

О ГОСУДАРСТВЕ СУДЯТ ПО ОТНОШЕНИЮ К ИНВАЛИДАМ



ПРЕДСЕДАТЕЛЬ КОМИТЕТА СОВЕТА ФЕДЕРАЦИИ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЮ, ЗАМЕСТИТЕЛЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ СОВЕТА ПО ДЕЛАМ ИНВАЛИДОВ
ПРИ ПРЕДСЕДАТЕЛЕ СОВЕТА ФЕДЕРАЦИИ
Валентина Александровна Петренко

Сегодня повсеместно отмечается неуклонный рост числа больных с хроническими заболеваниями почек. По оценке экспертов, в России около 14 млн. человек имеют различные заболевания почек, которые могут привести к хронической почечной недостаточности (ХПН) и даже летальному исходу. В настоящее время количество больных хронической почечной недостаточностью ежегодно увеличивается на 10–12%. По официальным данным, инвалидами вследствие болезней почек ежегодно признаются 41,5 тыс. человек, в том числе: инвалиды I группы (с тяжелой почечной недостаточностью) составляют 3,1 тыс. человек (7,7% от общего числа), II группы – 19,3 тыс. человек (46,7%), III группы – около 19 тыс. человек (45,8%).

В большинстве случаев поражение почек с развитием почечной недостаточности (ПН) выявляется при первичных нефропатиях (нефрит и др.), а также как осложнение гипертонии, сахарного диабета, вирусных инфекций (прежде всего вирусные гепатиты В и С, ВИЧ), болезней обмена, у лиц пожилого возраста. Однако больные указанных групп риска развития ПН, как правило, не обследуются на наличие почечной патологии или обследуются при возникновении у них соответствующих жалоб, то есть уже в поздних стадиях ПН (4-я или 5-я терминальная стадия заболевания).

Единственно возможным методом лечения инвалидов с ХПН является заместительная почечная терапия (ЗПТ), которая относится к числу жизнеспасующих видов медицинской помощи для этих пациентов. Заместительная почечная терапия на современном этапе включает три разновидности – гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантацию почки.

Хотя каждый из этих вариантов ЗПТ имеет свои показания и противопоказания, в целом они дополняют друг друга, и в настоящее время в мировой нефрологической практике получил распространение так называемый интегрированный подход к ЗПТ. Он предполагает начало ЗПТ

с перитонеального диализа как наиболее физиологичного метода, после которого больной может быть направлен на трансплантацию почки или переведен на гемодиализ, если возможности перитонеального диализа исчерпаны.

Трансплантация почки, в отличие от диализа, является радикальным методом лечения почечной недостаточности, так как полностью заменяет все, в том числе эндокринные и метаболические, функции почки. Обеспечивая высокий уровень медико-социальной реабилитации и полноценную жизнь высокого качества, она имеет существенные медицинские, социальные и экономические преимущества перед диализом. В то же время эта операция имеет определенные возрастные и медицинские противопоказания, тогда как диализ может быть без ограничения применен у всех нуждающихся в замещении функции почек.

При невозможности выполнения трансплантации почки перитонеальный диализ в случае необходимости сменяется гемодиализом. Это обеспечивает *максимальную продолжительность жизни больных*, которая в настоящее время *может достигать 25–30 лет и более*, причем современный диализ (как гемо-, так и перитонеальный, при условии дополнения его соответствующей медикаментозной терапией) *позволяет сохранять трудоспособность больных и обеспечивать высокое качество жизни*.

По соотношению видов ЗПТ в ее общей структуре в Российской Федерации доминировал гемодиализ (71,6% от общего числа обеспеченных ЗПТ), на втором месте стоит трансплантация почки (число больных с функционирующей трансплантированной почкой составляет 21,4% от общего количества обеспеченных ЗПТ), на долю перитонеального диализа приходится лишь 7,1%. Анализ этих данных, во-первых, подчеркивает *существенную диспропорцию между развитием диализа и трансплантации почки* в нашей стране и, во-вторых, выявляет существенные отличия структуры ЗПТ в России и странах Европы, где доля трансплантации почки как метода, имеющего существенные преимущества перед диализом с медико-социальной и экономической точек зрения, составляет около 50%, хотя в среднем по миру доля больных, жизнь которых обеспечивается пересаженной почкой, равна примерно 25%.

Учитывая вышеизложенное, следует подчеркнуть необходимость дальнейшего развития ЗПТ в Российской Федерации с целью как повышения ее уровня в целом, так и устранения диспропорции между ее отдельными разновидностями, в частности повышения удельного веса в ее структуре процедур трансплантации почки и перитонеального диализа. Следует также *принять меры по устранению значительных межрегиональных различий в состоянии ЗПТ*, которые могут быть связаны не только с экономическим состоянием отдельных регионов, но и с разной региональной политикой в области здравоохранения.

Высока актуальность развития нефрологической службы в целом, призванной осуществлять мероприятия по раннему выявлению хронических заболеваний почек и широкому внедрению в практику здравоохранения современных методов нефропротекции, что, как показывает опыт ряда стран, может реально снизить приток больных на заместительную почечную терапию.

Количество отделений гемодиализа (ГД) увеличилось за последние 10 лет почти на 45% и в настоящее время их число составляет 2,0 на 1 млн. населения, что примерно в три раза меньше, чем средний показатель в странах Западной Европы, и почти в восемь раз меньше, чем в США. Число гемодиализных мест составляет в целом по стране 20,2 на 1 млн. населения, но при этом выявляются значительные межрегиональные различия.

Гемодиализ развивается в основном в крупных городах, тогда как для жителей сел, поселков городского типа и небольших городов он оказывается малодоступным. *Среди получающих лечение диализом только 16,7% составляют жители сел и поселков городского типа*.

Отсюда вытекает важная задача не только общего увеличения мощности региональной службы гемодиализа, но и *создания широкой сети диализной помощи с открытием новых центров/отделений гемодиализа в относительно небольших городах, а также развитием перитонеального диализа и трансплантации почки*.

Роль двух последних видов ЗПТ приобретает особое значение для жителей регионов с низкой плотностью населения. При этом на территориях Восточной Сибири и Севера, учитывая суровые климатические условия, особое предпочтение следует отдавать трансплантации



почки, в то время как в других, в том числе в регионах Центральной России, где также существуют проблемы удаленности места жительства больных от центра гемодиализа, важная роль принадлежит перитонеальному диализу.

В то же время *перитонеальный диализ используется только в 35 субъектах Российской Федерации*, суммарно примерно в 22% от общего числа отделений (63 отделения/центра), причем лишь в 42 из них он применяется как регулярный вид терапии, тогда как в остальных – у единичных больных. Хотя в последние годы и прослеживается постепенно возрастающая популярность перитонеального диализа в нашей стране, тем не менее его применение отстает от реальной потребности. До настоящего времени перитонеальный диализ занял прочное место как метод ЗПТ преимущественно в регионах с высокой плотностью населения.

Создание широкой сети диализных отделений, в свою очередь, потребует разработки новых документов, регламентирующих работу службы диализа в целом. Решение этой проблемы, в частности развитие перитонеального диализа, сопряжено с необходимостью развития в России производства растворов и расходных материалов для перитонеального диализа.

При решении этого вопроса следует иметь в виду, что *производство растворов для перитонеального диализа основано на использовании современных высоких технологий* и должно полностью соответствовать мировым стандартам. Требования к технологии этого производства, нарушения которой чреваты угрожающими жизни больных состояниями, столь высоки, что в настоящее время в мире есть только три производителя расходных материалов и растворов для перитонеального диализа.

Назрела острая необходимость совершенствования преемственности в работе службы диализа и консервативной нефрологии. Именно последняя должна решать задачу раннего выявления и ведения регистра больных с ХПН, а также широкого внедрения в практику здравоохранения современных методов как диагностики, так и торможения прогрессирования хронических болезней почек, основанных на малозатратном медикаментозном подавлении активности внутрипочечной ренин-ангиотензинной системы. Такой подход к решению задачи, в том числе массовое обследование населения и внедрение в практику работы врачей первичного звена указанных нефропротективных методов, в ряде стран уже дал свой результат и позволил затормозить рост числа больных, нуждающихся в начале диализа.

Качество лечения диализом определяет его эффективность, то есть уровень медико-социальной реабилитации, качество жизни больных и исход лечения. В настоящее время можно считать доказанным, что важнейшим условием обеспечения адекватности диализа, а следовательно, и высокого уровня медико-социальной реабилитации больных и связанного с этим высокого качества жизни является длительность лечения не менее 12 часов в неделю (в режиме три сеанса по четыре часа). Несоблюдение этих требований неизбежно приводит к ухудшению состояния больных, развитию у них различных серьезных осложнений, в том числе инфекционных и кардиоваскулярных, что резко снижает качество жизни, ухудшает прогноз лечения и существенно повышает его стоимость.

В целом по России более чем у 90% пациентов лечение гемодиализом проводилось в соответствии с современными требованиями (в режиме три раза в неделю по четыре часа).

Однако 8% ГД-пациентов получали недостаточную дозу диализа (два раза в неделю или длительность сеанса до трех часов и менее).

Одной из объективных причин сокращения числа сеансов ГД являются удаленность места жительства больного от центра гемодиализа и проблемы транспортировки, существующие не только в регионах с низкой плотностью населения, но также и в Центральной России, и в Южном федеральном округе. Другой, более редкой причиной являются *ограничения финансирования*. Причиной же сокращения продолжительности процедуры гемодиализа подчас являются *острая нехватка диализных мест и стремление принять на лечение максимальное число пациентов*.

В связи с этим важнейшей предпосылкой обеспечения должного качества лечения, а следовательно, и качества жизни больных является создание единых медико-экономических стандартов по проведению гемо- и перитонеального диализа и введение единой системы контроля качества лечения. Другим необходимым условием решения этой проблемы является создание развитой



диализной сети с организацией как гемо-, так и перитонеального диализа, что позволит решить проблему транспортировки больных.

Существенным фактором, от которого зависит качество лечения диализом (как гемо-, так и перитонеальным), является *лабораторный контроль ряда биохимических показателей крови*, в том числе и уровня паратиреоидного гормона. Этим вопросам, к сожалению, руководители здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений ряда субъектов Федерации не уделяют должного внимания.

Повышение качества лечения напрямую зависит *от введения медико-экономических стандартов диализной помощи и оснащения ЛПУ*, в которых функционируют отделения диализа, необходимым лабораторным оборудованием.

В целом возрастной состав больных с терминальной ХПН в нашей стране отличается от такового в странах с высоким уровнем обеспеченности ЗПТ и, отражая сохраняющийся дефицит диализной помощи, характеризуется резким преобладанием больных молодого и трудоспособного возраста. При этом важно подчеркнуть, что *современный диализ обеспечивает большей части из них уровень реабилитации, позволяющий продолжать свою профессиональную деятельность.*

Однако инвалиды с хронической почечной недостаточностью испытывают большие трудности с трудоустройством. Ввиду их «привязанности» к гемодиализу резко сокращается возможность их трудоустройства и тем самым реабилитации и адаптации в обществе. Не получили должное развитие социальные программы по поддержке и социальной защите таких больных. Практически не развивается «диализный туризм», посредством которого предоставляется возможность для них путешествовать, совершать деловые поездки, вести активный образ жизни. Даже не все крупные санаторно-курортные учреждения обеспечены оборудованием для проведения диализа.

Отдельно необходимо отметить неблагоприятную ситуацию в детской нефрологии. В России на сегодняшний день 1 ребенок из 30 страдает заболеванием мочевой системы и около 2 тыс. детей имеют диагноз «хроническая почечная недостаточность». При этом наблюдается ежегодная динамика увеличения числа больных. Это обусловлено несколькими причинами, среди которых: несвоевременная пренатальная и постнатальная диагностика, отсутствие диспансеризации детей в раннем дошкольном возрасте и современной квалифицированной медицинской помощи детям с заболеваниями мочевой системы (медицинский персонал, лабораторно-инструментальное и лекарственное обеспечение), отсутствие единых современных медицинских стандартов диагностики и лечения больных заболеваниями мочевой системы.

Трансплантация почки является оптимальным видом ЗПТ и с медико-социальной, и с экономической точек зрения. Вопросы организации трансплантации почки как часть проблемы трансплантации органов в целом в последние годы постоянно находятся в поле зрения Минздравсоцразвития России. Принят ряд мер по интенсификации трансплантации почки в нашей стране. Как следствие, в течение 2007–2008 годов наметилась тенденция к росту числа ежегодно выполняемых операций: 556 трансплантаций почки в 2006 году, 666 – в 2007 году, 782 – в 2008 году. Положительным следует также считать факт постепенного увеличения количества трансплантаций почки от родственного донора (43 – в 2000 году, 139 – в 2006 году, 145 – в 2008 году). Тем не менее количество трансплантаций почки резко отстает от реальной потребности. Показатель числа ежегодно выполняемых трансплантаций почки в России равен 5,5 на 1 млн. населения, в то время как в среднем по Европе он составляет примерно 40.

Принятые Минздравсоцразвития России меры, безусловно, способствовали увеличению темпа прироста больных, жизнь которых обеспечивается трансплантированной почкой. В этом аспекте следует подчеркнуть, что результаты трансплантации почки в нашей стране, оцененные по выживаемости больных и проценту функционирующих трансплантатов, сопоставимы с таковыми в странах Европы. Через пять лет после операции функционирует около 70% трансплантатов, обеспечивающих реципиентам аллогенной почки полноценную жизнь.

Однако трансплантация почки играет пока лишь весьма незначительную роль в обеспечении населения Российской Федерации заместительной почечной терапией. Ее удельный вес в общей структуре составляет лишь около 21% (против 49–53% в странах Европы). В этой связи большую оза-



боченность вызывает низкая доступность трансплантации для большинства жителей Российской Федерации, связанная не только с характерной для всего мира проблемой дефицита донорских органов.

Трансплантация почки в настоящее время фактически выполняется только в 24 из 46 лечебно-профилактических учреждений, утвержденных Минздравсоцразвития России как учреждения, в которых может выполняться трансплантация почки. И эти центры функционируют лишь в 16 субъектах Федерации. Предполагается, что жители других регионов страны могут оперироваться в федеральных учреждениях. Однако структура квоты, выделяемой на выполнение трансплантации, предусматривает финансирование только 2-месячного срока ожидания трансплантации, тогда как фактическая, реальная продолжительность ожидания трансплантации составляет в среднем около 11–16 месяцев. И в течение этого периода пациент должен жить вблизи центра трансплантации, а его жизнь в течение этого срока обеспечивается диализом. При этом предполагается, что финансирование диализа в этот период будет осуществляться субъектом Федерации, в котором пациент, ожидающий трансплантацию, проживает постоянно. Однако это правило на практике далеко не всегда реализуется.

Но более существенно, что такой порядок предполагает также наличие свободных гемодиализных мест в том регионе, где будет оперироваться больной, что нереально при существующем повсеместном дефиците гемодиализных мест. И именно это – невозможность обеспечения диализом периода ожидания трансплантации почки – является одной из важнейших причин низкой доступности трансплантации почки для большой части населения нашей страны.

К примеру, из 24 фактически функционирующих в настоящее время центров трансплантации 5 центров федерального подчинения расположены в Москве, и их «лист ожидания» неизбежно ограничивается числом больных, которые, не будучи жителями Москвы, могут быть обеспечены гемодиализом в этом городе. Москва, даже и имея максимальный по стране уровень обеспеченности ЗПТ, как и другие регионы Российской Федерации, постоянно испытывает потребность в гемодиализных местах для так называемых «новых» больных (600–700 человек в год), что делает практически невозможным обеспечение гемодиализом в системе городских ЛПУ иногородних больных, ожидающих трансплантации. В то же время на территории Москвы расположено несколько отделений гемодиализа федерального подчинения, в которых после принятия решения о прекращении федерального финансирования диализа (диализ исключен из списка высокотехнологичных видов медицинской помощи) гемодиализные места простаивают, несмотря на высокий уровень оснащения этих отделений. Включение такого рода отделений в общую программу трансплантации почки в стране с восстановлением их федерального финансирования и возложением на них обязанностей по подготовке к этой операции потенциальных реципиентов явилось бы важным шагом на пути повышения доступности этой операции населению России.

В настоящее время доказана связь между снижением функции почек и ускоренным развитием и прогрессированием сердечно-сосудистых заболеваний, и в первую очередь ишемической болезни сердца. Риск сердечно-сосудистой смерти для больных на диализе многократно превышает таковой в общей популяции, возрастая в 500 раз для лиц в возрасте 25–35 лет, в 100 раз для лиц среднего возраста и в 15 раз для лиц старше 70 лет.

До сих пор остаются нерешенными следующие базовые проблемы:

- вопросы улучшения качества жизни инвалидов с ХПН и совершенствования организации ЗПТ в Российской Федерации следует рассматривать в контексте совершенствования организации нефрологической помощи в целом;
- до настоящего времени в Российской Федерации не уделяется внимание вопросам эпидемиологии хронических болезней почек, их раннего выявления и широкого применения нефропротективных методов лечения;
- обеспеченность населения Российской Федерации ЗПТ недостаточна и резко отстает от существующей потребности. Состояние этого вида помощи характеризуется резкими межрегиональными различиями, обусловленными не только разным экономическим состоянием субъектов Федерации, но и разной политикой в области здравоохранения;



- обращает на себя внимание низкая доступность ЗПТ для населения сел, поселков городского типа и небольших городов, а также жителей территорий с низкой плотностью населения. Особого внимания заслуживает низкая доступность трансплантации почки;
- существует заметная диспропорция в соотношении отдельных видов ЗПТ в пользу резкого преобладания гемодиализа над перитонеальным диализом и трансплантацией почки;
- несоординированное развитие нефрологической помощи в целом, в том числе и ЗПТ, в значительной мере связанное с отсутствием документов, регламентирующих их работу в современных условиях;
- отсутствуют стандарты оказания помощи больным при ХПН, а также лечения гемодиализом и перитонеальным диализом, что отрицательно влияет как на качество лечения, так и на связанные с ним затраты;
- требует совершенствования система лекарственного обеспечения больных с ХПН.

Для их решения необходимо принятие дополнительных мер по повышению доступности и качества медицинской и социальной помощи инвалидам с хронической почечной недостаточностью.

Обсудив проблемы, сложившиеся в области медицинской и социальной помощи инвалидам с хронической почечной недостаточностью, Совет по делам инвалидов при Председателе Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации и участники заседания рекомендуют:

Правительству Российской Федерации поручить заинтересованным федеральным органам исполнительной власти:

1. Совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации разработать и принять федеральную целевую программу «Оказание помощи больным с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации», предусмотрев на ее реализацию необходимые денежные средства из федерального бюджета и из бюджетов субъектов Российской Федерации.
2. Разработать на федеральном уровне стандарты нефрологической помощи больным с хронической почечной недостаточностью (на додиализной стадии, на программном гемодиализе и перитонеальном диализе), а также стандарты контроля качества диализной терапии и установить предельный срок эксплуатации диализного оборудования, соответствующий его техническим параметрам.
3. Разработать и внедрить на федеральном и региональном уровнях специальные программы по раннему выявлению, лечению, внедрению методов торможения прогрессирования и профилактики хронических заболеваний почек.
4. Разработать план мероприятий по полному обеспечению потребности в заместительной почечной терапии населения Российской Федерации путем создания широкой сети отделений гемодиализа, развития службы трансплантации почки, перитонеального диализа, создания дополнительных нефрологических койко-мест в стационарах.
5. Рассмотреть возможность увеличения финансирования лекарственного обеспечения инвалидов с ХПН, расширения ассортимента современных лекарственных препаратов и включения больных с ХПН, получающих диализную помощь, в перечень пациентов, подлежащих льготному лекарственному обеспечению за счет средств федерального бюджета. Расширить гарантированный перечень (перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и перечень средств по Программе обеспечения необходимыми лекарственными средствами), включив в него наиболее эффективные препараты нового поколения для лечения осложнений, возникающих при хронической почечной недостаточности.
6. Совершенствовать организацию и развитие службы медицинской нефрологической помощи, отвечающей современным требованиям.
7. Разработать подпрограммы в рамках программы «Профилактика и борьба с заболеваниями социального характера» или «Дети России» по ранней диагностике, профилактике и современному лечению заболеваний почек у детей.
8. Обеспечить возможность перемещения диализных больных в пределах Российской Федерации, а также их санаторно-курортного лечения.



9. Восстановить диализ, то есть гемодиализ, перитонеальный диализ, в перечне высокотехнологичных видов медицинской помощи, критериям которого оба вида диализа полностью соответствуют, и возобновить их федеральное финансирование в части, необходимой для повышения доступности трансплантации почки.

10. Поручить Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации ввести и утвердить должность главного внештатного нефролога.

11. Рассмотреть вопрос о государственной поддержке деятельности общественных объединений в области нефрологии с целью внедрения современных видов социальной реабилитации данной категории больных.

Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

1. Предусмотреть включение в план Минздравсоцразвития России по проведению научно-исследовательских работ в области здравоохранения на 2010 год научных работ по изучению и исследованию на национальном уровне распространенности хронических болезней почек.

2. Рассмотреть вопрос о путях развития детского донорства на территории Российской Федерации.

3. Разработать стандарт подготовки специалистов терапевтического профиля по вопросам почечной патологии и включить его в приоритетный национальный проект «Здоровье».

4. Внедрить на территории Российской Федерации международную классификацию стадий хронической болезни почек и внести соответствующие изменения в порядок экспертизы нетрудоспособности больных с хронической почечной недостаточностью.

5. Внедрить междисциплинарный подход по ведению пациентов с хронической почечной недостаточностью, организовать мероприятия по постдипломной подготовке нефрологов, а также по повышению уровня знаний врачей первичного звена в области современной нефрологии.

6. Разработать правила (порядок) расчета единых тарифов стоимости диализной процедуры для диализных учреждений различных форм собственности, а также утвердить единую базисную стоимость операций по трансплантации органов для всех субъектов Российской Федерации с учетом региональных коэффициентов.

7. Рассмотреть вопрос о введении специальности «медицинская сестра диализного зала», а также об открытии специализированных курсов по повышению квалификации медицинских сестер, работающих в отделениях диализа.

8. Ускорить процесс рассмотрения приказа «Порядок оказания нефрологической помощи», подготовленного Российским диализным обществом.

9. Поручить научным и практическим учреждениям, подведомственным Минздравсоцразвития России:

- совершенствовать критерии медико-социальной экспертизы, определения инвалидности лиц с болезнями почек с учетом современной концепции инвалидности, международной классификации нарушений и международной классификации функционирования;
- расширить изучение медицинских и социально-гигиенических характеристик инвалидов вследствие болезней почек для получения оперативной информации об их потребности в различных мерах реабилитации.

Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

1. Разработать и принять региональные целевые программы по раннему выявлению, лечению, внедрению методов торможения прогрессирования и профилактики хронических заболеваний почек.

2. Принять активное участие в разработке федеральной целевой программы «Оказание помощи больным с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации», предусмотрев на ее реализацию необходимые денежные средства из бюджета субъекта Российской Федерации.

3. Активизировать разработку на региональном уровне комплексных программ, направленных на профилактику инвалидности, совершенствование реабилитации и улучшение социальной поддержки инвалидов вследствие болезней почек.

4. Принять меры по совершенствованию организации работы нефрологической службы с созданием широкой сети амбулаторной и стационарной нефрологической помощи, в том чис-



ле в сельской местности и на территориях с низкой плотностью населения, поручив координацию работы службы крупным нефрологическим центрам, организованным на базе областных, краевых и республиканских многопрофильных лечебно-профилактических учреждений.

5. Развивать применение перитонеального диализа в качестве заместительной почечной терапии.

6. Поручить региональным нефрологическим центрам:

– создание региональных регистров больных с хронической почечной недостаточностью как обязательное условие рационального планирования службы заместительной почечной терапии;

– координацию преемственности в оказании всех видов нефрологической помощи, а также взаимодействия нефрологов как с врачами первичного звена, так и со специалистами кардиологами и эндокринологами;

– мониторинг качества диализа и безопасности лекарственных средств, применяемых у данной группы пациентов, с целью отслеживания побочных эффектов и своевременного принятия мер по оптимизации лекарственной терапии.

7. Осуществлять поддержку общественных объединений больных с почечной недостаточностью.

8. Развивать применение перитонеального диализа в качестве заместительной почечной терапии.