

© Е.А.Стецюк, 2004
УДК 615.857:547.96

Е.А. Стецюк

МАЛОБЕЛКОВАЯ ДИЕТА ПРИКАЗЫВАЕТ ДОЛГО ЖИТЬ

Е.А. Stetsyuk

LOW PROTEIN DIET IS GOING TO DIE OUT

Медицинский центр Центрального Банка России, Москва

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

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

Мне, узкому специалисту в области гемодиализа, удалось, наконец, осознать, что наши уважаемые нефрологи основным методом лечения хронической почечной недостаточности в преддиализном периоде считают малобелковую диету. По формальным признакам малобелковая диета вроде бы эффективна. В самом деле, снижается уровень мочевины и креатинина. Эти цифры обнадеживают больного и он еще более ограничивает себя в белковых продуктах, старательно налегая на овощи и фрукты. Так, на фоне пристойных цифр азотемии пациент худеет, теряет мышечную массу, уменьшаются гемоглобин и альбумин. И несмотря на снижение уровня азотемии, больному все равно плохо. Нефрологи изо всех сил стараются, чтобы оттянуть начало гемодиализа, считая это своей основной задачей. Пациент уже дышит на ладан, а уровень мочевины невысок. Появился перикардит – не беда, полечим стероидами или индометацином. К счастью, далеко не все одобряют такую тактику. Многие опытные клиницисты понимают страшный вред от ограничения белка, ведь природу не обманешь. Но стереотипы и традиции их подавляют. Ситуация очень схожа с гипогликемической диетой для больных с сахарным диабетом. Сейчас почти все понимают пагубность ограничения углеводов для диабетиков. А сколько народу погублено гипогликемической диетой?

Ранее я не имел формальных данных о губительных последствиях ограничения белка в додиализном периоде. Сейчас эти доказательства есть (рис. 1).

B.S. Varret и соавт. (1997) показали, что если уровень альбумина сыворотки крови в начале лечения гемодиализом менее 2,5 г%, то риск смерти у этих больных во время лечения гемодиализом более, чем в два раза превышает риск у больных, которые начали лечение гемодиализом при уровне альбумина более 3,0 г%.

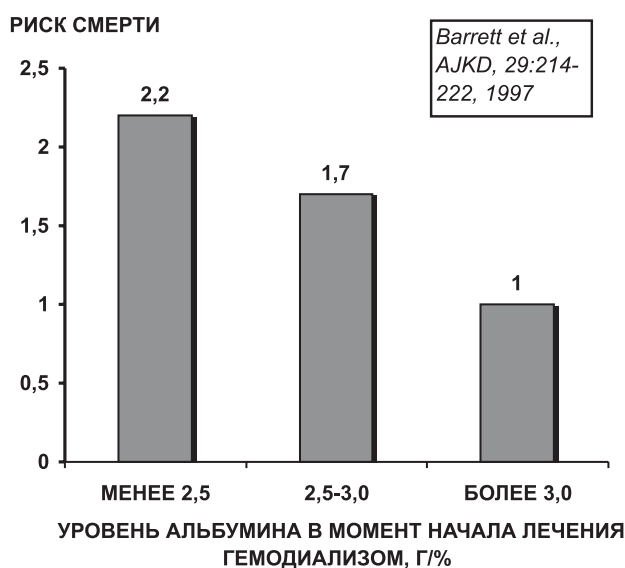


Рис. 1. Зависимость риска смерти от уровня альбумина в момент начала лечения гемодиализом.

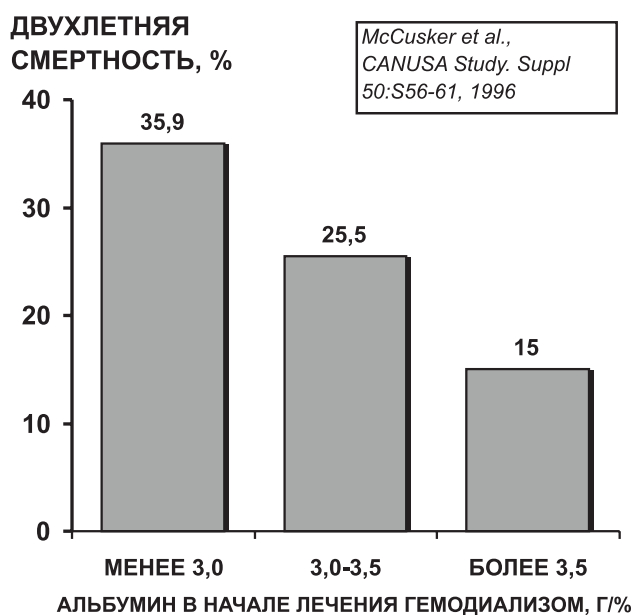


Рис. 2. Двухлетняя смертность в зависимости от уровня альбумина в начале лечения гемодиализом.

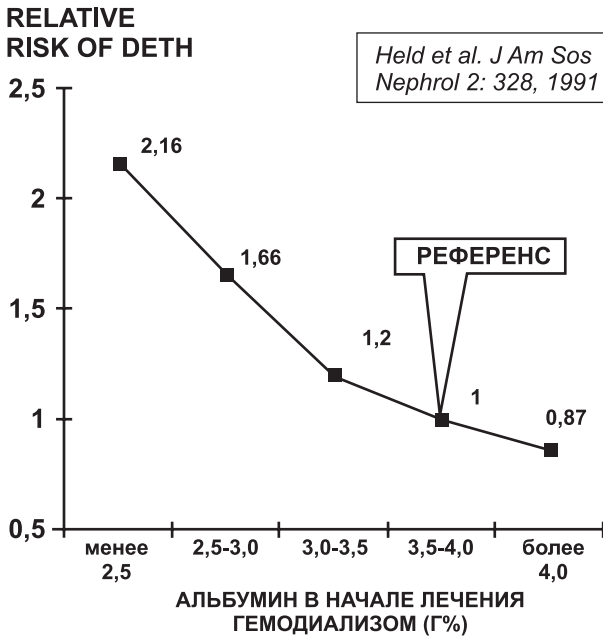


Рис. 3. Относительный риск смерти в зависимости от концентрации альбумина в начале лечения гемодиализом.

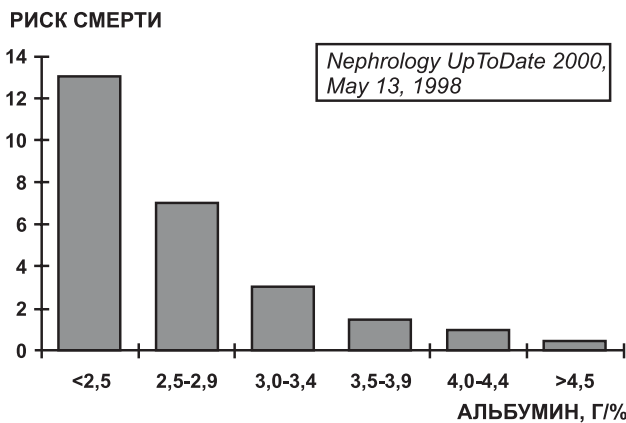


Рис. 4. Риск смерти в зависимости от концентрации альбумина.

Ф. McCusker и соавт. (1996) сообщили, что у больных с альбумином более 3,5 г% в начале лечения гемодиализом двухлетняя смертность составила 15%. А у больных с альбумином менее 3,0 г% двухлетняя смертность составила 35,9% (рис. 2).

Аналогичные данные других авторов представлены на рисунках 3 и 4. Их комментировать я не буду.

Теперь полагаю, очевидно, что малобелковая диета не оставляет больному никаких шансов выжить на гемодиализе. Нужны ли ещё доказательства? Полагаю, нет. Малобелковая диета приказывает долго жить.

Будем и дальше упорствовать? Или начнем гемодиализ, не дожидаясь, когда больной уже не сможет участвовать в дискуссии о том, нужен ли ему гемодиализ или нет.

Любит наш народ инструкции. Ну, скажи ты ему точно, при каком уровне креатинина надо начинать гемодиализ. Будет вам инструкция, хотя

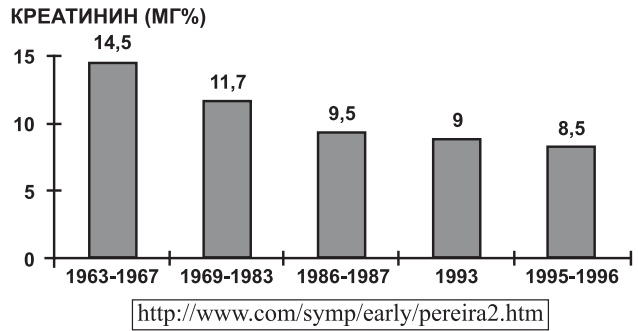


Рис. 5. Средний уровень креатинина в момент начала лечения гемодиализом в США.

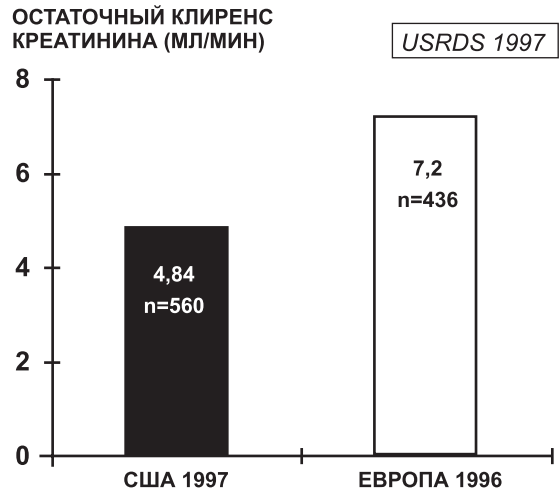


Рис. 6. Остаточный клиренс креатинина в момент начала лечения гемодиализом в Европе и США.

Рекомендации NKF-DOQI когда начинать диализ

- Почечный клиренс мочевины снизился до 7 мл/мин/1,73 м²;
- Почечный клиренс креатинина от 9 до 14 мл/мин/1,73 м²;
- Клубочковая фильтрация снизилась до 10,5 мл/мин/1,73 м².

Рис. 7. Рекомендации DOQI когда начинать гемодиализ.

толку от нее мало. В Америке, например, в 1963–1967 году начинали гемодиализ при среднем уровне креатинина 14,5 мг%, в 1995–1996 году при уровне 8,5 мг%. То есть гемодиализ начинают все раньше (рис. 5).

Но Америка нам не указ. В Европе начинали гемодиализ в 1996 году при среднем остаточном клиренсе креатинина 7,2 мл/мин, то есть гораздо раньше, чем в США (рис. 6).

Напоследок, вот вам инструкция (рис. 7).

Реальную практику в таблицы и инструкции не уложить. Вот и получается, что если вы предлагаете больному лечение гемодиализом и он отказывается, значит предложили вовремя. А если сразу соглашается, чувствуя, что дальше некуда, значит опоздали вы со своей рекомендацией.

Ну, а если вы обнаружили у себя какие-либо

внутренние борения о том – начинать диализ или нет, значит диализ надо начинать. Однозначно! Иное дело пациент. Он может от гемодиализа отказать 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. Varret 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, подвергающимся 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-