

ПРИМЕНЕНИЕ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БЭН СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ  
НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Амреева З.К.<sup>1</sup>, Чингаева Г.Н.<sup>1</sup>, Кулкаева М.Н.<sup>1</sup>, Алимжанова Э.Б.<sup>1</sup>, Дабылтаева К.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Нарушение нутриционного статуса (НС) среди пациентов находящихся на программном гемодиализе (ПГД) является основным предиктором плохой выживаемости. По данным различных исследований распространенность белково-энергетической недостаточности (БЭН) среди данной категории пациентов колеблется от 18 до 75% в зависимости от методов скрининга. БЭН в значительной степени способствует высоким показателям заболеваемости и смертности.

**Цель исследования.** Оценить наличие БЭН среди пациентов старших возрастных групп, получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ) ПГД, с использованием шкал «Краткая оценка питания» (КОП), «Субъективная глобальная оценка» (СГО), шкала «Недостаточность питания на диализе» (НПД), шкала «Гипотрофии-воспаления» (ГВ), биохимических, антропометрических данных.

**Материалы и методы.** 38 пациентов получающих лечение ПГД в условиях амбулаторного гемодиализного центра были включены в данное кросс-секционное исследование, средний возраст которых составил  $67,3 \pm 5,8$  года, преобладали женщины 57,9%, средняя продолжительность ЗПТ  $55,0 \pm 32,1$  мес. НС оценивался по шкалам КОП, СГО, НПД, ГВ. Были проанализированы антропометрические данные (окружность плеча (ОП), толщина кожно-жировой складки над трицепсом (ТКЖТ), окружность мышц плеча (ОМП) и лабораторные данные связанные с нутриционным статусом. Пациенты были распределены в группы по наличию нарушений НС.

**Результаты.** Причиной развития терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ТХПН) в 47,4% случаев была артериальная гипертензия, 26,3% сахарный диабет, 2,6% гломерулярные болезни, 23,7% другие причины. Распространенность БЭН при оценке с использованием вышеуказанных методов была следующая: по шкалам КОП и НПД риск развития БЭН 39,5% и 73,7%, соответственно, БЭН выявлена у 10,5% пациентов; по шкале СГО нарушение НС средней степени (СГО-В) обнаружена у 23,7%, нарушение НС тяжелой степени (СГО-С) была выявлена у 10,5%; по шкале ОП риск развития БЭН составила 26,3%. Оценки СГО и КОП достоверно коррелировали с ОП ( $r = -0,461$ ,  $p = 0,004$  и  $r = -0,371$ ,  $p = 0,022$ ), ОМП ( $r = -0,362$ ,  $p = 0,026$  и  $r = -0,411$ ,  $p = 0,010$ , соответственно) и процентом потери веса ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,001$ ). Значимой корреляции между биохимическими показателями и оценочными шкалами не выявлено.

**Заключение:** Результаты исследования показывают, что у пациентов в возрасте  $>60$  лет, получающих лечение ПГД распространенность БЭН высокая (10,5%), в большинстве случаев это связано с потерей мышечной массы. Таким образом, шкалы КОП, НПД и СГО при оценке нутриционного статуса у пожилых пациентов на ПГД являются применимыми. При ведении данной категории пациентов для улучшения качества и продолжительности жизни необходимо уделить должное внимание своевременной диагностике и коррекции БЭН.