

УДК 616.61:616.39

Арзибеков Абдукадир Гулямович

Арзибекова Умида Абдикадировна

Умарова Мукаддасхан Абдукадировна

Кафедра педиатрии,

Кафедра факультативной педиатрии и неонатологии

Андижанский государственный медицинский институт

НАРУШЕНИЯ НУТРИЦИОННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С 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.

Arzibekov Abdukadir Gulyamovich

Arzibekova Umida Abdikadirovna

Umarova Mukaddaskhon Abdulkadirovna

Department of Pediatrics,

Department of Elective Pediatrics and Neonatology

Andijan State Medical Institute

NUTRITIONAL STATUS DISORDERS IN CHILDREN WITH KIDNEY DISEASE

Resume: Nutritional status disorders (protein-energy deficiency) have traditionally been considered exclusively a problem of patients undergoing renal replacement therapy. Meanwhile, as a result of epidemiological studies, it was

found that among patients with end-stage CKD (CKD stage), 5-15% already have nutritional status disorders before starting treatment with programmed hemodialysis and permanent outpatient peritoneal dialysis.

Key words: kidney, nutritional insufficiency.

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 БП 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 детей хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы исследования. В исследование включены 60 детей с ПП, из них 40 – с ПП III–IV стадий, 20 – с ПП V стадии, из них 31 мальчик и 29 девочек; возраст – от 1 до 14 лет.

Результаты исследования. Среди всех 60 детей ПП III–VД-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 ПП 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 ПП 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 БП 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.