

DOI: <https://doi.org/10.17816/clinutr106392>

Интервью с профессором Андреем Устиновичем Лекмановым

С.В. Свиридов

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Глубокоуважаемые читатели!

Мы открываем новую рубрику журнала — «Интервью с ведущими специалистами». Рубрика подразумевает встречи с ведущими врачами разных специальностей. К каждой такой встрече интервьюер делает подборку наиболее часто задаваемых вопросов. Вопросы и ответы охватывают широкий спектр проблем, касающихся клинического питания и метаболизма.

Цель рубрики — знакомство с ведущими в своей области российскими специалистами, но всегда внимательными и рассудительными людьми, не делающими поспешных выводов, поскольку профессия, нацеленная на сохранение жизни человека и улучшение её качества, не прощает ошибок.

Сегодня в гостях у редакции доктор медицинских наук, профессор Андрей Устинович Лекманов — известный и уважаемый в России детский анестезиолог-реаниматолог более чем с 50-летним стажем работы, стоявший у истоков отечественной детской анестезиологии и реаниматологии. Тема настоящего обсуждения — «Возможности и перспективы клинического питания в детской анестезиологии-реаниматологии» — напрямую связана с деятельностью Андрея Устиновича, который уделяет большое внимание вопросам клинического питания пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Беседу с доктором медицинских наук, профессором Андреем Устиновичем Лекмановым провёл главный редактор журнала «Клиническое питание и метаболизм» Сергей Викторович Свиридов.

Ключевые слова: интервью; клиническое питание; педиатрия; анестезиология-реаниматология.

Как цитировать

Свиридов С.В. Интервью с профессором Андреем Устиновичем Лекмановым // Клиническое питание и метаболизм. 2021. Т. 2, № 4. С. 215–221. DOI: <https://doi.org/10.17816/clinutr106392>

DOI: <https://doi.org/10.17816/clinutr106392>

Interview with Professor Andrey Ustinovich Lekmanov

Sergey V. Sviridov

The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Dear readers!

We are opening a new section of the magazine: "Interviews with leading experts" The rubric includes meetings with leading doctors of various specialties. For each such meeting, the interviewer makes a selection of the most frequently asked questions in clinical nutrition and metabolism.

The purpose of the rubric is to be acquainted with leading Russian specialists in their field but always attentive and reasonable people who do not make hasty conclusions because a profession aimed at preserving human life and improving its quality does not forgive mistakes.

Today, the guest of the editorial office is Doctor of Medical Sciences, Professor Andrey Ustinovich Lekmanov, a well-known and respected pediatric anesthesiologist-resuscitator in Russia with >50 years of experience, who was at the forefront of domestic pediatric anesthesiology and resuscitation. The topic of this discussion "Possibilities and prospects of clinical nutrition in pediatric anesthesiology and resuscitation" is directly related to the activities of Andrei Ustinovich, who pays great attention to the issues of clinical nutrition of the patient in the intensive care unit.

A conversation with Doctor of Medical Sciences, Professor Andrey Ustinovich Lekmanov was conducted by the editor-in-chief of the journal *Clinical Nutrition and Metabolism*, Sergey Viktorovich Sviridov.

Keywords: interview; clinical nutrition; pediatrics; anesthesiology-resuscitation.

To cite this article

Sviridov SV. Interview with Professor Andrey Ustinovich Lekmanov. *Clinical nutrition and metabolism*. 2021;2(4):215–221.

DOI: <https://doi.org/10.17816/clinutr106392>

Received: 18.04.2022

Accepted: 19.04.2022

Published: 06.05.2022

— Андрей Устинович, ровно 10 лет тому назад Вы участвовали в телемосте на тему «Клиническое питание: потерянный элемент hi-tech терапии?» Почему возник такой вопрос для обсуждения, и что изменилось за эти годы?

— Должен отметить, что, несмотря на все усилия специалистов, занимающихся клиническим питанием в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), до сих пор в своей массе этим вопросам придаётся второстепенное значение. Сначала наши коллеги занимаются стабилизацией гемодинамики, волемии, респираторной поддержкой и т.д., и только потом «вспоминают» о питании. Хотя налицо и явные элементы прогресса в педиатрии. Мы дважды — в 2013 и 2015 гг. — проводили обзорное исследование «Практика клинического питания в педиатрических ОРИТ» и выявили, что только за эти два года больше чем втрое (с 22 до 69%) возросло число детей, получающих все компоненты парентерального питания (ПП), в том числе липиды последней генерации, включая эмульсии с рыбьим жиром, в 2 раза чаще — многокомпонентные контейнеры. В целом лишь 2,4% детей в ОРИТ не получают никакого питания. Следовательно, налицо положительный тренд, хотя его распространённость оставляет желать лучшего.

— Андрей Устинович, проблема нутриционной поддержки у детей в критических состояниях рассматривается и изучается не одно десятилетие, в том числе и в нашей стране. Интересные публикации были в период 70–80-х гг., подкупавшие читателей своей новизной, например, такая монография, как «Инфузионная терапия и парентеральное питание в детской хирургии» (Ю.Ф. Исаков, В.А. Михельсон, М.К. Штатнов. Москва: Медицина, 1985). Не могли бы Вы определить для читателей основные вехи формирования клинического питания в педиатрии в нашей стране, кто стоял у истоков и вдохновлял на исследования?

— За прошедшие 50 лет клиническое питание у детей в ОРИТ претерпело революционные преобразования. Так, в 70–80-е гг. энтеральное питание (ЭП) применялось в виде классических педиатрических смесей для кормления грудных детей и практически не использовалось зондовое питание. Специальные смеси для ЭП просто отсутствовали. Однако появление на российском рынке знаменитых препаратов «Аминсол» и «Интралипид» позволило в отдельных клиниках внедрить ПП и в педиатрии, чему способствовала упомянутая вами монография Ю.Ф. Исакова, В.А. Михельсона и М.К. Штатнова, представлявшая собою, по сути, учебник для детских реаниматологов. И в дальнейшем работы М.К. Штатнова оказали существенное влияние на продвижение ПП у детей в ОРИТ. В 90-е гг., благодаря разработкам школы профессора К.С. Ладодо, моей коллеге по Институту питания на базе Института педиатрии АМН, получила развитие концепция

недопустимости так называемого госпитального голодания у детей; были разработаны достаточно примитивные на тот момент белковые смеси для зондового питания у детей (Инпиды). Однако в эти годы главной задачей нутриционной поддержки (НП) считалось как можно более быстрое — с первых суток поступления ребёнка в ОРИТ — достижение рассчитанных ингредиентов, что приводило к неудачам, осложнениям и разочарованию в эффективности НП. В последние десятилетия проведены качественные исследования по влиянию НП на течение критических состояний у детей: это работы школы Н.П. Шень (Екатеринбург и Тюмень), исследования Ю.В. Ерпулевой (Москва), А.И. Чубаровой (Москва), А.Н. Шмакова (Новосибирск), Ю.С. Александровича (Санкт-Петербург). Я, конечно, кого-то не упомянул, и прошу коллег простить меня. В целом это привело к созданию обоснованных рекомендаций по ряду ключевых положений НП у детей в ОРИТ, которые постоянно обсуждались на проводимых с 2001 г. российских конгрессах по педиатрической анестезиологии-реаниматологии, а также в школах Ассоциации детских анестезиологов-реаниматологов России (АДАР).

— Андрей Устинович, Вы ведущий детский анестезиолог-реаниматолог России с непререкаемым авторитетом и огромным уважением среди анестезиологов-реаниматологов, педиатров, врачей смежных профессий. С точки зрения Вашего опыта, в чём заключается проблематика самообразования врачей по вопросам клинического питания? Хорошо известно, что за последние годы общественными и профессиональными медицинскими объединениями были организованы и проведены десятки конференций и конгрессов, а данные вопросы постоянно обсуждаются на съездах педиатров, хирургов, анестезиологов-реаниматологов, реабилитологов. Другими словами, официально знания предлагаются, в свете государственных требований многим конференциям присвоены определённые баллы в системе непрерывного медицинского образования, но вопрос самообразования по оценке и коррекции метаболизма при ургентных состояниях остаётся по-прежнему одним из жизненно важных.

— Думаю, что при поступлении большого ребёнка в ОРИТ задачей практического врача до настоящего времени остаётся своевременное устранение гемодинамических и дыхательных расстройств, а о полноценном покрытии возросших энергетических и пластических потребностей организма ребёнка редко кто задумывается. К тому же и литературные данные достаточно противоречивы. Так, Кокрейновский обзор 2016 г., посвящённый НП у детей в критическом состоянии, не представил доказательств ни за, ни против её необходимости у детей в первую неделю критического состояния. Отсутствуют также доказательства оптимального метода питания у детей в этот период. Надо отметить, что до сегодняшнего

дня ситуация с НП в педиатрии мало изменилась. Именно поэтому главной задачей, на мой взгляд, является внедрение идеологии клинического питания как интенсивной терапии, направленной на поддержание адекватного метаболизма, и в этой связи приоритетности НП наряду с другими методами интенсивной терапии.

— *Не утихают споры о том, нужен ли врач-нутрициолог как отдельная штатная единица в ОРИТ для взрослых. Каково Ваше мнение, необходим ли отдельный специалист для проведения нутриционной поддержки у детей в ОРИТ?*

— Конечно, было бы разумно иметь такого специалиста в каждой больнице с большим коечным фондом. Но реальности таковы, что такую роскошь могут себе позволить только крупные центры, где к тому же проводятся научные исследования. Кроме того, к сожалению, врачи-нутрициологи мало ориентируются в особенностях НП у критических пациентов. В реальных условиях более разумно выделять кого-либо из штатных врачей анестезиологов-реаниматологов в ОРИТ, который будет прицельно курировать эти вопросы. Не будем скрывать, что на практике один врач лучше разбирается в искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ), другой — в инфузиях и т.д.

— *Андрей Устинович, Вы много лет курировали самые сложные вопросы лечения детей в ОРИТ, работая в НИИ педиатрии РАМН, а затем в РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России. В чём заключаются основные трудности при проведении нутриционной поддержки у детей в критическом состоянии? Или основные принципы её проведения идентичны взрослым пациентам?*

— В случае тяжёлого заболевания дети страдают значительно сильнее, чем взрослые, что обусловлено некоторыми анатомо-физиологическими особенностями их организма: небольшой массой тела (меньшие запасы питательных веществ), повышенной потребностью в энергии и питательных веществах, меняющейся потребностью в нутриентах в разные возрастные периоды. При этом я не касаюсь положения недоношенных детей, и в частности возникшей в последнее десятилетие проблемы НП детей с экстремально низкой массой тела. Принципы НП у детей, за исключением новорождённых и детей первого года жизни, мало чем отличаются от взрослых, однако количество исследований в этом направлении у детей не превышает 10% от таковых у взрослых. Практика НП в педиатрическом ОРИТ во многом определяется мнением экспертов или консенсусом с ограниченным числом доказательных исследований, поэтому и доказательность тех или иных вопросов НП в педиатрии до настоящего времени остаётся на уровне мнения экспертов. Единая стратегия оценки состояния питания и точные маркеры его состояния при критических заболеваниях у детей недоступны, как и точная оценка энергетических потребностей

во всех фазах критического заболевания. Отличием от наших «взрослых» коллег является «продвинутость» детских реаниматологов в вопросах ЭП, так как ещё в вузе нас обязательно обучают схемам питания грудных детей (докорм и прикорм), что позволяет потом легче ориентироваться в выборе ЭП для пациентов ОРИТ.

— *Организация системы здравоохранения, в том числе и на местах, достаточно сложная и требует колоссальных усилий, чтобы воплотить в жизнь клинические рекомендации, отдельные положения законодательства, решать вопросы организации клинического питания. Какие наиболее сложные и проблемные вопросы приходилось Вам решать при создании системы нутриционной поддержки у детей в ОРИТ?*

— Мой собственный опыт действительно свидетельствует о том, что надо прилагать колоссальные усилия для внедрения идеологии НП в ОРИТ. И здесь, как мне кажется, первичным является единое понимание важности НП в коллективе анестезиологов-реаниматологов. В этом хорошую помощь оказывает проведение местных (внутри отделения) конференций-семинаров, где попросту надо заполнить лакуны в знаниях коллег. Вслед за этим на ежедневных обходах пациентов обязательно обращается внимание на то, чем и как кормили ребёнка, что было назначено, и что из этого он получил. Это чрезвычайно важные мелочи, при этом в таких разборах обязательно должны принимать участие и медицинские сёстры ОРИТ, ведь именно они играют ключевую роль в реализации плана питания! Всё это имеет особое значение при проведении ЭП, где зачастую шаг за шагом приходится то продвигаться, то отступать. Достижением считаю, когда на утреннем обходе дежурная медсестра с радостью сообщает: «Усвоил всё, что было назначено!» Надо заметить, что процесс этот медленный и постепенный.

Другим существенным барьером является сопротивление врачей других специальностей, в частности хирургов. Здесь эти вопросы приходится решать также постепенно — убеждением и просвещением, иногда индивидуально. И, наконец, необходимо работать с администрацией больницы, убеждая в необходимости закупки самих средств НП, расходных материалов и т.д. В конечном счёте всё это должно быть реализовано в виде локального протокола НП для той популяции детей, которые типичны для данного учреждения. Я не раз уже выступал с тезисом, что именно создание локального протокола НП является тем рычагом, который может сдвинуть с мёртвой точки эту проблему. Почему локального? Потому что в разных ОРИТ лежат разные пациенты — экстренные и плановые, хирургические и нехирургические и т.д., так что локальный протокол должен быть ориентирован именно на них.

— *Ваш опыт проведения нутриционной поддержки у детей в критическом состоянии огромен. Какие*

основные особенности проведения парентерально-го питания у детей в ОРИТ? Есть ли нерешённые вопросы?

— В вопросах ПП у детей в ОРИТ имеется множество нерешённых проблем. С одной стороны, ПП достаточно просто рассчитать и назначить в ущерб ЭП, которое требует существенно большей тщательности, и тем не менее всегда должно быть приоритетным по отношению к ПП. С другой стороны, на сегодняшний день преимущества раннего ПП у детей в критических состояниях поставлены под сомнение, так что существует две различных стратегии: первая — раннее начало ПП для предотвращения дефицита макроэлементов; вторая — отсрочка ПП, в том числе дополнительного, в течение первой недели.

В последних рекомендациях по НП у детей в критическом состоянии Европейского общества по интенсивной терапии у детей и новорождённых (ESPNIC, 2020) говорится о воздержании от ПП в течение первой недели у критически больных детей и новорождённых независимо от статуса питания. Другими словами, даже детям с мальнутрицией в течение первой недели не следует назначать ПП! Рекомендациям ESPNIC вторит международное руководство по менеджменту детей с сепсисом и септическим шоком (Surviving Sepsis Campaign, SSC; 2020), где в разделе «Питание» также рекомендуется задержка начала ПП в течение первых 7 дней поступления детей в ОРИТ. Эти рекомендации основаны на одной публикации в 2016 г. результатов рандомизированного исследования РЕРАНИС. В исследовании РЕРАНИС было включено 1440 детей из трёх детских ОРИТ, где одна группа детей получала раннее ЭП и ПП в первые 24 ч поступления (раннее ПП), а другая — сначала только ЭП, а ПП — с 8-го дня пребывания в ОРИТ (позднее ПП). При этом в группе позднего ПП отмечено меньше новых случаев инфекций, длительности ИВЛ и пребывания в ОРИТ в сравнении с группой раннего ПП. Летальность была одинаковой в обеих группах. Отсюда и были сделаны выводы о воздержании от ПП детей в ОРИТ до 8-го дня. Однако результаты РЕРАНИС были подвергнуты тщательному критическому анализу нами и рядом зарубежных исследователей. Вкратце результаты сводятся к следующему: группы пациентов в разных центрах не были репрезентативными (использованы разные методы расчёта целевых точек по калориям и методы их расчёта), что уже вызывает сомнения; раннее ПП было начато в первый день у всех, независимо от показаний, возраста или толерантности к ЭП, причём сама необходимость ПП у многих детей сомнительна: 55% детей группы ЭП+ПП не было показано ПП, и оно было излишним, так как пациенты были выписаны на 4-й день; наконец, в группе раннего ПП зафиксировано существенное перекармливание пациентов: уже к 4-му дню они получали более 90 ккал/кг (!) в сутки, в то же время в группе позднего ПП (дети находились на ЭП) расчёты были практически идеальными — 57 ккал/кг на 4-й день. Таким образом,

худшие результаты в группе раннего ПП могут быть связаны с перегрузкой калориями, т.е. с перекармливанием. Резюмируя эти данные, можно заключить, что худшие результаты в группе раннего ПП могут быть связаны с проведением ПП без показаний и с перегрузкой калориями, поэтому вряд ли следует экстраполировать результаты РЕРАНИС на всех критических детей и отказываться от ПП до 8-го дня. К тому же такая практика воздержания от ПП не соответствует реальным клиническим данным. Так, данные НУТРИПЕД в России показали, что половина детей получала ЭП, а другая половина — ЭП+ПП. Обзор практики НП в детских ОРИТ за этот же период за рубежом (156 ОРИТ из 52 стран) показал, что ПП стартует в течение 24–48 ч в 58% отделений. В 72% педиатрических ОРИТ используют ЭП+ПП в случае, если ЭП покрывает менее 50% потребности в энергии.

Резюмируя эти данные, можно заключить, что ЭП имеет приоритет у детей в критических состояниях, а что касается ПП, оно не должно использоваться рутинно, и его назначение требует более строгого подхода. НП надо начинать в первые 24–48 ч, приоритет имеет ЭП. ПП может рассматриваться со вторых-третьих суток, когда ЭП невозможно или неадекватно (невозможно обеспечить 60% расчётной потребности энтерально).

— Андрей Устинович, Вы много лет работали в детском городском ожоговом центре г. Москвы на базе ДГКБ № 9 имени Г. Сперанского. Пациенты с ожогами всегда считались проблемными в лечении и требовали поистине персонализированного подхода. Чем отличаются дети с ожогами от других пациентов в ОРИТ в плане метаболизма и проведения нутриционной поддержки?

— Вы абсолютно правы в том, что дети с термической травмой, особенно при поражении общей поверхности тела более 30%, представляют особую группу пациентов в связи с известными данными о выраженных явлениях гиперметаболизма. До сих пор предлагалось восполнять энергетические затраты назначением огромных объёмов НП, преимущественно с помощью ПП. Способен ли организм ребёнка усвоить такие объёмы? Вместе с тем широко известны опасности жидкостной перегрузки и её крайне негативных последствий. Многолетний тщательный анализ позволил нам разработать персонализированную тактику НП у детей с тяжёлыми ожогами. Прежде всего она заключается в том, что после поступления в ОРИТ и проведения необходимых мероприятий (катетеризация, перевязки и т.д.) пострадавшему ребёнку не позднее чем через 2 ч после травмы через назогастральный зонд начинается введение в объёме его возрастной физиологической потребности болюсно каждые 3 ч, включая ночное время, поочерёдно водно-электролитной и полуэлементарной питательной смеси. Обычно объём такой нагрузки в первые сутки составляет около 4 мл/кг в час. Такая тактика позволила не только существенно снизить

объёмы вводимой жидкости внутривенно, но и наладить ЭП через зонд у большинства детей, при этом тактика была тем успешнее, чем раньше начинали ЭП, так что уже к концу первых суток дети получали необходимые объёмы питания. У некоторых детей, особенно с критическими ожогами (более 50–60% поверхности тела), ко вторым-третьим суткам наблюдается сброс содержимого по зонду. В этом случае с целью полноценного ЭП мы переходим на катетеризацию с помощью фиброгастроуденоскопии тощей кишки (постпилорическое питание), что чрезвычайно важно для детей с тяжёлой термической травмой. ПП проводится практически всегда как дополнительное, причём у детей старше 2 лет — это круглосуточное введение многокомпонентной смеси «3 и 1».

Кроме того, для нивелирования неизбежного гиперкатаболизма, особенно у детей с очень высокой тахикардией, мы назначаем β-адреноблокаторы, дозы которых корректируются индивидуально в зависимости от показателей центральной гемодинамики. Несмотря на то что тенденция к тахикардии сохраняется, нам удаётся снизить число сердечных сокращений на 20–25%. На этом фоне наблюдается стабилизация показателей артериального давления и доставки кислорода, что, в свою очередь, свидетельствует о снижении проявлений гиперметаболизма. Эти положительные эффекты продемонстрировали клиническую значимость применения β-блокаторов для снижения гипердинамического ответа как компонента синдрома гиперкатаболизма у детей с обширными ожогами.

Наконец, у детей с тяжёлыми ожогами, если есть возможность, мы используем внутривенное введение раствора глутамин, причём наше исследование, опубликованное ещё в 2013 г., показало, что при введении глутамин значимо (с 12 до 7 сут) сократилась длительность ИВЛ в сравнении с контрольной группой.

— *Существуют ли, на Ваш взгляд, особенности проведения нутриционной поддержки у детей с сепсисом в ОРИТ?*

— В прошлом году наша команда АДАР опубликовала проект клинических рекомендаций (КР) по сепсису у детей, которые включают раздел НП. По многим пунктам они отличаются от таковых в уже упомянутом руководстве SSC-2020. Так, в гайдлайне SSC-2020 рекомендация звучит следующим образом: «Мы не смогли выдать рекомендацию относительно раннего гипокалорического/трофического ЭП с последующим медленным увеличением до полного по сравнению с ранним полным ЭП». Мы записали: «На начальном этапе у детей с септическим шоком рекомендуем проведение гипокалорийного/трофического ЭП с последующим постепенным увеличением до полного ЭП». Далее в SSC-2020: «Мы предлагаем вводить ЭП через желудочный, а не постпилорический зонд»; в наших клинических рекомендациях: «Постпилорическое питание может рассматриваться у пациентов с сепсисом или септическим шоком, которым желудочное кормление либо

противопоказано (например, с высокой степенью риска аспирации), либо не переносится, и, как следствие, не могут быть достигнуты цели в области нутритивной поддержки». Наконец, наиболее важное различие: в SSC-2020: «Мы предлагаем ЭП в качестве предпочтительного способа, ПП может быть задержано в течение первых 7 дней поступления в ОРИТ»; наши клинические рекомендации: «У детей с сепсисом и септическим шоком ЭП предпочтительно; ПП может рассматриваться со вторых-третьих суток, когда ЭП невозможно или неадекватно (невозможность обеспечить 60% расчётной потребности энтерально)».

— *Как ни парадоксально, но своевременное выявление белково-энергетической недостаточности у пациентов в ОРИТ — по-прежнему достаточно сложный процесс. Много приводящих организационных факторов. Внедрение непрямого калориметрии в широкую клиническую практику было направлено на оптимизацию клинического питания пациентов в ОРИТ. Ваш личный опыт и взгляд на возможности непрямого калориметрии у детей в отделении интенсивной терапии?*

— Должен отметить, что мой первоначальный оптимизм относительно применения золотого стандарта непрямого калориметрии с течением времени существенно иссяк. Дело в том, что у ребёнка в критическом состоянии практически невозможно заранее расписать его суточные потребности в энергии и ингредиентах, так как они будут существенно меняться в связи с динамическими изменениями состояния ребёнка. Именно поэтому непрямая калориметрия как метод мониторинга НП должна использоваться не только утром, но и в течение суток, что, впрочем, относится и к мониторингу гемодинамики, инфузионной терапии и т.д. Между тем в практической работе такой подход мало осуществим. Я думаю, что если есть такая возможность, непрямая калориметрия должна использоваться для проверки наших представлений об истинных потребностях компонентов НП при той или иной патологии, чтобы более определённо проводить расчёты назначаемых средств питания. Наконец, дело может быть сдвинуто с мёртвой точки, если у пациента на ИВЛ в программу работы аппарата будет внедрена опция онлайн-расчёта потребления и выделения кислорода и CO₂, что в современных дыхательных машинах сделать совсем нетрудно. Я много раз обсуждал это с производителями аппаратов ИВЛ, но воз и ныне там. Вот тогда можно проводить постоянно динамическую непрямую калориметрию пациентам на ИВЛ.

— *Андрей Устинович, отвечая на вопросы редакции по аспектам клинического питания у пациентов в ОРИТ, Вы наверняка вспомнили своих наиболее проблемных маленьких (по возрасту) пациентов, которым своевременно назначенное клиническое питание принципиально помогло в лечении. Если не составит*

большого труда, расскажите о самом для Вас запоминающемся случае.

— Хочу рассказать о 5-месячной пациентке, с которой у меня, собственно, и начался научный и практический интерес к клиническому питанию детей в ОРИТ. В начале 90-х гг. профессор Калерия Сергеевна Ладодо попросила срочно зайти к ней на приём в КДЦ Института педиатрии РАМН, где показала мне девочку в возрасте 5 месяцев с неясной хирургической патологией органов брюшной полости в состоянии кахексии: ребёнок весил около 2 кг. При этом состояние самой Калерии Сергеевны было близким к обморочному. Я срочно положил ребёнка в нашу реанимацию и вызвал хирургов для обсуждения. Руководитель хирургической клиники заявил, что ребёнок не жилец, и что он к нему не подойдет. Слава богу, его помощник и ученик, замечательный детский хирург и прекрасный человек, доктор медицинских наук Вячеслав Владимирович Лукин, с которым мы давно были очень дружны, согласился попытаться что-нибудь сделать. В каком-то смысле для нас с ним и для Калерии Сергеевны это стало делом принципа. И вот очень медленно и постепенно мы стали заниматься тем, что зовётся нутриционной поддержкой. Калерия Сергеевна, с которой после этого случая мы тоже сильно подружились, мобилизовала свой отдел детского питания для помощи нам.

К счастью, в это время в Россию начала поступать различная гуманитарная помощь, среди которой в отдел питания поступили японские внутривенные аминокислотные смеси для детей раннего возраста (Мориамин), 20%-й раствор альбумина и какие-то смеси для ЭП. В течение 1–1,5 месяцев мы подготовили ребёнка к первой, а затем и ко второй операции, и в результате девочка выписалась абсолютно здоровой, и потом ещё много лет радовала нас, приезжая в Институт на катамнез.

— Андрей Устинович, огромное спасибо за беседу по актуальным вопросам клинического питания и коррекции метаболизма. Полагаю, что Ваши взгляды и личный опыт, которые были отражены в данном интервью, будут полезны и интересны нашим читателям. Особенно мы надеемся на наших молодых коллег, за которыми, как говорится, будущее, и они должны подкреплять свой жизненный и профессиональный опыт знаниями и опытом своих Учителей. Спасибо. Желаем крепкого здоровья, творческого подъёма и простой человеческой удачи!

— Дорогой Сергей Викторович, спасибо за это интервью и интересные вопросы. Желаю успехов и благополучия вам и руководимому вами журналу!

ОБ АВТОРЕ

Свиридов Сергей Викторович, д.м.н., профессор;
адрес: Россия, 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9976-8903>;
eLibrary SPIN: 4974-9195; e-mail: sergey.sviridov.59@mail.ru

AUTHOR'S INFO

Sergey V. Sviridov, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
address: 1, Ostrovityanova street, Moscow, 117997, Russia;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9976-8903>;
eLibrary SPIN: 4974-9195; e-mail: sergey.sviridov.59@mail.ru