

Лекция №4. О питании.

«Если ты заболел, измени свой образ жизни.
Если это не помогло, измени питание.
Если и это не помогло, обращайся к врачу».

Так говорили древние греки, и спорить с ними никто не собирается, так как посыл верен по своей сути.

Питание – это равноправный компонент лечебной схемы наравне с основными методами, такими как медикаментозное или хирургическое пособие. Важность питания настолько велика, что иной раз определяет прогноз заболевания. Именно поэтому к отработке и исполнению диетических рекомендаций нужно относиться с должной ответственностью, не допускающей спешки и непрофессионализма.

Мы не зря делаем акцент на этом аспекте. Яркая черта постперестроечной поры (слава Богу, уходящей в лету) – обилие на книжном рынке литературы по диететике самого различного качества, в том числе и не очень вдумчивых (мягко говоря). Авторы, не особо утруждая себя каким-либо теоретическим обоснованием и практическим доказательством, дают весьма смелые рекомендации. Подобная ситуация породила ошибки в построении питания, плоды которых мы вынуждены пожинать сейчас.

Часто встречаются, с позволения назвать, «ошибки лишения». Так, например, научно доказано, что опухолевая клетка потребляет в несколько раз больше глюкозы, чем здоровая. Ну, раз так, давайте лишим ее сахара! (Ура, оставили всех без сладкого!).

Известно, что опухолевая клетка в несколько раз больше, чем здоровая, накапливает натрий. Что ж, давайте лишим ее соли! (Ура, все больные едят пресную пищу!).

Известно, что азотистые продукты метаболизма белка являются канцерогенами, давайте лишимся мяса. (Ура! Все стали строгими вегетарианцами!).

И так далее, и тому подобное...

Возникает вопрос, может вообще бросить эту вредную привычку – кушать?

Несмотря на риторику и смех, имеются и такие рекомендации: посадить всех онкобольных на голод!

На прием приходит пациентка после химиотерапии. Кожа да кости. Спрашиваю: Вы хорошо питаетесь?

Ответ: я, вообще-то, седьмой день голодаю.

Я: ?!...

Она (с некоторым вызовом): Но я же на соках!...

А из чего же организм должен строить здоровые клетки, замещать пораженные гепатоциты, иммуноциты, где взять энергию для ферментативных реакций, где взять железо для гемоглобина, жирные кислоты для стероидов? А витамины? А незаменимые аминокислоты?

А как же проблема опухолевой кахексии, многофакторное страдание, заключающееся в прогрессирующем снижении массы тела, рано или поздно происходящее практически со всеми онкологическими больными? А ведь здесь имеется не столько проблема поступления энергетических и пластических веществ в организм, сколько снижение КПД метаболизма вследствие выработки специфических опухолевых пептидов, карцинотоксина, фактора некроза опухолей и некоторых гормонов.

Разгрузочные дни – вещь хорошая, но всему нужно знать время и место, иметь чувство меры.

Обилие разноплановых рекомендаций (таб.1), подчас исключают друг друга, лишняя раз демонстрирует не только отсутствие единого мнения относительно питания онкологических больных, но характеризуют проблему, как весьма сложную.

На наш взгляд, для умиротворения спорщиков важно понять, для чего рекомендуется тот или иной диетический ход.

Часто профилактическую диету путают с лечебной.

Известно, что некоторые продукты (например, свинина или сыр блю с плесенью), способы их приготовления (жарение, копчение) играют определенную роль в канцерогенезе. То есть при постоянном, длительном употреблении в больших количествах могут способствовать мутации и озлокачествлению клеток. Данный факт научно доказан. Тем не менее, слова «постоянно», «длительно» и «в больших количествах» подчеркнуты не зря. То же самое касается и введения таких специфических продуктов, как проросшие зерна пшеницы, например.

Да, для профилактики опухолей важно строить свой рацион, обходя заведомые канцерогены, или хотя бы снижая частоту и количество их употребления в пищу.

Но если человек уже болен, данные ограничения, особенно строгие, теряют свой смысл, а иногда не позволяют организовать правильное питание, обеспечивающее достаточный потенциал для борьбы и восстановления.

Таблица 1. Противораковые диеты (приводится по Ролик И.С.)

Название	Особенности диеты
Антропософская диета по Renzenbrink	Полноценное питание, не стремиться к необоснованному отказу от пасленовых (томатов, картофеля)
Полуголодная диета Breuss	По мнению автора, рак возникает в результате обильного питания. Необходимо упор делать на использование смесей соков свеклы, моркови, сельдерея, редьки и картофеля
Диета Gerson	Для расслабления организма от частого употребления кофе ежедневное употребление касторового масла. В высоких дозах калий. экстракт печени, биологические препараты щитовидной железы, йод, витамин B12, ацидин-пепсин и отказ от рафинированного сахара, животного белка и соли
Раздельное питание Нау	Прием в пищу белковых и углеводных продуктов только раздельно
Инстинктивное питание по Burger	Не подавлять пищевой инстинкт человека. Питаться только сырой пищей, включая мясо и рыбу
Изопатическая молочнокислая диета по Ruhl	Повышенное употребление правовращающей молочной кислоты, "отравляющей" опухолевые клетки
Диета Leupold/Older	Причина рака в нарушении соотношения холестерина, глюкозы и фосфолипидов. Исключение из пищи сахаров, а также всех фруктов, кроме цитрусовых
Макробиотическая пища Kushi-Ohsawa	Преимущественно многоступенчатое питание продуктами из зерновых, причем на высшей ступени должен быть минимум белка, кальция, витаминов и микроэлементов, но при этом голодание недопустимо
Диета Moermann	Придает большое значение канцеропротекторам - йоду, дрожжам, пшенице, сере, витаминам А, Е и С, в остальном -

**Алефиров Андрей Николаевич,
лекционный цикл «Траволечение онкологических больных»**

	обычное полноценное питание
Белково-масляная пища по Budwig	Питание льняной мукой грубого помола (гранулата льняного семени) с творогом и мюсли, дополнительно сок квашеной капусты, свежеприготовленный сок овощей и фруктов
Диета без мяса Kousmine	Исключение мяса, печень-сберегающая растительная диета на основе злаковых
Полноценное по питанию Kollrath, Zabel, Bircher-Benner	Полноценная молочно-яично-растительная пища, в больших количествах овощи и фрукты, много нежирного мяса, а также рыба
Полноценное питание по Schnitzer	Основа питания - злаковые, приготовленные непосредственно перед употреблением

Как же все-таки правильно построить питание онкологического больного?
Мы предлагаем следующий план обсуждения:

I. Общие принципы питания

1. Режим питания
2. Калорийность
3. Состав
4. Общие ограничения
5. Витамины и минералы

II. Нюансы, зависящие от:

1. специфики поражения
2. тяжести заболевания
3. сопутствующей патологии
4. применения лекарств
5. местности проживания
6. сезона
7. вероисповедания

III. Фитодиететика

1. травы
2. пряности

Особое внимание хотим уделить некоторым психологическим аспектам питания. Хотя нередко данные аспекты вообще не озвучиваются, на наш взгляд они оказывают решающее влияние на то, получим ли мы эффект от диеты вообще.

Так, мы не приветствуем при общении с больным употребление слова «диета». Безусловно, термин имеет классическую трактовку, к которой у нас нет претензий. Другой вопрос, какой отклик в душе пациента вызывает фраза врача: «Вам нужно соблюдать следующую диету...»

Как правило, пациент воспринимает назначение, как нечто ограничивающее его привычки и пристрастия, и таким образом, «диета» с самого начала приобретает некую негативную психологическую окраску. И это несмотря на то, что вкусовые качества рекомендуемых продуктов и блюд в конце концов оказываются лучше, чем привычный для пациента рацион, а при перечислении ограничений, оказывается, что больной «и так этого уже давно не ест».

Негативная психологическая окраска диеты, как и сам по себе термин, всегда рождает стойкое убеждение, что «все это когда-нибудь должно кончиться». То есть диета – это что-то, имеющее начало, и, следовательно, конец. Как, скажем, курс массажа.

Однако задача лечебного питания любого хронического больного (каковым и является онкологический больной) состоит не только в ликвидации нарушений острой фазы болезни, но в длительном поддержании периода ремиссии. Для этого необходимо очень длительное, а лучше пожизненное соблюдение диетических рекомендаций.

Таким образом, скорее речь идет не просто о диете, а об изменении стереотипа питания, пищевых привычек и пищевого поведения. Единожды привнесенные лечебный вектор в питание, с теми или иными вариациями должен сохраняться всю жизнь.

В связи с этим важно не просто соблюсти «математическую цифирь» (калорийность, соотношения ЖБУ и проч.), но и продумать меню в целом с учетом доступности продуктов, их вкусовой сочетаемости и возможности употреблять с известным чередованием достаточно долго.

Важно, чтобы изменение стереотипа питания происходило очень плавно и ненавязчиво, растянуто во времени, путем постепенной замены одних продуктов другими.

Одним словом, изменение стереотипа питания не должно явиться для больного еще одним совершенно неоправданным стрессом.

Общие принципы питания онкологических больных.

Режим питания

Больной должен питаться часто, пять - шесть раз в день, через равные промежутки времени, небольшими порциями.

Распорядок питания и распределение суточного рациона выглядит так:

1 завтрак	– 25%
2 завтрак	– 10%
обед	– 30%
полдник	– 10%
1 ужин	– 20%
2 ужин	– 3-5%

Калорийность

Расход энергии, как и энергетическая ценность рациона, определяется в больших калориях (ккал) или по международной системе единиц (СИ) в килоджоулях (1 ккал = 4,184 кДж).

Суточные энергозатраты человека = расходы на основной обмен + расходы энергии на усвоение пищи + энергозатраты на выполнение работы в течение дня.

Основной обмен - это затраты энергии на обеспечение организма (дыхание, сердцебиение, работа печени, почек, обмен веществ в скелетной мускулатуре и т. д.) в состоянии полного покоя, натошак, при комфортной температуре воздуха.

Затраты энергии на основной обмен зависят от пола, возраста, массы тела, размера его поверхности, от климата, физиологического состояния организма.

В среднем у взрослого человека они составляют 1 ккал на 1 кг массы тела в час.

У женщин основной обмен на 5-10% ниже, чем у мужчин, в связи с меньшим количеством мышечной массы.

У пожилых основной обмен снижается на 10-15% по сравнению с молодыми людьми.

На величину основного обмена влияет соотношение массы тела и его поверхности.

При одной и той же массе тела у высокого и худого человека по сравнению с невысоким и полным потребность в энергии будет выше, так как теплопотери его увеличиваются за счет теплоотдачи с большей поверхности тела и основной обмен при этом возрастает.

У сравнительно худого человека с развитой мускулатурой, являющейся активной тканью в энергетическом отношении, величина обмена выше, чем у полного человека.

У детей энергия обмена на единицу массы тела значительно выше, чем у взрослых, так как у них на каждый килограмм массы тела приходится большая его поверхность.

На основной обмен влияют и климатические условия. При низких температурах потребность в энергии несколько увеличивается, а при высоких - снижается.

Таким образом, калорийность (энергетическая ценность) суточного рациона должна быть достаточной, и рассчитывается в зависимости от энерготрат пациента (лежит в постели, ходит на работу, просто гуляет и т.д.)(таблица 2).

При расчете калорийности суточного рациона онкологического больного нужно учитывать, что данное заболевание всегда (за очень редким исключением) стремится к потере веса.

В норме распад белков уравнивается синтезом. Те и другие процессы идут постоянно. При онкологической патологии распад (катаболизм) в силу многих причин преобладает над синтезом (анаболизмом).

Причины усиления катаболизма, как мы говорили, весьма многочисленны. Когда происходит местный распад опухоли (например, при раке молочной железы), сущность процесса лежит на поверхности, видна, что называется, невооруженным глазом, и легка для понимания.

В то же время есть скрытые системные механизмы, приводящие к похуданию. Среди них нужно упомянуть выработку большого количества биологически активных веществ, так как, например, фактор некроза опухоли (ФНО), которые способствуют усилению распада белков. Интересен факт, что до того, как была установлена истинная роль ФНО, ему долго приписывался только эффект снижения массы тела. За это к веществу надолго приклеилось обидное имя «кахектин».

Повышенная выработка иммунными клетками фактора некроза опухолей происходит при многих заболеваниях. Туберкулез является одним из таких заболеваний. И эту болезнь недаром в не столь давние времена называли чахоткой, подразумевая то, что больной чахнет, сохнет, то есть худеет. У туберкулеза и онкологического заболевания много общего. Но мы привели данный пример только для умозрительной наглядности.

Нарастающая опухолевая интоксикация приводит к угнетению ферментативных процессов пищеварения, нарушению выработки пищеварительных соков желудком и поджелудочной железой. Страдают и внутриклеточные биохимические реакции. Все это приводит к снижению суммарного КПД усвоения питательных веществ.

К снижению массы тела приводят также нередко имеющиеся у больного тошнота, рвота, отсутствие аппетита, депрессивное состояние, гиподинамия и прочие факторы, приводящие к снижению аппетита.

Итак, в период активного течения болезни калорийность суточного рациона не просто не снижается, а должна быть повышенной. Голод не допустим!

Голод допускается с профилактической целью у здоровых людей, а также у больных на ранних стадиях болезни или находящихся в устойчивой ремиссии, при условии, что работоспособность не снижена.

Кроме того, в виде исключения голод может быть прописан на непродолжительное время по медицинским показаниям в четко определенных ситуациях. Например, при обострении хронического панкреатита, как выражения основного, онкологического процесса в поджелудочной железе или как сопутствующего заболевания.

Таблица 2. Калорийность рациона в зависимости от энергозатрат*

	Вид деятельности	Энергетическая ценность, ккал/кг нормальной массы тела в сутки
Трудоспособный больной	Сидячая работа	30-35
	Физический труд (или занятие физкультурой)	35-50
Нетрудоспособный больной	Проводит в постели менее половины дневного времени	25-30
	Проводит в постели более половины дневного времени	20-25

Например: суточная потребность в энергии для трудоспособного больного, ведущего активный образ жизни и задействованного на работе со средними энерготратами (инженер, программист, менеджер, продавец), составляет 30-35 ккал на 1 кг массы тела в сутки, то есть человек с идеальной массой 70 кг нуждается в 2100 – 2450 ккал в сутки.

* рекомендации даются для больных, имеющих нормальную массу тела, без выраженной тенденции к похуданию. При наличии обширных зон распада, постоянного повышения температуры тела, сопутствующих инфекционных осложнений (например, пневмония), дефицита массы тела и проч., калорийность рациона рассчитывается исходя из 30-35 ккал на 1 кг массы тела в сутки.

В особую группу выделяются больные, имеющие избыточную массу тела и ожирение. Данные нарушения являются серьезным фактором риска возникновения первичного онкологического заболевания (риск возрастает в 2,5-3 раза), а также значительно ухудшает прогноз существующих болезней, повышает риск осложнений и снижает эффективность проводимого лечения.

Ежедневный рацион таких пациентов строится с понижением энергетической ценности вплоть до 700-800 ккал/сут (как это делается, к примеру, в диете №8 по Певзнеру), а также вводятся различные разгрузочные дни (овощные, фруктовые, молочные).

При этом нужно отметить, что изменение стереотипа питания таких пациентов нередко уже само по себе приводит к снижению массы тела даже без уменьшения калорийности ниже нормальной.

Возникает вопрос, за счет чего это происходит?

Ответ в том, что измененный стереотип питания – это не только режим питания, регулирующий поступление энергии в организм в течении суток в соответствии с физиологическими потребностями. Это также изменение качественного состава суточного рациона.

Состав суточного рациона – это ключевой аспект, можно сказать, краеугольный камень диеты.

Таким образом, если раньше мы обсуждали, когда и сколько есть, то теперь мы подошли к тому, что именно есть.

Углеводы.

Роль углеводов в организме, в основном, состоит в обеспечении его энергией. Причем углеводы – это тактический энергетический субстрат, дающий энергию быстро. Так, например, при нормальном содержании в рационе около 300 г, количество углеводов может возрасти до 600-700 г в сутки у спортсменов в соревновательный период. Очень важно понимать, что любой продукт помимо своей энергетической ценности имеет разную скорость усвоения. И в первую очередь это касается углеводов. Так, одни из них расщепляются в тонком кишечнике до глюкозы и всасываются в кровь очень быстро (например, сахар и белый хлеб), а другие – гораздо медленнее (например, баклажаны и огурцы). Данный феномен позволил разделить все продукты, содержащие углеводы, на три группы:

1. с высоким гликемическим индексом
2. с низким гликемическим индексом
3. с очень низким гликемическим индексом

Если мы съедаем какое-то количество конфет (продукт с высоким гликемическим индексом) с энергетической ценностью, скажем, 300 ккал, то мы получаем быстрый и высокий пик глюкозы в крови. Если мы эту минуту эту энергию не применим в дело, совершив работу с соответствующей энергозатратой, в организме включаются механизмы, переводящие эту энергию на склад, в запас (в основном, в жировую ткань).

Вывод прост: продукты с высоким гликемическим индексом лучше всего употреблять людям, активно работающим физически, и желательно, непосредственно перед работой. Подходит ли это больному человеку? Вряд ли. Значит, нужно брать на вооружение продукты, которые бы не давали таких высоких концентраций глюкозы в крови за короткое время. Для этого используются продукты с низким и очень низким гликемическим индексом. В целом, они дадут нам энергии не меньше, но сделают это в более «степенном» режиме, устраивающем больного человека, ведущего образ жизни с умеренной физической активностью.

Учет гликемических особенностей продуктов имеет высокую актуальность для больных, страдающих помимо основного онкологического заболевания сахарным диабетом и ожирением. Таким пациентам продукты с высоким гликемическим индексом (сахар, изделия из пшеничной муки, виноград, картофель и т.д.) запрещены абсолютно.

Прочим онкологическим больным также не рекомендуется злоупотреблять легко усваиваемыми углеводами. Причина не только в приобретении склонности к полноте. Дело в том, что повышенное поступление таких углеводов в организм провоцирует повышение выработки поджелудочной железой инсулина, который является одним из основных эндогенных анаболических факторов, способствующих росту опухоли.

Помимо энергетической функции углеводы принимают участие в пластическом обмене. Глюкоза, галактоза и их производные являются обязательными составными частями гликопротеидов, среди которых белки плазмы крови, иммуноглобулин, трансферрин, некоторые гормоны, ферменты, факторы свертывания крови и др.

Пищевые неперевариваемые полисахариды, такие как целлюлоза (клетчатка), гемицеллюлоза, пектины и протопектины, разбухая в кишечнике, формируют объемный каловый комок, достаточный для активного раздражения рецепторов кишечной стенки и, как следствие, обеспечивающий регулярный стул. Кроме того, полисахариды обладают

способностью связывать находящиеся в просвете кишечника токсины и канцерогены, которые в таком виде успешно выводятся из организма.

Завершая разговор об углеводах, давайте еще раз вспомним «ошибку лишения» - запрет углеводов.

В свете выше изложенного становится ясным, что:

во-первых, глюкоза, как тактический энергетический субстрат нужна не только опухолевой ткани, но и (не в меньшей степени) здоровой. А способ поступления один и тот же. Вот если бы удалось ограничить только опухоль!

Во-вторых, углеводы содержатся не только в сахаре или картофеле, но и во многих овощах, исключение которых полностью просто невозможно.

В-третьих, в биохимии хорошо известно правило: жиры горят в огне углеводов. О жирах мы будем говорить далее. Но уже сейчас ясно, что правильный метаболизм жиров невозможен при дефиците углеводов.

В-четвертых, динамическое действие пищи на рецепторы ЖКТ характеризуется выработкой специфических веществ – эндорфинов и энкефалинов, по – другому, эндогенных опиатов. В особенности интенсивно выработка эндогенных опиатов происходит тогда, когда пища съедается с аппетитом и доставляет человеку удовольствие. Эти вещества являются медиаторами импульса в нервной ткани ЦНС и подкорковых структур. Они не зря называются «медиаторами счастья». Эти вещества, способные действовать на те же рецепторы, что и наркотические анальгетики, нивелируют боль и психологический стресс. Нужно ли это онкологическому больному? Безусловно!

Таким образом, в диете онкобольного должны содержаться углеводы с низким гликемическим индексом и, если нет противопоказаний (сахарный диабет), больному нельзя отказывать в периодическом не слишком частом употреблении сладостей, если они доставляют ему удовольствие.

Жиры.

Дамочки, желающие похудеть, нередко решают для себя (и советуют друг другу): «Все, с завтрашнего дня не ем ничего жирного!».

Логическая цепочка проста: лишний вес – ожирение – много жира – исключить из пищи жирное.

Правильно ли это? Правильно. И, как всегда, отчасти.

Как мы убедились выше, углеводы бывают разными. Точно так же и жиры жирам - рознь. Не будем забегать вперед. Давайте вспомним, какие функции выполняют в организме жиры.

Во-первых, жиры – это высокоэнергетический субстрат, по своей энергетической ценности превышающий углеводы (1 г жира дает 9 ккал энергии, а 1 г углеводов – 4 ккал). Однако если углеводы можно назвать тактическим топливом из-за их способности быстро давать энергию в ходе химического превращения в организме, то жиры, без сомнения, топливо стратегическое. Жиры в энергообмен вступают медленнее и позже, и, как правило, если организм не сидит на голодном пайке, откладываются про запас, на черный день, так сказать. Из этого запаса жиры извлекаются в крайней нужде.

Вторая функция жиров – пластическая. Жиры составляют основу любой клеточной мембраны.

Мембрана клетки определяет ее автономию, является средством защиты, структурой, осуществляющей транспорт необходимых веществ внутрь и ненужных - вовне клетки.

Мембрана обеспечивает общение и взаимопонимание клеток между собой как локально внутри ткани, так и составе целого организма..

Учитывая такое многообразие жизненно важных мембранных функций, легко представить, насколько актуально поддерживать мембраны в нормальном состоянии, осуществлять своевременный ремонт поломок, возникающих, например, при перекисном окислении липидов. Ремонт мембран, как и изначальное построение, осуществляется за счет жиров, поступающих с пищей.

Третья функция пищевых жиров. На их основе синтезируются стероидные гормоны. Например, половые гормоны. Участвуя в цикле арахидоновой кислоты, жиры определяют синтез простагландинов, которые являются регуляторами различных процессов жизнедеятельности организма.

Четвертая функция – регуляция обмена холестерина.

Вот сколько полезного и важного делают в организме жиры. Как же это соотносится с рекомендациями ограничивать присутствие жиров в рационе?

Оказывается, не все жиры одинаковые. Их различие состоит в химической формуле. Оно заключается в том, что жиры, представляющие собой эфиры глицерина с жирными кислотами, имеют довольно длинные углеродные цепи. Одни жиры имеют между соседними атомами углерода двойную связь, другие – простую одинарную. Жирные кислоты первого типа получили название ненасыщенные (моно- и полиненасыщенные), а вторые, соответственно, насыщенные.

Строительным материалом для клеточных мембран служат ненасыщенные жирные кислоты, две из которых (линолевая (ω -6) и линоленовая (ω -3)) являются незаменимыми, в организме не синтезируются, и попадают туда только с пищей.

Эти же ненасыщенные жирные кислоты понижают содержание в крови атерогенных фракций холестерина, не влияя на компоненты липидного профиля, не несущие атерогенного потенциала.

В то же время насыщенные жирные кислоты содержат больше энергии, так же как и ненасыщенные влияют на обмен холестерина, но со знаком «минус», то есть в сторону повышения атерогенности. При обильном поступлении с пищей провоцируют повышение синтеза половых стероидов.

Зная о функциях жиров в организме, мы можем выработать рекомендации по их пищевому использованию:

1. Жиры обязательно должны быть в суточном рационе, но их количество не должно превышать определенный предел. Этот предел был установлен научно и составляет не более 30% суточного рациона. Установлено также, что с профилактической целью количество жиров может быть снижено до 15-25%. Для примера, в обычном рационе современного цивилизованного человека удельный вес жиров составляет 40%.
2. предпочтение нужно отдавать продуктам, содержащим преимущественно полиненасыщенные (ПНЖК) и мононенасыщенные (МНЖК) жирные кислоты. В то время как продукты с высоким содержанием насыщенных жиров не использовать совсем, либо употреблять ограниченно, не более десятой части всех жиров.
3. Известно, что ПНЖК в процессе приготовления пищи, особенно при термической обработке с доступом воздуха (жарение), становятся насыщенными, то есть теряют свои положительные качества. Поэтому рекомендуется употреблять такие продукты (растительные масла) в естественном виде.
4. При разработке суточного рациона необходимо учитывать динамическое действие жиров на органы желудочно-кишечного тракта. Жиры усиливают образование желчи в печени и стимулируют желчеотделение, как и моторику кишечника. Кроме того, играют важную роль в активации ферментов панкреатического сока в двенадцатиперстной кишке.

5. Важно использовать жиры в сочетании с антиоксидантами (витамин Е, флавоноиды, каротиноиды), с тем, чтобы блокировать перекисное окисление липидов и предохранять клеточные мембраны от повреждений.

Полезные МНЖК и ПНЖК содержатся в растительных маслах (в основном, линолевая) и в рыбьем жире (линоленовая). Оптимальное соотношение в рационе – 4:1, в то время как в привычном для нас рационе обычно 10:1. То есть нужно увеличивать количество употребляемой рыбы жирных сортов.

Из растительных масел оптимальным выбором является оливковое масло, желательно первого холодного отжима. Бутылки с таким маслом имеют обычно зеленую этикетку. Масло второго (горячего) отжима продается с красной этикеткой.

Ненасыщенные жирные кислоты класса ω -3 считаются самыми полезными и содержатся в рыбьем жире, в меньшем количестве в льняном семени. Поэтому важно вводить в рацион побольше морской рыбы холодноводных пород (кетовые, сельдь, сардины, тунец, палтус, треска, макрель, морской окунь). Очень важно, что рыбий жир содержит большое количество витаминов Е и Д.

Существенному ограничению подвергаются продукты с высоким содержанием насыщенных жирных кислот. Это животные жиры. Они содержатся в жирных сортах мяса (свинина, баранина), в сале, а также в молочных продуктах – в сливках, сливочном масле, жирном молоке и сметане, во многих сортах сыра (40-50%).

Белки.

Роль белка в организме сложно переоценить.

Все состоит из белка.

Все биохимические реакции требуют присутствия энзимов, которые по химической сути являются белками.

Белки в виде иммуноглобулинов обеспечивают защиту организма.

Белки в виде гормонов передают информацию и регулируют многочисленные функции.

Перечень задач, выполняемых белками, можно продолжать долго. Само по себе понятие жизни на Земле отождествляется с белком и его многообразием.

Суточная потребность в белке составляет около 1 г на 1 кг массы тела.

Белки состоят из аминокислот, которые, так же как упомянутые линолевая и линоленовая кислоты, являются незаменимыми (8 из 20), то есть не синтезируются в организме.

Следовательно, нужно чтобы они обязательно поступали с пищей.

Больше всего таких аминокислот в продуктах животного происхождения, в мясе и молоке.

Из растений близко к ним подходит только соя. Это говорит о том, что мясо кушать нужно, в том числе и онкологическому больному.

При разработке рациона следует решить, какие сорта данных продуктов предпочтительнее, в каком виде и в каком количестве их нужно употреблять.

Чтобы решить этот вопрос, посмотрим, какие негативные моменты не исключены при употреблении белковой пищи.

1. «красное» мясо (в большей мере свинина, в меньшей - говядина) в отличие от рыбы содержит собственные ростовые факторы и добавки к кормам, в том числе и с гормональной активностью.
2. мясо служит источником азотистых шлаков, которые обладают канцерогенной активностью, а также могут вызывать атонию кишечника.
3. мясо содержит так называемое «пищевое» железо, которое считают канцерогеном
4. Канцерогены образуются также в процессе приготовления мяса (термическая обработка: копчение, жарка, консервация)

5. некоторая мясная и молочная пища служит источником насыщенных жирных кислот (о чем мы говорили выше)

Оценивая негативные аспекты употребления белковой пищи, мы видим, что они вероятнее всего проявятся при длительном употреблении большого количества определенных белковых продуктов, приготовленных путем термической обработки. Таким образом, это скорее проблема профилактического свойства, нежели лечебного. Важность профилактических ограничений была доказана в американском исследовании Food, Nutrition and the Prevention of Cancer. Global Perspective, 1997. У женщин, употреблявших мясо свыше 7 раз в неделю, риск возникновения рака эндометрия возрастал в 1,5 раза и в 1,3 раза – рака яичников.

Итак, рекомендации по употреблению белковой мясомолочной пищи выглядят следующим образом:

1. Мясо и молоко кушать нужно.
2. Предпочтение отдавать нежирным сортам этих продуктов. Свинину и баранину исключить.
3. Количество употребляемого мяса должно быть умеренным. Например, 3-4 раза в неделю.
4. Избегать жарки мяса, а также употребления копченостей, колбас и полуфабрикатов.
5. Строгое вегетарианство не приветствуется, однако в случае резкого ограничения потребления мяса не забывать заменять его рыбой или соевыми продуктами.

Витамины и минералы.

О физиологической и лечебной роли витаминов и минералов написано много научной и популярной литературы. В связи с этим мы позволим себе не заниматься повторами, а остановимся на некоторых, важных, на наш взгляд, моментах.

Так, нам известно профилактическое и даже, как считают некоторые авторы, противоопухолевое действие витаминов А, С, Е и фолиевой кислоты. Широко распространено мнение об аналогичных эффектах селена, йода, кальция и железа. Установление биологической роли этих элементов и веществ привело к появлению рекомендаций употреблять их в повышенных количествах (Лайнус Полинг).

На отечественном рынке появилось большое количество препаратов, содержащих специальные наборы «противораковых» витаминов и макро- микроэлементов.

В связи с этим два наиболее часто встречающихся вопроса пациентов:

1. Какие препараты пить?
2. В каком количестве?

Наше глубочайшее убеждение состоит в том, что ТОЛЬКО с естественными доброкачественными и многообразными продуктами человек может получить необходимое количество витаминов и минералов.

Дело в том, что существует серьезная проблема усвоения данных веществ, взятых в чистом виде, в желудочно-кишечном тракте. Если с витаминами вопрос еще как-то решен, то минералы никак не хотят усваиваться. Подчас они являются серьезными ядами (например, селен).

Для того чтобы приблизиться в этом вопросе к Природе, человек пытается заключить микроэлементы в сложные оболочки, помогающие усвоению, создается хелатное соединение.

Во многом, мы, люди, продвинулись. Но полностью скопировать Естество не удастся. Таким образом, когда вопрос ставится о том, как провести витаминизацию больного, мы обычно выбираем пищевой путь, за исключением тех случаев, когда имеется яркий гиповитаминоз и требуется экстренное и, как правило, кратковременное введение больших доз витаминов.

В вопросе о количестве всегда нужно исходить из здравого смысла, помня о том, что любое вещество в большой дозе становится ядом.

Нужно различать минимальную потребность в витаминах и минерала, которая зачастую полностью удовлетворяется суточным рационом. За счет питания в дозах, находящихся в пределах физиологических, достигается и коррекция незначительного недостатка.

Назначение же витаминов и минералов с лечебной целью должно производиться с учетом конкретной ситуации, и в первую очередь – с учетом противопоказаний.

Так, доказано, что длительное использование β -каротина (витамин А) может стимулировать развитие опухолей легких у курильщиков. Аналогичные данные имеются относительно тиамин (витамин В1).

Витамин Е противопоказан при гормонозависимых опухолях яичников и молочных желез.

Упомянутый выше β -каротин в дозе >25000 МЕ, а также бор, парааминобензойная кислота и фолиевая кислота противопоказаны при кистозной мастопатии.

Несмотря на то, что убедительно доказана противоопухолевая роль фолиевой кислоты, некоторые авторы считают, что повышенное ее употребление провоцирует развитие рака молочной железы и фибромы матки.

Приведенные примеры наглядно демонстрируют, что во всем нужно знать меру. То что в одной ситуации лекарство, в другой – яд.

На этом мы заканчиваем разбор материала по первой базисной части лекции о питании. Легко заметить, что данные рекомендации носят неспецифический характер, и могут быть рекомендованы в качестве диетической основы подавляющему большинству больных различного профиля, также как и здоровым людям, желающим по возможности дольше оставаться таковыми.

Еще раз провозгласим наш девиз: **Не диета, но стереотип питания!**

Частные аспекты питания онкологических больных.

Во второй части лекции мы рассматриваем особенности питания, зависящие от частных проявлений онкологической патологии.

Опухоли гормонозависимой сферы у женщин (молочная железа, яичники, эндометрий) и у мужчин (простата, яички) вследствие особенностей их роста, связанных с действием половых стероидных гормонов, требуют диетических рекомендаций, способных прямо или опосредованно понижать уровень эстрогенов и андрогенов (соответственно к случаю), либо уменьшать их биологический эффект.

Соя.

В последнее время весьма популярным стало употребление продуктов из сои. Было установлено, что японки, в рационе которых велик удельный вес сои, страдают раком молочной железы в несколько раз меньше, чем жительницы других регионов Земли.

Нужно отметить, что их соотечественницы, переезжавшие на постоянное жительство в США и перенимавшие американский стереотип питания, болели раком так же часто, как и коренные американки.

Разумеется, не только соя выступала в качестве онкопротектора. В рационе японок много рыбы, о положительной роли которой мы говорили в прошлом разделе. Так же много разных овощей. Но все же основное внимание было заслуженно отдано сое.

Положительное профилактическое действие сои связано с наличием в ее составе биофлавоноида генестеина. Генестеин по своей сути является фитоэстрогеном, то есть растительным аналогом женских половых гормонов первой фазы цикла.

На первый взгляд получается противоречие: рост опухоли в организме ускоряется эндогенными эстрогенами, а растение, содержащее их аналог препятствует опухолевому росту. Как же так получается?

Действительно, генестеин напоминает своей химической структурой эстрогены, и это делает возможным его связывание со специфическими рецепторами на мембранах клеток млечных протоков, эндометрия и проч. Однако химическое сходство неполное, поэтому генестеин стимулирует эстрогеновые рецепторы с силой, составляющей всего 5% от стимуляции естественными гормонами.

Оккупировав рецепторы, фитоэстрогены создают конкуренцию эндогенным эстрогенам и не позволяют им присоединяться и реализовывать свои функции.

С другой стороны, оказывая легкое стимулирующее действие, фитоэстрогены обеспечивают нормальное функционирование гормонозависимых тканей. Это оказывается неопределимо полезным, например, для профилактики инволютивного остеопороза в менопаузе.

Нужно отметить, что фитоэстрогены механизмом своего действия напоминают тамоксифен и его аналоги, что позволяет надеяться на скорую разработку натуральных препаратов, не уступающих в эффективности своим синтетическим собратьям.

Обнаружено еще два фармакологических эффекта генестеина, играющих на руку профилактике опухолей гормонозависимой сферы.

1. Генестеин стимулирует выработку печенью эстрогенсвязывающего протеина, белка, специфически соединяющегося в крови с эстрогенами, в результате чего они становятся неактивными.
2. Генестеин тормозит выработку веществ (фактор Боумана-Берка – ингибитор опухолевых протеаз), которые отвечают за опухолевый неангиогенез (образование новых сосудов в опухоли).

Красный виноград.

Продолжая тему аналогий, вспомним специфическую фармакологическую группу ингибиторов ароматазы (аромазин, аминоглутетимид). Данный фермент отвечает за превращение андрогенов в эстрогены. Следовательно, инактивация ароматазы приведет к снижению уровня эстрогенов в крови.

Достичь сходного эффекта можно не только при помощи синтетических препаратов.

Аналогичный эффект был найден у некоторых веществ, содержащихся в красных сортах винограда.

Кроме того, ресвератрол, содержащийся в винограде, обладает способностью конкурентно связываться с андростендионом, не позволяя ему вступить в ароматизацию.

Биофлавоноиды винограда являются сильным антиоксидантом.

Учитывая эти особенности винограда, рекомендовано выпивать 1 стакан красного вина в неделю.

Крестоцветные (капустные).

В народе давно было известно противоопухолевое действие растений семейства крестоцветных – сурепки, черной горчицы, ярутки полевой, а также разных сортов капусты (брюссельская, белокочанная и т.п.).

Что же общего у этих растений, кроме строения цветка? Что позволяет им противостоять опухолям?

Исследования последних лет показали, что общий знаменатель имеется. Это специфические соединения серы – изотиоцианаты и глюкозинолаты.

Наиболее изученным считается вещество индол – 3 – карбинол. Под действие данного вещества гормоноактивные метаболиты эстрогенов (16- α - гидроксистерон) переходят в неактивную форму (2 - гидроксистерон) .

Известно, что эстрогены метаболизируют в печени, затем с желчью попадают в кишечник и выводятся из организма.

В толстом кишечнике происходит обратное всасывание жидкости. При этом эстрогеновые метаболиты возвращаются в кровь. Чем больше среди них активных форм, тем выше риск возникновения или прогрессирования опухоли.

Обычное соотношение активных и неактивных форм эстрогенов в кишечнике у женщин составляет 2:16.

J.H. Fowke с соавторами (2000 г.), добавляя капусту брокколи к ежедневному рациону женщин в постклимактерическом периоде, получили увеличение данного коэффициента на 0,08 на каждые 10г капусты.

Считается также, что соединения, входящие в состав капустных (нынешнее название крестоцветных), стимулируют цикл глутатиона, который является основой внутри- и внеклеточной антиоксидантных систем.

Внутрикишечное связывание гормонов способствует их более полному выведению из организма. Этот эффект достигается введением в рацион продуктов с высоким содержанием пищевых волокон, а также слизистых веществ.

В числе адсорбируемых в кишечнике веществ есть не только метаболиты гормонов, но азотистые шлаки и другие канцерогены, пагубно влияющие на кишечную стенку. В связи с этим пищевые волокна и слизи должны рассматриваться в качестве компонента диеты при **опухолях желудочно-кишечного тракта**.

Однако недостаточно просто связать канцерогены, важно их своевременно вывести.

Поддержание правильной перистальтики ЖКТ – еще один аспект правильного противоопухолевого питания.

К параметрам правильной перистальтики нужно отнести регулярность, непрерывность, достаточную силу и поступательное направление (пропульсивность). Если все эти требования обеспечиваются, пища движется в заданном направлении, в каждом отделе задерживается ровно столько, сколько нужно для пищеварения и вовремя передается дальше. И, как венец, - своевременный стул.

В большинстве своем пища богатая растительными волокнами и балластными веществами, обеспечивает правильный пассаж по ЖКТ. Однако некоторые продукты могут вызывать нарушения. К примеру, бобовые вследствие высокого содержания калия провоцируют спазмы кишечной стенки, обильное образование газов и метеоризм. У некоторых людей аналогичным эффектом обладают молочные продукты, капуста.

Третий принцип питания при опухолях ЖКТ (после кишечной адсорбции и нормализации перистальтики), наиболее актуальный при **поражении поджелудочной железы, печени, желчного пузыря**, это создание функционального покоя органов. Так, при опухолях желудка важно ограничивать количество животных белков (т.е. мяса), так как они

требуют первичного переваривания соляной кислотой и пепсином, продуцируемыми желудочными железами.

При опухолях печени и поджелудочной железы ограничения касаются жирной и острой пищи.

Как никогда важно исключить алкоголь и курение, а также пищевые стимуляторы – кофе, шоколад, какао и другие.

При **опухолях легких** ограничения носят, как правило, неспецифический характер.

Интересно отметить, что состояние некоторых больных улучшается от обильной жирной пищи, как это ни парадоксально. В народной медицине даже встречаются рекомендации лечить заболевания легких барсучьим, собачим и медвежьим жиром.

С позиций современной медицины объяснить подобный феномен, пожалуй, трудно. Восточные системы оздоровления, базирующиеся на сложных взаимоотношениях внешних и внутренних факторов, усматривают здесь явление взаимной компенсации вредоносного аспекта «ветер» и лечебного «слизь».

При опухолях легких онкологическая кахексия (истощение) бывает выражена очень сильно. Жирная пища, как самая энергоемкая, если ее усвоение ни чем не нарушено, в состоянии эффективно покрыть энергетический дефицит.

При **опухолях мозга**, как первичных, так и вторичных, важно следить, чтобы внутричерепное давление оставалось стабильно невысоким. Это требует соблюдения ряда специфических диетических правил.

Во-первых, нужно избегать задержки жидкости в организме. Для этого рацион обедняется в отношении поваренной соли. Кроме того, ограничивается количество продуктов и специй, способных вызывать жажду.

Во-вторых, проводится диетическая профилактика запоров, так как они провоцируют повышение ВЧД.

В-третьих, учитывая склонность некоторых больных с опухолями мозга к эпилептиформным припадкам, вводятся ограничения на употребление пищевых стимуляторов, которые уже упоминались выше.

При всех **опухолевых заболеваниях, поражающих слизистые оболочки** (ЖКТ, мочевыводящие пути, дыхательная система), когда имеется угроза кровотечения, вводятся ограничения на жгучие и раздражающие продукты и пряности – разные сорта перца, лук, чеснок, горчица и т.п.

При **гематологических заболеваниях** с высоким риском протеинемии и протеинурии (миеломная болезнь) в фазе активного лечения существенно ограничивают белок (до 0,6 г на 1 кг массы тела в сутки), а иногда и вовсе его исключают. Аналогично поступают **при раке почки с хронической почечной недостаточностью**. То же самое и при других онкологических заболеваниях, которым сопутствует ХПН.

Напротив, при болезнях, сопровождающихся нефротическим синдромом с высокой потерей белка с мочой, количество белка в рационе увеличивают до 1,5 г на 1 кг массы тела в сутки.

Итак, мы видим, что диетические рекомендации даются больному на основании общих концепций и корректируются в зависимости от конкретных условий. Важно учитывать сопутствующие заболевания. Так, диабетик питается продуктами с низким гликемическим коэффициентом; пациент с сопутствующим атеросклерозом и ИБС особое внимание

обращает на жиры и холестерин; гипертоник уменьшает потребление соли и контролирует водный баланс; и так далее.

Тяжесть состояния больного накладывает свой отпечаток на его питание. Нарушения работы внутренних органов сопровождаются различными метаболическими нарушениями, требующими строгого ограничения того или иного пищевого ингредиента. В тоже время неспецифические разгрузочные дни допускаются только в тех случаях, когда состояние больного удовлетворительное.

Иногда исключение или введение в рацион продуктов происходит из-за назначения тех или иных лекарств, в том числе и растительных. Например, при приеме аконита рекомендуется воздерживаться от приема в пищу кислого, холодного, куриных яиц и даже мяса шуки(?!).

При приеме отваров брусники, толокнянки рекомендуют пить щелочные минеральные воды, так как растение способно подкислять мочу.

Принимая растения, содержащие алкалоиды (аконит, вех, болиголов, чистотел, живокость и т.д.), нельзя непосредственно до и сразу после них пить крепкий чай, так как танины чая связывают и инактивируют алкалоиды.

Место проживания больного и сезон года накладывают отпечаток на выбор состава рациона. Нередко в популярной литературе можно встретить рекомендации, которые, на наш взгляд, являются ошибочными. Речь идет о советах, с точностью копирующих информацию древнеиндийских, древнекитайских и других источников, весьма отдаленных от нас не только по времени (что в данном случае неважно), но и географически.

При этом не учитываются разница суточных и сезонных температур, влажность, количество солнца в году и другие климатические факторы. Как не учитывается отсутствие на нашем рынке специфических продуктов, участвующих в приготовлении рекомендуемых блюд.

Недаром говорят: «Что русскому хорошо, то немцу - смерть». Человек, родившийся и всю жизнь проживший в определенных условиях, питаться должен сообразно обстоятельствам.

Возьмем две крайние точки в географическом плане – Чукотку и Индию – и посмотрим, кто чем питается. В индийском меню много пряностей, пища весьма острая, нередко присутствует выраженный кисло-сладкий вкус. Пища, в основном, растительная. Этнические северяне питаются совершенно иначе. Пряностей почти нет, овощей очень мало. Яркая особенность рациона – обилие животного и рыбьего жира.

Характерно, что формирование рациона происходит не только из-за того «что оно здесь растет», но и под влиянием погодных факторов. Так, например, известно, что острая пища, «истощающая огонь организма», помогает лучше переносить жару. В то же время животный жир (например, тюлений, в нашем контексте) в силу своей энергоемкости – важный фактор защиты от северных многомесячных морозов.

Таким образом, при разработке диетических рекомендаций для онкологического больного нужно учитывать факторы среды обитания. Наша страна весьма обширна, и климатические пояса разнятся от субтропиков до арктического. Так что весьма не лишним будет знать, где больной собирается проживать в ближайшее время.

Россия велика не только в масштабах географии. Большое количество национальностей, этнических групп, принадлежащих к разным религиозным конфессиям, имеют свои привычки и особенности питания, состоящие в исключении одних и, напротив, предпочтении других продуктов. Это и праздничные и постные традиции.

В связи с этим, при разработке рекомендаций по питанию, важно выяснить, к какой вере принадлежит пациент, насколько глубоко он верит и насколько жестко соблюдает пищевые требования своей конфессии. В случае выявления существенных противоречий с

лечебным режимом врач обязан указать пациенту на это. Однако излишне настаивать на своих рекомендациях не следует, так как это может породить внутренний конфликт в душе больного, и может оказать более пагубное воздействие на ход болезни, нежели обсуждаемая пищевая погрешность.

Фитодиететика

Переходя к третьему разделу лекции, отметим, что фитодиететика занимает некоторое промежуточное положение между диетой как таковой и назначениями лекарств.

Добавление к рациону сои можно считать фитодиететическим мероприятием для европейца по принципу того, что растение (соя) не является привычным продуктом на ежедневном столе.

Фитодиететику можно определить как метод лечения, характеризующийся введением в ежедневный рацион лекарственных (реже пищевых) растений в составе привычных в кулинарном отношении блюд.

Травы

Так, например, к фитодиететическим средствам можно отнести салаты с листом одуванчика, рекомендуемым при опухолях печени и поджелудочной железы, салаты, супы с крапивой в качестве средства неспецифической профилактики кровотечений и гиповитаминоза С; салаты с добавлением листа сурепки при опухолях молочных желез и простаты; кисели на основе клюквы и цетрарии исландской при опухолях кишечника; желе из плодов аронии черноплодной при опухолях мозга; и так далее и тому подобное. Теоретически, любое растение, кроме ядовитых, может быть использовано в качестве компонента того или иного блюда. Помимо хороших знаний патогенеза болезней и свойств трав, такой подход требует недюжинных кулинарных способностей. Фитодиететическое средство назначается строго по показаниям и на определенный срок. При нарушении доз и длительности приема возникают побочные реакции.

Пряности

И, наконец, последнее, на чем нужно остановиться, это пряности. Остановиться, конечно же, вкратце, так как пряности – это огромная область Материя Медика, с древнейших времен изучаемая врачами Индии, Персии, Таджикистана, Китая и других стран с климатом, потеплее нашего.

Яркая особенность пряностей – высокое содержание летучих эфирномасличных соединений. В следствии чего эта большая группа растений (не менее полусотни представителей разных семейств) прочно обосновалась в пищевой сфере. Такая расстановка акцентов – скорее пища, нежели лекарство – сформировала у нас несерьезное отношение к пряностям, как к чему-то, способному доставить эстетическое вкусовое или обонятельное наслаждение. В то время как многие пряности оказывают лечебное действие, сравнимое с фармацевтическими средствами, и при передозировке способны давать побочные реакции.

Подробная фармакологическая характеристика пряностей имеется во многих источниках и не входит в наши нынешние задачи. Мы же попытаемся сформулировать основные закономерности использования данных лекарственных-пищевых растений в рационе онкологического больного.

Ключом к правильной и простой организации таких знаний может служить ботаническая систематика пряностей, в частности, деление на семейства.

Наиболее многочисленная группа происходит из семейства зонтичных (сельдерейных). Это семейство дает 13 растений, среди которых хорошо нам известные укроп, анис, тмин, фенхель, кориандр и прочие.

Общей фармакологической особенностью этих растений является выраженный спазмолитический эффект в отношении гладкой мускулатуры. Данное свойство делает пряности из семейства зонтичных незаменимыми для больных опухолями ЖКТ, как до, так и после операции.

Эти растения показаны больным, склонным к инсультам, страдающим атеросклерозом и гипертонией.

Свойство некоторых зонтичных гнать желчь (фенхель, кориандр) нужно использовать при опухолях печени, поджелудочной железы, сфинктера Одди, а также полипах желчного пузыря. Здесь также весьма уместны пряности из семейства имбирных (имбирь, куркума), а также барбарис и цикорий, которые давно, прочно и по праву вошли во многие фармакопеи мира в качестве печеночных средств.

Зонтичные обладают выраженными детоксикационными свойствами, что делает их полезными любому хроническому больному, в том числе и онкологическому. Во многом ослабление интоксикации посредством зонтичных достигается за счет их мочегонного эффекта. Это позволяет рекомендовать их при отеках, асците и других задержках жидкости, нередко осложняющих онкологическую болезнь.

Растениям семейства зонтичных присуще свойство подавлять гнилостную флору в толстом кишечнике (полезно при опухолях ЖКТ).

В этом к ним близки лилейные, хорошо нам известные и любимые. Представители: лук, чеснок, черемша. Жгучие соединения, обладающие антибактериальными свойствами, обладают также и противоопухолевой активностью.

Все представители лилейных содержат соединения серы, в том числе и изотиоцианаты, которые мы обсуждали выше в контексте опухолей половой сферы и эффектов семейства крестоцветных.

Кстати, среди пряностей есть представители этого семейства (крестоцветные): хрен, разные виды горчицы (белая, черная, сарептская), кресс-салат. Считается, что регулярное употребление горчицы служит профилактике опухолей желудка.

Особое место среди пряностей занимают те, что обладают кардиостимулирующим и аналептическим действием. Они относятся к разным семействам, но общим для них является высокое содержание эвгенола и камфары. Представители: базилик (особенно бордовый), розмарин, плоды гвоздичного дерева.

Очень многие больные с запущенными формами рака имеют угнетение сердечной деятельности, возникающее как вследствие самой болезни, так и в результате проведенного химиотерапевтического и лучевого лечения. Устранению данной проблемы во многом способствует регулярное употребление в пищу указанных пряностей.

Интересны свойства как отдельных растений, так и целых семейств, как мы уже могли убедиться на примере зонтичных (сельдерейных), крестоцветных (капустных) и лилейных.

Многим травникам хорошо известно, что первым средством при опухолях поджелудочной железы является ирис (касатик), давший свое имя целому семейству (касатиковые).

Однако не многие русские травники знают еще одного представителя этого семейства, в то время как это не только великолепная пряность, но и замечательное лекарство болезней печени и всей гепатобилиарной системы в целом. Речь, конечно же, о шафране.

На основе шафрана делаются многие самые сильные печеночные лекарства в тибетской медицине.

Еще недавно это растение было редкостью на нашем рынке. Теперь же его можно приобрести, хотя настоящий шафран очень дорог не только в России, но в тех регионах, где он выращивается.

В лечебных сборах цветки шафрана можно заменять цветками календулы, имеющими тот же характерный оранжевый цвет, а самое главное, сходные лечебные свойства. Данный факт, открытый бурятскими монахами – целителями, которые вообще считаются корифеями в плане поиска взаимозаменяемых растений в тибетских прописях, был доказан учеными Сибирского отделения РАН.

Очень интересным семейством пряных растений являются имбирные. Представители - имбирь, куркума и кардамон.

Все семейство (как многие пряности вообще) обладает изрядными детоксикационными свойствами. При этом средневековые авторы, в частности, Амирдовлат Амосиаци, ставят зедоар (*Cucuma zedoaria*) превыше всех прочих средств.

Это действие для онкобольных, как мы понимаем, неопределимо само по себе. Но не только тем знамениты имбирные. Особое внимание нужно обратить на родоначальника семейства - имбирь.

Имбирь входит в состав так называемого «спасительного снадобья», используемого в традиционной китайской медицине (ТКМ). Кроме имбиря в данную пропись входят евгения, дягиль, сосюрея и царь-зелье аконит.

Некоторые авторы считают, что и имбирь, и евгения в данном составе служат лишь вспомогательными средствами, задача которых состоит в нейтрализации ядовитости борца. Это не совсем верно, тому есть два резона.

Во-первых, борец, используемый для приготовления данного лекарства, изначально действительно очень ядовитый (берется *A. carmichaeli* или *A. fisheri*), перед приготовлением снадобья проходит, как минимум, два этапа «укрощения» - сразу после заготовки сырья и непосредственно в ходе приготовления.

Во-вторых, (здесь мы ближе подбираемся к интересующей нас пряности), известно, что компоненты лечебных смесей в ТКМ подбираются не столько по фармакологическим свойствам, сколько по энергетическим аспектам. В частности, борец (основное действующее начало лекарства) относится к группе «лекарств, изгоняющих полный холод» (Халмурат Упур, В.Г. Начатой, 1992), к которой также принадлежит и имбирь. По сути, это группа сильных аналептиков, способных поддержать угасающую жизнь (повышают Ян при резком снижении, двигают чи).

Именно с таких позиций, на наш взгляд, нужно оценивать «спасительность» данного рецепта. Такой акцент сделан не зря: многие ошибочно ставят на первое место противоопухолевые эффекты аконита.

Часто приходится сталкиваться с плохой переносимостью отваров трав, заключающейся в появлении тошноты, у многих больных тошнота вообще имеется изначально. В таких случаях лечение бывает затруднено, не говоря уже о снижении качества жизни больного. Здесь может выручить имбирь. Для устранения тошноты имеющейся, либо для профилактики ее появления при приеме отваров трав рекомендуется за 15-20 минут до этого пожевать корочку имбирного корня, который в цельном виде все чаще стал появляться в овощных магазинах.

Заканчивая с пряностями, коротко коснемся противопоказаний, которые, в общем-то, звучали ранее. Тем не менее.

Все жгучие и острые пряности (лук, чеснок, черемша, виды перца) противопоказаны при опухолях поджелудочной железы и печени. При опухолях желудка – по переносимости при условии отсутствия склонности к кровотечениям.

Эти же средства, а также горчица, имбирь, гвоздика, базилик нельзя давать больным опухолью мозга со склонностью к судорогам и продуктивной психической симптоматике.

И напротив, эти пряности показаны больным с депрессией и заторможенностью сознания. Этим больным нельзя давать чабрец (тимьян), который был бы хорош при опухолях желудка и молочной железы.

Нельзя давать душицу, пастернак, сельдерей беременным женщинам.

Больным с опухолями почек и мочевого пузыря противопоказаны перец и горчица, очень аккуратно нужно давать можжевельник (который, кстати, входит в состав прописи Здренко при папилломатозе мочевого пузыря). Зато очень хорошо подойдут зонтичные (укроп, петрушка, фенхель). Если есть сопутствующая мочекаменная болезнь - дикая морковь и любисток.

Больным опухолями легких очень осторожно нужно обращаться с острыми и жгучими пряностями, которые могут после непродолжительного подъема, спровоцировать ухудшение. И, наоборот, подойдут зонтичные (анис, например), а также майоран, душица, базилик и гвоздика.

Шафран и барбарис хороши при опухолях матки со склонностью к кровотечениям. Этим же больным рекомендуются крестоцветные и душица.

Резюме лекции в целом.

Бросая обобщающий взгляд на проблему питания онкологического больного, нетрудно заметить, что основные принципы построения диеты мало чем отличаются от таковых для здорового человека, поставившего себе задачей не болеть.

Тем не менее, питание онкобольного имеет свои частные особенности, которые накладывают ограничения на состав, количество отдельных продуктов, а также на способы их приготовления. Эти же особенности диктуют необходимость введения некоторых продуктов и фитодиететических мероприятий.

Базисом для создания диеты для больного могут служить стандартные диеты по Певзнеру. Например, при опухолях желудка – диета №1 или №2, печени и поджелудочной железы – диета №5, и так далее.

Осознанное и вдумчивое использование пряностей станет серьезным подспорьем основным лечебным мероприятиям.

Литература:

1. Аксенов А. П. Лечение и питание при онкологических заболеваниях. – М.: ООО «Издательство АСТ», Донецк: «Сталкер», 2004. – 286 с.
2. Катин А.Я., Крылов Ю.В., Почкаев А.В. Гомеопатия в клинической онкологии. – М.: Мед. лит., 2003. – 208 с.: ил.
3. Кляйне-Гунк Б. Рак груди. Как уменьшить риск: пер. с нем. – М.: ООО «Издательский Дом «Инфра-М»», 2001. – 144 с.
4. Корицкая Л.Н., Лисовенко Г.С, Потевня Г.П., Хаецкий И. К., Чехун В.Ф., Ялкупт С.И., Тарутинов В.И., Циприян В.И., Карпиловская С. Я., Опухоли молочной железы. – К.: «Книга плюс», 2003. – 208 с.
5. Куликов Е.П., Дармограй В.Н. Лекарственные растения в реабилитации онкологических больных. – Рязань: Изд-во Рязанского госмедуниверситета им. Акад. И.П. Павлова, 2002. – 201 с.
6. Кучер А.Г., Каюков И.Г., Есаян Е.М., Ермаков Ю.А. Настольная книга по питанию больных с хронической почечной недостаточностью/ под ред. Проф. А.В. Смирнова. – СПб.: Знание, 2004. – 189 с.
7. Начатой В.Г. Традиционная китайская медицина: клиническая фармакология. Рецептура. – СПб.: Изд-во СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, - 2003. – 480 с.
8. Николайчук Л.В. Растения исцеляют. Болезни щитовидной железы и ожирение. - Мн.: «Універсітэцкае», - 1998. – 269 с.
9. Носаль М.А., Носаль И.М. Лекарственные растения и способы их применения в народе. – Мн.: «Польмя», - 1997. – 335 с., ил.
10. Перова Н.В., Оганов Р.Г. Пути модификации пищевых жиров в антиатерогенной диете// Терапевтический архив, №8, - 2004. - с. 75-78
11. Ролик И.С. Биологические препараты в реабилитации больных раком: руководство для врачей. – М.: Арнебия, 2000. – 282 с.: 23 ил., 52 таб.
12. Собецкий В.В., Бойчак М.П., Капралов А.А., Кулик Г.И., Смирнова З.С., Кубасова И.Ю., Серкиз Я.И., Чоботько Г.М., Алефиров А.Н., Цветкова Г.В., Кузовлев Ф.Н., Бутрим А.И. Лекарственные растения в борьбе против рака. – К.: Планета людей, 2004. – 96 с.
13. Справочник по диетологии/ Е.А. Беюл, В.Н. Будаговская, В.Г. Высоцкий и др.; под ред. М.А. Самсонова, А.А. Покровского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1992. – 464 с.
14. Старков В.Ф. Борьться и преодолеть. Сборник рецептов лечения онкологии травами Сибири. – Новосибирск: «СИМА», 2004. – 284 с.