

УДК 616.61:616.39

Назарова Гулчехра Усмановна

Кафедра повышения и переподготовка ВОП

Андижанский государственный медицинский институт

НАРУШЕНИЯ НУТРИЦИОННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Резюме: Нарушения нутритивного статуса (белково-энергетическая недостаточность) традиционно считали исключительно проблемой больных, находящихся на заместительной почечной терапии. Между тем в результате эпидемиологических исследований было установлено, что среди больных с терминальной стадией ХБП (ХБП стадии) у 5–15% перед началом лечения программным гемодиализом и постоянным амбулаторным перитонеальным диализом уже выявляются нарушения нутритивного статуса.

Ключевые слова: почка, нутритивная недостаточность.

Nazarova Gulchekhra Usmanovna

Department of Promotion and Retraining of GPs

Andijan State Medical Institute

NUTRITIONAL STATUS DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Resume: Nutritional disorders (protein-energy malnutrition) have traditionally been considered exclusively a problem in patients undergoing renal replacement therapy. Meanwhile, as a result of epidemiological studies, it was found that among patients with end-stage CKD (stage CKD), 5-15% of patients

before starting treatment with programmed hemodialysis and continuous outpatient peritoneal dialysis already have nutritional status disorders.

Key words: kidney, nutritional deficiency.

Актуальность. Несмотря на то что внедрение методов заместительной почечной терапии (ЗПТ) способствовало увеличению продолжительности жизни больных ХБП, появился ряд новых проблем, в т. ч. связанных с частотой нарушений нутритивного статуса, белково-энергетической недостаточности (БЭН), особенно для больных на регулярном гемодиализе (ГД)[2]. Нарушения нутритивного статуса имеют важное прогностическое значение, поскольку оказывают значительное влияние на выживаемость и уровень реабилитации этих групп больных [3]. Отмечено, что смертность больных в течение первого года диализной терапии составила 15 % среди больных с нормальным индексом массы тела — интегральным показателем оценки нутритивного статуса, и 39 % среди больных, индекс массы тела которых менее 19 кг/м².

В настоящее время простыми и доступными неинвазивными методами оценки степени нарушений нутритивного статуса, в т. ч. и у больных с наличием отеков, являются антропометрия и биоэлектрический импедансный анализ (БИА)[1]. Однако отсутствуют работы, в которых бы с помощью антропометрии и биоэлектрического импедансного анализа проводилась сравнительная оценка состояния нутритивного статуса больных ХБП на додиализных стадиях ХБП и во время лечения регулярным ГД, а также изучение факторов риска развития нутритивных нарушений у этих больных[4].

Частота выявления нарушений нутритивного статуса зависит от степени почечной недостаточности: среди больных ХБП с уровнем скорости клубочковой фильтрации (СКФ) 59–30 мл/мин/1,73 м² нарушения нутритивного статуса выявляют в среднем у 4,2% больных, в то

время как среди больных ХБП с уровнем СКФ 29–15 мл/мин/1,73 м² – в среднем у 21,3% больных.

Нарушения нутритивного статуса на додиализном этапе ХБП встречаются главным образом при системных заболеваниях с сохраняющейся активностью у лиц с низкой калорийностью питания (30 ккал/кг/сут), тяжелой анемией (Hb 10 г/дл), высоким уровнем протеинурии (1,5 г/сут) и продолжительностью кортикостероидной терапии (6 мес). Одним из наиболее частых проявлений нарушения нутритивного статуса у больных ХБП на додиализном этапе является гипоальбуминемия (сывороточный альбумин 3,5 г/дл).

Цель исследования. Определение диагностических возможностей традиционной антропометрии и биоэлектрического импедансного анализа для ранней диагностики нарушений нутритивного статуса у больных хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы исследования. В исследование включены 60 пациентов с ХБП, из них 40 – с ХБП III–IV стадий, 20 – с ХБП V стадии, из них 31 мужчина и 119 женщин; возраст – от 29 до 80 (в среднем 46,7 ± 10,8) лет.

Результаты исследования. Среди всех 60 больных ХБП III–V стадий нарушения нутритивного статуса (БЭН) выявлены у 33,9% по данным традиционного метода и у 34,4% с помощью монитора БИА. При этом частота нарушений нутритивного статуса зависела от степени почечной недостаточности: среди больных ХБП с уровнем СКФ 59–30 мл/мин/1,73 м² нарушения нутритивного статуса были выявлены как по данным традиционного метода, так и с помощью БИА только у 3,1%, в то время как среди больных ХБП с уровнем СКФ 29–15 мл/мин/1,73 м² они диагностированы уже у 14,5 и 18,7 % больных, а также у 51 и 54 % диализных больных соответственно.

Среди больных 2-й группы с ХБП в рамках системных заболеваний с высокой протеинурией ($> 1,5$ г/сут), лечением кортикостероидами в анамнезе (> 6 месяцев до включения в исследование) нутритивные нарушения отмечены уже при умеренном снижении СКФ (44—30 мл/мин/1,73 м²). В 1-й группе они выявлены только среди больных IV стадией ХБП по данным как антропометрии, так и БИА.

Результаты скрининга позволили выявить разное число больных с нарушениями нутритивного статуса в зависимости от используемого метода исследования: традиционного — для 59 больных (9 % на додиализных стадиях и 51 % на диализе), и биоимпедансного анализа (БИА) — для 64 больных (соответственно 10 и 64 %). При выяснении причины расхождения результатов выяснилось, что у 5 больных (все женщины), у которых при использовании традиционного метода не было выявлено нарушения нутритивного статуса, отмечены умеренные отеки туловища и конечностей, которые повлекли завышение результата антропометрических измерений и окончательного увеличения подсчета количества баллов.

Среди наблюдаемых нами больных 1-й и 2-й групп ($n = 39$), получавших МБД в сочетании с препаратом эссенциальных аминокислот и их кетоаналогов (ЭАК и КА) — Кетостерил® не менее чем 12 месяцев до начала исследования, ни у одного из них не регистрировались нарушения нутритивного статуса (метод БИА).

Вывод. Наряду со стандартной антропометрией состав тела определяли с помощью биоэлектрического импедансного анализа.

Соотношение тощей и жировой массы тела у больных ХБП с большей точностью можно определить с помощью биоэлектрического импедансного анализа. Более выраженные нарушения нутритивного статуса при ХБП ассоциированы в т.ч. с расчетной скоростью клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/1,73 м², анемией, гипальбуминемией, а также

депрессией и непереносимостью определенных пищевых продуктов. Нарушения нутритивного статуса при ХБП корректируются малобелковой диетой с применением кетоаналогов аминокислот.

Биоэлектрический импедансный анализ позволяет диагностировать у пациентов с ХБП нарушения нутритивного статуса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Ермоленко В.М., Козлова Т.А., Михайлова Н.А. Значение малобелковой диеты в замедлении прогрессирования хронической почечной недостаточности. (Обзор литературы) // Нефрология и диализ. - 2006. - №8(4). - С. 310-320.

2.Томилина Н.А. и др. Хроническая болезнь почек. Избранные главы нефрологии. - ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 512 стр.

3.Chou C.C., Bai C.H., Tsai S.C., Wu M.S. Low serum acylated ghrelin levels are associated with the development of cardiovascular disease in hemodialysis patients // Intern Med. - 2010. - Vol. 49(19). - P.2057-64.

4.Tong J., Prigeon R.L., Davis H.W. et. al. Physiologic concentrations of exogenously infused ghrelin reduces insulin secretion without affecting insulin sensitivity in healthy humans // J ClinEndocrinolMetab. - 2013. - Vol. 98(6). - P. 2536-2543.