

**Глубокоуважаемая госпожа редактор!**

Предлагаемая заметка не имеет прямого отношения к журналу «Нефрология и диализ», но поскольку он является широко читаемым нефрологическим изданием, хотелось бы поделиться своими мыслями на страницах журнала.

Ранее практически все медицинские статьи, публикуемые как в центральных журналах, так и на региональном уровне, подвергались обязательному профессиональному рецензированию и редактированию, и в серьезных издательствах эти правила сохраняются до настоящего времени, в то время как появление некоторых альманахов и сборников зависит в ряде случаев от споспешности авторов самим оплатить свои опусы или найти подходящего спонсора.

В 2005 г. в Санкт-Петербурге (изд-во: ЭЛБИ-СПб.), был издан «Диализный альманах» под редакцией трех уважаемых авторов, посвященный диализу и некоторым аспектам лечения больных с преддиализной стадией ХПН.

Среди прочих в «Альманахе» опубликована статья, озаглавленная «Малобелковая диета приказывает долго жить», написанная одним из редакторов. Прямо скажем, заглавие выглядит несколько странным для научной статьи, однако дело не только в названии. Статья не выдерживает критики ни по форме, ни по содержанию. Чего стоят утверждения автора, что малобелковая диета снижает в крови содержание не только мочевины, с чем можно согласиться, но и креатинина, хотя уровень последнего прямо не зависит от характера питания, а зависит от мышечной массы и только 15% креатинина, поступающего с пищей, экскретируется с мочой.

Обсуждая позднее поступление больных на заместительную почечную терапию (ЗПТ), автор пишет: «Нефрологи лезут из кожи вон, чтобы с удовлетворением оттянуть начало гемодиализа».

Отечественная нефрологическая практика свидетельствует, что основная причина позднего поступления больных на ЗПТ не стремление нефрологов получить удовлетворение, а отсутствие диализных мест. Достаточно ознакомиться со статьей В. Rutkowski [8], опубликованной в NDT (Nephrology Dialysis Transplantation) № 1 за 2006 г., посвященной эпидемиологии ЗПТ в странах Центральной и Восточной Европы, из которой видно, что Россия из 16 обозреваемых стран, включая республики бывшего СССР, наименее обеспечена диализными местами (данные за 2002 г.). Остается только надеяться, что отношение органов здравоохранения к этой проблеме изменится.

Продолжая тему, автор утверждает, что нефрологи, очевидно, также с удовлетворением наблюдают, как у больного «прикинется» перикардит и «от большого уже смердит».

Проработав более 30 лет в клинике, руководимой академиком Е.М. Тареевым, я ни разу не слышал от него таких неуважительных выражений в отношении больных, хотя большинство из них не благоухали фиалками.

Далее автор в твердых выражениях приводит известные литературные данные, что сниженный уровень альбумина сыворотки предопределяет плохой прогноз у больных на ЗПТ. Он утверждает: «Ранее я не имел формальных данных о губительных последствиях ограничения белка в додиализной стадии. Сейчас я имею эти доказательства».

Между тем не цитируется ни одного источника, свидетельствующего о «губительном» влиянии малобелковой диеты (МБД) на альбумин сыворотки. Напротив, в подавляющем большинстве исследований, в которых специально изучалась эта проблема, утверждается, что диета с ограничением белка не снижает уровень альбумина в крови. Приведем результаты только некоторых исследований. В аналитической статье В. Maroni [7], озаглавленной «Ограничение белка и дефицит питания при болезни почек: факт или фикция?», указывается, что у больных ХПН при ограничении белка включаются компенсаторные механизмы, обеспечивающие поддержание нейтрального белкового баланса и сохранение тощей массы тела, в то время как неупорядоченное потребление белка ускоряет прогрессирование ХПН.

В. Venderly и соавт. [9] не нашли заметных различий в уровне альбумина сыворотки у больных, находившихся в преддиализном периоде на диете 0,3 и 0,9 г белка на 1 кг массы тела, а после начала ЗПТ и увеличения потребления белка до 1,2 г/кг в сутки концентрация альбумина у наблюдавшихся пациентов повысилась на 20,1 и 11,7% и составила 41,6 и 40,8 г/л соответственно. Даже в исследовании Ph. Lucas и соавт. [6], применявших у 12 больных с креатинином плазмы от 594 до 1432 мкм в течение 12,25 мес. рацион с очень низким содержанием белка (0,032 г азота на 1 кг массы тела или 0,2 г белка/кг в сутки) с добавлением эссенциальных аминокислот и их кетоаналогов (ЭАК), уровни альбумина и трансферрина в крови не изменились, в то время как концентрация азота мочевины, фосфата и паратгормона снизилась. В течение первых 3 мес. лечения у больных несколько уменьшилась масса тела (у 4 с избыточным весом это являлось целью работы) и на 0,9 см сократилась окружность предплечья. Скорость прогрессирования ХПН замедлилась.

При прогрессировании уремии спонтанное потребление белка снижается приблизительно до 0,8 г/кг массы тела (Duenhas M. et al., 2003 [3]) и теоретически дальнейшее ограничение белка может вызвать или увеличить дефицит питания. На практике только неупорядоченная в белковом отношении диета, усугубляя диспептические расстройства, способна индуцировать развитие malnutrition [5].

Обобщая большое количество исследований по нутритивному статусу больных с преддиализной ХПН, М. Walser и соавт. [10] сформулировали следующие закономерности, в силу которых МБД не приводит к нарушению питания: МБД уменьшает или откладывает появление симптомов уремии, предупреждает накопление токсических продуктов и развитие осложнений, замедляет снижение клубочковой фильтрации. Поэтому

на фоне МБД потребление пищи сохраняется на достаточном уровне, позволяя избегать развития malnutrition.

Необходимо иметь в виду, что вегетарианская диета (0,3 г/кг белка в сутки) у больных с додиализной ХПН (креатинин сыворотки 5,2 мг/дл), улучшая липидный профиль и уменьшая оксидативный стресс, снижает риск кардиоваскулярных осложнений [1]. Этим свойством малобелковых диет, по-видимому, объясняется их способность улучшать выживаемость больных после перевода на ЗПТ по сравнению с пациентами, не придерживающимися диетических рекомендаций [2, 4].

Единственным упреком, который можно сделать МБД, является их меньшая, чем предполагалось, способность замедлять прогрессирование ХПН.

Прогрессирование ХПН – многофакторный процесс, и стратегия нефропротекции должна быть направлена на различные механизмы прогрессирования. В этом комплексе мер по торможению прогрессирования наряду с контролем системной и внутриклубочковой гипертензии, снижением протеинурии, лечением дислипидемии и т. д. МБД принадлежит не последнее место.

### Литература

1. *Bergesio F, Monzani G, Guasparini A.* et al. Cardiovascular risk factors in severe chronic renal failure: the role of dietary treatment. *Clin Nephrol* 2005; 64: 103–112.

2. *Coresb J, Walser M, Hill S.* Survival on dialysis among chronic renal failure patients treated with a supplemented low-protein diet.

*J Am Soc Nephrol* 1995; 6: 1379–1385.

3. *Duenhas M, Draibe S, Avesani C.* et al. Influence of renal function on spontaneous dietary intake and on nutritional status of chronic renal insufficiency patients. *Europ J Clin Nutr* 2003; 57: 1473–1478.

4. *Fouque D, Wang P, Laville M, Boissel J.-P.* Low-protein diet delay end stage renal disease in non diabetic adults with chronic renal failure. *NDT* 2000; 15: 1986–1992.

5. *Ikizler T, Green J, Wingard R.* et al. Spontaneous dietary intake during progression of chronic renal failure. *J Am Soc Nephrol* 1995; 6: 1386–1391.

6. *Lucas Ph, Maedows J, Roberts D, Coles G.* The risks and benefit of a low-protein essential keto amino acid diet. *Kidney Int* 1986; 29: 995–1003.

7. *Maroni B.* Protein restriction in renal disease: fact or fiction? *Miner Electrolyte Metab* 1997; 23: 225–228.

8. *Rutkowski B.* Highlight of the epidemiology of renal replacement therapy in Central and Eastern Europe. *NDT* 2006; 21: 4–10.

9. *Venderly B, Chanwean Ph, Barthe N.* et al. Nutrition in hemodialysis patients previously on a supplement very low-protein diet. *Kidney Int* 2003; 63: 1491–1498.

10. *Walser M, Mitch W, Maroni B, Kopple J.* Should protein intake be restricted in predialysis patients? *Kidney Int* 1999; 55: 774–776.