

внутренние борения о том – начинать диализ или нет, значит диализ надо начинать. Однозначно! Иное дело пациент. Он может от гемодиализа отказаться по своим собственным соображениям или ему неубедительно объяснили ситуацию. Тог-

да организуйте хотя бы установку фистулы. Этот больной все равно придет к вам, когда уремия достанет его смертельной хваткой.

Поступила в редакцию 10.02.2003 г.

© А.Г.Кучер, 2004
УДК 615.857:547.96

А.Г. Кучер

КОММЕНТАРИЙ: СЛУХИ О КОНЧИНЕ МАЛОБЕЛКОВОЙ ДИЕТЫ СИЛЬНО ПРЕУВЕЛИЧЕНЫ

A.G.Kucher

COMMENTS: RUMORS ABOUT THE DECEASE OF THE LOW PROTEIN DIET ARE GROSSLY EXAGGERATED

Научно-исследовательский институт нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета, Россия

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, малобелковая диета.

Key words: chronic renal failure, low protein diet.

В своей работе «Малобелковая диета приказывает долго жить» Е.А.Стецюк утверждает, что использование малобелковой диеты (МБД) в додиализном периоде хронической почечной недостаточности (ХПН) приводит к развитию гипоальбуминемии, которая увеличивает риск смерти на гемодиализе. Автор ссылается на работы В. Barret и соавт. [1], F. McCusker и соавт. [2], P. Held и соавт. [3], в которых приводятся данные о взаимосвязи концентрации альбумина в сыворотке крови в начале гемодиализа и риском смерти для пациентов, получающих этот вид лечения. Следует, однако, заметить, что Е.А.Стецюк ни слова не говорит о том, что гипоальбуминемия развилась в результате использования малобелковой диеты в додиализном периоде. Нет таких данных и в вышеперечисленных статьях зарубежных авторов. Необходимо подчеркнуть, что в работе F. McCusker и соавт. [2] вообще идет речь о больных, получающих перитонеальный диализ. Не совсем понятно, почему автор ссылается на работу P. Held и соавт. [3], напечатанную в J. Am. Soc. Nephrol. в виде тезиса (стр.328), в то время как этими же исследователями опубликовано несколько работ с серьезным анализом проблемы выживания больных, подвергающихся лечению гемодиализом [4, 5].

Наверное, нельзя однозначно утверждать, что если концентрация альбумина в сыворотке крови низкая, то это обязательно связано с употребле-

ем недостаточного количества белка. Гипоальбуминемия, как известно, может быть связана со многими другими причинами (заболевания печени, коллагенозы, нефротический синдром и т.д.).

Касаясь вопроса о целесообразности использования малобелковой диеты в додиализном периоде в качестве метода лечения, нивелирующего симптомы уремии, а также замедляющего скорость прогрессирования ХПН, мы, ссылаясь на собственный опыт и данные зарубежных авторов, можем высказаться о положительном влиянии МБД на течение хронической почечной недостаточности. Многочисленные публикации также подтверждают эту точку зрения [6,7]. Последней работой из этой серии является труд D. Fouque и соавт. [8], в котором подтверждается благоприятное воздействие МБД на течение ХПН и скорость ее прогрессирования. В работе показано, что диета с содержанием белка в количестве 0,6 г на 1 кг массы тела в сутки замедляла скорость прогрессирования почечной недостаточности и не вызывала других побочных эффектов, в том числе и гипоальбуминемии. Особо хотелось бы заметить, что наряду с количеством и качеством белка необходимо очень строго контролировать уровень энергонасыщенности рациона. Он не должен быть ниже, чем 35 ккал на 1 кг массы тела в сутки. При дефиците калорий белок будет использоваться как «энергетический» материал, а не как пластичес-

кий. Кроме того, диета должна быть сбалансированной по основным ингредиентам (белкам, жирам, углеводам). Целесообразно также использование белковосодержащих и/или аминокислотных пищевых добавок. Важным является и то, что замена части животных белков на полноценные растительные (соевые) положительно сказывается на выраженности симптомов ХПН и скорости ее прогрессирования.

Крайне важным вопросом диетотерапии больных с ХПН в додиализном (и не только) периоде является дисциплинированность пациентов в отношении соблюдения требований к основным составляющим пищевого рациона. Огромную помощь в решении этого вопроса оказывают врачи-диетологи или врачи-нефрологи, серьезно знающие суть этой проблемы. К большому сожалению, отсутствие таких специалистов резко снижает эффективность данного вида лечения. Хочется отметить, что данная проблема является значимой не только для России, но и для стран Европы и Америки. Например, в США только треть больных, поступающих на заместительное лечение, в додиализном периоде получали консультации от квалифицированных врачей-диетологов [9,10].

Безусловно, использование малобелковой диеты в преддиализном периоде ХПН создает определенные трудности, но есть все основания считать, что слухи о ее кончине сильно преувеличены.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Barret BS, Parfrey PS, Morgan S et al. Prediction of early death in end-stage renal disease patients starting dialysis. *Am J Kidney Diseases* 1997; 29 (2): 214-222
2. McCusker F, Teehan BP, Thorpe KE et al. How much peritoneal dialysis is required for the maintenance of a good nutritional state? *Kidney Int* 1996; 50 [Suppl 56]: S56-S61
3. Held PJ, Port FK, Garcia JR et al. Hemodialysis prescription and delivery in the US. Results from the USRDS case mix study. *J Am Soc Nephrol* 1991; 2: 328
4. Held PJ, Blagg CR, Liska DW et al. The dose of hemodialysis according to dialysis prescription in Europe and the United States. *Kidney Intl* 1992; 42 [Suppl 38]: S16-S21
5. Held PJ, Carrol CE, Liska DW et al. Hemodialysis therapy in the United States: What is the dose and does it matter? *Am J Kidney Diseases* 1994; 24(6): 974-980
6. Aparicio M, Chauveau, DePrecigout V et al. Nutrition and outcome on renal replacement therapy of patients with chronic renal treated by a supplemented very low protein diet. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11: 708-716
7. Kopple JD, Levey AS, Chumlea WC et al. Relationship between nutritional status and the glomerular filtration rate: results from the MDRD study. *Kidney Int* 2000; 57: 1688-1703
8. Fouque D, Wang P, Laville M et al. Low protein diets for chronic renal failure in non-diabetic adults (Cochrane Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Cochrane Library. 2003, Issue 1. Oxford: Update Software, CD 011892: 1-18.
9. United States Renal Data System: The USRDS Morbidity and Mortality Study Wave2. *Am J Kidney Dis* 1997; 30 [Suppl 1]: S67-S85
10. Mehrotra R, Nolph KD. Treatment of advanced renal failure: low-protein diets optimely initiation of dialysis? *Kidney Intl* 2000; 58 (4): 1381-1388

Поступила в редакцию 08.10.2003 г.