

© Сайдакова Н. О., Козлюк Н. І., Ніколаєнко С. С., Степанова Н. М., 2014

УДК: 616.61-085(477)

Н.О. САЙДАКОВА, Н.І. КОЗЛЮК, С.С. НИКОЛАЄНКО, Н.М. СТЕПАНОВА

ПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ ДІАЛІЗ В УКРАЇНІ: 2009-2013

N. SAIDAKOVA, N. KOZLYUK, S. NIKOLAENKO, N. STEPANOVA

PERITONEAL DIALYSIS IN UKRAINE: 2009-2013

ДУ «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ, Україна
SI "Institute of Nephrology NAMS of Ukraine"**Ключові слова:** реєстр, перитонеальний діаліз, епідеміологія.**Key words:** register, peritoneal dialysis, epidemiology.**Резюме.** У роботі проаналізовано рівень та стан надання допомоги хворим на хронічну хворобу нирок V стадії методом перитонеального діалізу в Україні за період 2009-2013рр. Автори висловлюють щире подяку усім головним координаторам регіональних реєстрів, які надіслали відповідну інформацію до ДУ «Інститут нефрології НАМН України», чим сприяли формуванню Національного реєстру.**Summary.** We analyzed the information of the state of peritoneal dialysis in Ukraine for the period 2009-2013. The authors are grateful to all the main coordinators of the regional registries who had sent the relevant information to the SI «Institute of Nephrology NAMS of Ukraine», and contributed to the formation of the National Register.

В Україні у 2013 році перитонеальний діаліз (ПД) для лікування хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) V стадії використовувався у 25 із 27 її адміністративних територіях (виняток склали Кіровоградська та Чернівецька області), де функціонувало 92 із 97 (98%) відділень нефрології та діалізу. П'ять років поспіль допомога надавалась у 69 із 71 (97%) відділеннях. За роки спостереження позитивної динаміки зазнала поширеність методу в Україні. Загальна кількість хворих, які отримували ПД збільшилась з 522 до 966 осіб (на 75%); їх приріст

значно випереджав його величину за лікування ГД (50%). Наочно зазначене положення проявлялося у темпі зростання пацієнтів, які уперше розпочали таке лікування – 131% та 48,6% відповідно; конкретно у 2013 р. їх було 282 проти 122 у 2009 р. Підкреслимо, що в розрахунку на млн. населення рівень забезпеченості ПД у 2013 р. становив 21,2 (966 хворих), серед вперше взятих на діаліз – 6,2 (282 хворих), їх величини перевищували показники 2009 р. у 1,8 та 2,4 рази відповідно. Загальні відомості щодо стану ПД в Україні подано у табл. 1.

Таблиця 1

Динаміка основних показників стану перитонеального діалізу в Україні

Показник / Рік	2009	2010	2011	2012	2013	Приріст в %
Кількість відділень нефрології та діалізу	71	61	81	97	97	+36,6
Кількість хворих, які лікуються методом ПД (всього)	552	650	686	877	966	+75,0
Кількість хворих, які лікуються методом ПД (всього) на млн населення	12,0	14,1	15,0	19,2	21,3	+76,6
Кількість хворих, які вперше розпочали лікування ПД	122	167	140	237	282	+131,1
Кількість хворих, які вперше розпочали лікування ПД на млн населення	2,6	3,6	3	5,2	6,2	+138,4
Хворі, яким змінено метод лікування (абс.)	100	112	132	166	142	+42,0

В останні два роки в країні почав використовуватись автоматизований ПД (АПД); а саме: у 35 із 966 хворих (3,6%), 13 з них вперше у 2013 році. Вони зосереджені в Харківській області (14) та м. Києві (10), по 5 осіб в Луганській та Львівській областях. Переважали особи молодого та середнього віку – кожен третій був у віці 18-44 роки, кожен другий – 45-64 роки. За статтю не різнилися.

За період вивчення питома вага ПД, як в структурі ниркової замісної терапії (НЗТ), так й у структурі діалітичної терапії, не зазнала суттєвих змін; вона дорівнювала 13,4% та 15,3% відповідно проти

Козлюк Надія Іванівна
org-metod@inephrology.kiev.ua

12% та 13% у 2009 р. Однак, порівняльний аналіз свідчить про збереження вираженої неоднорідності забезпеченістю та доступністю різних верств населення регіонів України.

Впродовж спостереження традиційно виділяються одні і ті ж території, де метод достатньо широко застосовується в клінічній практиці і, навпаки, забезпеченість ним перебуває в діапазоні 1,4 – 14,2 на млн. населення. До перших, з показником вищим за середній по Україні, відносяться 11 областей (Вінницька, Дніпропетровська, Житомирська,

Івано-Франківська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Харківська, Хмельницька, Чернівецька) та АР Крим. До других – 9 областей (Волинська, Донецька, Запорізька, Луганська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Херсонська, Черкаська). В наступних 2 областях (Запорізькій і Київській), а також столиці і м. Севастополь – показник наближався до усередненого його значення по країні. Подібний розподіл регіонів й за кількістю хворих, які розпочали лікуватись ПД. Наведені дані проілюстровані на рис.1 та 2.

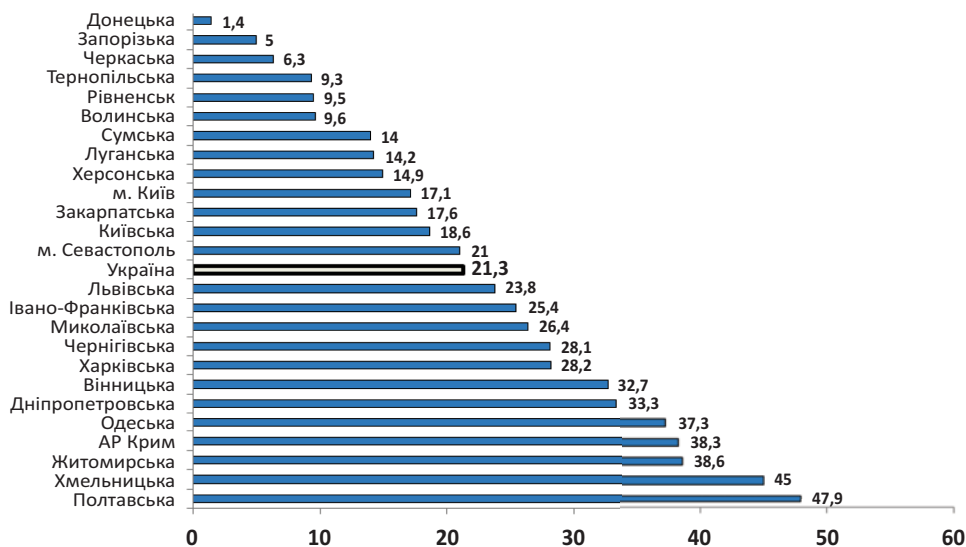


Рис. 1. Розподіл адміністративних територій за рівнем забезпеченості ПД у 2013 р. (на млн. населення).

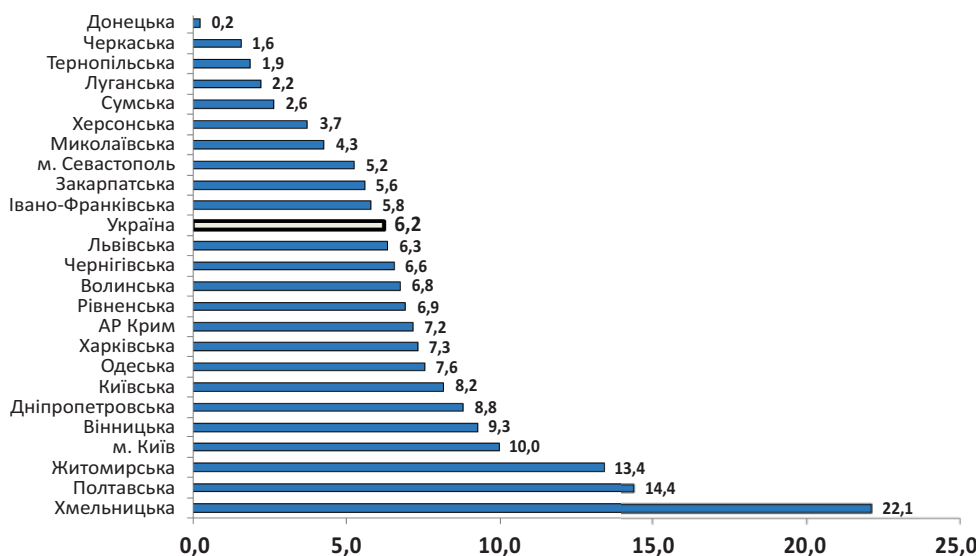


Рис. 2. Розподіл адміністративних територій за рівнем забезпеченості ПД хворих, розпочавших лікування вперше у звітному 2013 р. (на млн. населення).

За рівнем забезпеченості ПД простежується декілька особливостей. Зазначимо, що частіше він використовується в регіонах з високою щільністю населення (понад 75,5 осіб на 1 км²). Таких виявилось 10 із 16 (62,5 %), де забезпеченість наближалась чи перевищувала середнє значення по Україні, проти

44,4 % - в інших випадках. Певною мірою лінійна залежність спостерігається й відносно забезпеченості населення відділеннями нефрології та діалізу; у 8 із 16 (50%) величина показника була більшою за середню по Україні (2,1 на 1 млн.) і знаходилась в межах 2,0 – 5,8, тоді як в регіонах з низькою забезпеченістю ПД

за такою ознакою виділялись тільки 3 із 9 (33%) областей. На рис. 3 подано розподіл адміністративних

територій України за рівнем забезпеченості населення відділеннями нефрології та діалізу.

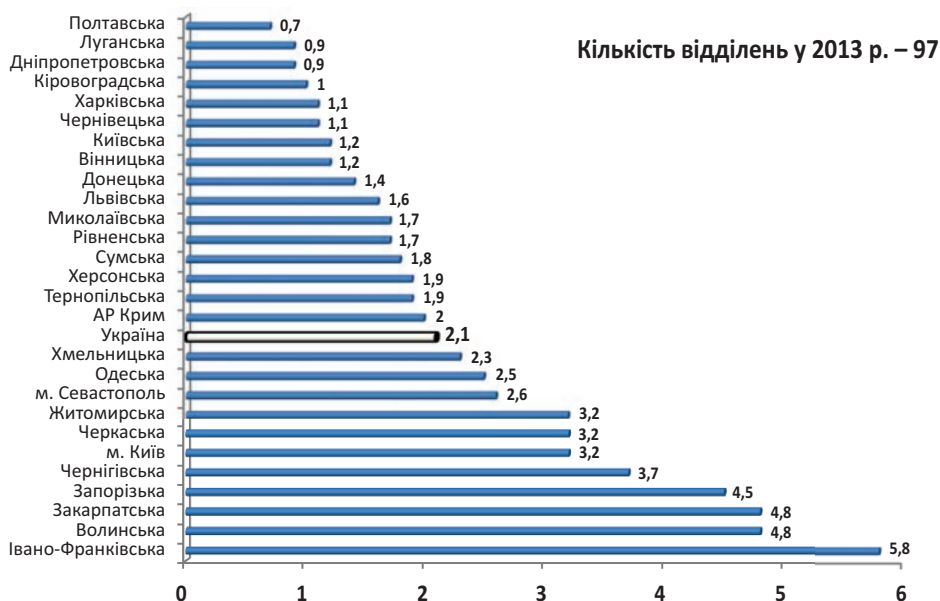


Рис. 3. Забезпеченість відділеннями нефрології та діалізу (на млн. населення) у 2013 р.

Водночас, варто підкреслити, що очікувана кореляція між частотою застосування ПД та питомою вагою сільського населення не знайшла підтвердження. Серед територій з високим і низьким рівнем забезпеченості методом відсоток жителів сільських поселень, практично однаковий – 56,2% та 55,6 % відповідно. Цікавими в аспекті оцінки забезпеченості населення ПД є дані розподілу пацієнтів за місцем проживання, статтю та віком. Оскільки статистично доведеної різниці відповідних показників між роками вивчення не доведено, зосередимось на аналізі даних за 2013 рік (рис.4).

різниці немає. У 2013 р. допомогу отримувало 50% чоловіків і 50 % жінок (у 2009 р. – 48,9% і 51,1%), розпочало – 54% та 46 % відповідно (51,6% і 48,4% відповідно). Відмінність простежена за місцем проживання. В містах частіше отримують ПД жінки (51,0±2,0%), тоді як в сільській місцевості - чоловіки (51,5±2,6%), при цьому останніх усюди більше серед тих, хто розпочав лікуватись у звітному році (53±3,6% та 56±5,1% в містах та селах). Повіковий спектр хворих з роками змінюється в бік зростання осіб старшого віку, що продемонстровано на рис. 5 та 6.

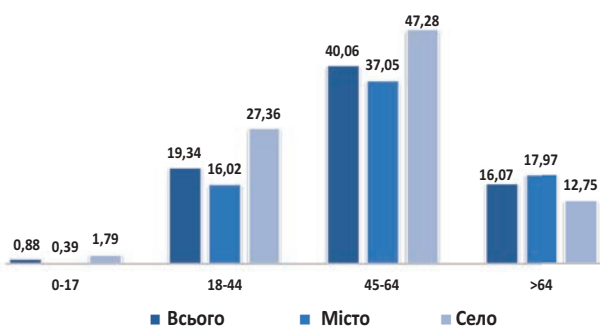


Рис. 4. Забезпеченість хворих ПД залежно від віку та місця проживання у 2013 р. (на млн. населення).

У 2013 році, як й п'ять років поспіль, кожен третій з них був житель села (36,7±2,6% та 33,9±3,4% по роках вивчення; p >0,05). Мешканців міських поселень було в 1,7 – 2 рази більше (63,3±2,0 та 66,1±2,4 % відповідно; p >0,05). Таке ж співвідношення зберігалось й серед пацієнтів, які вперше розпочали лікуватись - 33% та 32,8 % проти 67 % та 67,2% відповідно. В структурі за статтю

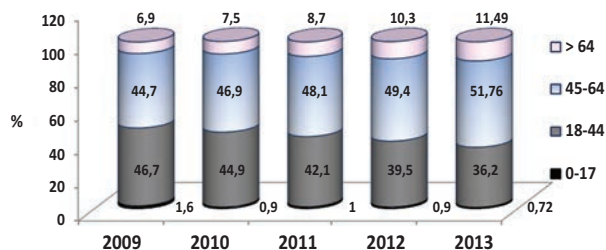


Рис. 5 Динаміка повікової структури хворих, які отримували ПД.

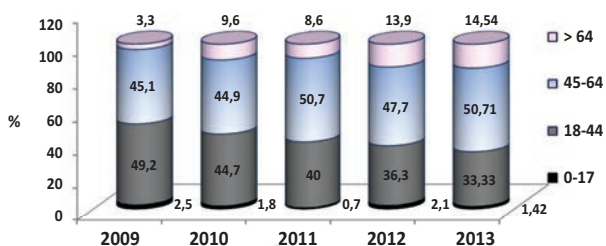


Рис. 6. Динаміка повікової структури хворих, які вперше розпочали лікування ПД.

У 2013 р. найбільше пацієнтів лікувалось у віці 45-64 роки (51,8%), тоді як у 2009 р. – 18-44 р.(46,7%); у 1,7 рази зростає їх кількість після 64 років (11,49% проти 6,9 % у 2009 р.) і, водночас, понад в 2 рази їх стало менше у 0-17 років (0,72% проти 1,6% відповідно). Подібна, проте більш виражена тенденція спостерігалася й серед тих, що розпочали лікування. Для підтвердження зазначимо, що після 64 років таких випадків було у 4,4 рази більше, ніж 5 років тому назад. За порівняльним аналізом показників по адміністративним територіям можна простежити, що за вказаною віковою категорією виділяється 6 областей (Донецька, Житомирська,

Івано-Франківська, Тернопільська, Херсонська, Хмельницька) та столиця, де їх відсоток коливався від 18,5% до 33%, а серед вперше розпочавших лікування він перебував в межах 20-100% у Донецькій, Житомирській, Івано-Франківській, Миколаївській, Полтавській, Тернопільській, Чернігівській областях та м. Києві. Разом з тим, на відміну від попередніх років у звітному році жоден хворий після 64 років не отримувал ПД у 6 областях (Волинській, Запорізькій, Луганській, Сумській, Херсонській, Черкаській), АР Крим та м. Севастополь.

Нозологічну основу ХХН V ст. у ПД-пацієнтів подано рис. 7 та 8.

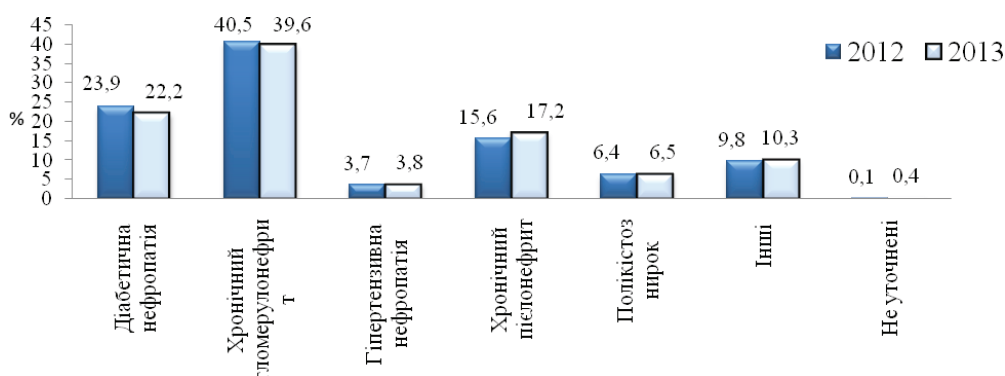


Рис. 7. Нозологічна основа ХХН V ст. у ПД-пацієнтів (2012-2013 рр.).

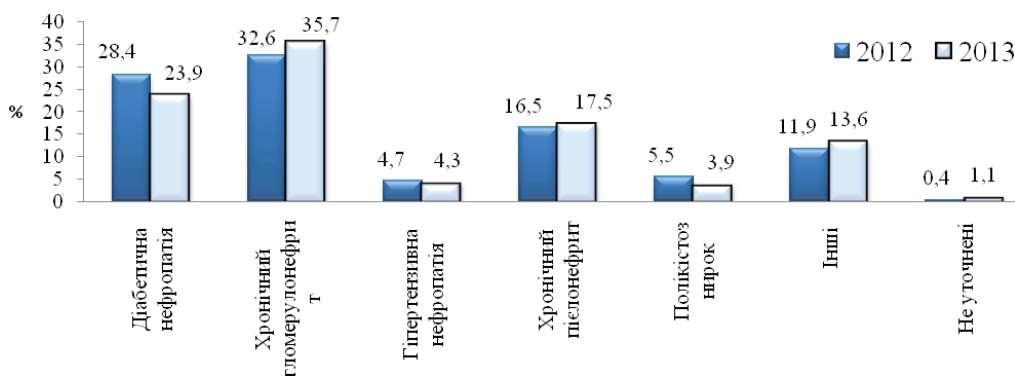


Рис. 8. Нозологічна основа ХХН V ст. у ПД-пацієнтів, які розпочали лікування у 2012-2013 рр.

Як у загальній когорті ПД-хворих, так і у пацієнтів, які розпочали лікування у 2012-2013 роках домінував хронічний гломерулонефрит (ХГ). Варто зауважити на відмінності від загальної структури причин розвитку ХХН V стадії. В даному випадку при збереженні першого місця за ХГ, два наступні займали хронічний пієлонефрит (ХП) та діабетична нефропатія (ДН), тобто мали зворотній порядок.

З накопиченням досвіду лікування хворих на ХХН V стадії методом ПД позитивно змінилися строки його тривалості (рис. 9). Найчастіше, як і в минулі роки, він складає 1-3 роки - 43,8 % (423 хворих). Разом з тим, достовірно зростає кількість

хворих, які отримували лікування понад 5 р. - з $5,8 \pm 0,9\%$ до $14,3 \pm 1,4\%$ у 2013 р. При цьому варто наголосити, що в 12 регіонах, тобто практично в половині з тих, що увійшли в дослідження відсоток таких випадків суттєво вищий, ніж в цілому по Україні. Він перебуває в межах 20%-55,2% у Волинській, Донецькій, Запорізькій, Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Миколаївській, Сумській, Херсонській, Черкаській областях, АР Крим та м. Севастополь. В інших 13 адміністративних територіях картина виглядає наступним чином: в Тернопільській області жоден пацієнт не дожив до вказаного строку, а серед решти - показник коливався від 2,6% в столиці до 13,3% в Чернігівській.

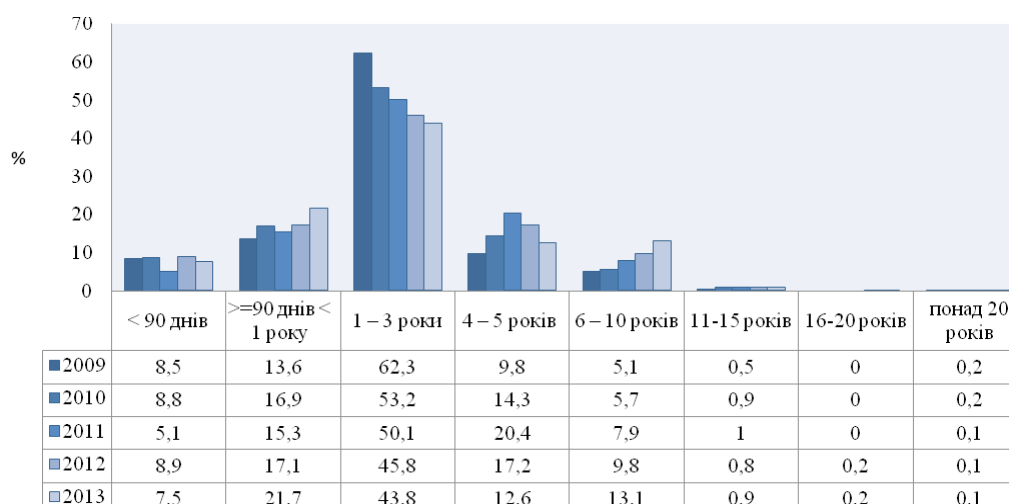


Рис. 9. Тривалість лікування методом ПД.

Зростання випадків заміни методів лікування, яке спостерігалось до 2012 р. змінилося протягом останнього року їх зменшенням (на 14,5%), в результаті у 2013 р. вона була у 142 хворих (Табл. 2). Посту-

пово зменшується питома вага зміни ГД на ПД та ПД на ГД. Більш виразнішим цей процес відбувається у разі заміни ГД на ПД (темп зменшення 30,7%), повільнішим він є в іншому випадку (на 13,4%).

Таблиця 2

Хворі, яким змінено модальність НЗТ

	2009	2010	2011	2012	2013
Хворі, яким змінено метод лікування (абс.)	100	112	132	166	142
Питома вага зміни ГД на ПД (%)	1,2	1,0	1,2	1,3	0,9
Питома вага зміни ПД на ГД (%)	10,3	10,6	11,7	11,9	10,3
Причини зміни лікування (абс. дані):					
Ускладнення судинного доступу	18	19	24	26	22
Ускладнення з боку черевної порожнини	32	46	45	59	39
Неадекватність ГД	6	8	6	7	3
Неадекватність ПД	14	14	23	30	42
Відмова хворих від ГД чи ПД	30	25	34	44	36

Неадекватність ГД, як причини заміни лікування, за 5 років стала меншою у 2 рази, відсоток її в структурі склав 2,1% у 2013 р (у 3-х із 142 хворих). Неадекватність ПД зростає в 3 рази з 14 до 42 випадків, тільки за останній рік з $18,1 \pm 2,9\%$ до $29,6 \pm 3,8\%$ ($p < 0,05$). Позитивна тенденція спостерігається у разі заміни лікування внаслідок ускладнень з боку черевної системи, які відносяться до найбільш загрозливих і поширених. Їх достовірно менше: у 2013 р. - $27,5 \pm 3,7\%$ проти $35,5 \pm 3,7\%$ в 2012 р. Частота ускладнень судинного доступу серед інших причин не зазнала суттєвих змін; питома вага їх останні два роки дорівнює 15,5%. Викликає занепокоєння і потребує окремого аналізу той факт, що

кожний четвертий відмовляється від того чи іншого методу діалізу. Більша половина хворих (59,8%), яким було замінено лікування зосереджена в 5 регіонах (АР Крим - 31, Київська область - 19, Одеська - 20, Полтавська - 10, Дніпропетровська - 8); поодинокими вони є і в інших.

В контексті зазначеного розглянемо такий важливий аспект питання допомоги ПД, як розвиток перитоніту. За його частотою можна, певним чином, оцінювати якість лікування. Згідно отриманих даних, з роками чітко простежується зменшення діалітичних перитонітів: з $18,5 \pm 3,8\%$ у 2009р. до $8,1 \pm 3,1\%$ у 2013 р. ($p < 0,05$) (рис.10).

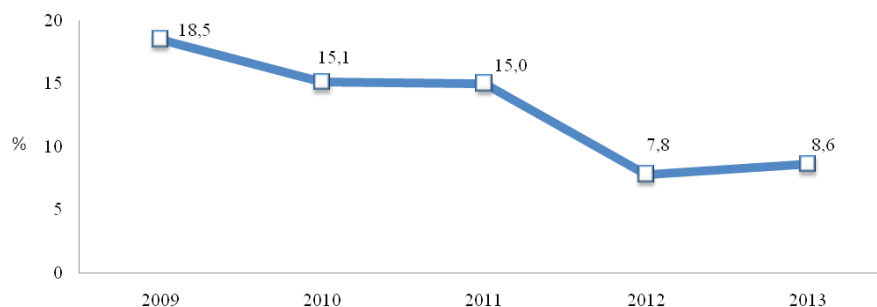


Рис. 10. Питома вага діаліз-асоційованих перитонітів у ПД-пацієнтів.

Проте, «географія» їх поширеності дещо розширилась. Так, якщо у 2009 р. вони були у 10 із 25 регіонів, де застосовувався метод, що становило 40%, то у 2013 р. - у 13 із 25 (52%). Разом з тим, мав місце перерозподіл випадків перитоніту: у 2013 р. із 80 - 62 вони припадали на п'ять регіонів (77,5%), а саме: АР Крим (10), Вінницька область (13), Закарпатська (9), Одеська (12), Чернігівська (18). Відсоток ускладнення перебував в межах 13,3% (АР Крим), 60% - (Чернігівська). На решті територій (8) випадки були поодинокі, а в 12 областях відсутні (Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Луганська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська та в містах Києві та Севастополі). Простежити залежність частоти розвитку перитонітів від кількості хворих, які отримують ПД, не вдалося. Тоді як, впродовж років вивчення, визначаються регіони, де традиційно тримається високе значення показника. До таких відносяться Вінницька, Житомирська, Закарпатська, Одеська, Чернігівська області та АР Крим. Це визначає задачу не тільки поглибленого вивчення ситуації, але й потребу удосконалення системи інфекційного контролю в кожному відділенні. Проведення трендового моніторингу вивчення збудників інфекції із результатами чутливості до них антибактеріальних препаратів стане передумовою поліпшення ситуації. Актуалізації

потребує активно-конструктивна профілактика, коли в попередженні розвитку ускладнень активну позицію займають як медичні працівники, так й пацієнти. Сприятиме такому підходу проведення освітницької роботи за спеціально розробленою програмою. Наприклад, у вигляді короткотривалих курсів, а також інформаційних листів для широкого використання серед пацієнтів та їх родичів.

Найважливішим аспектом проблеми надання діалізної терапії є її адекватність. Далі проаналізуємо основні показники, за якими можна судити про якість лікування ПД-хворих. Передусім відмітимо, що відповідна інформація надійшла до реєстру від частки пацієнтів серед тих, хто отримував ПД. Вона була різною і залежала від конкретних біохімічних та клінічних обстежень, на що будемо наголошувати за поданням результатів. Варто вказати на загальну негативну тенденцію, що проявилася у зменшенні кількості досліджень з роками вивчення і пов'язана, на нашу думку, із складною нестабільною соціально-економічною ситуацією в країні. У 2013 році показник Kt/v був розрахований у 51% хворих; у 5 областях лише у 20-40% (Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Київська, Одеська), а також АР Крим і м. Севастополі. Відсоток хворих, у яких він не досягав 1,7 збільшився на 56% порівняно з 2009 роком і становив 13,1% проти 8,4% (рис.11).

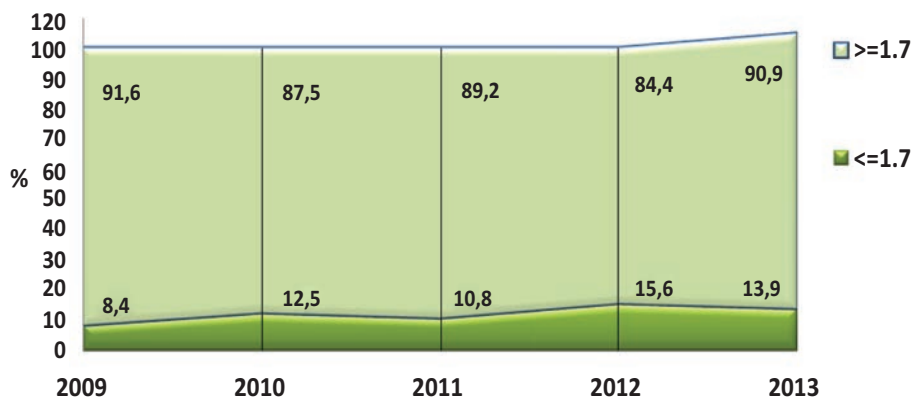


Рис. 11. Розподіл ПД-хворих за рівнем показника Kt/V.

Звертає на себе увагу факт, що у всіх хворих Луганської та Херсонської областей, у 66,7% - Київської зафіксовано таке положення, а ще в двох областях (Житомирській та Черкаській) - у 20 та

28,6%. Негативна динаміка потребує подальшого моніторингу й аналітико-синтетичного аналізу з іншими показниками. В контексті зазначеного викликає занепокоєння, що в 6 адміністративних

територіях (Луганська, Київська, Херсонська, Черкаська, Чернігівська, АР Крим) відсоток хворих з діурезом менше 200мл становив 28,6% - 60%. З них у 5 – показник $Kt/v < 1,7$. Це мотивує питання доцільності ПД в таких поєднаних випадках. Хоча з часом простежується позитивна динаміка і кількість хворих з діурезом > 1000 мл збільшилась з 0,3% у 2009 р. до 9,6% у 2013 р. В 7 регіонах, де питома вага з таким діурезом складає 15 – 83,3%, а $kt/v \geq 1,7$ спостерігається в 85,7-100%, можна свідчити про адекватність діалітичної терапії.

Відомості щодо маси тіла подані у 70,9%. Із 660 хворих у вірогідної більшості показник не переви-

щував 25 кг/м² (55,9±1,9% проти 44,1±1,9% коли був більшим за 25 кг/м²). Таке положення спостерігалось в 12 регіонах, де у 60-100% пацієнтів була зазначена величина показника (АР Крим, Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Луганська, Львівська, Сумська, Харківська, Херсонська, Черкаська, а також столиця та м. Севастополь).

З роками зростає кількість ПД-хворих, які мають артеріальну гіпертензію; у 2013 р.-72,1±1,4% проти 67,8±1,9% у 2009 р. ($p < 0,05$), а в 7 областях її мають 90-100% (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Сумська, Тернопільська, Черкаська) та м. Севастополь (рис.12).

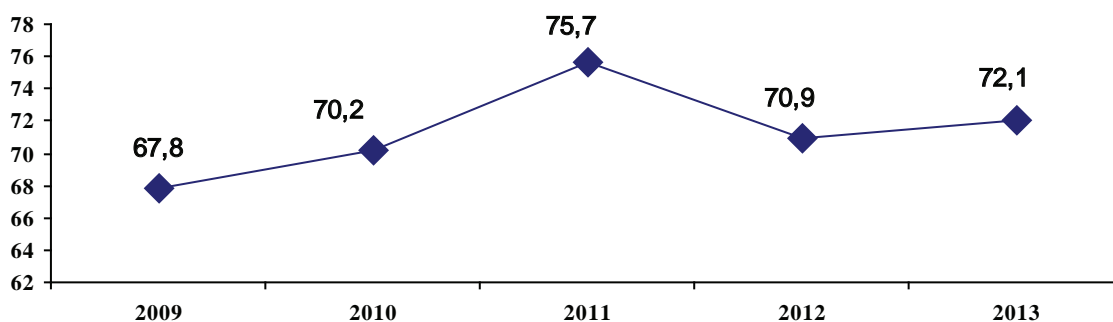


Рис. 12. Динаміка хворих ПД, які мають артеріальну гіпертензію.

На жаль, на фоні зростання хворих із артеріальною гіпертензією зменшується кількість тих з них, які отримують антигіпертензивну терапію (рис.13).

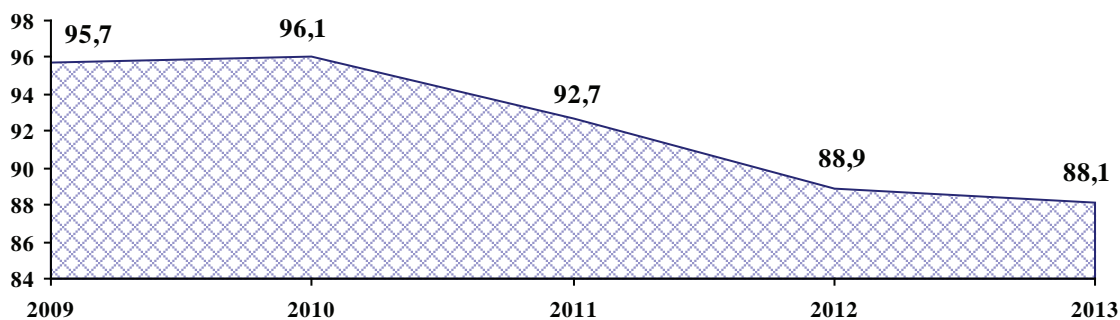


Рис.13. Динаміка ПД-хворих, які отримують антигіпертензивну терапію.

Така картина може відбивати неадекватність ПД за рахунок недостатнього контролю гіповолемії. Співпадіння у 50% регіонів, де ПД-пацієнти одночасно мають артеріальну гіпертензію і низьке значення Kt/v вказує на зниження якості методу лікування і потребує удосконалення його організації.

Цільові рівні гемоглобіну було досягнуто у кожного третього ПД-хворого (29,2±1,5%). Проте, з кожним попереднім роком, показник достовірно зменшується. У 2009 р. таких випадків – 34,8±2,0%. Певним чином це пов'язано із забезпеченістю лікуванням, зокрема еритропоетином та препаратами заліза. За 5 років відсоток пацієнтів, які отримували перший із зазначених препаратів не змінився: у 2013 р. 50,4%±2,4 проти

47,5%±3,0% у 2009 р. Достовірно більше пацієнтів використовували препарати заліза: 86,1±1,2% проти 79,5±1,9% відповідно. Простежено, що в областях, де у більшості хворих рівень гемоглобіну < 110 г/л менший відсоток тих, хто приймає відповідне лікування. До них відносяться Житомирська, Київська, Тернопільська, Хмельницька, Черкаська області.

Далі оцінимо стан мінеральних порушень. Динаміка рівня кальцію, фосфору, паратиреоїдного гормону у сироватці крові не набула значних змін. Варто зазначити, що біля 40% хворих мають високі значення фосфатів та рівень паратиреоїдного гормону вище 300 пг/мл, 8,8% - виражену гіперкальцемію (рис.14,15,16).

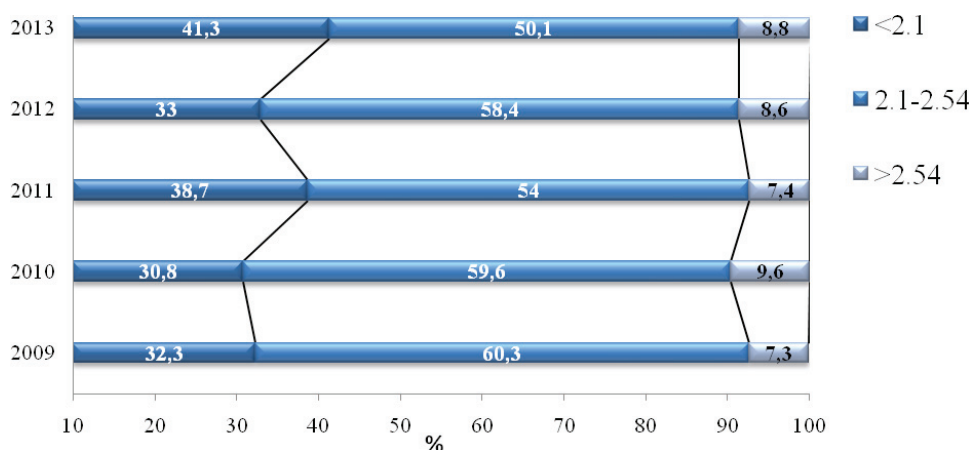


Рис. 14. Розподіл ПД-хворих за рівнем загального кальцію крові (ммоль/л).

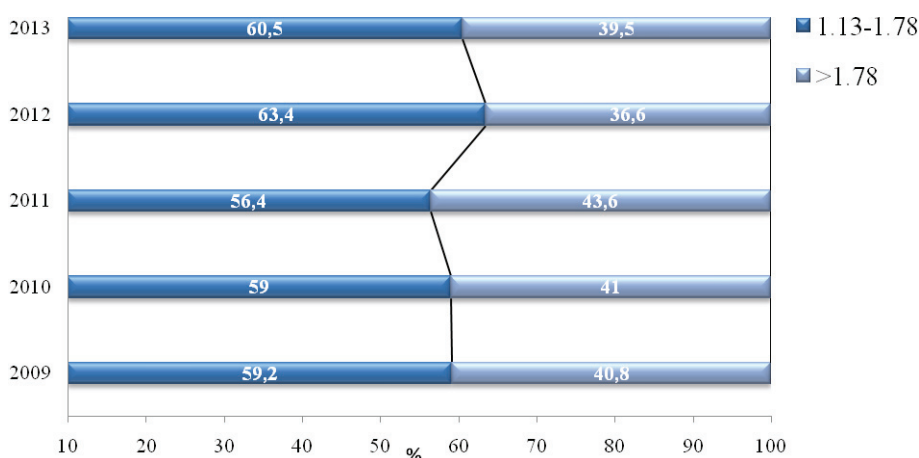


Рис. 15. Розподіл ПД-хворих за рівнем фосфору крові (ммоль/л).

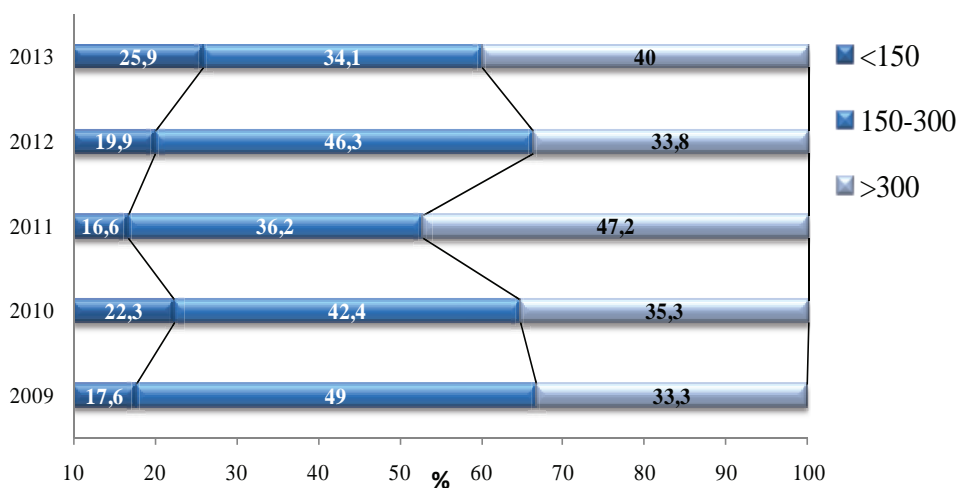


Рис. 16. Розподіл ПД-хворих за рівнем паратиреоїдного гормону (пг/мл).

Наведені дані свідчать про відсутність явних позитивних змін і підтверджують наявність у значної кількості ПД-хворих порушення кальцій-фосфорного обміну, яке є характерним для хворих ХХН V стадії, і привертає увагу, загострює актуальність питання адекватної тактики лікування.

Вона існує й у разі ГД терапії, що підтверджується результатами порівняльного аналізу основних якісних показників двох категорій хворих (рис.17). Зведені дані свідчать про подібність більшості показників за винятком кальцій-фосфорного обміну, порушення якого більш виражені.

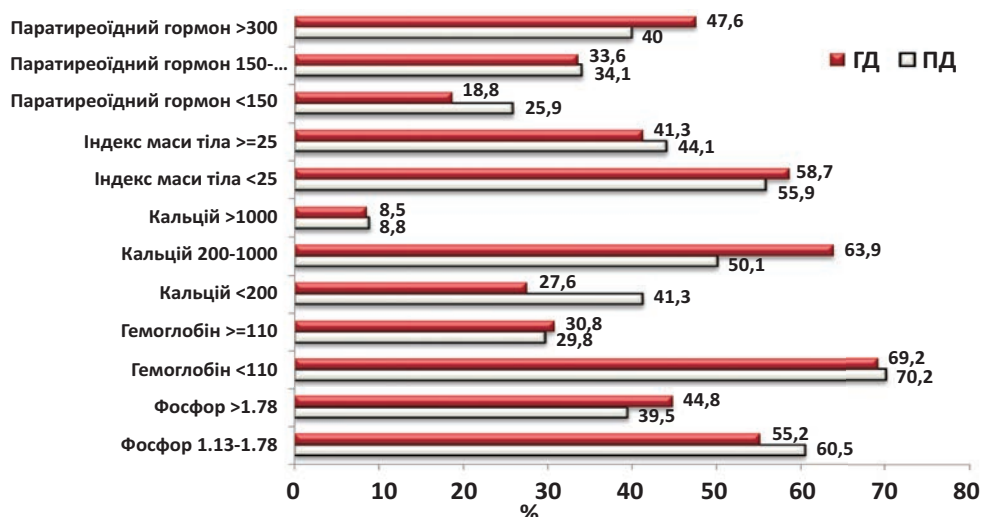


Рис. 17. Питома вага хворих на ГД та ПД за основними показниками якості лікування у 2013 р.

Фосфор-зв'язуючі препарати, як і в минулі роки, отримувало понад 87% пацієнтів, найчастіше карбонат кальцію – 67%. Проте, за цим, достатньо високим усередненим показником, приховуються області, де тільки третій-пятий лікується відповідним чином.

Позитивно слід оцінити динаміку змін показників інфікованості вірусами гепатитів В та С у ПД-хворих. У 2013 р. таких випадків було 1,4% проти 3,1% у 2009 р. (на 54,8%).

Відомості про померлих, які отримують ПД подані на рис.18 та у табл. 3.



Рис. 18. Динаміка питомої ваги померлих серед загальної кількості ПД хворих та тих, які вперше розпочали лікування.

Таблиця 3

Смертність пацієнтів, які отримували ПД (%)

	2009	2010	2011	2012	2013
<90 днів	6,67	7,69	5,56	4,29	12,61
>=90 днів <1 року	17,79	17,31	13,89	11,43	16,81
1-3 роки	55,56	44,23	50,00	51,43	41,18
4-5 років	8,89	19,23	20,83	24,29	16,81
6-10 років	11,11	7,69	9,72	7,14	11,76
11-15 років	0,00	1,92	0,00	0,00	0,8
16-20 років	0,00	1,92	0,00	0,00	0,00
понад 20 років	0,00	0,00	0,00	1,43	0,00

Аналіз даних свідчить про варіабельність показників за роками вивчення. Звертає на себе увагу тенденція до більш низької виживаності пацієнтів з роками. Проте, практично у двічі збільшилось хворих, які отримували лікування менше 90 днів і 4-5 років. Серед усіх, як і раніше, найбільший відсоток із 3-річною виживаністю.

Питома вага померлих серед хворих, що лікувались методом ПД зростає як серед усіх, так й серед тих, хто отримував його вперше в звітному році. А саме: у 2013 р. показник становив $12,6 \pm 1,1\%$ проти $8,2 \pm 1,20\%$ ($p < 0,05$) та $10,6 \pm 1,8\%$ проти $6,6 \pm 2,2\%$ відповідно ($p < 0,05$). Ситуація поглиблюється, якщо зважити, що кількість регіонів з показниками смертності вищими за середні по Україні, зростає. У 2009 р. їх було 4, а у 2013 р. – 10, де його величина перебувала в межах 13,2 у Вінницькій до 45,8% - у Хмельницькій області. Із 35 хворих на АПД померло 2, що становило 5,7%.

Серед причин смерті переважають серцево-судинні захворювання, доля їх вірогідно збільшується з $48,9 \pm 2,2\%$ у 2009 р. до $68,1 \pm 1,5\%$, практично вдвічі стало більше випадків з приводу цереброваскулярних хвороб (з 4,4% до 8,4% відповідно). Варто вказати на зменшення у 4,5 рази (з 15,6% до 3,4% відповідно) інфекційних хвороб, як причин смерті. Злоякісні новоутворення не перевищували 1,9 - 4,5% за роками вивчення. Замітимо, що є області, де усі пацієнти помирали від кардіо-васкулярної патології: Волинська, Закарпатська, Одеська, Рівненська, та АР Крим. За високим відсотком кількості померлих від цереброваскулярної патології виділяються Івано-Франківська, Київська, Луганська, Львівська, Полтавська, Чернігівська області. Зменшення практично утричі випадків смерті з інших причин свідчить про покращення діагностики (рис. 19).

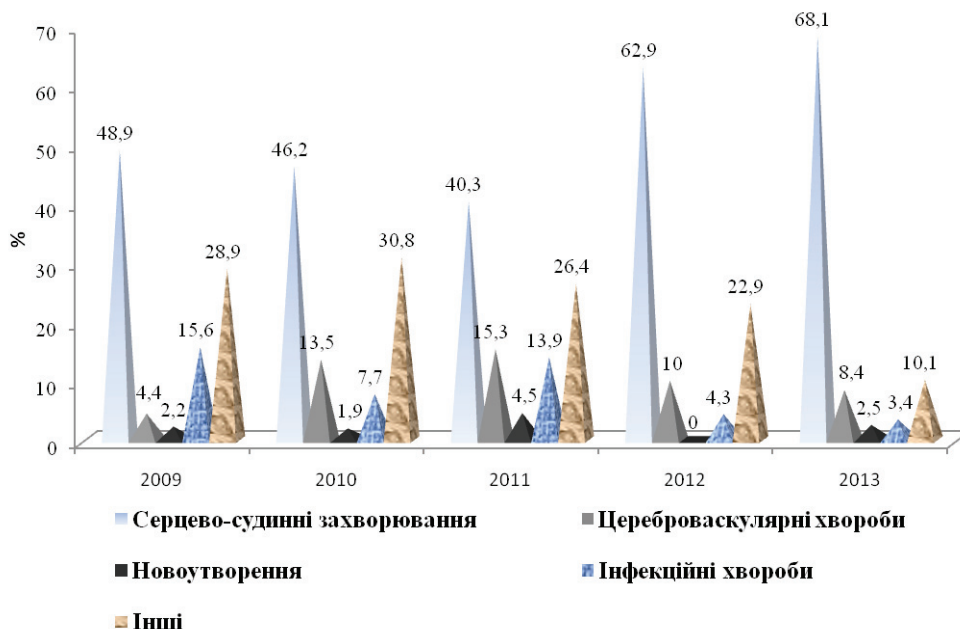


Рис. 19. Причини смертності ПД_пацієнтів.

Підсумовуючи аналіз стану ПД в Україні слід підкреслити, що він став другим за частотою застосування методом НЗТ. Проте, у 6 областях лікування ПД отримують лише 5-10 хворих. Однак викликає занепокоєння збільшення удвічі кількості пацієнтів з неадекватним діалізом. Збільшився рівень смертності як серед усіх ПД-пацієнтів, так і серед тих, які розпочали лікування вперше. У значної кількості хворих мають місце порушення кальцій-фосфорного обміну, що свідчить про неадекватність медичної терапії як згаданих змін, так і використання еритропоєтин стимулюючих лікарських засобів та препаратів заліза. Разом з тим, зусилля спрямовані на підвищення контролю ПД-асоційованих інфекцій, дозволили суттєво (у 4,5 рази) зменшити інфекційні ускладнення.

Вважаємо за необхідне звернути увагу, що на тепер ПД, як метод НЗТ, не знайшов широкого застосування серед жителів сільських місцевостей та невеликих міст, особливо на територіях з низькою щільністю населення.

Таким чином, протягом останніх 4 років використання ПД, як модальності НЗТ в Україні зростає швидкими темпами, а виявлені недоліки потребують покращення організації цього виду лікування, належного забезпечення лікарськими засобами та підвищення професіоналізму медичних працівників.

Надійшла до редакції 03.11.2014
Прийнята до друку 21.11.2014