

Брехова М.В. **ДИЕТОТЕРАПИЯ - ВАЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ**
Узловая Объединенная больница на ст. Самарканд, гл. врач Рашидов Н.В.

Диетотерапия (от греч. *diáita* — режим питания и *therapeia* — лечение), лечебный метод, заключающийся в терапии различных заболеваний специальной диетой; то же, что и лечебное питание.

В основу диетотерапии положена теория, сбалансированного питания. Влияние лечебного питания (ЛП) определяется качественным и количественным составом пищи (белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества, микроэлементы и др.), её калорийностью, физическими свойствами (объём, температура, консистенция), режимом питания (часы приёма, распределение пищи в течение дня, частота приёмов), лечебным действием отдельных продуктов.

ЛП назначается в виде специальных диет (лечебных рационов) с учётом патогенеза заболевания, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний у больного. Диетотерапия строго согласуется с общим планом лечения. Иногда диетотерапия является основным методом лечения, иногда служит обязательным лечебным фоном, на котором применяется вся другая, в том числе и специфическая, терапия. В некоторых случаях по индивидуальным показаниям, помимо основной диеты, применяют суточные режимы — «контрастные дни» — молочные, творожные, яблочные, арбузные, картофельные и т. п. Назначаются также т. н. специальные дни — калиевая, магниевая и др. диеты.

Питание больного имеет большое значение не только для восстановления происходящих во время болезни потерь в организме и для поддержания сил, но и как действенное лечебное средство. Современной наукой установлено, что при любом заболевании пищевой рацион оказывает определенное воздействие, а в ряде случаев имеет решающее влияние на течение и исход болезни. Следовательно, питание больного должно быть построено на определенных лечебных началах, поэтому оно и называется лечебным.

ЛП широко внедрено в медицинскую практику, оно является обязательной составной частью системы лечения в больничных учреждениях, в санаториях, на курортах.

Лечебное питание - это комплекс мер, связанных с питанием, осуществление которых направлено на восстановление каких-либо функций организма, излечение болезней и недугов.

ЛП предписывается в виде пищевых рационов, которые состоят из определенных продуктов, подвергаемых соответствующей кулинарной обработке. Лечебный пищевой рацион называется "лечебным столом", или "диетой". ЛП широко применяется как народной, так и официальной медицине. Практически при каждом заболевании показана определенная диета, которая помогла бы организму справиться с болезнью, и поспособствовала бы полному выздоровлению и восстановлению организма.

Исследования отечественных ученых показали, что при правильно организованном ЛП могут изменяться многие физиологические процессы в организме, включая интенсивность обмена веществ, гормональный фон, реактивность организма. Кроме этого, ЛП обладает еще одним очень важным свойством:

оно способно усиливать эффект некоторых лекарственных препаратов. Примеров этому существует множество: так, некоторые сердечные препараты начинают производить свой эффект при назначении молочной диеты, а долго не поддающаяся лечению хроническая экзема начинает быстро заживать при ограничении употребления поваренной соли и углеводов. Эту сложную задачу решил выдающийся русский ученый-диетолог М.И. Певзнер, который разработал 15 столов для питания больных людей, охватив максимально возможный круг заболеваний. Каждый из 15 столов характеризуется особым качественным и количественным составом пищи, а также определенными часами ее приема. Такое подразделение диет необходимо для преемственного лечения с последующим переходом от щадящих диет - к полноценному повседневному питанию.

Начало использования пищевых продуктов с лечебной целью относится к глубокой древности. Сохранившиеся древнеегипетские, древнеримские рукописи донесли до наших дней ряд практически обоснованных положений по питанию здорового и больного человека.

Большое значение диетотерапии придавал Гиппократ (460—377 до н.э.). В его трудах имеется много высказываний о принципах использования пищи с лечебной целью, о необходимости применения дифференцированного подхода в диетотерапии с учетом стадии заболевания, возраста больного, его привычек, климата, времени года и т. п. Знаменитый древнеримский врач Асклепиад из Вифинии (128—56 до н. э.), отвергая фармакотерапию, ратовал за применение при лечении различных заболеваний диеты в сочетании с физиотерапией. На важную роль использования диеты наряду с лекарственными средствами указывал один из классиков античной медицины — древнеримский врач Клавдий Гален (131—211).

Период средневековья характеризовался увлечением фармакотерапией. И, тем не менее, в трудах великого средневекового ученого и врача Ибн-Сины (Авиценны, 980—1037) представления о диетотерапии получили дальнейшее развитие. Его взгляды на диету представлены в знаменитой работе «Канон врачебной науки», где он придает важное значение «режиму питания», подразумевая при этом качество, количество пищи и время ее приема. Ибн-Сина приводит ряд ценных практических рекомендаций, в том числе указания на полезность вкусной и съеденной с аппетитом пищи, препятствие пищеварению подавленного душевного состояния и усталости, на необходимость придерживаться определенного порядка в приеме пищи и т. д.

Значительно возрастает интерес к диетотерапии начиная с эпохи Возрождения (XVI в.). Выступая против лекарственной терапии, знаменитый английский врач Сиденгам (1624—1689) пропагандировал лечение диетой, в частности, им были предложены специальные пищевые рационы для лечения ожирения и подагры. Потомок знаменитого Гарвея, открывшего кровообращение, Гидеон Гарвей

•*Вестчирврача, Самарканд* рекомендовал дня лечения ряда заболеваний предложенную им диету с резким ограничением жира. В XVIII веке в Англии и Франции получила широкое распространение терапия голодом.

Самобытным путем развивалась наука о питании и представления о диетотерапии на Руси. Указания на лечебное значение пищи встречаются в древнерусской литературе («Изборник Святослава». «Пролог», «О чревоугодии»). Однако они носили в основном аскетический оттенок и проповедовали воздержание от пищи и питья во время болезни. Некоторые данные о влиянии пищи содержатся в «Мазях», написанных внучкой Владимира Мономаха Евпраксией.

Есть источники где имеются указания на диетические рекомендации в конце XVI — начале XVII вв. В их числе: книга ординатора Кронштадтского морского госпиталя Д. П. Синопеуса «*Parerga Medica*» (Медицинские статьи, 1734); книга профессора Московского университета И.Ф. Эразмуса «Наставление, как каждому человеку вообще в рассуждении о диете, а особливо женщинам в беременности, в родах и после родов себя держать надлежит» (1762); «Домашний лечебник» петербургского врача Х. Пекена (1765); «Практическое рассуждение о цинготной болезни» доктора русского флота А. Бахерахта (1786); «Полная диететика» Г.Г. Рихтера (1790) и другие.

Прогресс диетотерапии второй половины XVIII — начала XIX вв, связан с именами М. В. Ломоносова, С.Г. Зыбелина, Е.О. Мухина, М.Я. Мудрова Д.С. Самойловича. Этот период характеризовался попытками увязывать вопросы питания с характером заболевания и индивидуальными особенностями организма человека. Так профессор Московского университета С.Г. Зыбелин тесно увязывал вопросы питания с конституциональными особенностями организма и подчеркивал необходимость индивидуальной диетотерапии, которой придавал большое значение в комплексном лечении.

Ряд сведений о лечебных свойствах пищи, роли химии в исследовании пищевых продуктов имеется в трудах М.В. Ломоносова (1711 — 1765). Им при подготовке исследований полярных областей и Северного морского пути была составлена инструкция с рекомендациями по питанию для экипажа корабля.

Практические рекомендации по способам питания при холере представлены в работах выдающегося врача Д.С. Самойловича и в дополнении к переведенной под редакцией Е.О. Мухина диететике Г. Вильдберга.

Научные интересы М.Я. Мудрова — основателя отечественной терапии и военной гигиены были в значительной мере связаны с разработкой вопросов практического использования питания с лечебной целью, о чем свидетельствует диссертация Ф. Калаша «О питании здорового и больного человека» (1822), выполненная под его руководством. М.Я. Мудров отстаивал необходимость индивидуализации диеты в соответствии со вкусами и привычками больного.

Сторонником индивидуального назначения диеты, но с учетом возраста, телосложения, пола, климата, местности и времени года, был основоположник русского акушерства Н.М. Максимович-Амбодик, который в дальнейшем

значительно расширил представления о диетотерапии ряда заболеваний (сердечно-сосудистых, урологических; хронического гастрита цинги и др.).

Большая заслуга в развитии учения о лечебном питании второй половины XIX — начала XX вв. принадлежала как зарубежным так и отечественным ученым, в частности А.М. Филомафитскому, И.Е. Дядьковскому, Ф.И. Иноземцеву, Н.И. Пирогову, Г.А. Захарьину, С.П. Боткину, А.А. Остроумову.

А.М. Филомафитский на основе экспериментального изучения процессов переваримости и усвоения пищи, роли желудочной секреции и желчеотделения для пищеварения, а также влияния на эти процессы слабых кислот, воды, солей, алкогольных напитков дал ряд практических рекомендаций по диететике. Основатель Московской терапевтической школы Г.А. Захарьин разработал дробный режим питания и заложил основы системы «зигзагов»; кроме того, он изучал лечебное действие кумыса и пропагандировал применение его для лечения туберкулеза.

Н.И. Пирогова по праву можно считать основоположником лечебного питания в армии. Учитывая большое значение лечебного питания, он повел борьбу с неполноценным, преимущественно углеводным питанием раненых и больных, выработал ряд практических рекомендаций. Эти рекомендации основаны на принципе индивидуального подхода с учетом фазы раневого процесса, национальных вкусов и привычек раненых, условий возникновения ранения и возможностей госпиталя.

Начало, глубокому изучению слияния ЛП на функции целостного организма положил крупнейший отечественный клиницист С.П. Боткин с позиций созданного им направления, именуемого «нервизмом». Под руководством С.П. Боткина было выполнено 13 научных работ и диссертационных исследований по вопросам лечебного питания. Ему принадлежит заслуга научной разработки режимов лечебного питания для больных сыпным и брюшным тифами, с недостаточностью кровообращения. С.П. Боткин первым из клиницистов указал на необходимость полноценного белкового питания для тяжелобольных, разработал показания и противопоказания к применению экстрактивных веществ, подробно изучил лечебные свойства молока с объяснением механизма его действия.

Продолжатель идей С.П. Боткина выдающийся представитель отечественной медицины А.А. Остроумов в качестве одного из наиболее мощных факторов, укрепляющих организм, рекомендовал усиленное питание, применяемое индивидуально с учетом переносимости пищи, возраста, перенесенных заболеваний, связанных с питанием, условий внешней среды и наследственности. Им предложено рациональное белковое питание при заболевании крови, -доказана необходимость полноценного и особенно белкового питания при циррозе печени и брюшном тифе. Он широко пропагандировал принцип «щажения» при заболеваниях пищевого канала (пищевой канал — наименование по Международной анатомической номенклатуре).

Развитию диетотерапии и научному обоснованию основных ее принципов, являющихся основой современного лечебного питания, способствовало учение великого русского физиолога И.П. Павлова о

работе главных пищеварительных желез. Важное значение для диететики имело открытие и изучение условных рефлексов, учение о нервной трофике, установление фазности желудочной секреции, факта возможного приспособления деятельности пищеварительных желез к различным влияниям внешней среды. Практическую ценность представляют работы по изучению вопроса о сокогонном эффекте овощей, кваса, горечей, алкоголя, экстрактивных веществ; о влиянии на желудочную секрецию различных форм приготовления пищи; о «пищевом центре» и аппетите, голодных сокращениях желудка, стимуляции желудочной секреции механическими раздражителями.

С целью научной разработки основ лечебного питания в 1920 г. в Москве под руководством ученика И.М. Сеченова М. Н. Шатерникова был организован Институт физиологии питания, реорганизованный в 1930 г.

В 1921 г. при Центральном государственном институте курортологии был открыт отдел по болезням органов пищеварения и диететике, который возглавил один из основателей лечебного питания профессор М.И. Певзнер. На основе этого отдела при Институте питания в 1930 г. был создан отдел лечебного питания с клиникой. В дальнейшем филиалы Института питания были открыты в Харькове, Киеве, Одессе, Новосибирске, Ленинграде, Ростове-на-Дону, Иваново, Горьком.

Для ознакомления будущих врачей с элементами лечебного питания в 1921 г. на медицинском факультете Московского университета раздел диетотерапии был впервые включен в приват-доцентский курс по заболеваниям пищевого канала, который читал М.И. Певзнер. Необходимостью подготовки специалистов по лечебному питанию было продиктовано создание в 1932 г. первой кафедры лечебного питания при Центральном институте усовершенствования врачей в Москве. Вопросы лечебного питания продолжают интенсивно разрабатываться и в наши дни, чему способствуют совместные усилия представителей как теоретической, так и клинической медицины.

ЛП можно определить как питание, в полной мере соответствующее потребностям больного организма в пищевых веществах и учитывающее как особенности протекающих в нем обменных процессов, так и состояние отдельных функциональных систем. Основная задача ЛП сводится прежде всего к восстановлению нарушенного равновесия в организме во время болезни путем приспособления химического состава и физико-химического состояния пищевых веществ к метаболическим особенностям организма.

Наиболее полному использованию достижений ЛП в значительной мере способствует правильная его постановка. Поэтому каждый врач должен быть знаком с основными элементами организации лечебного питания и тактикой его проведения.

Основные принципы построения лечебного питания: ЛП является важнейшим элементом комплексной терапии. Обычно оно назначается в сочетании с другими видами терапии (фармакологические препараты, физиотерапевтические процедуры и т. д.). В одних случаях, при заболевании органов пищеварения или болезнях обмена веществ, лечебное питание выполняет роль одного из основных терапевтических факторов, других — создает благоприятный фон для более

эффективного проведения прочих терапевтических мероприятий.

Для практической реализации любая диета должна характеризоваться следующими элементами: калорийностью и химическим составом (определенное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ), физическими свойствами пищи (объем, масса консистенция, температура), достаточно полным перечнем разрешенных и рекомендованных пищевых продуктов, особенностями кулинарной обработки пищи, режимом питания (количество приемов пищи, время питания, распределение суточного рациона между отдельными приемами пищи).

Только с учетом общих и местных патогенетических механизмов заболевания, характера обменных нарушений, изменений со стороны органов пищеварения, фазы течения патологического процесса а также возможных осложнений и сопутствующих заболеваний, степени упитанности, возраста и пола больного можно правильно построить диету, которая в состоянии оказать терапевтическое воздействие как на пораженный орган, так и на весь организм в целом.

ЛП должно строиться с учетом физиологических потребностей организма больного. Поэтому всякая диета должна удовлетворять ряд общих требований:

1. Варьировать по своей калорийности в соответствии с энергозатратами организма.

2. Вызывать оптимальное заполнение желудка, необходимое для достижения легкого чувства насыщения.

3. Удовлетворять вкусы больного в рамках, дозволенных диетой, с учетом переносимости пищи и разнообразия меню. Однообразная пища быстро приедается и способствует угнетению без того нередко сниженного аппетита, а недостаточное возбуждение деятельности органов пищеварения ухудшает усвоение пищи.

4. Обеспечивать правильную кулинарную обработку пищи с сохранением высоких вкусовых качеств пищи и ценных свойств исходных пищевых продуктов.

5. Соблюдать принцип регулярности питания. Необходимость динамичности диктуется тем, что всякая лечебная диета в том или ином отношении является ограничительной, а следовательно, односторонней и неполноценной. Поэтому длительное соблюдение особенно строгих диет может вести, с одной стороны к частичному голоданию организма в отношении отдельных пищевых веществ, с другой стороны, к функциональным нарушениям.

достигается применением широко используемых в диетотерапии принципов «щажения» и «тренировки». Режим питания больных должен строиться индивидуально в зависимости от детренированности нарушенных механизмов в период заболевания и необходимой динамичности особенностей его лечения, наличия аппетита, прочих методов терапии и т.д. Для лечебных учреждений Министерства здравоохранения РУЗ в соответствии с общим режимом установлен, как

минимальный, четырехразовый прием пищи.

При многих заболеваниях (органов пищеварения, сердечнососудистой системы, инфекционных и др.) необходим более частый прием пищи (5—6 раз). При пятиразовом питании целесообразно вводить второй завтрак, а при шестиразовом — еще и полдник. Лихорадящим больным прием основного количества пищи показан в часы снижения температуры, когда обычно улучшается аппетит. В связи с этим туберкулезным больным желательно переносить обед на более ранние часы, поскольку повышение температуры и снижение аппетита чаще наблюдается во вторую половину дня.

Основными принципами ЛП являются:

- сбалансированность рациона т. е. полное обеспечение организма больного белками, жирами, углеводами, а также незаменимыми факторами питания (незаменимыми аминокислотами, полиненасыщенными жирными кислотами, витаминами, микроэлементами и др.);

- соответствие химической структуры пищи функциональному состоянию ферментных систем организма ответственных за ассимиляцию пищи;

сбережение поврежденных болезнью энзиматических систем путем введения или, напротив, исключения каких-либо специфических пищевых факторов;

- адаптация кратности приема пищи и ее кулинарной обработки к особенностям нарушения функции системы пищеварения как первого важного звена в общем метаболическом конвейере;

- последовательный переход от щадящих рационов к более расширенным; сочетание в необходимых случаях различных способов введения пищи (энтерального, зондового, парентерального).

При назначении ЛП могут использоваться две системы: элементная и диетная.

Элементная система предусматривает разработку для каждого больного индивидуальной диеты с конкретным перечислением показателей каждого из элементов суточного пищевого рациона.

Диетная система характеризуется назначением в индивидуальном порядке той или иной диеты из числа заранее разработанных и апробированных.

В ЛПУ применяется в основном диетная система В нашей стране получили преимущественное распространение рекомендованные и утвержденные Министерством здравоохранения РУз для повсеместного применения диеты с номерной системой обозначения по номенклатуре, предложенной М. И. Певзнером. Эта система лечебного питания, именуемая раньше как «групповая», предусматривает существование 15 основных лечебных диет (столов) и группу контрастных, или так называемых разгрузочных, диет. Кроме того, часть основных диет (1, 4, 5, 7, 9, 10) имеют несколько вариантов, обозначаемых прописными буквами русского алфавита, которые добавляются к номеру основной диеты (например 1а, 1б, 5а и т.д.).

Каждая диета и ее варианты характеризуются:

- 1) показаниями к применению;
- 2) целевым (лечебным) назначением;
- 3) калорийностью и химическим составом
- 4) особенностями кулинарной обработки пищи;
- 5) режимом питания;

б) перечнем разрешенных и рекомендуемых блюд.

Используемая система позволяет обеспечивать индивидуализацию с учетом других принципов ЛП в условиях обслуживания большого числа больных с различными заболеваниями. Это достигается применением одной из наиболее подходящих основных диет или ее вариантов с соответствующей коррекцией (путем добавления либо изъятия отдельных продуктов и блюд, позволяющих регулировать химический состав и кулинарную обработку).

При дополнительном назначении рекомендуется пользоваться продуктами, обладающими определенными лечебными свойствами (творог, молоко, печень, арбуз, яблоки и т. д.). Без ущерба разнообразию питания одни и те же продукты в различной форме приготовления и блюда в разных сочетаниях можно вводить в несколько столов.

Применяемая система обеспечивает преемственность и организацию ЛП при обслуживании большого числа больных.

Общее руководство ЛП в больнице осуществляет главный врач либо его заместитель по лечебной части; в отделениях больницы эти функции выполняют заведующие отделениями. Организационное и научно-методическое руководство ЛП в больнице обеспечивает врач-диетолог.

Ближайшим помощником врача-диетолога является диетсестра больницы, на которую возлагается заведование больничной кухней. Диетсестра подчиняется по лечебным вопросам врачу-диетологу, а по хозяйственным — заместителю главного врача больницы по административно-хозяйственной части (завхозу).

В отделениях организацию ЛП осуществляют старшие сестры отделений.

Приготовлением пищи на кухне руководит старший повар-бригадир (шеф-повар). Он находится в непосредственном подчинении у диетсестры.

Получением пищи с кухни, подогревом и раздачей в отделениях занимаются буфетчицы, которые знакомы с составом и лечебным назначением различных диет.

С целью координации всей работы по лечебному питанию в многопрофильных больницах создается Совет по лечебному питанию в составе 7—11 человек. Его председателем является главный врач либо заместитель главного врача по лечебной части больницы, а ответственным секретарем — врач-диетолог. Членами совета по лечебному питанию являются заведующие отделениями, завхоз, диетсестры и старший повар.

Функции врача-диетолога, диетсестры (заведующей кухни) и Совета лечебного питания детально регламентированы «Положениями», утвержденными Министерством здравоохранения РУз.

Существует несколько принципов проведения лечебного питания

■ Принцип «щажения» обычно используется в начале лечения и обеспечивается главным образом назначением строгих диет. В дальнейшем с целью предупреждения частичного голодания в отношении отдельных пищевых веществ и тренировки неглубоко

нарушенных функциональных механизмов для их восстановления следует переходить на принцип «тренировки». Он осуществляется по «ступенчатой» системе и системе «зигзагов».

«Ступенчатая» система предусматривает постепенное расширение первоначальной строгой диеты за счет дозированного снятия ограничений. При переходе к принципу «тренировки» необходимо иметь в виду, что излишняя поспешность в расширении диеты, так же как и чрезмерное ее затягивание, могут оказывать отрицательное влияние. Чтобы избежать этого, необходимо ориентироваться на динамику клинических признаков, состояние нарушенных функциональных механизмов, а также связанных с ними последствий. Эта система в случае ликвидации патологического процесса позволяет дозировать постепенное расширение диеты вплоть до перехода на объемное рациональное питание, соответствующее физиологическим потребностям организма.

Система «зигзагов» предусматривает относительно резкое, кратковременное изменение диеты. Такие диеты, и, соответственно дни их применения, получили название «контрастных».

«Контрастные» диеты (дни) бывают двух видов:

- нагрузочные («плюс-зигзаги»)
- разгрузочные («минус-зигзаги»)

Нагрузочные диеты («плюс-зигзаги»)

используются в соответствии с принципом тренировки. Их именуют еще как «праздничные дни». Они предусматривают включение в рацион пищевых веществ, содержание которых либо резко ограничено, либо они вовсе исключены из основной диеты. Периодическое назначение (вначале 1 раз в 7—10 дней) нагрузочных диет способствует толчкообразному стимулированию ослабленных функций. Эти диеты обеспечивают введение в организм дефицитных пищевых веществ, вызывают повышение аппетита в результате внесения разнообразия в питание больного и облегчают

переносимость нередко длительных и весьма строгих диетических режимов. Нагрузочные диеты к тому же являются функциональной пробой. Хорошая переносимость нагрузочной диеты, укрепляя уверенность больного в наступивших положительных сдвигах, имеет важное психопрофилактическое значение и указывает на возможность перевода на более расширенный пищевой рацион. Постепенное увеличение частоты нагрузочных дней и степени нагрузки при хорошей переносимости приводит к тому, что основной диетой может стать нагрузочная, а бывшая ранее основной становится разгрузочной. Таким образом осуществляется зигзагообразный переход от строгой к более разнообразной и полноценной диете.

Разгрузочные диеты («минус-зигзаги») основаны на ограничении калорийности или связаны с целенаправленной перестройкой химического состава рациона, обеспечивающего щажение поврежденных функциональных механизмов, а также корректирование обменных нарушений. Специальные разгрузочные дни могут периодически (1 раз в 7—10 дней) назначаться при ряде заболеваний (с начала лечения на фоне относительно строгих диет). Проведение разгрузочных дней целесообразно даже после восстановления нарушенных функций, так как в этот период они отличаются некоторой лабильностью и нуждаются в периодической разгрузке и щажении.

Лечебное питание - научно обоснованная система организации питания и дифференцированного использования с лечебной целью определенных пищевых продуктов и их сочетаний. Как правило, лечебное питание не является самостоятельным методом, а назначается в комплексе с лекарственными средствами и другими лечебными мероприятиями. При заболеваниях органов пищеварения ЯП является основным методом терапии. Назначается та или иная диета с учетом характера заболевания, показаний и противопоказаний, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний, вкусов больного и национальных традиций.

Литература

1. Лечебное питание. Практическое руководство. - М.: Торсинг, 2002.
2. А.Я. Губергирц, Ю.В. Линецкий. Лечебное питание. Киев. "Выща школа", 2003 г..
3. А.Л. Завистовская Диетическое питание при различных заболеваниях. 2003 г.
4. Е.С. Красницкая Гигиена общественного питания. М., Экономика. 2003 г.
5. М.С. Маршак. Диетическое питание. М.: Медицина. 2004 г.
6. А.А. Покровский, М.А. Самсонов. Справочник по диетологии. 2004 г.