

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

СЕГОДНЯ

спецвыпуск
2023

Полностью обеспечены витаминами в стране 14 % взрослых и 17 % детей, а не хватает трех и более витаминов 20 % и 40 % из них соответственно

ОТ РЕДАКЦИИ



Леонид
Борисович
ЛАЗЕБНИК

Д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, президент Научного общества гастроэнтерологов России, вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, член президиума Национальной медицинской палаты и Общества врачей России, член правления Московского городского научного общества терапевтов

Дорогие читатели!

Настоящий номер посвящен в основном нутрициологии — науке об использовании с лечебной или профилактической целью специализированных питательных веществ, фактически лечебного питания, по химическому составу, энергетической ценности, технологии приготовления и режиму потребления адаптированного к клинико-патогенетическим особенностям и стадиям конкретного заболевания или состояния («Положение о порядке оценки эффективности диетических [лечебных и профилактических] продуктов, специализированных продуктов питания для детей, беременных и кормящих женщин, биологически активных добавок к пище», ГУ НИИ питания РАМН, Москва, 2006). Стандарты лечебного питания утверждены Минздравом России в 2017 году.

Лечебное питание обычно сегментируют по способу введения (пероральный, энтеральный и парентеральный), целевому применению (нутритивная поддержка при недоедании, метаболических нарушениях, желудочно-кишечных, неврологических, онкологических или прочих заболеваниях), географическим или социальным потребностям и так далее.

Реальная потребность в продуктах лечебного питания чрезвычайно высока. По данным одного сравнительно недавно проведенного расчетного исследования, численность населения России, нуждающегося в коррекции пищевого поведения, составляет более 100 млн человек. А результат опроса диетологов и гастроэнтерологов показал, что только 30 % амбулаторных больных всего лишь около недели придерживаются рекомендованной диеты, более 85 % соблюдают ее хаотично, периодически, прибегая к ней лишь в период обострения, а при выходе на работу диета всегда нарушается.

Надеемся, что поставленные нами вопросы позволят коллегам еще раз обратиться к использованию широчайших возможностей применения принципов и положений лечебного питания в своей повседневной практике.



Ангелы добра 4

Дефицит витаминов 8

Билиарное расстройство 9

Еда за сто лет 10

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Куда идет современная нутрициология?

Ответить на этот вопрос мы попросили доктора медицинских наук, профессора Людмилу Николаевну Костюченко, руководителя лаборатории нутрициологии ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» ДЗМ.

— В каком направлении развивается нутрициология?

— В сторону персонализации. Персонализированная нутрициология (ПН) — так называется новое научное направление в гастроэнтерологии, в котором выделяют два основных стратегических вектора — производственно-технологический и медико-технологический. Уже разработаны и внедряются в практику российской гастроэнтерологической службы эффективные и доказательные программы персонализированной алиментации для коррекции обменных нарушений при различных заболеваниях. Намечены перспективы развития новых лечебных технологий и технологий создания продуктов корректирующего питания.

В соответствии со стратегией научно-технологического развития России в качестве приоритетных направлений на период до 2025 г. по первому вектору решено удовлетворить запрос общества на здоровое питание и потребность в налаживании соответствующей индустрии. Уделяется внимание и реализации системы безопасности пищевых продуктов. Совершенствуются способы сохранения биологически активных веществ (БАВ) в пищевых продуктах и определения их качества.

Особенностям технологий создания продукции для диетологической персонализированной профилактики посвящены

многочисленные публикации. А вот в отношении специализированных продуктов парентеральной и энтеральной алиментации, а также иных строго медицинских

вопросов (индивидуальная диагностика метаболических нарушений, технологии нутритивной реабилитации больных, нутритивная поддержка паллиативных пациентов в онкологии) прорывной эффект ожидается лишь к 2030–2050 гг. Один из мегатрендов здесь — теория персонализированного питания как необходимое условие адаптации к индустриальному образу жизни.

— А что вы называете прорывными технологиями?

— Это омиксные технологии (в частности, персонализированная нутрициология и микробиота), создание продуктов для активного долголетия (в том числе с помощью 3D-печати), открытие новых фармаконутрицевтиков и разработка пищевых структур для повышения их доступности, специальная питание для больных (в т.ч. с онкологической патологией), нутригеномика, использование гаджетов для обеспечения расчетного питания и открытие механизмов молекулярного действия БАВ. По ряду медицинских направлений уже имеются фундаментальные наработки, которые могут быть положены в основу мегатрендов и прорывных технологий ПН.

Одна из базисных концепций персонализированной медицины, в том числе и нутрициологии, — это генетические



Людмила Николаевна
КОСТЮЧЕНКО

Руководитель лаборатории нутрициологии ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» ДЗМ

Куда идет современная нутрициология?

«Продолжение, начало на стр. 1»

исследования. В долгосрочной перспективе до 90 % лекарств могут уйти с рынка (кардио-, гастропротекторы и др.), а индивидуализированное нутриционное лечение выступит на первый план. Ведущее место в этом направлении принадлежит омиксным технологиям в качестве одного из драйверов современной науки. Так, нутригеномика изучает влияние потребляемой пищи на обмен веществ. На каждый из сотен нутриентов, предписанных человеку природой, работают несколько генов, организующих усвоение. Некоторые авторы занимаются вопросами пищевого поведения, определением индивидуализированного рациона по ДНК-тесту.

Главные задачи нутригеномики — это:

- исследование влияния питания на метаболические процессы и контроль гомеостаза;
- оценка регуляции на этапах формирования заболеваний, ассоциированных с питанием;
- изучение взаимосвязей патогенеза болезней с индивидуальным геномом человека (биохимической связи между составом пищевого продукта и ДНК потребителя);
- уточнение механизмов влияния питания на генотип;
- исследование обменных процессов на молекулярном уровне и выявление метаболических связей, не открытых ранее.

Таким образом, цель нутригеномики состоит в оценке риска и пользы определенных диет и их компонентов, научном обосновании индивидуализированного питания.

— **А нутригенетика — то же самое, что и нутригеномика?**

— Нутригенетика — другая наука, изучающая связь между пищевыми предпочтениями разных людей и небольшими отличиями в их ДНК. Благодаря такому полиморфизму каждый усваивает пищу по-своему: один неплохо потребляет жирную, другой — углеводную. Оказывается, у нас есть от 2 до 15 копий гена *AMY1*, отвечающего за ферменты слюны, которые начинают расщепление крахмала в полости рта. И чем больше у человека копий этого гена, тем лучше он переваривает углеводы.

При построении пищевых рационов учитывается не только потребность человека в количестве углеводов, но и соотношение их легко- и медленноусвояемых разновидностей (сахаров и крахмала, гликогена). При этом ген *DNA-PK* способствует превращению углеводов в жировые отложения, тем самым формируя лишний вес. Так как содержание сахара в крови при потреблении крахмалов нарастает постепенно, страдающим сахарным диабетом (СД), атеросклерозом и ожирением нужно на 80–90 % удовлетворять углеводные потребности за счет медленно всасывающихся углеводов.

Известны гены обмена и усвоения витаминов А, С, D, E, группы В, различных металлов, а также гены расщепления жиров, обмена углеводов, усвоения белка. Средиземноморская кухня с множеством фруктов, овощей, оливкового масла, которые обладают восстановительным действием, считается у населения идеальным здоровым питанием. Однако в генетической составляющей лиц, проживающих

в средиземноморских странах, доминирует определенный генный полиморфизм (*ApoE2*), при котором эта кухня полезна. Зато в Центральной Европе его практически нет. Вместо него присутствует *ApoE4*-полиморфизм, который способствует образованию атерогенных липопротеинов низкой плотности (ЛПНП).

— **Значит, миллионы людей считают, что питаются правильно, употребляя средиземноморскую кухню, однако из-за своей генетической предрасположенности пользы от этого не получают?**

— Вот именно! Также анализ полнотранскриптомных профилей позволил установить группы генов-мишеней для ряда алиментарных факторов: общих жиров, фруктозы и холестерина. Полученные данные позволили авторам сделать вывод о больших перспективах использования полнотранскриптомного профилирования на ДНК-микрочипах в качестве высокочувствительного скринингового метода поиска новых молекулярно-генетических маркеров алиментарно-зависимых заболеваний. В будущем это позволит определять молекулярные механизмы влияния нутриентов на уровни экспрессии различных генов и осуществлять персонализацию диетотерапии.



Заменой 90 % препаратов (кардио-, гастропротекторы и др.) со временем станет индивидуализированное нутриционное лечение

Известно также, что и энергетический дисбаланс организма обусловлен генетическими полиморфизмами. Результаты проведенных исследований полиморфизмов *rs9939609* гена жировой массы (*FTO*) и *rs4994* — гена β 3-адренорецептора (*ADRB3*) свидетельствуют об их связи с риском развития ожирения и СД 2-го типа. Данные изучения энергетического обмена у людей с полиморфизмом *rs9939609* гена *FTO* и *Trp64Arg* гена β 3-адренорецепторов *ADRB3*, как считают авторы, могут косвенно свидетельствовать о существовании лептин-опосредованного механизма зависимости между полиморфными вариантами *rs9939609* гена *FTO*, *rs4994* гена *ADRB3* и выраженностью энергетического дисбаланса.

Метабомика — еще одно направление омиксных наук, которое исследует низкомолекулярные соединения, входящие в состав метаболома (комплекса всех низкомолекулярных, не более 1 кДа,

метаболитов в клетке, ткани, органе, биологической жидкости, являющихся промежуточными или конечными продуктами обмена веществ). Ее цель — изучение ответной реакции организма на какое-либо патофизиологическое воздействие.

В результате любого такого воздействия на организм происходят изменения концентраций метаболитов в крови, моче, семенной, фолликулярной или церебральной жидкости. Анализируя метаболические профили, получают своеобразные «отпечатки», отражающие физиологическое состояние организма и являющиеся маркерами заболеваний и участниками обменных (в том числе и нутритивных) процессов.

Например, при исследовании биоптатов молочной железы выделено около 30 эндогенных концентрационно изменяющихся тканевых метаболитов (маркеры опухоли): растет уровень фосфохолина, понижается — глицерофосфохолина и глюкозы. Для диагностики колоректального рака некоторые авторы, определяя метаболический профиль сыворотки крови, считают показатели α -оксимасляной (2-оксипантаноной), аспарагиновой кислот, кинуренина и цистамина даже более чувствительными, чем стандартные онкомаркеры.

Подобных исследований достаточно много. Участвуя в процессах усвоения нутриентов, метаболиты могут служить и основой для расчета персонализиро-

Не останавливаясь на биохимических аспектах проблемы, подчеркнем еще раз, что каждый из промежуточных продуктов свидетельствует о целесообразности заместительного или корректирующего фармаконутритивного воздействия. Такая коррекция необходима, например, людям с энцефалопатией гипохромицистического типа, когда развивается такая же клиническая симптоматика, как и при токсических энцефалопатиях, но с выраженной мышечной гипотонией, гипорефлексией, кардиомиопатией, сосудистой недостаточностью и внезапной смертью. Индивидуальный подбор частично гидролизированных рационов или заместительное введение ферментов-фармаконутриентов — все это возможности повышения качества жизни таких пациентов.

Разрабатывая диагностическую панель для колоректального рака, наши американские коллеги использовали метаболиты мочи: лимонную, гиппуровую, 2-аминоасляную, миристиновую и кинуреновую кислоты, паракрезол и путресцин (продукты совместного метаболизма организма-хозяина и микробиоты кишечника). Не только в области влияния продуктов обмена нутриентов на диагностику, течение заболевания или его профилактики, но и в сфере баланса между компонентами пищи и сложным сообществом кишечных бактерий разработки уже также имеются.

— **В плане развития ПН микробиому уделяется все больше внимание?**

— Действительно, уже доказано, что кишечная микробиота дает индивидуальную специфическую реакцию на те или иные нутриенты, влияет на их усвоение. В частности, нами в Московском клиническом научном центре показано влияние метаболитов микробиоты кишечника на его моторику после субтотальных дистальных резекций желудка. Поясню, что мы исследовали спектр и активность короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК) в копрофильtrate.

При сопоставлении концентраций КЦЖК с эвакуаторной функцией кишечника мы выделили три варианта активности кишечной микробиоты. У трети пациентов концентрации КЦЖК кала оказались супервысокими. Это свидетельствовало о синдроме повышенного бактериального роста (СИБР) и нутритивной недостаточности, связанной с диарейным синдромом.

У 38 % наших пациентов произошло снижение уровня всех видов КЦЖК в копрофильtrate при наличии гипермоторной дискинезии кишечника. Такое наблюдалось при демпинг-синдроме, сопровождавшемся также снижением показателей статуса питания. А в спектре КЦЖК отмечалось снижение концентраций отдельных из указанных молекул при нормальном или уменьшенном их общем содержании. Это расценивалось нами как функциональная слабость толстокишечной микробиоты, сопровождавшаяся снижением переваривания пищевых волокон с развитием белково-энергетического дисбаланса организма.

В первом случае больным назначали антибактериальную терапию (АБТ), во втором применяли известную терапевтическую или хирургическую тактику, в третьем — успешно использовали пре- и пробиотики.

Огромная роль микробиоты была доказана нами и при изучении механизмов развития нутритивной недостаточности вследствие двух синдромов — постколэктомического (ПКЭС) и постколрезекционного (ПКРС). Последний развивается после лево- или правосторонней гемиколэктомии.

В норме снижение pH при синтезе КЦЖК приводит к тому, что аммиак, образующийся в толстой кишке при микробном преобразовании белков и аминокислот, переходит в ионы аммония, которые не могут свободно диффундировать через кишечную стенку в кровь, а выводятся в виде аммонийных солей с калом.

Другой механизм детоксикации, ассоциированный с микрофлорой толстой кишки, связан с преобразованием билирубина в уробилиноген, который частично всасывается и экскретируется с мочой, а частично выводится с калом. При ПКЭС эти механизмы отсутствуют, поэтому постепенно развивается эндотоксикоз, требующий коррекции, в том числе с помощью фармаконутрицевтиков и специальных препаратов нутриционной поддержки. В последнее время приобрели актуальность вопросы детоксикации при химиотерапии рака, в которой также участвует микробиота.

Эндогенное отравление у онкологических пациентов обусловлено влиянием на организм сразу нескольких факторов: нарушением процессов метаболизма, распадом злокачественной опухоли, накоплением применяемых во время лечения лекарственных препаратов, выделением опухолями специфических веществ, осложнениями химио- или лучевой терапии.

У каждого метода детоксикации (форсированный диурез, перитонеальный диализ, энтеросорбция, плазмаферез, гемодиализ и фильтрационные методы, непрямо окисление крови, гемосорбция) имеются свои показания и противопоказания. Известна детоксикационная роль белков, липидов, особенно омега-3. Мы подтвердили дезинтоксикационный эффект микробиоты, оказываемый препаратами бифидо- и лактобактерий.

— **А возможно ли такое лечение, как детоксикационное питание в качестве разновидности персонализированного питания?**

— Безусловно! В последние годы появилось понятие о детоксикационном питании, представляющем собой направление профилактики и лечения людей, проживающих на загрязненных территориях, а также подвергающихся воздействию производственных токсикантов.

В отношении поиска новыхнутрицевтиков проводились крупные клинические испытания жировых эмульсий (ЖЭ) не только как энергетического компонента парентерального питания, но и как фармаконутрицевтика (нутриента с конкретными фармакологическими свойствами). Это относится к противовоспалительному эффекту молекул ω -3 и ω -6 жирных кислот (ЖК). Используемые в составе суппорта эйкозапентаеновая и докозагексаеновая кислоты (ЭПК и ДГК) позволяют поддерживать энергообеспечение у онкологических пациентов.

Весьма распространен фармаконутрицевтик глутамин, применяемый также в структуре парентеральной или энтеральной нутриционной коррекции в виде дипептидена или интестамина соответственно. Глутамин — предшественник синтеза нуклеотидов, субстрат для глюконеогенеза, важный фактор для синтеза протеинов и медиаторов. Он также предотвращает иммунодепрессию, антиоксидативный стресс и атрофию слизистых оболочек кишечника, снижает интенсивность бактериальной транслокации, является метаболическим источником энергии, «топливом» для желудочно-кишечного тракта.

Учитывая роль окислительного стресса в патологии и при загрязнении окружающей

среды, большое значение уделяют антиоксидантам в качестве фармаконутрицевтиков. Роль микроэлементов в обеспечении индивидуализированного питания связана с их регуляторной функцией в структуре молекулярных сигнальных путей. Так, в рацион рекомендуется вводить нутриенты и фармаконутриенты, ограничивающие пролиферацию, инвазию или ангиогенез опухолевой ткани и стимулирующие ее апоптоз путем влияния на экспрессию ряда генов.

Например, 6-гингерол, содержащийся в имбире, индуцирует клеточную гибель с характерной фрагментацией ДНК благодаря торможению экспрессии *BCL2* в лейкозных клетках *in vitro*. Внутриклеточный белок семейства BCL-2 — основной регулятор митохондриального пути апоптоза. Лютеин, содержащийся в красном перце, снижает экспрессию *BCL2*, стимулируя при этом апоптоз клеток. По-видимому, витамины, участвующие в метаболических путях, могут также рассматриваться как фармаконутриенты. Подобных исследований в настоящее время достаточно много, и они составляют основу фармакологии питания.

— **А может ли гастроэнтеролог персонализировать нутриционную поддержку в зависимости от характера заболевания пациента?**

— Персонализация нутриционной поддержки в зависимости от характера заболевания — давно сложившееся направление. В целом диетология и нутрициология традиционно дают рекомендации для конкретных нозологических форм. Однако современный подход предполагает модификацию таких диет с учетом индивидуальных особенностей каждого больного. В частности, при СД помимо известной диеты для диабетиков в целях индивидуализированной нутриционной реабилитации ряд авторов отталкиваются от ω -3-индекса. Он равен процентному содержанию ЭПК + ДГК в мембране эритроцита, а следовательно, в мембране каждой клетки организма. Содержание и соотношение этих ЖК в мембране клетки коррелируют с инсулинорезистентностью. Это позволяет назначать диету с повышенным или менее высоким содержанием ω -3 индивидуально, выбирать соотношение ω -3 и ω -6.

Разработаны и специальные продукты для покрытия специфических потребностей в метаболических субстратах больных раком. Они характеризуются высокой калорийностью, высоким содержанием белков и жиров, ω -3 ЖК, а также клетчатки, гидролизованного белка, глутамин, каннабиноидов, нестероидных противовоспалительных средств, карнитина.

Мы провели исследования нутритивного статуса, определили рекомендации, создали и внедрили в производство питательные смеси для персонализированной нутритивной поддержки в зависимости от характера операции на кишечнике и типа адаптации. В зависимости от клинических проявлений последствий укорочения кишечника и нутриционной недостаточности можно выделить несколько типичных вариантов синдромов оперированного кишечника:

- синдром короткой кишки трех типов с подтипами в зависимости от уровня и объема резекции;
- постколэктомический синдром;
- синдром последствий сочетанных тонкокишечных резекций.

Для каждого из типов этих синдромов нами описаны варианты нутриционно-метаболических последствий и созданы специальные нутриционные рецептуры для приема перорально и через зонд или стому. При концевых стомах в зависимости

В будущем до 90 % лекарств могут уйти с рынка, уступив место персонифицированному нутриционному лечению

от характера операции используется питание через рот с различными фармаконутриентами или без них.

— **А есть ли рационы специализированного персонализированного зондового питания?**

— Уже созданы некоторые специализированные продукты клинической алиментации направленного действия для пациентов с почечной и печеночной недостаточностью. Причем эти продукты могут быть в дальнейшем усовершенствованы путем выявления индивидуальных генотипических и иммунотипических предпочтений каждого конкретного больного.

Не менее важной, чем исследование маркеров персональной интолерантности к тем или иным нутриентам, является индивидуальная синдромная диагностика нутриционных нарушений, определяющая выбор программы их коррекции.

Уже существует множество разнообразных рекомендательных диет. Однако диета, которая помогла одному человеку, может оказаться неэффективной или даже вредной для другого. Происходит это по разным причинам. Возможно резкое изменение экспрессии генома как целостного ответа на диету, а также эпигенетическое (надгенетическое, без изменения

последовательности генома) и метаболическое программирование на определенных стадиях жизни человека, результаты которого проявляются позже, даже в последующих поколениях.

— **Как будет развиваться персонализированная нутрициология?**

— Продолжатся исследования микробиоты, в нашу жизнь войдут технологии, основанные на фундаментальных открытиях полостного гетерофазного пищеварения, генно-инженерные и 3D-технологии. Будут совершенствоваться препараты нутриционной парентерально-энтеральной и сипинговой коррекции для онкологических пациентов. Получат развитие профилактические направления персонализированной нутрициологии, поддерживающие концепцию здорового образа жизни.

Использование совокупности кодирующих (ДНК, РНК) и сигнальных (белки и нуклеиновые кислоты) молекул для регуляции функционала организма возможно для редактирования генома. Появится возможность персонализации нутритивной перо-операционной коррекции метаболизма при хирургических вмешательствах для достижения индивидуального физиологического ответа. Подобная высокотехнологичная реализация принципов функциональной молекулярной и ферментативной хирургии в виде систем редактирования генома, тераностических агентов (наночастиц с уникальными свойствами, способных проходить через любые биологические жидкости и ткани, обеспечивая как диагностику, так и лечение) отражает современное состояние и перспективы персонализированной нутрициологии. ✕

Александр Рылов, к.м.н.



ООО «Диагностика 21 века»

официальный представитель Richen Group в России



IR - Force 200 это:

- Компактная двухканальная система (1 пациент)
- Простая интуитивно понятная система управления
- Самодиагностика, калибровка,
- Архивирование данных пациента
- Ежедневный рабочий журнал
- Результат в течение 3 минут
- Отчет в DOB + результат (положительный\отрицательный)
- Не требуется специально обученный персонал
- Количество ежедневных тестов не лимитировано
- Автоматическая система очистки циркулирующего воздуха при каждом тестировании
- Системы считывания инфракрасного сигнала последнего поколения (NDIR)

IR Force 200 13C - Инфракрасный спектрометр предназначен для измерения в выдыхаемом пациентом воздухе CO2 методом инфракрасной спектроскопии для диагностики Helicobacter Pylori

Консенсус Маастрихт V оценивает методику диагностики Хеликобактерной инфекции методом 13C - УДТ как лучший способ диагностики НР с высокой чувствительностью и специфичностью и отличной производительностью как для первичной диагностики инфекции, так и для оценки эффективности эрадикации.

Тел.: +7-926-629-23-32; tsdisosakovitch@yandex.ru
119602, г. Москва, ул. Тропаревская, владение 4, строение 1, 3 этаж, помещение VIa, комната 316

Ангелы добра Леонида Лазебника

Уговорить на портретное интервью Леонида Борисовича Лазебника — профессора, одного из ведущих экспертов в гериатрии, гастроэнтерологии и кардиологии, автора более 800 научных работ, 14 монографий и 25 изобретений — было трудно.

«Зачем? Все давно сказано!»

«Но ведь портретное интервью, когда вы говорите не о медицине, а о себе, с вами не делали», — возражала я. «И кому интересно, когда родился-женится, как учился?» «Новому поколению врачей, живущих в других реалиях», — не сдавалась я. «Что было, то есть и сейчас, а что будет, то уже было», — прятался за цитату из Екклесиаста* Лазебник. «Вот именно, — радовалась я, надеясь взять царя Соломона в союзники, — древний мудрец тоже за преемственность!» Видимо, моя апелляция к царю Соломону и решила исход поединка. «Ладно, приезжайте, поговорим. Но недолго, работы много».

— Леонид Борисович, на наших глазах происходит смена эпох. Люди, которые помнят искусство врачевания 60–70-х, еще здесь и, дай Бог, будут здесь еще долго...

— Нет, не долго...

— Как не долго? Надеюсь, долго, вы все-таки врачи...

— Знаете, недавно на одном празднике мне надо было сказать что-то смешное, и я произнес: «Друзья, давайте не будем желать мне здоровья и долгой жизни, потому что я состою из обрезков органов и протезов, я почти робот: медицина творит чудеса». Но вы правы, эпоха уходит — не только в медицине, в культуре. Наши учителя закладывали в нас дух преемственности, и для меня это были титаны, ведь сам себя я тогда чувствовал амбициозным ничтожеством. Как и любой молодой человек.

— Не все к себе так критичны...

— (Пауза.) Но ведь мы договорились, что я говорю правду.

— Тогда давайте сразу и начистоту. Леонид Борисович, вы себя избранныком Божиим не считаете?

— ???

— Я про главное чудо вашей жизни. Вы родились 11 января 1941 года в Москве, и разве не Божье чудо, что ребенок, появившийся на свет за несколько месяцев до войны, просто выжил?

— Никогда об этом не задумывался. Мне было 5 месяцев, когда началась война. Отца с первых дней призвали в армию, почти сразу он был тяжело ранен, и его перевезли в Сибирь. А мы, семья моей мамы, жили в Москве.

— В Москве 41-го? Летом? Осенью?

— Нас эвакуировали только в середине октября, как и всех.

— Страшно представить Москву осени 41-го... Был момент, когда фашисты, прорвав оборону, подошли почти вплотную к столице! А в октябре, когда шел черный снег — черный, потому что жгли архивы, — началась паника...

— Паника в Москве случилась 16 октября. И фашисты были уже там, где сейчас стоят «Ежи» — знаменитый монумент на 23-м километре Ленинградского шоссе



Лето в деревне Завидово под Калинин (ныне Тверь): бабушка Мария Алексеевна (вырастившая меня моя «бабуся»), прабабушка Евдокия Дмитриевна (баба Дуня) и сестра Наташа

в Химкинском районе Московской области. После паники начали всех эвакуировать, и наша семья, поскольку дед, мамин отец, служил в милиции, тоже была эвакуирована — куда-то в Башкирию. Поезд, в котором мы ехали, бомбили. Во время бомбежки мама, закрывая меня собой, выскочила из вагона и впопыхах потеряла одну туфлю. Так в Башкирию и приехала — в одной туфле.

— Золушка осени 1941-го!

— Но я, конечно, ничего этого не помню, и мои первые воспоминания — о салюте.

— 1945-го?

— Не скажу. Просто зрительный образ — повсюду яркий-яркий свет.

— Так и видишь ребенка, который широко раскрытыми глазами смотрит на расцветающее разноцветными огнями небо.

— После эвакуации семья вернулась в Москву, и я хорошо помню послевоенные московские очереди, в которых стояли мы, дети. Продукты были по карточкам, чтобы их получить, надо было занять очередь, записать свой номер, а потом прибегать и отмечаться: мама с бабушкой подходили, когда карточки уже отоваривали.

— Голодное было время?

— Наверное, жили скудно, но, если честно, я этого не ощутил. Детство мое было дворовым — московское и деревенское. Но мы не бандитствовали, не воровали, обошлось без уголовных привычек. Был футбол, разные игры, лапта. Жили бедно, но дружно. С друзьями по подъезду вместе ходили в школу, и в их семьях я понемногу узнавал что-то новое. От семьи Бори Геонджигана приобрел какие-то навыки в технике и в инженерном деле — родители его работали в Мосэнерго. А в семье Морозовых узнавал о поэзии и классической музыке. Помню, как дома у Жоры Морозова впервые услышал арию Мефистофеля, и она меня поразила!

А летом была деревня — Завидово, где у моих прадедушки и прабабушки был свой дом. Прабабушке, любимой бабе Дуне, я многим

мамы была хорошая библиотека, он окончил четыре класса реального училища, а бабушка — два класса церковно-приходской школы. Но они очень много читали, и страсть к чтению у меня от них. А у одной из наших соседок по Завидово, учительницы, тоже была отличная библиотека, и те книги, что она мне давала, для меня становились настоящим сокровищем. Помню, как меня поразила Куприна, особенно «Листригоны» и «Суламифь».

— Это вы уже были подростком?

— (Смеется.) Ну, еще не совсем подростком...

— Воображение юного пионера не осталось равнодушным к шедевру? «Живот твой как круглая чаша, в которой ароматное вино, а груди как виноградные кисти. Сотовый мед в устах твоих, о Суламифь, Суламита». Правда, сейчас я цитирую не столько Куприна, сколько книгу «Песнь Песней».

— А «Суламифь» Куприна и навеяна «Песнью Песней» из Библии. Хотя тогда я этого не знал, половину не понимал, но меня потрясла поэтика! И только позже я понял: и Екклесиаст, и «Песнь Песней» — из одного источника.

— И там и там один автор — царь Соломон. Кстати, в интерпретации Куприна на перстне Соломона была выбита цитата из Екклесиаста: «Все проходит». Но главное, что поражает в «Суламифи» — это чувственность, эротизм. В эпоху официоза — как окно в другой мир, что-то, чего в нашей жизни не было.

— Да все у нас было! И любовь, и комсомол, и весна! (Смеется.) Какие были походы, ночевки, костры! А вожатые? Молодые, задорные!

— Кипучая энергия молодости, которую государство умело направляло в правильное русло — на созидание.

— В том государстве все было правильно. Могу только согласиться с покойным академиком Андреем Ивановичем Воробьевым, называвшим себя «насквозь советским человеком». Ведь это была особая социальная культура — советские люди, и мы до сих пор вспоминаем это с романтикой и тоской. И себя я тоже ощущаю абсолютно советским человеком.

Куда поступать после школы, я не знал, и дед по линии отца — Дмитрий, сказал: «Ленька, ты должен стать врачом, как твоя бабушка (до войны она была гинекологом, преподавала в 3-м меде). Но ты должен стать военным врачом», — и летом 58-го года я поехал поступать в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова. Помню, как меня удивило, что среди родителей моих сверстников много генералов, героев Советского Союза, партийных боссов.

Сначала все шло хорошо. У меня был третий юношеский разряд по бегу, я пробежал быстрее всех, но что-то не срослось: на экзаменах получил 19 баллов из 20 и не прошел. Расстроенный, я вернулся в Москву и подал документы в Первый мед. Здесь после трех экзаменов получил 12 баллов из 15 — три четверки. Подумав, что и здесь мимо, я решил устроиться на работу в автобусный парк, поэтому в день сдачи последнего экзамена пришел забирать документы.

Знаете, бывает, встречаешь святых людей, и то, что они тебе говорят, запоминаешь на всю жизнь. Так и тут: навстречу мне вышел святой человек — Александр Петрович Громов, председатель приемной комиссии, заведующий кафедрой судебной медицины. Вышел и спрашивает: «Почему ты хочешь забрать документы?» — «Ну,

обязан. Вот уж была хозяйка — от Бога! Всё умела! Всё, что она готовила, было безумно вкусно, хотя очень просто. Она и солила, и мариновала. Капуста, огурцы у нас были оттуда, от бабы Дуни.

В деревне вместе с друзьями мы ходили за хлебом. Хлеб привозили в 9 или в 10 утра. Но мы приходили заранее — занимали очередь. Стояли, ждали, смотрели, как на переезде пропускают поезда: сначала шла «Красная стрела», потом первый дизель, затем второй дизель, и вот после второго — мы это знали! — шли фуры, везущие хлеб. И мы стояли и читали: если идут две фуры, то хлеб достанется всем, а если одна — на всех не хватит. И дальше мы возвращались с этим хлебом по пригорку домой, в «избу», как там говорили, а по пригорку идти тяжело, и мы от наших буханок потихоньку что-то отщипывали. И хлеб был такой вкусный!

— Леонид Борисович, но медициной пока в этой истории и не пахнет.

— Была общая культура, а книги я тогда просто глотал! У деда Петра по линии



В школе занимался спортом

* Екклесиаст (Екклесиаст) — одна из книг Библии, написанная царем Соломоном три тысячи лет назад

а чего? В академии я набрал 19 баллов и не прошел, а здесь у меня всего 12. Физику на 5 я не сдам». А он: «Я тебе скажу не для выноса. Если получишь 17 баллов — ты прошел на сто процентов, если сдашь на 4 — на девяносто. Будешь сдавать?» — «Так экзамен сегодня, а я не пришел!» — «Приходи завтра». Я пришел, получил четверку и вскоре увидел свою фамилию в списках зачисленных.

— Леонид Борисович, по прошествии времени вы можете понять, почему Громов так сделал? Он увидел в вас что-то особенное?

— А что во мне, дворовом мальчишке, могло быть особенным? Был недобор. Нужны были мальчики.

Так я начал учиться, мало понимая, что анатомию нужно зубрить, не задумываясь. Но пришлось. Наш преподаватель по анатомии — Михаил Семенович Жарков был тоже святой человек. Он учил нас работать на скелете, а потом, уже когда мы разбирали анатомию внутренних органов, то задавал любимый вопрос: «А у баб?»

— А медицина вам сразу понравилась?

— Я долго не мог себя найти. Мне не нравилась химия, и только потом я понял: какой же я был дурак, что так мало ее учил! Долго не мог разобраться в клинике внутренней медицины, хотя у нас этот предмет вела замечательный педагог — Валентина Сергеевна Голочевская. Но сначала было ощущение полного тумана, и, признаюсь, на 3-м курсе я схватил двойки по основным дисциплинам: внутренней медицине и общей хирургии! Понимание болезней пришло только на 4-м курсе, когда началась факультетская клиника, ее вели Владимир Никитич Виноградов и Зинаида Адамовна Бондарь. Мне вообще кажется, что сначала надо преподавать факультетскую клинику и только потом пропедевтику. Потому что, когда тебе говорят: «Пальпируйте», — то я пальпирую, но все равно ничего не вижу и не чувствую! И только позже, уяснив, что там внутри и как это может болеть, я осознал, как именно надо пальпировать. И мне это понравилось. Я понял, что хочу быть терапевтом. И буду, конечно, кардиологом, как Виталий Григорьевич Попов.

— И здесь не обошлось без вашей любимой «Суламифи»? С одной стороны, как писал Куприн, в царе Соломоне был такой избыток жизненных сил, что он исцелял от черной меланхолии. С другой — сердце ведь не только мышечный мешок, но иместилище чувств!

— Может быть. К гуманитарному у меня всегда было влечение.

— Еще бы! Ваша книга про доктора Гааза и других «ангелов добра» — историческое расследование, но в форме литературного эссе. Да и ваши лекции — не только передача медицинских знаний, тут еще и дар слова.

— Доктор Гааз — для меня образец служения врача. Но у меня есть еще несколько книг по истории медицины, не читали? Работая над ними, я сделал для себя много открытий.** Сейчас я увлечен лекциями. На них я рассказываю о тех больных, которых видел и знаю, естественно, не называя имен. Но с лекциями интересная вещь: как-то заметил, что, читая их, непроизвольно строю свою речь по законам ритмики.

— Лекторское искусство еще и сродни актерству.

— Да, но осознаешь это не сразу. Это потом я уже тренировался перед зеркалом, а вначале — ну кто бы об этом мне сказал? А тогда передо мной, студентом, стояли другие задачи, надо было расти,

становиться профессионалом. Плюс с первого курса я уже работал санитаром приемного покоя Первой Градской больницы, потом медбратом в МОНИКИ и в реанимации Басманной больницы, а на 6-м курсе уже участковым терапевтом. До сих пор, уж похвастаюсь, я могу виртуозно провезти лежащую каталку — никогда не зацеплю за угол и больного не уроню, не ударю.



1965 г., выпускной курс 1-го МОЛМИ им. И.М. Сеченова. Мои сокурсники
Леня Успенский, Эдик Лебедев, Леня Евсеев, Саша Пивник, Игорь Сидорчук

В бытность мою главным терапевтом Департамента здравоохранения Москвы ни один врач из тех, кто совершил ошибку и был строго наказан, у нас под суд не пошел

— То есть перестилали постели, выносили судна?

— Все делал. Чтобы стать президентом, надо начинать с чернорабочего. Нас так учили. И за это я бесконечно благодарен виноградовской клинике, вот это была школа! Помню, как мы писали истории болезни, а моя учительница Элла Гавриловна Лейзеровская (кстати, первая советская женщина-бронхоскопист) их рвала. Рвала, повторяя: «Переписать, переписать, переписать!!!!»

— Зачем рвала?

— Учила нас все излагать правильно. Мне она как-то сказала: «Леня, что у вас такое плачущее выражение лица, вы ведь всего восьмой раз переписываете!»

— Как Лев Николаевич Толстой, который тоже восемь раз переписывал «Войну и мир», правда, техническую работу за него делала жена Софья Андреевна.

— Нет, мы все делали сами. И кровь брали сами, и капельницы ставили, и дуоденальное, и желудочное зондирование — все сами, не сестры, мы. Сначала надо было прийти рано утром — подготовить иглы, шприцы, пробирки. А взяв кровь, надо было принести ее в лабораторию, где заведующая, сделав большие невинные глаза, говорила: «Лень, ну ты расскажи, чего мы должны сделать? И зачем? Мы все сделаем, только ты объясни».

А еще существовал температурный лист, и его надо было заполнять. Температуру

** Леонид Борисович Лазебник, кроме монографий по медицине, автор книги «Ангелы добра» (в соавторстве с В.С. Беляевой) — о докторе Гааза и других врачах, посвятивших себя бескорыстному служению людям, книги-исследования «Российские терапевты» (в соавторстве с В.С. Беляевой) и монографии, написанной к 175-летию С.П. Боткина, «Доктор Боткин Сергей Петрович» (совместно с В.С. Беляевой и Г.П. Востриковым).

проставляла сестра, а остальное — пульс, давление, стул, сколько мочи, какие лекарства назначали — это отображали мы. И вот идет на обход Виталий Григорьевич Попов — личность легендарная. На фронт Попов ушел добровольцем — врачом в медсанбат. Когда войска отступали, не желая бросить тяжелораненых, Попов остался и попал в плен, отсидев до конца войны

потому что у меня в температурном листе в том месте, где отмечают стул, стоят крестики — на каждый день по крестик! А Виталий Григорьевич тем временем спрашивает больного: «По большому-то давно ходил?» — «Да, профессор, почитай три дня не было!» — отвечает тот. И тут Виталий Григорьевич, брезгливо подняв мой листочек, поворачивается ко мне и на всю палату, на всю свиту раскатисто спрашивает: «Свой, что ль, стул отмечаешь-то?» Такие ситуации — школа на всю жизнь. С тех пор я никогда никакие выдуманные данные ни в какой медицинский документ не вношу.

— Леонид Борисович, слушаю вас и вспоминаю трилогию Юрия Германа о врачах «Дорогой мой человек», «Дело, которому ты служишь», «Я отвечаю за все». А сегодня у студентов та же мотивация на служение, как в этих книгах, которыми зачитывались в 60-е и 70-е?

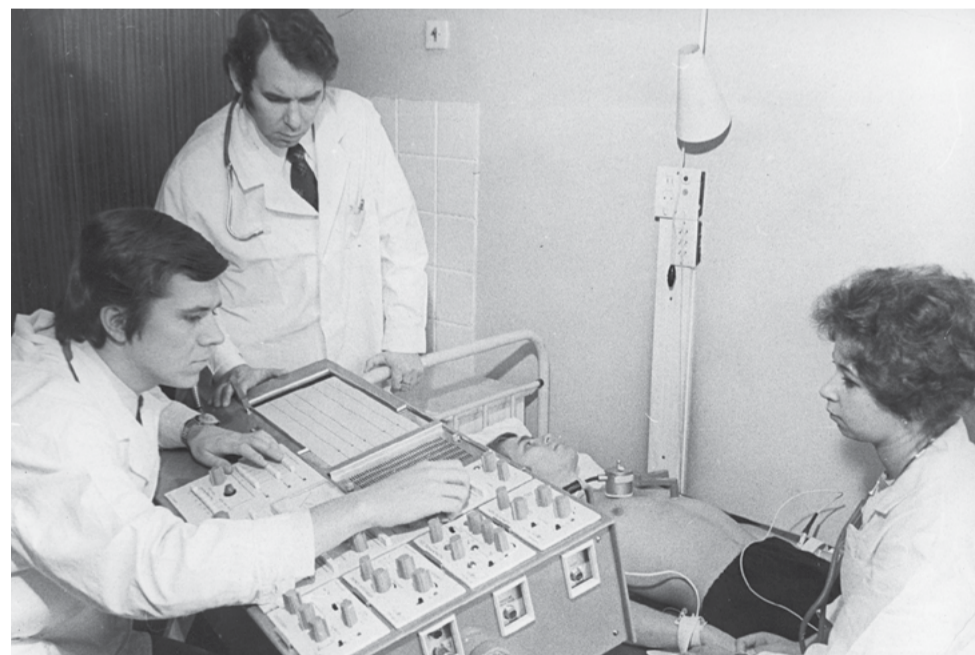
— Полагаю, они их не читают, но они, безусловно, очень образованны. И не только в Москве. Как-то после моей лекции в одном из южных городов ко мне подошли молодые девочки-врачи из Чечни, так я был поражен уровнем их вопросов и рассуждений, настолько это было мощно. Они пришли посоветоваться в отношении диагноза, и, представьте, редкую болезнь они вычислили абсолютно точно! Сегодня все сидят в компьютерах, и там есть все. А мы — врачи моего поколения — жили в эпоху принятия сложных решений. В книгах по медицинской кибернетике это называют умением балансировать вероятностями. И тут важен мой опыт врача: я должен правильно оценить, чем рискую я и чем рискует пациент.

— В каком смысле «чем рискуете вы»?

— А как же? Ко мне пришел человек, я несу ответственность за его жизнь, за его здоровье. И я начинаю балансировать вероятностями. Но сейчас все упрощено, и умение балансировать вероятностями во внимание не берут — а зачем, если есть приборы, которые все покажут? Кроме того, мы живем в эпоху формализованной

в фашистских концлагерях. После войны по приглашению Виноградова Виталий Григорьевич пришел работать в клинику факультетской терапии, и каждый его обход становился ярким событием.

Вот в палату на двадцать с лишним человек входит Виталий Григорьевич — гро-



1976 г., кафедра профессора Леонида Леонидовича Орлова. Я руководитель научного студенческого кружка. Слева староста кружка, мой ученик, будущий известный профессор-геронтолог Юрий Владимирович Конев, справа — Люда Киличенкова

могласный богатырь двухметрового роста: решительная походка, халат нараспашку. За ним семенит свита, все ловят каждое слово, каждый взгляд мэтра. Доходит черед и до моего больного. Виталий Григорьевич садится рядом, берет написанную мной историю болезни, температурный лист, кладет руки больному на живот и начинает пальпировать сигмовидную кишку. И я с ужасом вижу, как пальцы Попова по ней перекатываются! С ужасом,

медицины. А раз так, к чему думать? Что у вас болит? Живот? Так. Где: справа, слева? Угу. Сверху, снизу? О-о-о, понятно, у вас вот это. Назначим вам вот то — и проблема решена. При такой формализованной медицине человек-врач не нужен, и к этому все идет. Будущее за искусственным интеллектом и роботами.

Ангелы добра Леонида Лазебника

«Окончание, начало на стр. 4»



Февраль 2023 г., Афины, Акрополь. Европейский конгресс по внутренней медицине. Снимок сделан моей любимой женщиной и женой профессором Еленой Дениновной Ли

Но ведь бывают сложные диагностические или лечебные случаи, когда у человека несколько болезней или болезнь скрыта. И тогда врач должен принять решение о лучшем способе излечения — более эффективном и более безопасном, более дешевом и более прогностически благоприятном. Вот это и есть умение балансировать вероятностями. И тут важен врачебный опыт.

— Но если медицина формализована, откуда взяться опыту? Выходит, несмотря на приборы, врачебные ошибки все равно будут.

— Я воспитан на формуле: «Врачебная ошибка есть добросовестное заблуждение врача». Она была выведена в судебной медицине, и в советское время имела полную правомочность. А вот то, что мы видели в последние годы предковидного периода, — это «уголовная ответственность за совершенную ошибку».

Знаете, как-то давно-давно мы с женой и дочерьми ехали куда-то отдохнуть — у нас только-только появилась машина. И вот проезжаем мы какую-то деревню и видим: стоит группа мужиков, сгрудившись вокруг лежащего на земле человека, а у того судороги. Я остановил машину, подошел, и оказалось, что у лежащего асфиксия: он проглотил кусок мяса и тот попал ему...

— Не в то горло?

— Назовем это так. И поскольку я имел опыт работы на скорой помощи, то, ни минуты не раздумывая, взял и пальцами — у меня же не было никаких инструментов при себе! — подцепил этот кусок мяса, вытащил его и выбросил. Интересно было смотреть, что происходило дальше: мужик вздохнул, покрутил головой, поднялся, прокашлялся и, пошатываясь, пошел восвояси. А остальные просто остолбенели — настолько быстро все произошло.

Но я же мог и не вытащить! Я же мог протолкнуть кусок дальше! По-хорошему его надо было корнцангом доставать, но у меня были только руки, и счастье, что я смог этот кусок мяса подцепить пальцами.

— А если б не смогли?

— Мне бы ничего не было: ну, не помог, хотел, пытался, но не помог! А вот в нынешнее время в случае неудачи я бы понес уголовную ответственность. Это было бы

непредумышленное убийство, а могли бы еще доказать, что и предумышленное. Сейчас, в наших реалиях, я бы на эту процедуру не пошел — просто бы вызвал скорую. Но пока они придут!

— То есть врач, думая о собственной безопасности, уже не будет рваться помочь?

— В таких экстренных ситуациях сто раз подумает. Но, знаете, занимая должность главного терапевта Москвы, я был экспертом в сложных социальных и профессиональных ситуациях и, к своей чести, могу сказать: ни один врач из тех, кто совершил ошибку и был строго наказан, при нас под суд не пошел.



Чебоксары, выступление на конференции у моей ученицы — профессора Ларисы Владимировны Тарасовой, главного терапевта и гастроэнтеролога Республики Чувашия

Я могу высказать все в глаза, изложить это текстом, но никогда не потребую наказания. Административное — да. Уголовное — нет. Потому что уголовное наказание не сделает врача лучше. Больше того, скажу: ошибившимся врачам надо помогать! Поэтому, возглавляя Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, я считал, что моя задача как руководителя — помочь коллеге, пусть и оступившемуся, поверить в себя. Меня научил этому великий человек — Андрей Петрович Сельцовский, военно-полевой хирург, доктор наук, профессор, а на тот момент руководитель Департамента здравоохранения Москвы, который из меня, простого профессора, сделал лидера.

— В смысле — помогать?

— Когда-то, когда я был еще зеленым мальчишкой, мой учитель Зинаида Адамовна Бондарь преподавала мне урок. У нас в виноградниковской клинике тогда лежал больной с асцитом, и он попросил меня выпустить ему из брюшной полости жидкость. И я, молодой дурак, довольный, что уже умею работать руками, под утро ему жидкость выпустил — всю! Причем еще и полотенцем поджимал, чтобы вышло все до капли. И утром, когда надо было сдавать дежурство, побежал докладывать Зинаиде Адамовне: вот, мол, так и так, я выпустил больному с асцитом жидкость — похвалился! А Зинаида Адамовна мне: «Вы все выпустили?» — «Все!» — «Что ж, теперь вы будете, не выходя из клиники, сидеть с этим больным три дня, вытаскивая его из печеночной комы».

— Вытащили?

— Вытащил.

— Леонид Борисович, геронтологией вы заинтересовались в 52 года. Что это было — предусмотрительность?

Нет, все вышло случайно. Желание понять старость появилось, когда я работал доцентом на кафедре пропедевтики внутренних болезней в Московском медицинском стоматологическом институте имени Н.А. Семашко и наша кафедра оказалась на базе Больницы старых большевиков. К тому времени я был молодым самоуверенным доцентом — еще бы, я же возглавлял кафедру! — но когда начинался мой обход, то коллеги, работавшие в больнице уже давно, за моей спиной шептались: «Какой толк, что он идет на обход? Он все равно поставит диагноз неправильно!» И когда эти разговоры дошли до меня, я задумался: а почему я ошибаюсь? И понял: ведь до этого я работал с людьми среднего возраста, а сейчас — со стариками, а у них все иначе. У меня был алгоритм: симптом — диагноз, симптом — диагноз. А со старыми людьми другой алгоритм: симптомы, синдром, а потом диагноз — все скрыто за синдромом, я дол-



2017 г., доклад в Берлине в клинике «Шарите» у всемирно известного гастроэнтеролога профессора Питера Мальфертайнера (Peter Malfertainer)

не обращает на это внимания, он к этому привык. И вообще старость — это боль, я вам сейчас дал абсолютную формулу старости. И люди привыкают к этой боли. Старость — это слабость, и люди привыкают к слабости. Старость — это забывчивость, и люди привыкают к своей забывчивости. Старость — это прогрессирующее отсутствие ассоциативного мышления. Старость — это воспоминания о прошлом, и люди живут прошлым...

— Старость — это цепь потерь: то одного лишаешься, то другого...

— Меня никто ничего не может лишить. Не могу одно, зато могу другое. Потерял одно, нашел что-то новое. Есть такое понятие — «культура старения»: надо следить за собой, приучить себя к самообслуживанию, к культуре еды, к культуре мышления, к культуре постоянного самовоспитания, в конце концов, к культуре духовности.

Сила духа знаете в чем заложена? С кем ты, и во что ты веришь. Кому и чему ты посвящаешь свою жизнь. А воля к жизни определяется целью. Цель может быть и такой: я должен выжить.

— Но старики чаще всего одиноки, и врач для них может оказаться единственным человеком, кто ими интересуется.

— Врач — это человек, который должен уметь сопереживать больному и облегчать его страдания, этому меня научил мой великий учитель — профессор Абрам Львович Сыркин. Ведь если я сострадаю, то начинаю понимать болезнь и могу помочь. Даже словом. Я должен научить больного поверить в себя. Я должен научить больного побеждать себя. И я должен научить больного помочь себе выжить. Не хочу хвастать, но, работая в реанимации, я убедился, что если больной в сознании, то я могу заставить его выжить, не умереть. Своей силой воли. Своей энергией. Нас так учили, нам это прививали: «Больному надо говорить хорошую правду, надо вселять в него веру в свои силы».

— Но разве быть таким доктором — не значит быть избранным? По-моему, такие люди и есть настоящие ангелы добра, избранные Божьи?

— Да будет вам, просто я считаю себя хорошим врачом. ✖

Беседовала Анна Кузнецова

Инновационный подход к профилактике рака желудка

Доклад под таким названием на открытии XXIX Объединенной российской гастроэнтерологической недели, проходившей в Москве с 26 по 28 сентября 2023 года, представил профессор Ю.П. Успенский, обзор выступления которого предлагаем вашему вниманию.



Юрий Павлович УСПЕНСКИЙ

Д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии имени профессора В.А. Вальдмана ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», руководитель курса гастроэнтерологии кафедры внутренних болезней стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный университет им. И.П. Павлова» Минздрава России, директор Санкт-Петербургского городского центра заболеваний кишечника и эндоэкологии желудочно-кишечного тракта, главный внештатный гастроэнтеролог Санкт-Петербурга

АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Рак желудка (РЖ) представляет собой не только клиническую, но и большую медико-социальную проблему. Он занимает первое место по злокачественным новообразованиям (ЗНО) желудочно-кишечного тракта, а среди рака всех локализаций — шестое место по частоте и второе — по смертности. Что касается российской статистики, то РЖ принадлежит:

- 5-е место в структуре онкологической заболеваемости, при этом ее пик в случае РЖ приходится на возраст 65 лет;
- 3-е место в структуре смертности от ЗНО, причем средний возраст умерших от РЖ россиян — 68,7 года (76,2 года у мужчин и 70,9 года у женщин).

Мужчины заболевают РЖ в 1,3 раза чаще женщин. У 85 % пациентов болезнь сразу или в течение 3 лет переходит в метастатическую форму. А отдаленные метастазы, к сожалению, выявляются у 50–65 % больных уже при первичном обращении. Редкий пациент приходит к врачу на бессимптомной стадии, обычно обращаются с жалобами, причиной которых во многих случаях служат именно метастазы. Конечно же, такие жалобы появляются не одновременно, обычно проходит немалый срок между их возникновением и визитом пациента к врачу.

От РЖ умер на острове Святой Елены его знаменитый узник — император Наполеон. При вскрытии у него в желудке обнаружилась огромная 12-сантиметровая опухоль. Вот что мы читаем в дневнике личного врача Наполеона — корсиканского доктора Франсуа Карло Антоммарки (запись сделана в 1820 году): «Наполеон страдает от озноба, лихорадки, тошноты, головной боли, сухого и частого кашля, боли в животе, рвоты с признаками желчи».

Лучше любого клинициста страдания человека, умирающего от РЖ, описал Л.Н. Толстой в повести «Смерть Ивана Ильича». Сделал он это под впечатлением от рассказа приехавшего к нему в Ясную Поляну физиолога Ильи Ильича Мечникова, чей брат Иван Ильич действительно скончался от РЖ: «...Боль в боку все томила, все как будто усиливалась, становилась постоянной, вкус во рту становился все страннее, ему казалось, что пахло чем-то

отвратительным у него изо рта, и аппетит и силы все слабели. Нельзя было себя обманывать: что-то страшное, новое и такое значительное, чего значительнее никогда в жизни не было с Иваном Ильичом, совершалось в нем... Ему готовили особенные кушанья по предписанию врачей; но кушанья эти были для него все безвкуснее и безвкуснее, отвратительнее и отвратительнее».

Интересно, что РЖ отличается географической гетерогенностью. Максимальное число пациентов с этим диагнозом фиксируется в Японии, Монголии, Южной Корее, Китае, а минимальное — в США, Австралии и Новой Зеландии. Россия находится примерно посередине списка с заболеваемостью 17,8 чел. на 100 тыс. мужчин и 7,6 на такое же число женщин при среднем показателе в мире 15,8 и 7,0 соответственно.

СМЕНА ПАРАДИГМ

«Мы живем в интересное время, — отметил докладчик, — когда (не в последнюю очередь из-за пережитой нами пандемии COVID-19) происходит смена патогенетических парадигм. Если раньше люди умирали от инфекций, причем не только бедные, но и богатые (П.И. Чайковский скончался от холеры, Франц Шуберт — от брюшного тифа), то сейчас инфекционные факторы (COVID-19) стали накладываться на ложе метаболического синдрома (МС). Современный этап развития человечества характеризуется глубокими противоречиями в эволюционно выработанной системе взаимоотношений между макроорганизмом и его симбионтной микрофлорой, а также изменением взаимоотношений патогенетических парадигм, когда ранее изолированные друг от друга инфекционные и метаболические патогенетические факторы стали тесно взаимодействовать с непредсказуемым результатом».

Так, например, нарушения микробиоты кишечника и появление нового инфекционного агента — коронавируса SARS-CoV-2 в качестве триггерного фактора на фоне ожирения, сахарного диабета, артериальной гипертензии и других проявлений МС ведут к расширению факторов риска (ФР) РЖ. Взять хотя бы ожирение, которое приобрело в наши дни масштаб неинфекционной эпидемии. Оно повышает вероятность инфицирования *Helicobacter pylori* и развития патологических процессов, связанных с персистенцией данного микроорганизма.

H. pylori еще в 1994 г. была отнесена к канцерогенам I-го типа экспертной группой Международного агентства по изучению рака (IARC) и сегодня признан наиболее важным ФР некардиального РЖ. Так формируется патологический круг: ожирение облегчает заражение *H. pylori* и снижает эффективность эрадикационной терапии, а хеликобактер увеличивает шансы заболеть РЖ, запуская так называемый каскад Корреа, получивший свое имя в честь опившего его испанского ученого. Речь идет о серии патологических изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ) от поверхностного к хроническому атрофическому гастриту (ХАГ) и далее к метаплазии

тонко- и толстокишечного типов с последующей дисплазией и формированием аденокарциномы желудка. В предотвращении этих изменений и содействии их обратному развитию заключается профилактика РЖ.

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Раннее выявление как модифицируемых, так и неизменяемых ФР РЖ имеет жизненно важное значение для первичной профилактики этого заболевания. К немодифицируемым ФР относятся профессиональные вредности, семейный анамнез РЖ, сопутствующие заболевания и резекция желудка в анамнезе, а модифицируемые ФР бывают двух видов:

- зависящие от пациента: соблюдение сбалансированной диеты (отказ от соленого и копченого, включение в рацион избытка овощей и фруктов, витамина С), ограничение алкоголя, отказ от курения, поддержание нормального веса;
- зависящие от врача: качественная эрадикация *H. pylori* с целью устранить воспалительный процесс при неатрофическом гастрите, предотвратив его переход в атрофический с угрозой развития РЖ. Необходимо помнить,

что эрадикация наиболее эффективна в профилактике РЖ до развития атрофических изменений СОЖ. А поскольку пациенты обычно обращаются к врачу на запущенных стадиях ХАГ, после эрадикации им рекомендуется высококачественное гастроскопическое наблюдение с периодичностью раз в 3 года, а при отягощенном по РЖ анамнезе еще чаще (раз в 1–2 года).

К счастью, в нашем арсенале появился новый эффективный инструмент, позволяющий обратить вспять уже имеющиеся атрофические изменения СОЖ, восстановив количество желез, а не просто пассивно наблюдать с помощью гастроскопии, перейдут атрофические изменения в аденокарциному желудка или нет. Речь идет о препарате Регастим Гастро (альфа-глутамил-триптофане, синтетическом дипептиде, состоящем из остатков аминокислот глутамина и триптофана), который способствует уменьшению выраженности атрофии и воспалительного процесса в СОЖ больных ХАГ, ассоциированным с *H. pylori*. Свойства гастропротектора и стимулятора восстановления тканей,

Окончание на стр. 12 >>>

Регастим ГАСТРО

Альфа-глутамил-триптофан натрия, порошок для приготовления геля

РЕПАРАЦИЯ ТКАНЕЙ ЖЕЛУДКА С ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ

1 место
в номинации «Инновационный препарат для лечения воспалительно-дистрофических заболеваний желудка»

Победа
в номинации «Инновационные решения для медицины (профилактика, диагностика, лечение, реабилитация)»

regastim-gastro.ru

Реклама

Кому на Руси витаминов не хватает?

Более 22 % россиян страдают двумя и более заболеваниями, связанными с неправильным питанием, в частности с дефицитом витаминов и минеральных веществ. Кто все эти люди и как им помочь?



Одновременный дефицит сразу нескольких микронутриентов возникает при всевозможных ограничениях питания (посты и диеты), патологических процессах, в первую очередь в желудочно-кишечном тракте, дисбактериозе кишечника, приеме ряда препаратов и стрессе

НЕРЕДКИЙ ДЕФИЦИТ

К группе повышенного риска по дефициту витаминов и минералов относятся, например, дети 2–3 лет, вегетарианцы, все, кто страдает пищевой непереносимостью и аллергией, обременены ожирением, болезнями ЖКТ, а также пожилые люди. Каких же микронутриентов им, да и всем нам, не хватает больше всего?

По последним данным Росстата и результатам исследований питания, у многих россиян в течение всего года наблюдается дефицит сразу нескольких витаминов, а также кальция, магния, цинка, йода и других минеральных веществ. А недостаточное потребление йода и витамина D носит настолько массовый характер, что выступает патологическим фоном, на котором развивается дефицит уже других микронутриентов. Второе место занимает нехватка витаминов группы В во всех группах населения.

Хотя в разных исследованиях изучались свои перечни витаминов, в целом всеми ими обеспечены лишь 14 % взрослых и около 17 % детей. При этом сочетанный недостаток трех и более витаминов обнаруживается у более чем 20 % взрослых и около 40 % детей. Помимо недостатка микронутриентов, вызванного их низким содержанием в пище, риск развития дефицита витаминов и минералов повышается при некоторых физиологических состояниях или на определенных этапах жизни. Одновременный недостаток сразу нескольких микронутриентов возникает при различных ограничениях питания (диеты), патологических процессах, приеме некоторых препаратов, стрессе (табл.).

В группе риска оказываются беременные и кормящие женщины вследствие повышенной потребности в эссенциальных микронутриентах. Доля обеспеченных витаминами будущих мам колеблется от 6 до 39 %, увеличиваясь при приеме

витамино-минеральных комплексов (ВМК). Относительное число женщин с недостатком трех и более витаминов варьирует в диапазоне 15–38 %. Соблюдение длительных религиозных постов также приводит к развитию множественной микронутриентной недостаточности с клиническими признаками дефицита микронутриентов.

ПОРОЧНЫЙ КРУГ

Он возникает при многих заболеваниях. При аллергии на фоне изначальной витаминной недостаточности, предрасполагающей к сенсibilизации организма, назначение элиминационных диет еще более

усугубляет дефицит витаминов. При заболеваниях ЖКТ усиление недостатка витаминов обусловлено снижением их поступления с пищей в результате нарушения ассимиляции, а также применения редуцированных или щадящих диет, что приводит к нарушению витаминзависимых процессов поддержания структуры и функции ЖКТ.

Чаще же всего сочетанный недостаток трех и более витаминов обнаруживается в России у больных туберкулезом, работников вредных предприятий, беременных в третьем триместре, вегетарианцев, жителей Севера. К группе высокого риска множественной недостаточности микронутриентов относятся и спортсмены, особенно ограничивающие потребление энергии и контролирующие массу тела. В группу риска множественной недостаточности витаминов группы В входят пожилые люди (В₁, В₂, В₆, В₉, В₁₂), пациенты с сердечной недостаточностью (В₁, В₂ и В₆), больные после операций, связанных с ожирением (резекция желудка), и вегетарианцы с веганами (В₁, В₂, В₆ и В₁₂).

У последних помимо дефицита витаминов группы В отмечается недостаток витамина D, который содержится в основном в продуктах животного происхождения. Обогащение рациона пищевыми волокнами (отруби злаковых, пектин, инулин), которые обладают сорбирующими способностями, или полиненасыщенными жирными кислотами с применением рыбьего жира либо растительных масел, способствующих усилению процессов перекисного окисления, может приводить к ухудшению обеспеченности организма витаминами-антиоксидантами (Е, С) и бета-каротином.

МНОЖЕСТВЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ

Для коррекции мультимикронутриентной недостаточности используют обогащенные пищевые продукты и ВМК. Наибольшую эффективность обеспечивает обогащение продукта не каким-то одним микронутриентом, а их комплексом. Наиболее

физиологичным, не требующим изменения пищевых привычек способом повышения микронутриентной ценности рациона является введение в состав продуктов недостающих веществ.

Во многих странах законодательно регламентировано обогащение муки витаминами группы В и железом, молочной продукции — витамином D, а также йодирование соли. В сравнительных с плацебо исследованиях было показано, что добавление ВМК в состав базового рациона (рисовая и пшеничная мука, молочные продукты, напитки, печенье, спреды) приводит к увеличению концентрации микронутриентов в сыворотке крови, снижению их дефицита (железо, витамины А, В₂ и В₆), а также анемии — на 34 %, частоты развития зоба — на 74 %, дефектов нервной трубки — на 41 %. В РФ такое обогащение производится по инициативе самих изготовителей пищевой продукции. При этом законодательство допускает обогащение всего одним микронутриентом. В данных условиях целесообразно использовать многокомпонентные ВМК.

Поступающие в стационар пациенты, как правило, обеспечены витаминами хуже, чем здоровые люди. Согласно приказу МЗ РФ от 21.06.2013 г. № 395н «Об утверждении норм лечебного питания» в стандартные рационы включены ВМК в количествах, покрывающих 50–100 % физиологической потребности в микронутриентах. При этом ВМК не обязательно должны быть в форме таблеток или капсул: в ходе приготовления пищи ВМК в таких же дозах или содержащие витамины белково-композитные смеси используют для обогащения готовых блюд лечебного и диетического профилактического питания непосредственно в медицинских организациях.

Но при непродолжительном пребывании в стационаре такой дозы может оказаться недостаточно для коррекции дефицита витаминов. Использование многокомпонентных ВМК обладает рядом преимуществ по сравнению с применением отдельных витаминов и минералов. При этом не только улучшается микронутриентный статус организма, но и устраняются последствия дефицита.

Так, прием мультимикронутриентных ВМК по сравнению с добавкой только железа и фолиевой кислоты не только предотвращал развитие анемии у беременных, снижая число маловесных новорожденных, но и уменьшал частоту преждевременных родов и появления на свет недоношенных с низким гестационным возрастом.

Эффективность ВМК зависит от дозы витаминов и продолжительности приема. Низкие дозы (15–50 % суточной нормы) не позволяют ликвидировать дефицит за месяц. Зато использование ВМК в количестве, покрывающем около 100 % физиологической потребности, приводит к заметному улучшению витаминной обеспеченности уже через 30 дней приема. ✕

Обзор публикации сотрудников ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи В.М. Коденцова и А.В. Погожева в журнале «Клиническое питание и метаболизм» подготовил Роман Кириллов, к.м.н.

Таблица. Группы риска множественного дефицита микронутриентов среди населения

Категория населения	Одновременный дефицит микронутриентов
Дети 2–3 лет при переходе на общий стол без использования обогащенных витаминами и минералами продуктов детского питания	Все витамины, железо, кальций, йод
Пациенты с пищевой непереносимостью и аллергией	Витамины, содержащиеся в продуктах, исключенных из рациона
Практикующие элиминационную диету (вегетарианцы, веганы и др.)	Витамины В ₁₂ , В ₉ , D, E, кальций, селен, цинк, железо, йод, полиненасыщенные жирные кислоты омега-3
Люди с ожирением, находящиеся на низкокалорийных диетах	Витамины D, E и группы В
Пациенты с заболеваниями ЖКТ (щадящие диеты)	Все витамины
Получающие лекарственную терапию	Витамины группы В
Ранний пубертатный возраст	Все витамины
Испытывающие повышенные физические и психоэмоциональные нагрузки	Витамины-антиоксиданты
Пожилые	Все витамины, кальций, магний, цинк
Соблюдающие длительные религиозные посты	Витамины группы В, D, железо, цинк
Спортсмены, контролирующие массу тела	Витамины D, А, С, E, группы В, йод, калий, кальций, селен
Обогащающие рацион пищевыми волокнами (отруби)	Витамины группы В, E, бета-каротин

Функциональное билиарное расстройство: практические аспекты лечения

Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) — достаточно распространенная патология среди людей трудоспособного возраста с частотой встречаемости до 20 %. Гастроэнтерологи и терапевты должны иметь представление о современных методах ее лечения.

Дискинезия желчного пузыря и дисфункция сфинктера Одди относятся к функциональным расстройствам вследствие висцеральной гиперчувствительности и субъективно очень неприятны для пациентов. Приступы боли продолжительностью до получаса, с тошнотой и иногда даже рвотой причиняют пациентам серьезный дискомфорт и снижают их активность. Приступы сложно предупредить из-за полиморфности провокаторов боли: это могут быть не только погрешности в диете, но и прием некоторых лекарств и даже банальный стресс.

Сказанное выше ярко иллюстрирует клинический пример из статьи И.Г. Пахомовой «На приеме пациент с функциональным билиарным расстройством. Особенности терапевтической коррекции», опубликованной в «Русском медицинском журнале» в 2022 году. Пациентка 32 лет предъявляла жалобы на периодическую приступообразную боль в правом подреберье продолжительностью около 30–40 минут после приема жареной пищи и на фоне стресса. При соблюдении строгой диеты или приеме спазмолитиков приступ купировался, иногда принимала антациды — без значимого эффекта. Последнее ухудшение связывала со стрессом на работе и с нарушением режима питания. Констатация функционального генеза боли возможна

после исключения органических причин с помощью лабораторной и инструментальной диагностики. В диагностическую программу, как правило, входят определение уровня билирубина, ферментов печени и (или) поджелудочной железы, копрологическое исключение паразитарных инвазий, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости с оценкой фракции выброса желчного пузыря методом УЗ-холестистогграфии, эзофагогастродуоденоскопия. При подозрении на дисфункцию сфинктера Одди выполняется магнитно-резонансная холангиопанкреатография, эндоскопическое УЗИ панкреатобилирной зоны или билиосцинтиграфия с изотопом технеция (99m Tc). Колоноскопия позволяет исключить колоректальный рак. Диагностический алгоритм может расширяться по показаниям: в приведенном клиническом примере в анамнезе у пациентки имелось указание на перенесенный в детстве лямблиоз, после терапии которого контроль эффективности лечения не выполнялся. Чтобы исключить наличие паразитов, простейших и роста какой-либо флоры в желчном пузыре, было проведено дуоденальное зондирование. Пациентка принимала дротаверин и мебеверин, но данная схема не позволяла купировать боль. Автор высказал предположение, что недостаточная эффективность такой терапии обусловлена слишком широким

спектром спазмолитического действия этих препаратов. Для достижения максимального эффекта и минимизации нежелательных явлений (НЯ) при лечении функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди предпочтение следует отдавать препаратам с максимальной селективностью действия на желчевыводящие пути. К таким препаратам относится гимекромон (Холикрон) — миотропный спазмолитик и блокатор натриевых каналов, который выводит в желчь и действует таргетно там, где необходимо. Это позволяет обеспечить максимальную эффективность при минимуме системных воздействий, в частности, на гладкомышечные элементы кровеносной системы и кишечной мускулатуры. Гимекромон (Холикрон) не обладает прямым желчегонным действием (при билиарной боли такой эффект не всегда желателен), но облегчает приток желчи в пищеварительный тракт, тем самым усиливая энтерогепатическую рециркуляцию желчных кислот.

Пациентке из клинического примера для купирования билиарной боли, обусловленной дисфункцией желчного пузыря, был рекомендован прием гимекромона (Холикрон) курсом по 200 мг 3 раза в сутки за 20–30 мин до еды в течение 21 дня. При необходимости допускалось увеличение дозы до 400 мг на 1 прием. В дальнейшем

возможен прием в режиме «по требованию» по 200–400 мг внутрь. Также была рекомендована патогенетическая терапия препаратом урсодезоксихолиевой кислоты и диета. Через 7 дней лечения пациентка отметила полный регресс билиарной боли.

При подозрении на ДЖВП требуется комплексный диагностический подход, позволяющий исключить органическую патологию. Лечение функциональных билиарных расстройств также должно быть комплексным (диетотерапия, изменение образа жизни, коррекция факторов риска и лекарственная терапия, основу которой составляют спазмолитики). В распоряжении клинициста есть широкий арсенал спазмолитических препаратов с разным механизмом действия. Целесообразно отдавать предпочтение тем из них, которые обладают высокой селективностью в отношении желчевыводящих путей. Избирательное действие позволяет свести к минимуму системные НЯ, в том числе со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Важны также стоимость препарата, его доступность и наличие в аптеках. Препарат отечественного производства Холикрон доступен по цене, а концепция импортозамещения позволяет обеспечить его бесперебойные поставки на аптечные полки. ✕

Екатерина Демьяновская, к.м.н.



PREPARAT GIMEKROMONA

ХОЛИКРОН

ПОМОЩЬ ПЕЧЕНИ
СО ВСЕХ СТОРОН!

ЖЕЛЧЕГОННЫЙ И ИЗБИРАТЕЛЬНЫЙ
СПАЗМОЛИТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

СНИМАЕТ СПАЗМ СО СФИНКТЕРА ОДДИ,
НЕ ВЫЗЫВАЕТ СОКРАЩЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

ПРОИЗВОДИТСЯ В РОССИИ И ДОСТУПЕН ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

ИМЕЕТ **2**
УНИКАЛЬНЫЕ
ФАСОВКИ

30 таблеток
для короткого
курса в 5-7 дней

90 таблеток
для полного
курса терапии¹

1. Согласно способу применения из инструкции по медицинскому применению для взрослого

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

Подробнее на сайте



Регулярно

РУ ЛП-006865 ОТ 23.03.2021

Как изменилось питание россиян за последние 100 лет?

Неправильное и нездоровое питание — не только показатель низкого качества жизни, но и главный фактор риска гастроэнтерологических и многих других заболеваний.



МЕНЬШЕ ХЛЕБА

В «Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний» на период до 2025 года (Приказ МЗ РФ № 8 от 15.01.2020) большое значение придается формированию культуры здорового питания. В частности, предусматривается снизить избыточное потребление россиянами соли, сахара, насыщенных жиров, увеличив в рационе долю овощей и фруктов, пищевых волокон, рыбы и морепродуктов. Удастся ли добиться этих целей — узнаем через 2 года. В целом же структура питания населения России за последние 100 лет претерпела значительные изменения. Связаны они были в первую очередь с трансформацией социально-экономической ситуации в стране и ростом или спадом в агропромышленном комплексе и пищевой индустрии, а также с проблемой ценовой доступности тех или иных продуктов. Кроме того, развитие науки о питании и пропаганда здорового образа жизни также повлияли на изменение структуры питания населения.

По данным статистического ежегодника «Народное хозяйство СССР», в 1913 г. потребление на душу населения составляло: хлебопродуктов (мука, крупа, бобовые и макаронные изделия в пересчете на муку) — 200 кг/год, картофеля — 114 кг/год, овощей и бахчевых — 40 кг/год, фруктов и ягод — 11 кг/год, мяса и сала — 29 кг/год, молока и молочных продуктов (в пересчете на молоко) — 154 кг/год, яиц — 48 штук, рыбы и рыбопродуктов — 6,7 кг/год, сахара — 8,1 кг/год.

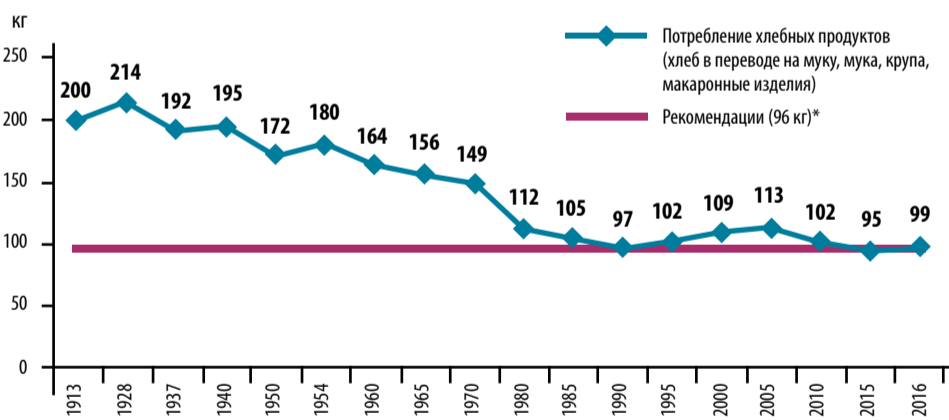


Рисунок 1. Потребление мучного (хлеб в пересчете на муку, мука, крупа, макаронные изделия) в России с 1913 по 2016 г. (кг/год/человек). В 2021 году оно составило 90 кг/год/человек

Примечание (здесь и для рис. 2–10): * «Рекомендации по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающим современным требованиям здорового питания» (Приказ МЗ РФ от 19 августа 2016 г. № 614 «Об утверждении "Рекомендаций по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающих современным требованиям здорового питания"»).

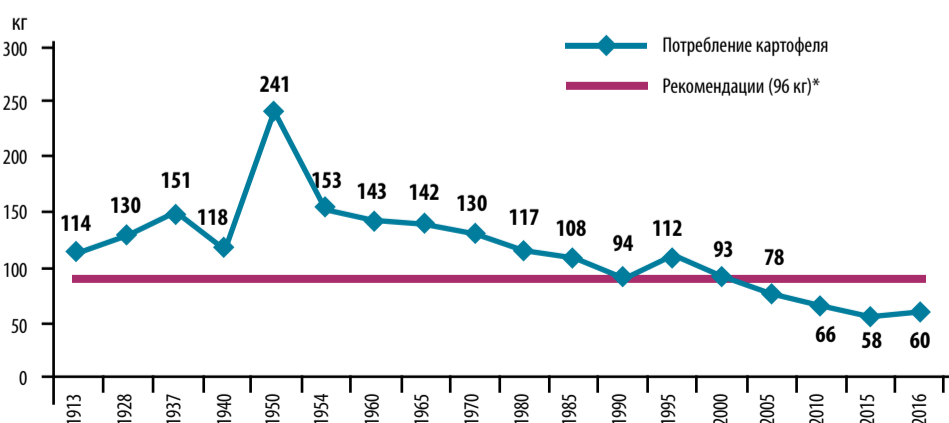


Рисунок 2. Потребление картофеля населением России с 1913 по 2016 г. (кг/год/человек). В 2021 году оно составило 52 кг/год/человек

Таким образом, до революции население России в основном питалось картофелем, хлебными и молочными продуктами. После 1917 года произошло резкое (почти вдвое) снижение потребления рыбопродуктов, а также сахара. Потребление всех групп пищевых продуктов, за исключением хлебных, существенно возросло после Великой Отечественной войны. Именно тогда основой нашего питания стали молоко и продукты на его основе, что сохраняется и сейчас. В 1913 г. хлебобулочных изделий съедали вдвое больше, чем сегодня, причем их потребление снижалось постепенно (рис. 1). Современный уровень потребления (99 кг хлебных продуктов на человека в год) соответствует рекомендациям (96 кг), установленным Приказом МЗ РФ № 614 от 19 августа 2016 г., и отвечает требованиям здорового питания.

МЕНЬШЕ КАРТОФЕЛЯ

Картофеля в дореволюционной России съедали вдвое больше, чем сейчас, что связано в первую очередь с самообеспечением населения этой овощной культурой (рис. 2). Во время Великой Отечественной войны картофелеводству был нанесен большой ущерб. Сортовые посадки резко сократились — с 1182 тыс. га в 1940 г. до 527 тыс. га в 1944 г.; было утеряно много сортов.

Но в послевоенные годы производство картофеля в стране сравнительно быстро восстановилось благодаря специализации хозяйств и вниманию к их техническому оснащению. Существенный пик отмечался в 1950 г., когда потребление

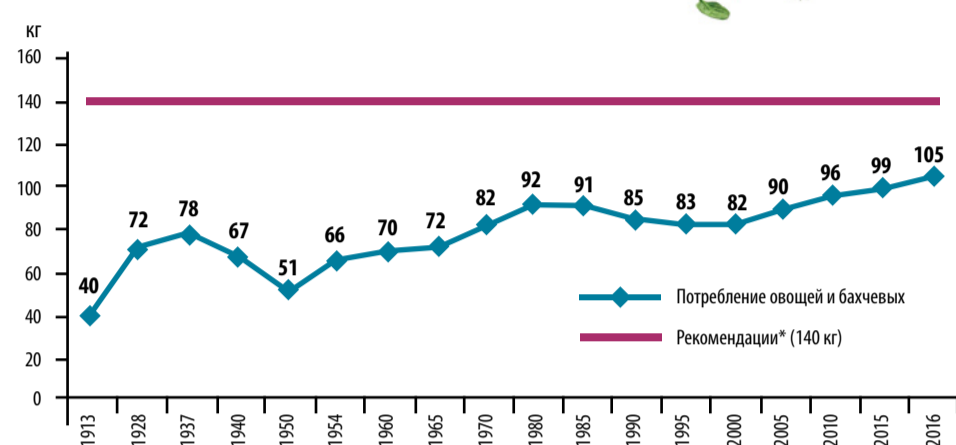


Рисунок 3. Потребление овощей и бахчевых культур населением России с 1913 по 2016 г. (кг/год/человек). В 2021 году оно составило 101 кг/год/человек



Рисунок 4. Потребление свежих фруктов населением России с 1913 по 2016 г. (кг/год/человек). В 2021 году оно составило 72 кг/год/человек

картофеля превышало нынешнее в 4 раза, что было связано с определением приоритетных направлений в агропромышленном комплексе.

С 1990 г. в стране изменилась структура производства картофеля. Доля крупных сельскохозяйственных предприятий в валовом сборе клубней сократилась с 34 % почти до 7 %. Существенное влияние на этот процесс оказало общее снижение жизненного уровня значительной части населения. С 2005 г. отмечается сокращение потребления картофеля ниже рекомендованного уровня 90 кг (сейчас всего лишь 60 кг на человека в год). Это связано не только с уровнем развития отечественных хозяйств, занимающихся картофелеводством, но и с распространенным заблуждением, что картофель увеличивает вес, что неверно.

БОЛЬШЕ КАЛОРИЙ

Потребление овощей и бахчевых культур до революции было ниже по сравнению с современным в 2,5 раза. Хотя этот показатель постоянно растет и потреблению овощей уделяется много внимания на всех уровнях здравоохранения, рекомендуемых значений достичь пока не удалось. В 2016 г. уровень потребления овощей и бахчевых составлял 105 кг на человека в год при рекомендованных 140 кг (рис. 3).

Недостаточное потребление овощей, в том числе картофеля и, как следствие, дефицит необходимой организму клетчатки непременно приводят к повышенному потреблению простых углеводов и к перераспределению соотношения белков, жиров и углеводов в рационе.

Делая выбор в пользу продуктов животного происхождения и простых углеводов

вместо овощей, человек существенно повышает калорийность рациона, что приводит не только к увеличению массы тела, но и к изменению соотношения количества жировой и мышечной ткани.

Хотя уровень потребления фруктов по сравнению с дореволюционным вырос в 6,5 раза, составив 73 кг на человека в год, целевых показателей — 100 кг — достичь не удастся (рис. 4). Недостаток фруктов в рационе населения компенсируется повышенным потреблением простых углеводов. Зачастую человек отказывается от фруктов в пользу конфет или шоколада, увеличивая тем самым калорийность пищи в 10 раз за счет жиров и добавленного сахара и обедняя рацион клетчаткой.

БОЛЬШЕ МЯСА И РЫБЫ

В последние 100 лет мы стали есть втрое больше мяса (рис. 5). На графике можно заметить два спада: в 1937 году и в 1995–2005 годах, что связано с изменениями социально-экономической ситуации в стране. С 2010 г. потребление мяса увеличивается. По данным на 2016 г., среднестатистический россиянин ежегодно съедает на 15 кг больше нормы мясных продуктов, в том числе кулинарных (котлеты, пельмени) и колбасных изделий, богатых жирами и обладающих высокой энергетической ценностью. При этом все чаще мы делаем выбор в пользу тех продуктов, которые не требуют длительного приготовления.

В дореволюционной России рыбы ели в 3 раза меньше, чем сегодня. Ее потребление заметно снижалось с 1990 по 2000 г. В 2016 г. уровень потребления рыбы и продуктов из нее составлял 22 кг на человека в год, что соответствует рекомендованному (рис. 6).

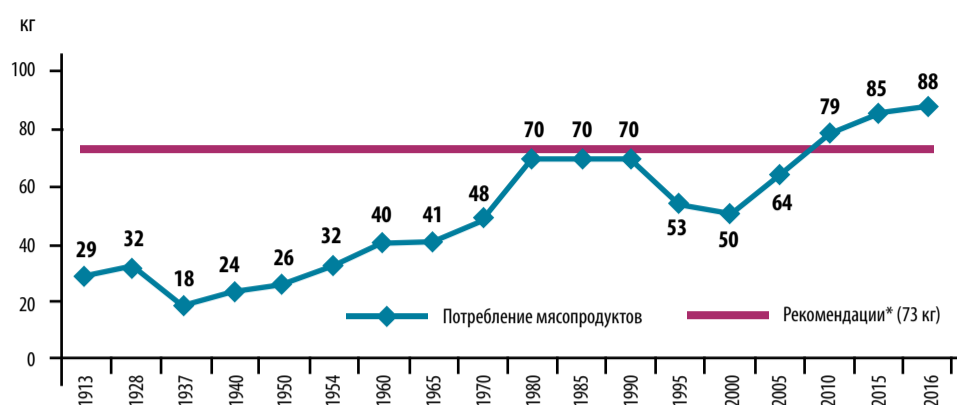


Рисунок 5. Потребление мясных продуктов населением России с 1913 по 2016 г. (кг/год/человек). В 2021 году оно составило 94 кг/год/человек

МЕНЬШЕ МОЛОКА

Уровень потребления молока и продуктов из него долго оставался стабильным, а с 1970 по 1990 год даже рос. Однако с 1995 г. наблюдается его резкое снижение. Рекомендованный уровень потребления молока и молочных продуктов, по данным на 2016 г., все еще не был достигнут (рис. 7). По сравнению с 1913 г. уровень потребления яиц населением России вырос почти в 5 раз. С 1980 по 1985 г. отмечался пик, сменившийся спадом потребления. С 1995 г. отмечена слабоположительная тенденция, однако рекомендованный уровень потребления яиц не достигнут. Причиной могут быть не только изменения в агропромышленных комплексах, но и активно обсуждаемая тема о влиянии яиц на уровень холестерина в крови человека (рис. 8).

Растительного масла до революции потребляли в 4 раза меньше нынешнего. На протяжении последних 10 лет сохраняется стабильный уровень 11 кг на человека в год при рекомендованных 12 кг (рис. 9).

По сравнению с 1913 г. уровень потребления сахара у нас вырос почти в 4 раза. С 1960 г. этот показатель остается повышенным. Даже в 1995 г. на фоне общего снижения потребления пищевых продуктов уровень поглощения сахара был выше рекомендованного на 2 кг. По данным на 2016 г., превышение потребления сахара составляет 8 кг на человека в год (рис. 10).

По мнению авторов обзора, результаты исследования статистических данных дают представление о весьма существенном изменении питания населения России за последние 100 лет. Хорошо видно, что в 1913 г. потребление всех основных групп пищевых продуктов находилось на низком уровне. Исключение составляли хлеб и картофель. Основной рациона на тот момент служили хлеб и крупы, что связано с особенностями ведения крестьянских хозяйств.

За время существования СССР в сельском хозяйстве произошли значительные по своим масштабам и общественным последствиям социально-экономические сдвиги. Были созданы и эффективно действовали системы крупных сельскохозяйственных предприятий — совхозов и колхозов, ставших основными производителями сельскохозяйственной продукции; существенно изменились условия жизни крестьян.

Из отсталого, основанного на ручном труде производства к 1980-м годам сельское хозяйство превратилось в крупную технически оснащенную отрасль, имеющую научно-производственную поддержку. В 1990-х отмечается существенное снижение потребления всех групп пищевых продуктов, за исключением картофеля, что связано с трансформацией социально-экономической ситуации в России и спадом в агропромышленном комплексе.

Несмотря на положительную динамику потребления отдельных видов пищевых

продуктов, выявленную при анализе статистических данных, питание россиян остается несбалансированным. Наблюдается недостаток потребления картофеля, овощей, фруктов, молока и молочных продуктов, яиц. При этом за прошедшие сто лет отмечается существенный, вплоть до избыточного, рост потребления мяса, продуктов из него и сахара. Нерациональное питание приводит к увеличению риска развития алиментарно-зависимых заболеваний. Не менее важная проблема для населения России — приведение в соответствие рекомендациям количественного состава основных групп продуктов в рационе, а также их качественных характеристик.

Проблема рационального питания как одного из факторов формирования здорового образа жизни, приведения его режима и структуры в соответствие с физиологическими потребностями человека требует комплексных решений в части организации, систематизации и стандартизации питания. Существенный вклад в информирование населения и формирование навыков культуры питания должны вносить центры здоровья, работающие на всей территории России.

ДИСБАЛАНС НАРАСТАЕТ

Данные на графиках представлены лишь до 2016 года. Мы проанализировали также показатели до 2021 года и выяснили, что за эти 5 лет питание россиян стало еще более несбалансированным (см. подписи к рисункам). По сравнению с тем, что рекомендует Минздрав России, мы стали есть меньше хлебобулочных продуктов (хотя с 2005 по 2016 год потребление здесь оставалось практически на оптимальном уровне), значительно меньше — картофеля и молока и, что особенно обидно, меньше овощей и свежих фруктов. Что касается последних, то в их потреблении россиянами в самом начале XXI века произошла настоящая революция. С 2000 по 2010 год население стало есть в 2,5 раза больше этих полезных для здоровья продуктов (рост с 27 до 70 кг в год на человека). Это можно связать с увеличением доходов населения после завершения «лихих 90-х» и ростом нашей экономики. Но затем до 2016 года в потреблении свежих фруктов мы практически топчемся на месте, причем в 2021 году этот показатель понемногу начал снижаться. Цифра 2021 года — 72 кг в год — достаточно далека от нормативов Минздрава (100 кг), еще дальше она от потребления в таких странах Европы, как Нидерланды, Австрия, Италия и Франция (167, 152, 149, 114 кг соответственно, по данным за 2018 г.).

Мясные же продукты в 2021 году лидируют по отклонению от нормативов Минздрава в сторону чрезмерного потребления. За 20 лет (с 2000 по 2021 год) оно выросло с 50 до 94 кг/год/человек. Почти в два раза! И примерно в 3 раза — по сравнению с потреблением в 1913 и 1950-х годах.

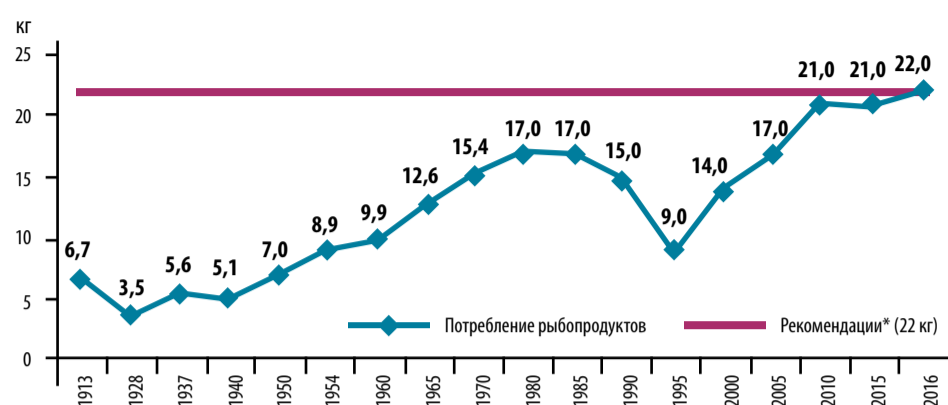


Рисунок 6. Потребление рыбы населением России с 1913 по 2016 г. (кг/год/человек). В 2021 году потребление составило 22 кг/год/человек



Рисунок 7. Потребление молока и молочных продуктов населением России с 1913 по 2016 г. (кг/год/человек). В 2021 году оно составило 265 кг/год/человек

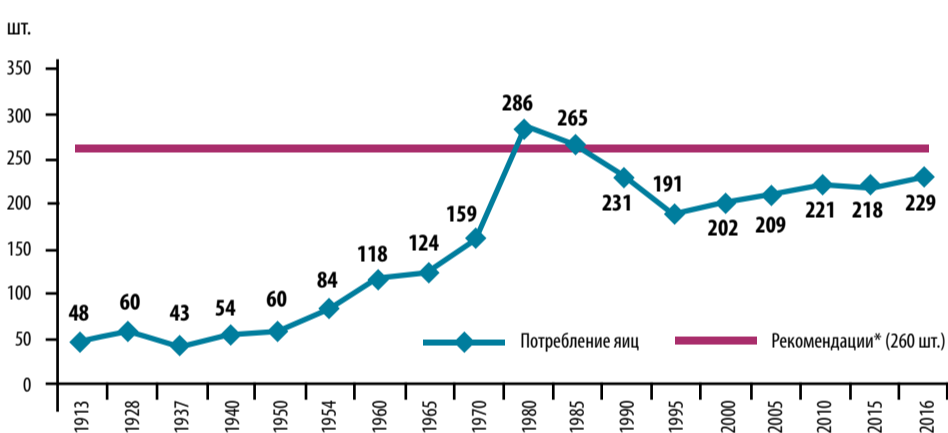


Рисунок 8. Потребление яиц населением России с 1913 по 2016 г. (штук/год/человек). В 2021 году оно составило 233 штук/год/человек



Рисунок 9. Потребление растительного масла населением России с 1913 по 2016 г. (кг/год/человек). В 2021 году оно составило 10 кг/год/человек

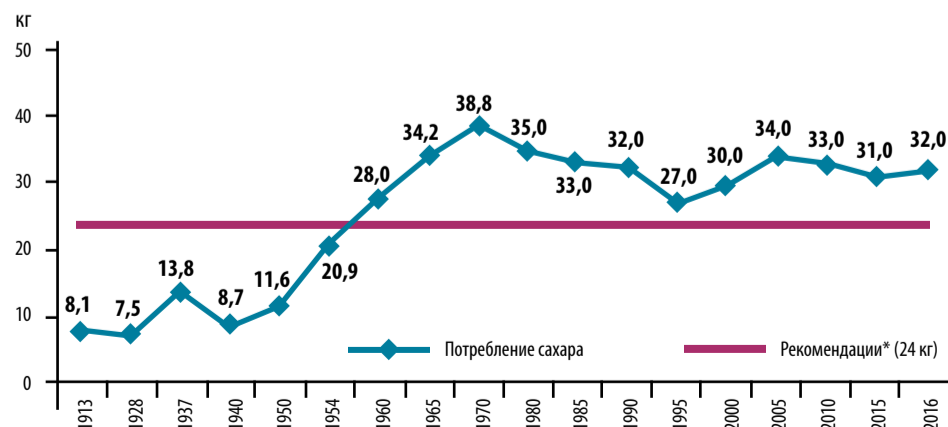


Рисунок 10. Потребление сахара населением России с 1913 по 2016 г. (кг/год/человек). В 2021 году оно составило 30 кг/год/человек

Инновационный подход к профилактике рака желудка

«Окончание, начало на стр. 7»

инициирующего стабилизацию и/или регресс атрофии СОЖ, альфа-глутамил-триптофан продемонстрировал в доклинических и когортных исследованиях.

Препарат активизирует внутриклеточный пептидный регуляторный каскад, позволяя ускорить пролиферацию и дифференцировку различных клеток за счет взаимодействия с метаболитами глутаматными рецепторами mGlu-R-Ia и mGlu-R-III. А кроме того, он обеспечивает ускорение восстановления структуры межклеточного матрикса за счет модуляции активности матриксных металлопротеиназ МПП-8 и МПП-9, тем самым препятствуя чрезмерному разрушению тканей на этапе резорбции детрита, и снижает активность МПП-1 и МПП-2 на этапе роста

грануляционной ткани, способствуя более быстрому закрытию раны. Двойное слепое плацебо-контролируемое многоцентровое исследование эффективности и безопасности альфа-глутамил-триптофана (порошок для приготовления геля для приема внутрь, производство АО «Медико-биологический комплекс «Цитомед») при лечении ХАГ проводилось путем рандомизации пациентов в две группы — основную и сравнения — в соотношении 1: 1. Назначение терапии исследуемым препаратом/плацебо выполнялось по следующей схеме:

- Основная группа (58 пациентов) получала Регастим Гастро (альфа-глутамил-триптофан) в виде порошка для приготовления геля для приема внутрь (разовая доза — 3 г).

- Группа сравнения (58 пациентов) получила плацебо в разовой дозе, приготовленной из 3 г порошка.
- Схема приема исследуемого препарата или плацебо — внутрь в свежеприготовленном виде 2 раза в сутки (утром за 20–30 минут до завтрака и вечером перед сном, но не ранее чем через час после еды) в течение 28 дней.

После окончания курса терапии проводилась оценка регенераторного эффекта препарата Регастим Гастро с точки зрения морфологических изменений, данных рН-метрии (минимальное значение рН, индексы агрессивности и кислотности) и результатов теста «Гастропанель» с учетом уровня пепсиногенов I и II (PGI и PGII), соотношения PGI/PGII, гастрин-17, титра антител к *H. pylori*.

При оценке динамики изменения количества желез в слизистой оболочке желудка в процессе приема препарата Регастим Гастро и плацебо оказалось, что у пациентов из основной группы число желез

на 1 мм² увеличилось на 26,1 %, что говорит о мощном регенераторном потенциале этого препарата. Также наблюдалась редукция метапластических изменений в биоптатах слизистой оболочки на фоне приема альфа-глутамил-триптофана. Кроме того, на фоне терапии препаратом Регастим Гастро имело место статистически значимое смещение интрагастрального рН в сторону кислых значений, что говорит о восстановлении секреторной кислотопродуцирующей функции желудка.

Снизилось также количество клеток, составляющих инфильтрат, и соответственно уменьшилось воспаление СОЖ. Вследствие всего вышесказанного Регастим Гастро был зарегистрирован в государственном реестре лекарственных средств Минздрава России как стимулятор регенерации при атрофических гастритах и, по словам профессора Успенского, препарат может быть рекомендован как новое мощное дополнительное оружие против РЖ и как средство его профилактики. ✕

Регастим Гастро признан инновационным решением для медицины

Оригинальный препарат МБНПК «Цитомед» для лечения хронического атрофического гастрита Регастим Гастро награжден медалью Всероссийского конкурса инновационных решений для здравоохранения за победу в номинации «Инновационные решения для медицины (профилактика, диагностика, лечение, реабилитация)».

Конкурс инноваций для здравоохранения ежегодно проводится в рамках Петербургского международного форума здоровья (ПМФЗ) — ключевого события Северо-Запада России в сфере медицины и здорового образа жизни. В 2023 это мероприятие посетили более 6500 экспертов и ученых, представителей власти, бизнеса и пациентского сообщества, практикующих врачей из России, Беларуси, Индии, Китая, Турции, Ирака, Ирана, Армении, Казахстана, Кыргызстана, Узбекистана. Свыше 200 авторитетных спикеров приняли участие в 60 научно-практических конференциях. На выставке «Медицинская индустрия» были представлены 55 компаний из 18 регионов России, Беларуси и Индии.

Цель конкурса — отбор лучших отечественных инновационных практик для ускорения их коммерциализации и продвижения на внутреннем и внешнем рынках. Среди его лауреатов прошлых лет — Первый

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Институт токсикологии ФМБА России, НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта и многие другие.

Это не первая победа Регастим Гастро в престижном профессиональном состязании. В 2022 году препарат занял 1-е место и получил фармацевтическую премию Russian Pharma Awards в номинации «Инновационный препарат для лечения воспалительно-дистрофических заболеваний желудка». Еще одним подтверждением его уникальных характеристик стало издание Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга в 2022 г. методических рекомендаций «Использование альфа-глутамил триптофана для профилактики рака желудка у пациентов с хроническим атрофическим гастритом».



ПИЩЕВОЙ РАЦИОН

Как изменилось питание россиян за последние 100 лет?

«Окончание, начало на стр. 10»

Все данные по потреблению мяса в России с 1980 по 2021 год были взяты из материалов Росстата. Но на самом деле это статистика не только по мясу в чистом виде, а по большой группе мясных продуктов, включая кулинарные (котлеты, пельмени) и колбасные изделия. А каковы же цифры потребления именно мяса? Сошлемся на данные Национального союза свиноводов России, представленные на прошедшей 10 февраля 2023 года сессии Международной конференции сельхозпроизводителей «Где маржа — 2023». Потребление мяса в России в 2022 году выросло на 2,3 % относительно уровня 2021-го и достигло

рекордного показателя как минимум за последние десять лет — 79 кг на человека в год. Рекорд обеспечил прирост по двум основным видам мяса в корзине потребителей: свинине и птице. Наиболее заметно выросло потребление свинины — почти на 5,9 % относительно предыдущего года (29,8 кг на человека в год). Показатель оказался рекордным за последние 30 лет, а доля свинины в общем потреблении достигла 37,5 %. Но радоваться тут, к сожалению, нечему. Ведь в рекомендациях Минздрава России по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающих современным требованиям

здорового питания, указано, что каждый россиянин должен ежегодно съедать намного меньше — 18 кг свинины в год (то есть 350 г в неделю).

Самая же большая доля (44,3 %) по-прежнему приходится на мясо птицы — его среднестатистический россиянин в 2022 году съел около 35 кг. Потребление данного вида мяса также выросло, но не настолько, как свинины. Прирост составил 2 % по сравнению с 2021 годом. Зато потребление говядины и баранины в 2022 году упало (на 1,9 и 7,1 % соответственно). По мнению гендиректора Национального союза свиноводов Юрия Ковалева, главная причина популярности свинины у россиян в том, что цены на нее в 2022 году росли меньше, чем на остальные виды мяса (прежде всего птицы). Оптовые цены на продукцию свиноводства в среднем за год снизились на 5–7 %, а розничные

продемонстрировали отсутствие роста, тогда как цены на говядину и баранину повысились очень заметно. По данным Росстата, в декабре 2022 года свинина в наших магазинах была в среднем чуть дешевле, чем в том же месяце 2021-го: бескостное мясо стоило на 1,1 % меньше (396 руб. за кг), а мясо на кости подешевело на 1,3 % (до 308 руб. за кг). Таким образом, бройлер, свинина и индейка остаются наиболее востребованными видами мяса с самым привлекательным для россиян соотношением цена/качество. Эти три продукта на сегодня занимают 80 % мясной корзины россиян. Итак, в 2022 году по показателям потребления мяса Россия вплотную приблизилась к наиболее развитым странам мира (в среднем около 83 кг). Среднемировой же показатель в этом же году был лишь около 43 кг. ✕

Александр Рылов, к.м.н.

ГСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ



СПЕЦВЫПУСК / 2023

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

Генеральный директор:
Леонид Маркович Наумов

АДРЕС РЕДАКЦИИ
И УЧРЕДИТЕЛЯ
115478, Москва,
Каширское шоссе, 24, стр. 15
Тел. +7 (499) 929-96-19
E-mail: abv@abvpress.ru
www.abvpress.ru

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор:
Леонид Борисович Лазебник

Выпускающий редактор: И.В. Ковалева
Директор по рекламе: А.В. Донских
Руководитель проекта: О.А. Строковская

Дизайн и верстка: С.С. Крашенинникова
Корректор: И.Г. Бурд

ПЕЧАТЬ
Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт»,
Нижний Новгород,
Окский съезд, 2, к. 1.
Заказ №233164.

Общий тираж 5600 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.
Газета зарегистрирована Федеральной службой
по надзору в сфере связи, информационных технологий
и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство
о регистрации ПИ № ФС77-78675 от 10 июля 2020 г.

Категорически запрещается полная или частичная перепечатка
материалов без официального согласия редакции.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.
Ответственность за достоверность рекламных объявлений
несут рекламодатели.

Бесплатная подписка на газету: www.abvpress.ru/subscribe