

© А.М.Шутов, 2004  
УДК 615.857.2

*А.М.Шутов*

## КОММЕНТАРИЙ ПО ПОВОДУ СТАТЬИ Е.А.СТЕЦЮКА «МАЛОБЕЛКОВАЯ ДИЕТА ПРИКАЗЫВАЕТ ДОЛГО ЖИТЬ»

*A.M.Shutov*

## COMMENTS ON PAPER BY E.A.STETSYUK «LOW PROTEIN DIET IS GOING TO DIE OUT»

Кафедра терапии и профессиональных болезней Ульяновского государственного университета, Россия

**Ключевые слова:** хроническая почечная недостаточность, малобелковая диета.

**Key words:** chronic renal failure, low protein diet.

В статье Е.А.Стецюка «Малобелковая диета приказывает долго жить» [1] автор поднимает очень важную тему – использование малобелковой диеты у больных с хронической почечной недостаточностью в преддиализном периоде. В России додиализных больных, как правило, лечат терапевты или нефрологи, не занимающиеся гемодиализом. При этом, согласно отчету «О состоянии заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 2001 г.», только 111 из 181 отделений диализа сотрудничают с отделениями нефрологии или отделениями, в которых имеются нефрологические койки [2].

Можно полностью согласиться с Е.А.Стецюком в том, что прогноз больного на гемодиализе, имеющего нарушения питания (malnutrition), значительно ухудшается. Гипоальбуминемия на старте гемодиализа является независимым предиктором плохого прогноза [3]. На важность проблемы питания указывает огромное число публикаций на эту тему, в том числе издание рекомендаций K/DOQI (2000 год) [4] (перевод имеется на сайте Российского диализного общества [www.dialysis.ru](http://www.dialysis.ru)). Среди 110 843 больных, которые начали лечение гемодиализом в США в период с апреля 1995 по июнь 1997 года, у 67% альбумин сыворотки крови был ниже 3,5 г/дл [5]. Следует лишь отметить, что развитие гипоальбуминемии зависит не только от характера питания, но и от наличия воспаления, нефротического синдрома и ряда других факторов.

Вместе с тем, малобелковая диета входит в состав мероприятий по нефропротекции. Представ-

ления о роли малобелковой диеты на протяжении последних десятилетий меняются, но в одном направлении – от выраженного в середине прошлого века, до умеренного ограничения белка (0,75-0,8г/кг при скорости клубочковой фильтрации более  $\geq 25$  мл/мин и 0,6 г/кг при более значительном снижении функции почек) в современных рекомендациях [4,6]. При этом приоритеты уже определены: если у больного появляются признаки malnutrition, от использования малобелковой диеты следует отказаться, даже в ущерб нефропротекции. Малобелковой диетой начало гемодиализа, вероятно, можно отдалить на несколько месяцев, но при этом больной, у которого развилась недостаточность питания, на несколько лет раньше умрет на гемодиализе.

Сегодня пока преждевременно говорить об отказе от использования малобелковой диеты у больных со сниженной функцией почек на додиализном этапе, так как такие рекомендации содержатся как в американских [4], так и европейских [6] рекомендациях по лечению больных с хронической болезнью почек, хотя по значимости малобелковая диета и уступает контролю артериальной гипертензии. Целью лечения больного на додиализном этапе должна быть не только нефропротекция, но и обеспечение «сохранности» больного для следующего этапа лечения – заместительной терапии. Лечение больного с хронической болезнью почек единый процесс, и малобелковая диета должна работать на достижение конечного результата, который заключается в обеспечении максимальной продолжительности и высокого качества жизни больного. Улучшить ситуацию, вероятно, может регулярный контроль за состоянием питания (мо-

нитирование альбумина, антропометрических параметров и др.), желательно с привлечением специалиста диетолога, подготовленного для лечения этой сложной группы больных.

Таким образом, пока преждевременно «списывать» малобелковую диету (хотя я не исключаю, что так и произойдет), но следует определить ее место в почечном континууме: «от факторов риска до смерти» (аналогично сердечно-сосудистому континууму в кардиологии) крайне необходимо. Во всяком случае, недопустим стандартный подход к назначению малобелковой диеты. Проводя лечение больного мы уже на додиализном этапе должны быть озабочены дальнейшей судьбой больного на гемодиализе.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Стецюк ЕА. Малобелковая диета приказывает долго жить. *Нефрология* 2004; (1):103-105
2. Бикбов БТ, Томилина НА. О состоянии заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 2001г. *Нефрология и диализ* 2004; (1): 4-42
3. Leavey SF, Strawderman RL, Jones CA et al. Simple nutritional as independent predictors of mortality in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 1998;31:997-1006
4. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Nutrition in Chronic Renal Failure, 2000
5. Obrador GT, Rutharer R, Arora P et al. Prevalence and factors associated with suboptimal care before initiation of dialysis in the United States. *J Am Soc Nephrol* 1999;10:1793-1800
6. Rossert JA, Wauters J-P Recommendations for the screening and management of patients with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17 [Suppl 1]: 19-28

Поступила в редакцию 24.04.2004 г.