

Д-р Марк Райт, MB, ChB, MD, FRCP

Нефролог-консультант, Університетська лікарня Сент-Джеймс, Лідс

Пані Елізабет Сауткотт (диплом із відзнакою)

Старший спеціаліст ренальний дієтолог, Університетська лікарня Сент-Джеймс, Лідс

Пан Стюарт Вінберг

Автор-пацієнт

Dr Mark Wright MB, ChB, MD, FRCP

Consultant Nephrologist, St James's University Hospital, Leeds

Mrs Elizabeth Southcott BSc (Hons)

Senior Specialist Renal Dietician, St James's University Hospital, Leeds

Mr Stuart Wineberg

Patient Author

Ниркова асоціація Настанови з клінічної практики Недоїдання при хронічній хворобі нирок (січень 2019)

Резюме рекомендацій з клінічної практики

The Renal Association Clinical Practice Guideline Undernutrition in Chronic Kidney Disease (January, 2019)

Summary of clinical practice guidelines

1. Виявлення недоїдання в людей із захворюваннями нирок (Рекомендації 1.1–1.3)

Рекомендація 1.1. Моніторинг ризику недоїдання при ХХН

Ми пропонуємо контролювати пацієнтів із ХХН 4–5-ї стадій з метою виявлення тих, хто має ризик недоїдання (2C).

Ми пропонуємо проводити моніторинг (2D):

- при надходженні й потім щотижня для стаціонарних пацієнтів;
- при клінічному огляді для амбулаторних пацієнтів із рШКФ < 20, але не на діалізі;
- кожні 2–3 місяці для стабільних пацієнтів, які отримують гемодіаліз;
- кожні 2–3 місяці для стабільних пацієнтів, які отримують перитонеальний діаліз.

1. Identification of undernutrition in people with kidney disease (Guidelines 1.1–1.3)

Guideline 1.1. Monitoring for risk of undernutrition in CKD

We suggest that patients with stages 4–5 CKD should be monitored to identify those at risk of undernutrition (2C).

We suggest that monitoring should be performed (2D):

- On admission then weekly for inpatients.
- At clinic review for outpatients with eGFR < 20 but not on dialysis.
- 2–3 monthly for stable haemodialysis patients.
- 2–3 monthly for stable peritoneal dialysis patients.

Рекомендація 1.2. Діагностика недоїдання в людей із захворюваннями нирок

1.2.1. Ми пропонуємо, щоб був чіткий шлях швидкого звернення до спеціаліста з ниркової дієтології в разі виявленого ризику недоїдання. Цей шлях повинен включати місцеві узгоджені терміни для формальної оцінки (2D).

1.2.2. Ми пропонуємо, щоб пацієнти були оцінені спеціалістом з ниркової дієтології протягом одного місяця після початку діалізу або зміни модальності діалізу.

1.2.3. Ми пропонуємо, щоб офіційні оцінки поживних речовин проводились для тих, хто визнаний групою ризику. Ці діагностичні оцінки, як правило, виконуються спеціалістами з ниркової дієтології за підтримки широкої міждисциплінарної команди. Вони включатимуть такі інструменти, як суб'єктивна глобальна оцінка, середня окружність руки, сила рук, деякі біохімічні параметри (включаючи альбумін, сечовину, креатинін і холестерин). Можуть бути корисними біоімпедансні пристрої. Оцінка споживання поживних речовин також є необхідною (2B).

Рекомендація 1.3. Ми рекомендуємо пацієнтам з нирковою недостатністю, які мають ризики недоїдання, також оцінювати ризик синдрому надмірного годування (1D)

2. Втручання для зменшення поширеності недоїдання в людей із захворюваннями нирок (Рекомендації 2.1–2.10)

Рекомендація 2.1. Доза видалення малих розчинених речовин для запобігання анорексії

Ми рекомендуємо, щоб доза діалізу відповідала рекомендаціям щодо кліренсу розчинених речовин (наприклад, URR, Kt/V) (1C).

Рекомендація 2.2. Корекція метаболічного ацидозу

Ми пропонуємо підтримувати концентрацію венозних бікарбонатів у межах норми (2C).

Рекомендація 2.3. Щоденне споживання білків

Ми рекомендуємо мінімальне споживання білка:

- 0,8–1,0 г/кг ідеальної маси тіла (ІМТ)/день для пацієнтів із ХХН 4–5-ї стадії, які не отримують діаліз (1C);
- 1,1 г/кг ІМТ/день для пацієнтів, які отримують гемодіаліз (1C);
- 1,0–1,2 г/кг ІМТ/день для пацієнтів, які отримують перитонеальний діаліз (1C);
- це має супроводжуватися достатнім енергоспоживанням;
- ми не вважаємо, що є достатньо доказів, щоб рекомендувати дієти з низьким вмістом білка для людей із прогресуючою нирковою недостатністю (1C).

Рекомендація 2.4. Щоденне енергоспоживання

Ми пропонуємо таке енергоспоживання:

- 30–40 ккал/кг ІМТ/день для всіх пацієнтів залежно від віку й фізичної активності (2C);

Guideline 1.2. Diagnosis of undernutrition in people with kidney disease

1.2.1. We suggest that there should be a clear pathway for prompt referral to specialist renal dietitians when risk of undernutrition is identified. This pathway should include locally agreed timescales for formal assessment (2D).

1.2.2. We suggest that patients should be assessed by a specialist renal dietitian within one month of starting dialysis or changing dialysis modality.

1.2.3. We suggest that formal nutritional assessments are carried out on those identified to be at risk. These diagnostic assessments will typically be performed by specialist renal dietitians with support from the broader multidisciplinary team. They will include tools like a Subjective Global Assessment, mid arm circumference, handgrip strength, some biochemical parameters (including albumin, urea, creatinine and cholesterol). Bioimpedance machines can be useful. Assessment of nutrient intake will also be needed (2B).

Guideline 1.3. We recommend that in-patients with kidney failure deemed to be at risk of undernutrition are also assessed for risk of refeeding syndrome (1D)

2. Interventions to reduce the prevalence of undernutrition in people with kidney disease (Guidelines 2.1–2.10)

Guideline 2.1. Dose of small solute removal to prevent anorexia

We recommend that dialysis dose meets recommended solute clearance index guidelines (e.g. URR, Kt/V) (1C).

Guideline 2.2. Correction of metabolic acidosis

We suggest that venous bicarbonate concentrations should be maintained in the normal range (2C).

Guideline 2.3. Daily dietary protein intake

We recommend a minimum protein intake of:

- 0.8–1.0 g/kg ideal body weight (IBW)/day for patients with stage 4–5 CKD not on dialysis (1C).
- 1.1 g/kg IBW/day for patients treated with haemodialysis (1C).
- 1.0–1.2 g/kg IBW/day for patients treated with peritoneal dialysis (1C).
- This should be accompanied by an adequate energy intake.
- We do not believe there is sufficient evidence to recommend low protein diets for people with progressive kidney failure (1C).

Guideline 2.4. Daily energy intake

We suggest a prescribed energy intake of:

- 30–40 kcal/kg IBW/day for all patients depending upon age and physical activity (2C).

— зазначимо, що пацієнти з перитонеальним діалізом, ймовірно, всмоктують вуглеводи з діалізуючого розчину, і це слід враховувати.

Рекомендація 2.5. Добавки мікронутрієнтів у діалізних пацієнтів

Ми пропонуємо, щоб водорозчинні вітамінні добавки були запропоновані діалізним пацієнтам зі зменшеним споживанням поживних речовин або тим, які мають надзвичайно високий рівень кліренсу розчинених речовин при діалізі (наприклад, щоденний або нічний гемодіаліз) (2C).

Ми рекомендуємо, щоб інші мікроелементи доповнювалися лише за наявності симптомів дефіциту з біохімічним підтвердженням дефіциту (1C).

Рекомендація 2.6. Програми тренувань у діалізних пацієнтів

Ми рекомендуємо пропонувати гемодіалізі пацієнтам регулярно займатися фізичними вправами (1C).

Рекомендація 2.7. Анаболічні препарати при нирковій недостатності

Ми рекомендуємо, щоб анаболічні препарати не використовувалися для лікування недоїдання в людей із нирковою недостатністю (1C).

Рекомендація 2.8. Пероральні харчові добавки у хворих на недоїдання

Ми рекомендуємо вживати пероральні харчові добавки, якщо харчовий раціон не забезпечує зазначених вище рівнів, а прийом їжі навряд чи покращиться після дієтичного оцінювання/втручання (1C).

Рекомендація 2.9. Ентеральне харчування у хворих на недоїдання

Ми пропонуємо, щоб використання ентерального харчування за допомогою назошлункової трубки (НШТ)/черезшкірної ендоскопічної гастростомії (ЧЕГ) розглядалося в окремих випадках, якщо споживання поживних речовин субоптимальне, незважаючи на пероральні добавки, що визначається наявністю значних ризиків і незручностей, пов'язаних із цими формами годування (2C). Важливо враховувати коморбідність, загальний стан і ймовірні перспективи виживання пацієнта, перш ніж приступити до такого інвазивного лікування.

Рекомендація 2.10. Парентеральна харчова підтримка у хворих на недоїдання

Ми пропонуємо інтрадіалізне парентеральне харчування (ІДПХ) або внутрішньоочеревинні амінокислоти при перитонеальному діалізі для окремих випадків при недостатньому ефекті перорального або ентерального прийому (2D). ■

— We note that peritoneal dialysis patients are likely to absorb carbohydrate from their dialysis fluid and this should be taken into account.

Guideline 2.5. Micronutrient supplementation in dialysis patients

We suggest that water soluble vitamin supplements should be offered to dialysis patients with a reduced nutrient intake or those that have unusually high levels of solute clearance on dialysis (e.g. daily or overnight haemodialysis) (2C).

We recommend that other micronutrients are supplemented only if there are symptoms consistent with deficiency and biochemical evidence of deficiency (1C).

Guideline 2.6. Exercise programs in dialysis patients

We recommend that haemodialysis patients should be advised and supported to exercise regularly (1C).

Guideline 2.7. Anabolic agents in kidney failure

We recommend that anabolic agents should not be used to treat undernutrition in people with kidney failure (1C).

Guideline 2.8. Oral nutritional supplements in undernourished patients

We recommend the use of oral nutritional supplements if oral intake is below the levels indicated above and food intake is not likely to improve following dietetic assessment/intervention (1C).

Guideline 2.9. Enteral feeding in undernourished patients

We suggest that the use of enteral feeding via a Naso Gastric Tube (NGT)/Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) is considered in selected cases if nutrient intake is suboptimal despite oral supplements recognising that there are significant risks and inconvenience associated with these forms of feeding (2C). It is important to consider the patient's comorbidity, general condition and likely survival prospects before embarking upon invasive treatment such as this.

Guideline 2.10. Parenteral nutritional support in undernourished patients

We suggest intradialytic parenteral nutrition (IDPN) in haemodialysis or intraperitoneal amino acids in peritoneal dialysis may be considered for selected cases when oral or enteral intake is suboptimal (2D). ■

Переклад: Д.Д. Іванов, М.Д. Іванова
Рецензування: акад. НАМН України, проф. Л.А. Пиріг ■