

К.М.Гринёв, С.В.Алфёров, М.З.Цховребов

Сосудистый доступ для гемодиализа. Где и как в Санкт-Петербурге?

Докладчик: к.м.н. С.В.Алфёров

«ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ДИАЛИЗНОГО ДОСТУПА»-давно
очевидная проблема!

Будет ли решение?

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДИАЛИЗНЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ

(Б.Т.Бикбов, Н.А.Томилина отчет по данным Российского регистра ЗПД)

ЛЕН.ОБЛ.

- ~ 225 /
1 млн.
нас.

ПРИРОСТ ДИАЛИЗНОЙ ПОПУЛЯЦИИ

В Г.САНКТ-ПЕТЕРБУРГ И ЛЕН.ОБЛ. ~ 250-300 ЧЕЛОВЕК В ГОД

ПРИЧИНЫ:

1. УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЗПТ/СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ;
2. УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ (70 ЛЕТ И СТАРШЕ);
3. ЗА СЧЕТ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ГИПЕРТЕНЗИОННЫМ НЕФРОСКЛЕРОЗОМ;
4. СТАГНАЦИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИАЛИЗНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

ГД:ПД

9:1

•

ИСТОРИЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКОЕ РЕШЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ГД И ПД БЫЛО ВЫПОЛНЕНО УЖЕ В ПЕРВОЙ ТРЕТИ XX ВЕКА, ОСТАВАЛАСЬ ПРОБЛЕМА ПРАКТИЧЕСКОЙ РЕАЛИЗАЦИИ, А ИМЕННО СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО, БЕЗОПАСНОГО, ДОЛГОСРОЧНОГО И МАЛОЗАТРАТНОГО ДОСТУПА .

ИСТОРИЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА



Виллем
Йохан Кольф
(1911– 2009)



Белдинг Скрибнер
(1921 – 2003)



Клайд Шилдс
(1921 – 1971)

В 1943 году доктор W.J.Kolff впервые столкнулся с проблемой доступа к крови при применении «искусственной почки» для лечения острой почечной недостаточности

W.Quinton и B.Skribner в 1960 году предложили для использования артериовенозный шунт. Весной 1960 г. Клайд Шилдс из города Сиэтл (США) стал первым пациентом, которому проводился хронический ГД

Создание АВФ в 1966 г. M.J.Brescia, J.E.Cimino, K.Appel и B.Hurwish

ИСТОРИЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА

М.С.Дунлоп (1986г.) и Р.А.Стедбридж (1995 г.) предложили для использования фистулы на плече, созданные путем формирования соустья а.brachialis - в.сephalica и а.brachialis – транспонированная в.basilica, соответственно.

С середины 80-х гг. внедрение и широкое распространение в 2000-х гг. ССП

Инициатива «FISTULA FIRST» : нативная АВФ – «золотой стандарт доступа»

ХИРУРГИЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА



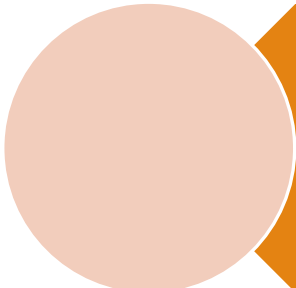
Im: 1/7
Sel: 5

Stenakova Tatjana Andreevna
8473
15.05.1952 F
Leningrad Regional Clinical Hospital
33A
Carillac EP
Coronary 13 (p)

WL: 138 Wv: 190 (D)
AP

15/05/2015 16:16:26

ИМПЛАНТАЦИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ КАТЕТЕРОВ



ОТКРЫТАЯ
МИНИЛАПАРОТОМИЯ



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ



РЕИМПЛАНТАЦИЯ

ХИРУРГИЯ ДИАЛИЗНОГО ДОСТУПА

*КАК РЕШАЕТСЯ
ВОПРОС В МИРЕ?*

40%

- ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД:
ПРИВЛЕЧЕНИЕ
**ХИРУРГОВ/СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ,
ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ РАДИОЛОГОВ**

10%

- ВЫПОЛНЕНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ АВ-
ДОСТУПА **НЕФРОЛОГАМИ**

50%

- СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ЦЕНТРЫ:
**«ЦЕНТР ХИРУРГИИ ДИАЛИЗНОГО
ДОСТУПА» / «ЦЕНТР
ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ НЕФРОЛОГИИ»**

ИМЕННО ПОСЛЕДНИЙ ПОДХОД ДЕМОНСТРИРУЕТ НАИБОЛЬШУЮ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ

ПОЧЕМУ?

ТЕСНАЯ СВЯЗЬ С ЦЕНТРАМИ ДИАЛИЗА

- СОЗДАНИЕ «ЦХДД/ЦИН» заранее планируется исходя из диализной популяции ближайшего региона: расчет 600-800 пациентов на 1 Центр.
 - Наличие в Центре «диализных координаторов», тесно сотрудничающих с ЦД, в первую очередь, внедряя и контролируя методики контроля за использованием доступов
-

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ

- Разработка тарифов
 - Амбулаторный режим
-

ПОЧЕМУ?

ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ В УСПЕХЕ

– СНИЖЕНИЕ ИЗДЕРЖЕК: один сложный случай восстановления АВД обходится дороже трех вмешательств, профилактирующих драматические осложнения

МОНОСПЕЦИАЛИЗАЦИЯ

– высокий образовательный ценз, наличие средств диагностики и лечения только для целей хирургии/интервенции АВД

ЦЕНТРЫ ДИАЛИЗА В СПб. и Лен.обл.

СПб

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ – 14

ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОЕ
ПАРТНЕРСТВО – 5

Лен.Обл.

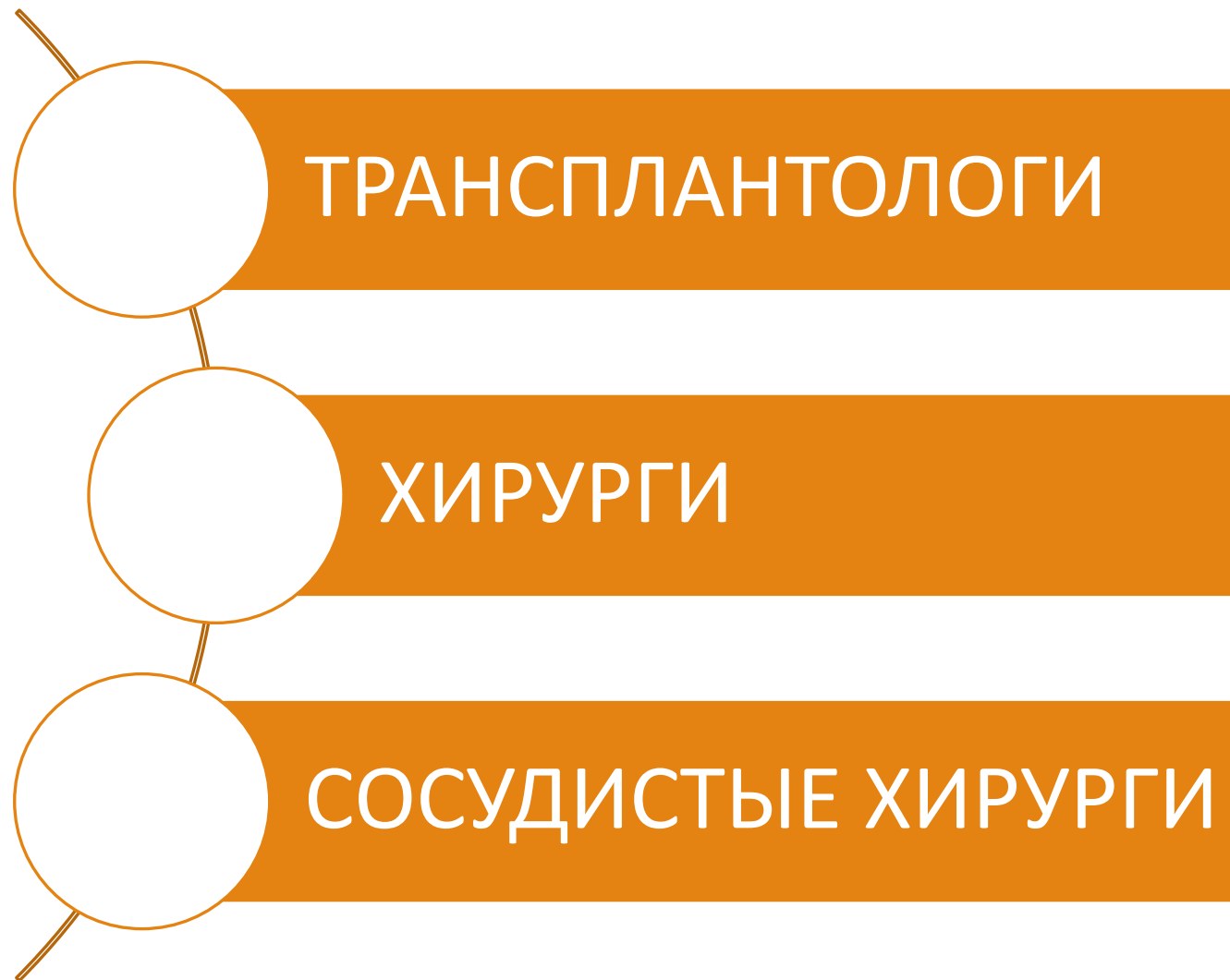
ГОСУДАРСТВЕННЫЕ – 3

ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОЕ
ПАРТНЕРСТВО – 4

ТАРИФ ОМС – НЕ ВКЛЮЧАЕТ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ, НЕ
ВКЛЮЧАЕТ ХИРУРГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДОСТУПА

ХИРУРГИЯ ДИАЛИЗНОГО ДОСТУПА

*КТО
ЗАНИМАЕТСЯ ?*



*первые операции по созданию АДД в г. Ленинград
выполнялись в середине 70-х гг. в 1-м ЛМИ нефрологом
В.Н.Спиридоновым*

Сосудистый доступ для гемодиализа. Где в Санкт-Петербурге?

ПСПбГМУ
им.акад.И.П.Павлова
(36 коек)
~ 200 операций/год

ЛОКБ
(25 коек)
~ 250 операций/год

Мариинская б-ца
(6 коек)
~ 300 операций/год

СЗГМУ
им.И.И.Мечникова

НМЦХ
им.Н.И.Пирогова

Елизаветинская б-ца

ВЦРЭМ
им.А.М.Никифорова
(??? коек)
60 операций/год



**НАДЕЖЕН ЛИ
ТАКОЙ
МЕХАНИЗМ?**

**ПРИНЦИП ПОСТРОЕНИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ
ЦЕНТРОВ ДИАЛИЗА И ХИРУРГОВ**

ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ
НЕФРОЛОГОВ ДИАЛИЗА

ФАКТ И ОБЪЕМ ПРОВЕДЕННЫХ ПРОЦЕДУР

ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ ХИРУРГА

- ХИРУРГИЯ ДОСТУПА, КАК ПРАВИЛО, ФАКУЛЬТАТИВНА, ОТНИМАЕТ ВРЕМЯ ОТ ОСНОВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ОПЛАТА ЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ НАГРУЗКУ???

- ЗАПОЛНЕНИЕ БРЕШЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ ЗА СЧЕТ ОПЕРАЦИИ НА АВ-ДОСТУПЕ



АДМИНИСТРАТОРА ИНТЕРЕСУЕТ
КОРОТКИЙ, НО ПОЛНЫЙ ТАРИФ

ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ
АДМИНИСТРАТОРА

**А ТАРИФА КАК РАЗ И
НЕТ!**

ДИАЛИЗНЫЙ БОЛЬНОЙ – ВЕЗДЕ ЧУЖОЙ

НЕФРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ – ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ «ХИРУРГИЯ», расходы на интервенцию/хирургию в тариф не включены

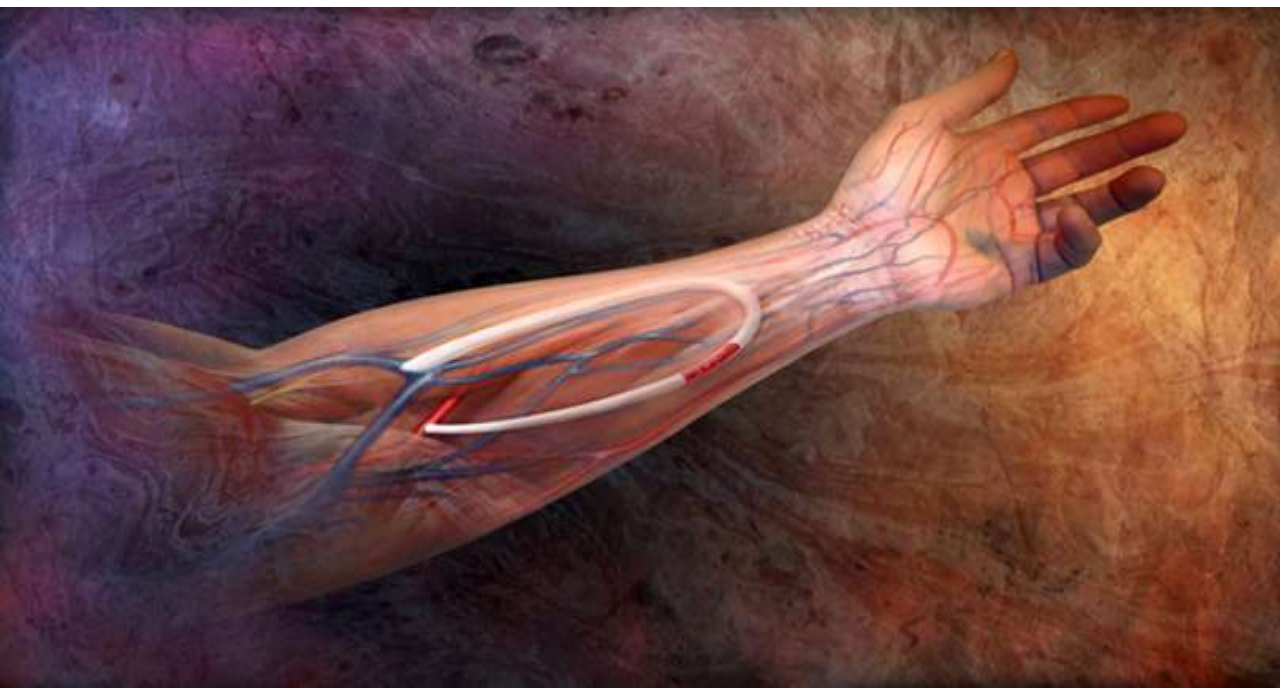
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ – ОСНОВНОЙ ДИАГНОЗ «ХПН» (код по МКБ-10 «N18»).

Госпитализация с формулировкой «*тромбоз артерий*», «*тромбофлебит*», «*гематома*», «*аневризма*», операции «*тромбэктомии из артерий*», «*артериализация венозного русла*» - **ЛОЖЬ**

ВОПРОСЫ, ТРЕБУЮЩИЕ РЕШЕНИЯ

- 1. Создание прецедента** – естественно, речь не идет о создании новой специальности, перечень медицинских специальностей и учреждений вполне позволяет гармонично вписать «ЦХДД/ЦИН» в структуру медицинских учреждений – обычная хирургическая служба.
- 2. Формирование и утверждение тарифов** – как по стационарной, так и по амбулаторной помощи.
- 3. Разработка и утверждение «Порядка по формированию (сопровождению) диализного доступа».**
- 4. Формирование мотивации** персонала диализных центров во внимательном, заинтересованном контроле за состоянием существующего доступа и активности в формировании индивидуальных стратегий доступов у кандидатов для диализного лечения.

Рано или поздно «ЦХДД/ЦИН» будут
учреждены, так кому как ни НЕФРОЛОГАМ
выступить с инициативой приближения этого
будущего!



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!