работе отделения стационарной и амбулаторной форм оказания медицинской помощи, повысить качество и безопасность получения пациентом гемодиализной услуги, обеспечить для пациента право выбора метода заместительной почечной терапии, создать максимальный комфорт во время пребывания пациента в отделении гемодиализа и повысить его качество жизни в междиализный период.

ВЫВОДЫ

1. При анализе эффективности деятельности отделений диализа и качества медицинской реабилитации, важное значение имеет показатель плановой госпитализации. При внеплановых госпитализациях больные поступают, как правило, в крайне тяжелом состоянии, со значительными осложнениями уремии и зачастую им требуются повторные операции по формированию временного и(или) постоянного доступа, значительный объем медикаментов для коррекции анемии, осложнений уремии и основного заболевания, что, в свою очередь, увеличивает период стационарного лечения, его стоимость и ухудшает прогноз заболевания. Плановое введение больных с терминальной стадией ХБП в программный гемодиализ повысило выживаемость в первый год получения заместительной почечной терапии с 67,4 до 76,3% и через 5 лет проведения гемодиализа – с 47,8 до 58,7%.

2. Анализ заболеваемости и структуры хронической болезни почек II-V стадии показал, что уровень первичной заболеваемости по данным регистра составил 74 человек на I млн. населения, а её распространенность находится на уровне 613 человек, соответственно. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности ХБП II-V стадии в Азербайджане. У 29,6% больных этиологическая основа ХБП обусловлена гломерулярной патологией, удельный вес диабетического гломерулосклероза – 27,5%. тубуло-интерстициальные заболевания составили 14,9 %, В динамике отмечается тенденция к увеличению числа «новых» больных с диабетической (с 9,7 до 20,0%) и уменьшению значения гломерулярных заболеваний (с 41,4 до 26,1%).

3. Реорганизация нефрологической службы в Азербайджане выявила необходимость создания системы учета и динамического контроля за пациентами с ХБП, прежде всего II-V стадии, т.е. тех больных, у которых имеются признаки хронической почечной недостаточности. Программа «Регистр больных ХПН» создала условия информационной преемственности при оказании помощи больным ХПН. Компьютерная программа «Регистр ХПН» позволяет интегрировать информацию о пациентах с ХПН, а также значительно упрощает хранение и поиск данных при динамическом наблюдении за ним. Основу созданного регистра хронической почечной недостаточности в Азербайджане составили больные с нарушениями функции почек вне зависимости от стадии, что является основной отличительной особенностью. Это позволило своевременно следить за состоянием пациента и принимать меры по предупреждению осложнений.

4. Ежегодная потребность в заместительной почечной терапии в Азербайджане составляет 320 больных с терминальной стадией хронической болезни почек, что при существующей выживаемости на программном гемодиализе требуется наличие 600 диализных аппаратов.

5. Предложенная методика расчета стоимости гемодиализной услуги позволяет обеспечивать адекватность финансирования гемодиализной помощи и проводить ее эффективную модернизацию. Данная методика позволяет экономить около 5,0% материальных средств при повышении качества оказываемых услуг, а при переходе на одноразовое использование диализаторов - до 3,5%, при этом каждый сеанс гемодиализа будет стоить на 5,1 манат дешевле, а экономия за год составит 780 манатов, за каждого пролеченного пациента. Доступность гемодиализного лечения с учетом всех расходов будет стоить около 51 млн. манат в год.

6. Проведенные социологические исследования позволили выявить, что при значительном повышении качества гемодиализной терапии приоритетным требованием, предъявляемым к отделению гемодиализа пациентами, становится качество жизни в междиализный период и комфортность процесса получения гемодиализной терапии. Усовершенствование диализных технологий увеличило на десятилетия продолжительность жизни пациентов, что позволяет не только оценивать их физическое состояние, но и качество жизни. Зависимость пациента от аппарата «искусственная почка» и его образ жизни должны учитываться при оценке эффективности лечения, поскольку существует достоверная зависимость между КЖ и выживаемостью пациентов на заместительной почечной терапии, а сами показатели КЖ обладают независимой прогностической значимостью.

7. Повышение качества проводимой гемодиализной терапии реализуется проведением предложенной нами системы мероприятий по

совершенствованию качественного состояния базы расходных материалов, лабораторно - диагностической базы, технической базы. Предлагаемая нами модель организации гемодиализной помощи с изменением структуры, потоков пациентов, введением в штат отделения медицинского психолога, организацией выездной бригады для проведения экстренных гемодиализов, способствует повышению ее эффективности.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Предложенную методику расчета стоимости гемодиализной терапии рекомендуем использовать при оптимизации финансирования отделений гемодиализа для расчета реальной стоимости процедуры гемодиализа.
2. Руководителям учреждений здравоохранения, имеющим в составе лечебно-профилактических учреждений отделения гемодиализа, рекомендуем организовывать выездные бригады для оказания экстренной гемодиализной помощи нетранспортабельным пациентам.
3. Руководителям учреждений здравоохранения, в отделениях по проведению заместительной почечной терапии рекомендуем вводить в штат сотрудников отделений гемодиализа медицинских психологов, хирургов, невропатологов. Создание индивидуальных пластиковых карточек для каждого больного, где имеются все необходимые данные о состоянии больного (вставив карту в приставку компьютера на экране просвечивается имя больного, тип диализатора, режим диализа, профиль натрия, скорость ультрафильтрации, сухой вес, лабораторные данные и т.д.)

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Бабаев, Ф.Г.** Гемодиализ в Азербайджане и наш 35-летний опыт [Текст] / Ф.Г. Бабаев, И. Гамидов // Достижение науки и техники. - 2005. - № 4. - С. 79-84. Соавт.
2. **Бабаев, Ф.Г.** Хроническая почечная недостаточность [Текст]: Монография / Ф.Г. Бабаев, М. Джавад-заде, И. Гамидов. - Баку. - 2007. - 175 с.
3. **Бабаев, Ф.Г.** Организация заместительной терапии в Азербайджанской республике [Текст]: Матер. III Конгресса нефрологов стран СНГ / Ф.Г. Бабаев, А. Алекперова. - Тбилиси, 2014. - С. 132-134.
4. **Бабаев, Ф.Г.** Анализ причин острой почечной недостаточности [Текст] / Ф.Г. Бабаев, Х.М. Гусейнов // Медицинские кадры XXI века. - 2014. - № 2. - С. 94-97.
5. **Бабаев, Ф.Г.** Сравнительная оценка качества жизни у больных с терминальной уремией на гемодиализе и перитонеальном диализе [Текст] / Ф.Г. Бабаев, Х.М. Гусейнов // Хирургия Кыргызстана. - 2015. - № 1. - С. 13-18.

6. **Бабаев, Ф.Г.** Выживаемость и качество жизни больных при заместительной почечной терапии [Текст] / Ф.Г. Бабаев, Х.М. Гусейнов // Хирургия Кыргызстана. - 2015. - № 1. - С.19-26.
7. **Бабаев, Ф.Г.** Влияние диализной терапии на показатели нутритивного статуса у больных с терминальной почечной недостаточностью [Текст] / Ф.Г. Бабаев, Х.М. Гусейнов // Здоровье. - 2015. - № 2. - С. 89-95.
8. **Бабаев, Ф.Г.** Создание регистра больных с хронической почечной недостаточностью [Текст] / Ф.Г. Бабаев, Х.М. Гусейнов // Хирургия Кыргызстана. - 2015. - № 2. - С. 34-37.
9. **Бабаев, Ф.Г.** Служба гемодиализа в Азербайджанской Республике / [Текст] / Ф.Г. Бабаев, Х.М. Гусейнов // Казанский медицинский журнал 2015. - № 4. - С. 12-19.
10. **Бабаев, Ф.Г.** Организация гемодиализной помощи в Азербайджане [Текст]: Монография / Ф.Г. Бабаев. - Бишкек. - 2015. - 211 с.
11. **Бабаев, Ф.Г.** Организационные и информационные основы деятельности регистра хронической почечной недостаточности в Азербайджане [Текст] / Ф.Г. Бабаев, Х.М. Гусейнов // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2016. - № 3. - С. 49-52.
12. **Бабаев, Ф.Г.** Распространенность хронической болезни почек в Азербайджане [Текст] / Ф.Г. Бабаев, Х.М. Гусейнов // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2016. - № 3. - С. 37-39.
13. **Бабаев, Ф.Г.** Анализ предикторов развития кардиоваскулярных осложнений у больных хронической болезнью почек [Текст] / Ф.Г. Бабаев // Хирургия Кыргызстана. - 2016. - № 1. - С. 38-42.
14. **Бабаев, Ф.Г.** Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний у лиц с хронической болезнью почек [Текст] / Ф.Г. Бабаев, Х.М. Гусейнов, Ж.А. Чынгышева // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2016.- № 4. - С. 55-58.
15. **Бабаев, Ф.Г.** Хронические болезни почек в сочетании с другими заболеваниями внутренних органов [Текст] / Ф.Г. Бабаев, Х.М. Гусейнов, М.М. Каратаев // Известия ВУЗов Кыргызстана. - 2016. - № 3. - С. 25-29.
16. **Бабаев, Ф.Г.** Терминальная почечная недостаточность у больных на гемодиализе в зависимости от возраста [Текст] / Ф.Г. Бабаев, Х.М. Гусейнов, Э.А. Тилеков // Известия ВУЗов Кыргызстана. - 2016. - № 3. - С. 30-33.
17. **Бабаев, Ф.Г.** Оптимизация нефрологической службы в Азербайджане [Текст] / Ф.Г. Бабаев, Х.М. Гусейнов, М.А. Мамбетов // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2016. - № 7. - С. 39-43.
18. **Бабаев, Ф.Г.** Распространенность и первичная заболеваемость хронической болезнью почек в Азербайджане [Текст] / Ф.Г. Бабаев, Х.М.

Гусейнов, М.М. Каратаев // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2016. - № 7. - С. 51-58.

РЕЗЮМЕ

диссертации Бабаева Фариза Ганифа оглы на тему: «Организация гемодиализной помощи в Азербайджане в условиях реформирования системы здравоохранения» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия, заместительная почечная терапия, гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки.

Цель работы: На основе комплексного социально-гигиенического исследования разработать и научно обосновать систему организационных мероприятий по совершенствованию гемодиализной помощи населению Азербайджана.

Объект исследования: группы больных с хронической почечной недостаточностью, нуждающиеся в заместительной почечной терапии.

Методы исследования. В работе использован комплекс современных методов анализа: анкетирования, выкопировка данных, проспективный, ретроспективный, сравнительный, статистический, экспертный.

Полученные результаты и их новизна. Разработана методика и проведено комплексное исследование, позволившее определить заболеваемость, структуру и эпидемиологические особенности хронической почечной недостаточности в Азербайджане на основе регистра, проведен комплексный анализ состояния службы заместительной почечной терапии и оценены факторы, влияющие на ее состояние и развитие, разработана система регистрации пациентов, потенциально нуждающихся в заместительной почечной терапии, определена стоимость диализного обслуживания больного хронической почечной недостаточностью на протяжении полного курса лечения в расчете за календарный год, предложена комплексная система организационных мероприятий по совершенствованию диализной помощи пациентам. Полученные результаты явились основой для оптимизации деятельности гемодиализных центров и управления качеством медицинской помощи в целом. Применение регистра больных ХПН позволяет на практике реализовать методы поддержки принятия врачебного решения, обеспечить точные и оперативные расчеты ключевых индикаторов адекватности гемодиализа, корректность назначения лекарственных препаратов, контроль лабораторных показателей. Высокая выявляемость ранних стадий хронической болезни почек указывает на необходимость развития системы превентивной нефрологии, основными задачами которой являются предотвращение развития, замедление

прогрессирования почечной дисфункции и снижение потребности в диализе. Практической основой для развития системы превентивной нефрологии является проведение регулярного скрининга хронической болезни почек на основании оценки альбуминурии и скорости клубочковой фильтрации, которые в ходе данного исследования показали свою значительно более высокую эффективность в сравнении с традиционно используемыми исследованиями.

Рекомендации по использованию. Выявленные особенности распространенности и этиологии ХПН могут служить базовой информацией при разработке мероприятий по профилактике данной патологии у населения Азербайджана. Разработанная и внедренная модель регистра с использованием программного обеспечения («Регистр ХПН») на уровне республики позволит повысить доступность и качество медицинского обслуживания больных с ХПН. Результаты оценки состояния и качества медицинской помощи больным ХПН могут быть использованы для принятия управленческих решений, направленных на улучшения качества медицинской помощи больным, нуждающимся в заместительной почечной терапии.

Область применения: общественное здоровье и здравоохранение, нефрологическая служба, высшее и среднее медицинское образование, повышение квалификации врачей амбулаторного и стационарного уровней.

Бабаев Фариз Ганифа оглынын «Азербайджанда саламаттык сактоо системасын реформалоо шартында гемодиализдык жардамды уюштуруу» деген темада 14.02.03 – коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасын изденип алуу учун жазылган диссертациясынын кыскача

КОРУТУНДУСУ

Негизги сөздөр: бөйрөктун иштешинин өнөкөт начарлашы, терминалдык стадия, бөйрөктун ордун алмашуу терапиясы, кан тазалоо, перитонеалдык диализ, бөйрөктү алмаштыруу

Изилдөөнун максаты: комплекстуу социалдык-гигиеникалык изилдөөнун негизинде калкка гемодиализдык жардамды өркүндөтүү боюнча уюштуруу иш-чараларды системасын илимий далилдөө жана даярдап чыгаруу.

Изилдөөнун объектиси: бөйрөктун ордун алмашуу терапиясына муктаж бөйрөктун өнөкөт иштешинин начарлашы менен ооруган бейтаптардын группасы

Изилдөөнун ыкмалары: бул иште анализ жашоонун заманбап ыкмаларынын комплекси колдонулду: сурамжылоо ыкмасы, маалыматтарды көчүрүү, проспективдуу, ретроспективдуу, салыштырма, статистикалык, эксперттик ыкмалар.

Алынган жыйынтыктар жана алардын илимий жанылыгы.

Азербайджанда регистрдин негизинде бойроктун иштешинин онокот начарлашынын эпидемиологиялык озгочолуктору, тузуму, ооруга чалдыккандыктын денгээлин аныктоо учун ыкма табылып комплекстуу изилдоо откорулду. Бойроктун ордун алмашуу терапиясы кызматын абалына анализ жургузулду, таасир этуучу факторлорго баа берилди, бейтаптарды каттоо тутуму ойлоп чыгарылды, оорулууларды дарылоого кетуучу каражаттын олчому эсептелди, бейтаптарга диализдик жардамды беруунун оркундотуу боюнча комплекстуу иш-чаралар сунушталды. Медициналык жардамдын сапатын которуу боюнча жана канды тазалоо борборлорун иштерин ылайыкташтыруунун негизин изилдоонун жыйынтыктары тузду. Бойроктун онокот иштешинин начарлаган ооруулулардын регистри практикада дабагерлерди чечим кабыл алууда колдоо, так жана ыкчам гемодиализдин негизги корсоткучторун эсептоо, лабораториялык корстокучторду контролдоо, дары-дармектерди бергенде тузоо.

Бойроктун онокот оруусун эртерээк аныктоо превентивдик нефрологиянын тутумун онуктуруу зарылчылыгын айгинелейт. Мунун милдеттери бойроктун функциясынын начарлашын салкындатып, диализге

муктаж адамдардын санын кыскартуу. Салттуу колдонулуп жаткан изилдоолорго караганда клубочкаларды тазалоонуну ылдамдыгы жана альбуминуриянын олчомун аныктоо негизинде превентивдуу нефрологиянын тутумун остуруу бул изилдоо учурунда жогорку ондурумдуулугун корсотту.

Колдонууга болгон сунуштар. Азербайджанда Бойроктун иштешинин онокот начарлашынын алдын-алуу боюнча иш-чараларды ойлоп табуунун негизги маалыматы болуп таралуунун жана себептеринин озгочолуктору табылды. Республиканын денгээлинде программдык камсыздоо менен колдонулуп жаткан «Регистр ХПН» модели оруулуларга жеткиликтүү жана сапаттуу медициналык жардамды корсотот.

Колдонуу чөйрөсү: Коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо, нефрологиялык кызмат, орто жана жогорку медициналык билим, стационарда жана амбулатордук мекемелерде иштеген врачтардын билимин өркүндөтүү

SUMMARY

theses Babayev Fariz Ganifa oglu on "Organization of hemodialysis assistance to Azerbaijan in terms of reforming the health care system" for the degree of doctor of medical sciences in specialty 14.02.03 - public health and health care

Key words: chronic renal failure, end-stage, renal replacement therapy, hemodialysis, peritoneal dialysis, kidney transplantation.

Objective: On the basis of an integrated socio-sanitary research and develop a scientifically justified system of organizational measures to improve the assistance to Azerbaijan hemodialysis population.

The object of study: the group of patients with chronic renal failure requiring renal replacement therapy.

Research methods. We used a complex of modern analysis methods: survey data to the copy, prospective, retrospective, comparative, statistical, expert.

The results and their novelty. The technique and carried out a comprehensive study, which allowed to determine the incidence, structure and epidemiological features of chronic renal failure in Azerbaijan register-based, conducted a comprehensive analysis of the life of renal replacement therapy, and evaluated the factors influencing its state and development, developed a system of registration of patients, potentially in need renal replacement therapy, defined chronic renal failure dialysis patient care costs over the full course of treatment in the calculation of the calendar year, offered a comprehensive system of organizational measures to improve dialysis care for patients. The results were the basis for the optimization of hemodialysis centers and management of health care quality in general. The use of the register of patients with chronic renal failure allows to realize in practice the methods of medical decision support solutions that provide accurate and prompt hemodialysis adequacy calculations of key indicators, the correctness of prescribing, monitoring of laboratory parameters. High detection of early stages of chronic kidney disease points to the need for the development of preventive nephrology system, whose main objectives are to prevent development, slowing the progression of renal dysfunction and a decrease in the need for dialysis. Practical basis for the development of the system of preventive nephrology is to conduct regular screening of chronic kidney disease based on an assessment of albuminuria and glomerular filtration rate, which in the course of this study showed a significantly higher efficiency in comparison with the traditionally used in research.

Recommendations for use. The revealed features of the prevalence and etiology of chronic renal failure may serve as background information in the development of interventions for the prevention of this disease in the population of Azerbaijan. Developed and implemented a register model using software ("CRF

register") at the republic level will improve the availability and quality of care of patients with chronic renal failure. The results of assessment of the state and quality of care of patients with chronic renal failure may be used for management decisions aimed at improving the quality of medical care to patients in need of renal replacement therapy.

Field of using: Public Health and Health Care, Nephrology Service, higher and secondary medical education, training doctors outpatient and inpatient levels.