

Научное издание
НИИ Адаптогенно-Антиоксидантной
Онкопрофилактики
Лаборатория нутрициологии



Проростки пшеницы

(*Triticum aestivum* L.)

в предотвращении мочекаменной болезни и
рака



Автор фото: Шалом М.Т.

В работе **дальневосточного [исследователя](#)**, Шалома Михайловича Тараканова, диетолога-эксперта, проводится поиск безопасных и действенных способов профилактики мочекаменной болезни (МКБ), одновременно имеющих **[онкопротекторное](#)** действие.

Шалом Михайлович Тараканов - Проростки пшеницы (*Triticum aestivum* L.) в предотвращении мочекаменной болезни и рака. **Долголетия.рф**, 2025

Ключевые понятия: онкопрофилактика, магний, цитрат магния, пшеница, проростки пшеницы, уролитиаз, нефролитиаз, мочекаменная болезнь, МКБ, конкременты, оксалатурия, оксалаты, щавелевая кислота, уратурия, мочевая кислота, профилактика, метафилактика, предотвращение.

Введение: Мочекаменная болезнь

Мочекаменная болезнь (МКБ) - одно из наиболее распространенных заболеваний почек, характеризующееся отложением конкрементов в чашечно-лоханочной системе. МКБ диагностируют **не менее** чем у 1–3 % населения, причем наиболее часто **в возрасте 20–50 лет**. Больные составляют 30–40 % всех пациентов урологического профиля.

Среди факторов камнеобразования основное место занимают энзимопатии, которые представляют собой **нарушения обменных процессов** в организме или функций почечных канальцев в результате различных ферментативных нарушений, которые могут быть как **врожденными**, так и **приобретенными**.

Наиболее распространенными являются следующие энзимопатии: оксалурия, уратурия, генерализованная аминокацидурия, цистинурия, галактоземия, фруктоземия.

«В **развитии МКБ** имеют значение гиперкальциурия, **дефицит витамина А, D** или передозировка витамина D, гиперпаратиреоз, **бактериальная инфекция, применение сульфаниламидов, тетрациклинов**, антацидов, **ацетилсалициловой кислоты** {аспирина}, глюкокортикоидов и т.д., **химические вещества**.»

(Харченко 2013, с.51)

Для метафилактики (предотвращения рецидивов) **важно знать ВИД** конкрементов

В зависимости от химического состава конкрементов (камней в почках) различают:

- **оксалатный**
(от щавелевой кислоты и ее солей - оксалатов),
- **уратный**
(от пуринов и продуктов их распада - мочевой кислоты),
- кальциевый
(**хроническое воспаление** - пиелонефрит, защелачивание и соли кальция),
- фосфатный
(**инфекция, защелочившая** мочу; соли фосфора, магния и аммония - выпали в осадок и образовали кристаллы) и
- цистиновый
(*генетические уродства*, нарушения белково-аминокислотного обмена)

нефролитиаз. (Харченко 2013, с.51)

«Для профилактики и лечения МКБ следует соблюдать **диету**, составленную в соответствии с .. особенностями **состава** мочевых **камней**.»
(Харченко 2013, с.52)

Кислые щавелево-пуриновые камни

Для предотвращения камнеобразования кислого типа и поддержания здоровья в целом - есть простые средства:

- обильное питьё (2-3 литра в сутки, без сахарозы),
- ощелачивание (не ЖКТ, а сред организма - крови, лимфы, мочи) через употребление фруктов, овощей, ягод (кроме клюквы и брусники),
- рыбу - употреблять вареной и без бульона,
- воздерживаться от пуриновых и оксалатных продуктов питания,
- обогащать питание **магнием** и витамином **В6** (**пророщенная пшеница**, пшеничные отруби, **шалфей** лекарственный - *Salvia officinalis* L.).

Кальций: **употреблять ВМЕСТЕ с оксалатами, а не отдельно от еды**
(для безопасного кристаллообразования в ЖКТ, а не в почках)

Так как основным элементом образующихся конкрементов (песка и камней) является кальций (60-80% камней) [Харченко 2013 с.51], на ранних этапах исследований предполагалось, что ограничение поступления их с пищей - приведет к снижению камнеобразования. Это была одна из причин, по которым в пособиях для врачей советского времени советовали пациентам с МКБ *ограничить* потребление *молочной* пищи (например: Соколов 1993, с.329, первый параграф).

Однако на практике - концентрация кальция не снижалась, недостающий кальций начинал забираться из костных тканей, приводя к их хрупкости и провоцируя травмы:

«Результаты многочисленных исследований показали, что **ограничение потребления кальция** обуславливает **вымывание** последнего **из кости**, но **не снижает частоту камнеобразования**.»
(Саенко 2018, с.134, правый столбец сверху)

На сегодняшний день опасным считается лишь критический переизбыток кальция, причем употребляемый *отдельно от пищи* (питьевая вода, кальциевые БАД ошибочно применяемые отдельно от пищи).

Употребляемые же **вместе с пищей** минералы наоборот **снижают** итоговое **камнеобразование** за счет нейтрализации щавелевой кислоты (одного из основных индукторов камнеобразования) в просвете желудочно-кишечного тракта, когда "микро-камнеобразование" идет прямо в ЖКТ и все образующиеся нерастворимые минеральные кристаллы - совершенно безопасно в итоге выводятся с пищевыми остатками из организма:

«Среди этиологических факторов важное значение имеет химический состав воды. С увеличением жесткости питьевой воды и содержания в ней кальция и магния возрастает частота камнеобразования.» {когда эта вода употребляется не в пищу, где нейтрализует оксалаты, а как отдельное питье}
(Харченко 2013, с.51)

«**Для уменьшения всасывания** оксалатов при кишечной патологии рекомендуется.. обеспечить рацион продуктами с достаточным содержанием **кальция.**»
(Харченко 2013, с.52)

Это подтвердили и *клинические* исследования. Снижение рецидива камнеобразования на 51% для комплексной диеты с высоким содержанием молочного и кальция (1200 мг/сутки) - по сравнению с низкокальциевой (5.4 мг/сутки) диетой:

«**Urinary oxalate excretion** increased in the men on the low-calcium diet (by an average of 5.4 mg per day [60 .mol per day]) but **decreased** in those on the normal-calcium, low-animal-protein, **low salt diet**»
(Borghi 2002)

"Окисляет" - что именно? Двоякость понятия в диетологии

В диетологических источниках часто упоминается о "окисляющей" и "ощелачивающей" пище. При этом один и тот же пищевой продукт - в одних пособиях может называться "окисляющим", а в других - "ощелачивающим".

Такая двоякость вызвана не ошибкой, а необходимостью уточнения. Часто имеются в виду два совсем разных процесса - **изменение** кислотности **в просвете ЖКТ** (желудочно-кишечного тракта) **и в тканях организма** (кровь, лимфа, моча и проч.).

Так, лимонный сок - окисляет просвет ЖКТ, но ощелачивает сам организм в целом (кровь и мочу). Эту важную двоякость - требуется всегда учитывать при работе с источниками.

Таблицы для почечной недостаточности - **НЕ ПОДХОДЯТ** для оценки влияния на камнеобразование

Те, кто уже попытались выстроить своё питание на основе таблиц "окисления-ощелачивания" - вероятно, уже столкнулись с **проблемой противоречивых данных, предлагаемых этими таблицами**. Так, в одном источнике - продукт называется окисляющим, а в другом - окисляющим. В одном источнике - слабокислым, в другом - сильноощелачивающим.

Действительно, следует *осторожно* принимать к сведению *таблицы "окисляющих и ощелачивающих продуктов"*, так как в них, как правило, не указывается - о *каком именно и где происходящем* окислении идет речь, ни методология его подсчета. Ведь может идти речь только о пуриновом, или только об оксалатном закислении, а то и просто РН исходного продукта, но авторы забывают указывать это.

Но чаще всего - это или грубый РН исходного продукта (где лимон, ощелачивающий кровь и мочу - будет одним из самых "окисляющих"), или **PRAL** (Potential Renal Acid Load) - показатель количества "белка + фосфора - калий - магний - кальций" (Remer & Manz, 1995). Это нужно для больных почечной недостаточностью, **находящимся на гемодиализе** - но не имеет прямого отношения ко главным источникам камнеобразования. Не учитываются здесь никак ни оксалаты, ни пурины. Поэтому таблицы PRAL - являются лишь небольшим дополнением ("индексом фосфор-белковой (хлоро-сернистой) нагрузки") к таблицам оксалатов и пуринов.

Таким образом, полезны были бы **таблицы по усвояемым формам оксалатов и пуринов**. Любые же *таблицы "окисляюще-ощелачивающих"* продуктов - могут быть приняты к сведению только тогда, когда прямо указано, **что именно** они показывают и **как это вычислялось**.

Кислотность (РН) мочи - как фактор камнеобразования

Кислотность биологических сред (крови, лимфы, мочи) - является важным показателем здоровья. Так, при закислении мочи - появляются условия для камнеобразования, особенно уратного (из солей мочевой кислоты).

«Одним из существенных **факторов камнеобразования** является реакция мочи (**рН**). Она определяет оптимум активности протеолитических {расщепляющих белки} ферментов и седиментацию {осаждение} мочевых солей.

В настоящее время считают, что основным в развитии МКБ является канальцевое поражение почек, ведущее к повышенному образованию мукопротеидов, связывающих защитные коллоиды, и нейтральных мукополисахаридов, которые могут образовывать комплексы с мочевыми солями.»

(Харченко 2013, с.51)

Молочное (и молочнокислое) - для **ощелачивания** организма

«Кислотность мочи повышается, если в рационе человека преобладает пища, богатая белками, особенно мясо и бобовые. Увеличивает кислотность мочи также тяжелая физическая работа.

Молочно-растительная диета приводит к тому, что **моча становится слабощелочной**.

Повышение желудочной секреции приводит к повышенной кислотности мочи. Изменение кислотности мочи чаще всего соответствует изменению **кислотности крови**.

Кислотность мочи изменяется при многих заболеваниях или состояниях организма, поэтому ее определение является важным диагностическим фактором при заболеваниях не только мочевыводящей системы, но и других органов и систем. ...

Широкое распространение мочесолевых диатезов среди населения свидетельствует **об однообразном питании без учета** влияния продуктов питания на кислотность крови и мочи.»
(Харченко 2013, с.53, столбец слева)

Пурины и субпродукты

Из рациона рекомендуется полностью исключить продукты с высоким (более 150 мг/100 г) содержанием пуриновых оснований, к которым относятся: мясные **субпродукты** (мозги, печень, почки), некоторые виды рыб (сельдь, сардины, скумбрия, анчоусы, шпроты), мелкие креветки.

Не рекомендуются для употребления мясные, рыбные консервы, копченые изделия. Ограничивают употребление продуктов с умеренным (50–150 мг/100 г) количеством пуринов. К таким продуктам относятся мясо (говядина, баранина, нежирная свинина, птица), рыба, ракообразные.

Следует отметить, что **мясо молодых** животных содержит **большее количество пуринов** по сравнению с мясом взрослых животных, поэтому его тоже следует исключить из рациона.

Пурины и бульоны

В процессе отваривания мяса, рыбы до 50 % пуринов переходит в бульон, поэтому из диеты **полностью исключают** мясные, рыбные, грибные **бульоны**, соусы, подливки (за исключением приготовленных на основе овощных, фруктовых отваров и соков), а мясо и рыбу лучше употреблять в отварном виде.

Среди растительных продуктов питания **богаты пуринами бобовые** (горох, соя, фасоль), в том числе зеленые стручки фасоли, гороха; грибы, цветная капуста, шпинат, щавель, спаржа, инжир, какао.

Пуриновая спиролина

Значительное количество пуриновых оснований содержится в **спиролине**, которую в последнее время часто используют в качестве биологически активной добавки.

Безопасность молочного

Учитывая то, что много пуринов содержится и в какао, и в сое, не рекомендуется употреблять шоколад. Группу продуктов с низким содержанием пуринов составляют **молоко, молочнокислые продукты**, сыр, мучные, крупы, большинство орехов, **за исключением арахиса**.

Мало пуриновых оснований также в большинстве овощей и фруктов, в частности, больные могут использовать такие традиционные овощи, как картофель, свекла, морковь, огурцы, помидоры, рекомендованы также бахчевые культуры: арбузы, дыни, тыквы.

Клюква и Брусника - только при инфекции или защелачивании

Вместе с тем такие ягоды, как **клюква, брусника**, не рекомендуют для употребления, поскольку бензойная кислота, которая входит в состав этих ягод, **подкисляет мочу**.

Способ растворения кристаллов мочевой кислоты

К развитию кристаллизации солей мочевой кислоты и к образованию уратных камней приводит слабокислая реакция мочи (рН меньше 5,5), поэтому лечебное питание должно быть направлено на повышение уровня рН. Установлено, что **при смещении рН мочи с 5,0 до 7,0 растворимость кристаллов мочевой кислоты значительно усиливается**.

«С целью «ощелачивания» мочи в питании используют молочные продукты, овощи, фрукты, ягоды, содержащие незначительное количество (0–15 мг/100 г) пуриновых оснований. Рекомендуется употреблять .. с молоком, .. с лимоном .. натуральные овощные, фруктовые, ягодные соки или разведенные с водой отвар шиповника, компоты, кисломолочные напитки {окисляя просвет ЖКТ, ощелачивают организм в целом}».
(Харченко 2013, с.53, столбец справа снизу)

Осторожно: Цитрусовые (щавелевая кислота)

«Употребление цитрусовых не рекомендуется при смешанном уратно-оксалатном уролитиазе из-за **высокого содержания щавелевой кислоты** в этих фруктах.»
(Харченко 2013, с.54, левый столбец, первый параграф)

Молочные дни

«Указанные продукты питания и напитки рекомендуется равномерно употреблять в течение дня для поддержания рН мочи на желаемом уровне. Пациентам можно также практиковать в питании **молочные**, овощные или фруктовые **разгрузочные дни**. ..

{А вот} Кофеин {наоборот -} усиливает образование мочевой кислоты в организме человека.»
(Харченко 2013, с.54)

Распространенность смешанных конкрементов

«Поскольку довольно **часто** обнаруживают **смешанные уратно-оксалатные камни**, из рациона питания исключают продукты с высоким содержанием щавелевой кислоты. В таких случаях необходимо сочетать диетические рекомендации для уратного и оксалатного уролитиаза.»
(Харченко 2013, с.54)

Опасность Поваренной соли

«**Важным** является **сокращение потребления поваренной соли**. При повышенном содержании натрия в моче повышается концентрация кальция, который соединяется со щавелево-уксусной, мочевой кислотой с **образованием труднорастворимых конкрементов**.»
(Харченко 2013, с.52)

«**Высокое потребление натрия** не только увеличивает экскрецию кальция в моче, но и **активизирует** его **кристаллизацию**. А **гиперкальциурия, индуцированная высоким потреблением поваренной соли (NaCl)** либо обусловленная заболеванием, приводящим к развитию гиперкальциемии, **существенно увеличивает риск минерализации** в нефроне, причем не только после еды, но и в течение всего дня.»
(Саенко 2018, с.134)

Это подтвердили и клинические исследования. Снижение рецидива камнеобразования на 51% для комплексной низкосолевой диеты:

«**Urinary oxalate excretion** increased in the men on the low-calcium diet (by an average of 5.4 mg per day [60 .mol per day]) but **decreased** in those on the normal-calcium, low-animal-protein, **low salt diet**»
(Borghi 2002)

Оксалаты - стараться отдельно от Жирного

«**Оксалатные камни**, состоящие из солей кальция оксалата, - **наиболее частая форма почечных камней**. По некоторым данным, частота их распространения составляет до **75 %** всех конкрементов.

Причиной образования кристаллов кальция оксалата и оксалатных конкрементов в почках может быть **избыточное поступление оксалатов с пищей**, усиленный синтез щавелевой кислоты в организме, повышение кишечной проницаемости в результате дефицита кальция в просвете кишечника.

При употреблении большого количества жира с пищей жирные кислоты связывают кальций. Это вызывает повышенное проникновение щавелево-уксусной кислоты через слизистую оболочку кишечника и увеличенное ее поступление через почки в мочу. В норме оксалаты, которые содержатся в продуктах питания, связываются с кальцием в просвете кишечника и выводятся из организма с калом в виде нерастворимого кальция оксалата..

При употреблении большого количества жира с пищей жирные кислоты связывают кальций. Это вызывает повышенное проникновение щавелево-уксусной кислоты через слизистую оболочку кишечника и увеличенное ее поступление через почки в мочу. В норме оксалаты, которые содержатся в продуктах питания, связываются с кальцием в просвете кишечника и выводятся из организма с калом в виде нерастворимого кальция оксалата. ..

Чрезмерная абсорбция оксалатов в кишечнике, которая связана с

нарушением переваривания жиров, - **наиболее частая причина оксалатурии**.

..

Поэтому при оксалатурии, связанной с патологией органов пищеварения, рекомендуют **снизить потребление жира** для предотвращения усиленного всасывания солей щавелевой кислоты. ...

Для уменьшения всасывания оксалатов при кишечной патологии рекомендуется **ограничить употребление жиров**, обеспечить рацион продуктами с достаточным содержанием кальция.»

(Харченко 2013, с.52)

Обильное питьё: не менее 2 литров

«Количество жидкости должно быть **увеличено до 2–2,5 л** в сутки. По возможности больным следует употреблять такое количество жидкости, которое давало бы не менее 2 л мочи за сутки.»

(Харченко 2013, с.52)

Магний и B6

Сегодня многими принято употреблять в пищу только крахмалистую часть зерна, из которой делают белую муку, отбрасывая остальное (отруби). Однако в отброшенной части семени - содержится основная часть пищевых волокон, витаминов, макро и микроэлементов. Их исключение из питания - ведет к тяжелым последствиям для здоровья.

Примером - являются камни в почках (уролитиаз). Одними из инициаторов камнеобразования - является дефицит **магния и витамина B6**, которыми **так богаты отруби** и цельное зерно.

Суточная потребность в витамине B6 - 2 мг (Скурихин 1987-2, с.23). А 100 граммов отрубей - почти полностью покрывают суточную норму в этом витамине (давая 1,3 мг% (FDC ID:169722); цельное зерно - дает 0.42 мг% (FDC ID:169721)).

Магния отруби - дают более 100% от суточной нормы: от 448 мг% (Скурихин 1987-1, с.37; Тутельян, с.231) до 611 мг% (FDC ID:169722).

Селена (он вместе с магнием - важный противораковый агент, как пишет Яременко) - даже в цельном зерне бывает 89 мкг (но это изменчиво в зависимости от степени селенизации почвы) (FDC ID:169721).

Также - калий для снижения артериального давления (1260 мг) при почти полном отсутствии натрия (8 мг) (Скурихин 1987-1, с.37; Тутельян, с.231). Есть в них и кальций (150 мг), и фосфор (950 мг), и железо (14 мг). Как источник пищевых волокон для здоровья пищеварения, от запоров - их рекомендовал ещё Гиппократ (Скурихин 1987-2, с. 19). Используются они и для профилактики желчно-каменной болезни (см. там же).

Суточная норма магния - 400 мг (Скурихин 1987-2, с.27). В цельном зерне (том самом,

которое используется для проращивания): магния 104-114 мг% (в зависимости от сорта) (Скурихин 1987-2, с.47). В овсе - 135 мг%, в гречихе - 258 мг%.

«К дефициту защитных коллоидов приводит недостаточное поступление с пищей витаминов А, В, D и **особенно магния и витамина В6.**» (Харченко 2013, с.52)

«В патогенезе оксалатного уrolитиаза определенное значение имеет дефицит магния и витамина В6.

В химической реакции, ведущей к образованию кристаллов, принимают участие только ионизированные формы камнеобразующих веществ. Так, количество ионизированного кальция в моче составляет 40–50 %. В нормальных условиях **ион магния связывает 30–40 % оксалатов** в моче, конкурируя таким образом с кальцием.

В связи с химическим **антагонизмом кальция и магния дополнительное употребление магния уменьшает образование оксалата кальция.**

Экспериментальные, эпидемиологические и клинические данные свидетельствуют, что **недостаток магния в пище может способствовать образованию оксалатов**, а **обогащение диеты магнием способствует экскреции оксалатов.**

Поэтому в рацион следует включать продукты, богатые магнием: сухофрукты, хлеб из муки грубого помола, **пшеничные отруби.**

Обогащенная магнием диета показана и при смешанном оксалатно-уратном нефролитиазе.

Выявлен положительный эффект **витамина В6 для профилактики оксалатно-кальциевого камнеобразования.** Витамин В6 способствует переходу гликокола в серин, что предотвращает образование альдегида, из которого в организме человека путем оксидации образуется щавелевая кислота.» (Харченко 2013, с.52-53)

Магний: употреблять **только ВО ВРЕМЯ еды**

И в составе пищевого источника, и как отдельную добавку - магний следует принимать **только во время еды** (а не до и не после). Благодаря этому в пищеварительном тракте магний (так же как и кальций) - нейтрализует значительную часть усвояемых оксалатов, и они перейдут в нерастворимые кристаллы, которые затем успешно выводятся через прямую кишку.

Но в отличие от кальция, который достигнув почек уже начинает действовать отрицательно, образуя с оксалатами нерастворимые кристаллы, магний, перехватывая оксалаты у кальция, образует куда более растворимые соединения, снижая опасность мочекаменной болезни.

В пище жителей мегаполиса по магнию явный дефицит:

«Во взрослой популяции людей {т.е. всех - включая считающихся здоровыми} частота встречаемости **дефицита магния** достигает **46%**. По данным исследователей США .. по клиническим симптомам определяется у **72%** пациентов {т.е. обращающихся по поводу какой-то болезни}.»
(Шатова 2021, с.47, столбец справа)

Поэтому уместно говорить и об отдельных добавках магния к пище. Как дополнение к пищевым источникам, оптимальным для профилактического приёма является **цитрат магния**, который к двум упомянутым полезным действиям ещё добавляет третье: ощелачивает мочу (как производное лимонной кислоты), создавая дополнительный заслон от оксалатно-уратного камнеобразования.

Магний и Онкопрофилактика

Не только селен, но и магний может быть использован для онкопрофилактики. Так, жители местностей в районе Нила, с почвами богатыми магнием, заболевали раком значительно реже:

«Проведено изучение распространенности **раковых** опухолей в зависимости от содержания магния в почве. Так, в Тунисе, Египте и Афганистане это заболевание **является редким, где почва насыщена магнием**.

В Великобритании, большей части Франции, западной части США, где почвы бедны магнием, заболеваемость раком желудка статистически существенно выше.»

(Григус 2015, с.92, левый столбец, параграф 3; Моисеев 2012)

«Было установлено, что дефицит Mg может способствовать инициации и прогрессированию рака..

Более высокие соотношения Ca на фоне сниженного Mg способствуют пролиферации клеток рака *простаты*.

Аналогичным образом, обратная связь между общим потреблением Mg и смертностью от онкологических заболеваний была обнаружена у пожилых *женщин* с раком груди, и эта связь была сильнее среди женщин с высоким соотношением потребления Ca.

В то время как **большинство** американцев **не употребляют рекомендованную** суточную **норму Mg**, добавки Ca широко распространены, особенно среди пожилых людей.»

(Шатова 2021, с.55, столбец справа)

«Здоровье человека в значительной степени *определяется* той *средой*, в которой он вынужден жить, и, как оказалось, почве в этом вопросе принадлежит немаловажная роль. Некоторые заболевания, причины которых ранее были неизвестны, связаны с определенными почвенными условиями: избытком или недостатком химических элементов, нарушением их соотношения.

Наиболее широко известными примерами из этой области являются заболевания щитовидной железы (зоб и базедова болезнь), поражения зубной эмали (кариес и флюороз), но их список очень велик и продолжает расширяться. Так, имеются сведения о связи с особенностями почвенного покрова и онкологических заболеваний.

Изучение онкологами географического распространения рака желудка показало, что **в Тунисе, Египте, Афганистане заболеваемость раком желудка значительно ниже**, чем в Англии, Франции, США. Клинические исследования позволили предположить повышенный риск этого заболевания с недостаточным содержанием магния в пище (следовательно, в воде и почвах), а также с нарушением соотношения в почвенном растворе между ионами Ca, Mg, Mn.

Эта закономерность была подтверждена на примере Ростовской области в совместной работе почвоведов (В.В. Акимцев) и онкологов (З.М. Митлин).»
(Воронцова 2016; об этом же - Безуглова 1999, с.46, столбец слева)

Неуместность при МКБ - витамина С более 3 гр./сутки

«Повышение продукции оксалатов в организме вызывает также *чрезмерное* употребление аскорбиновой кислоты, которая метаболизируется в организме в щавелевую кислоту.»
(Харченко 2013, с.52)

Ограничение **Щавелевой кислоты** и её солей (оксалатов)

«Диетотерапия **оксалатного** уролитиаза направлена на значительное ограничение или **полное исключение из рациона** продуктов с высоким содержанием **щавелевой кислоты**, уменьшение всасывания оксалатов в кишечнике, снижение синтеза оксалатов в организме, нормализацию обмена оксалатов, содействие активному выведению оксалатов с мочой без осаждения солей щавелевой кислоты, преодоление дефицита магния и витамина B6.

Ограничительная оксалатная диета (с запрещением субпродуктов - печени, почек, соленой рыбы, бульона, холодца, салата, щавеля, шпината, шоколада, сельдерея и ревеня) позволяет снизить экскрецию щавелевой кислоты до 40 %.

Необходимо выделить 4 группы продуктов питания по количеству щавелевой кислоты:

- **большое** (больше 1 г/кг) количество содержится в какао-бобах, шоколаде, сельдерее, шпинате, щавеле, петрушке, ревене;
- **умеренное** (0,3–1,0 г/кг) - в моркови, свекле, цикории, зеленой фасоли, луке, помидорах, чае;

- **небольшое** (0,05–0,3 г/кг) количество - в свежей капусте, абрикосах, бананах, смородине, брюссельской капусте, картофеле;
- **наименьшее** количество щавелевой кислоты содержат баклажаны, огурцы, тыква, грибы, цветная капуста, листья салата, горох {но в бобовых много пуринов}.

Вместе с тем необходимо отметить, что содержание *щавелевой* кислоты в растительных продуктах зависит *от* типа *почвы*, на которой выращиваются овощи и фрукты, а также от технологий выращивания.»

(Харченко 2013, с.52)

Уратные камни:

нужно **ограничение пуринов**,
дающих при распаде **мочевую кислоту**

Второй по распространенности вид камней - уратный (получающихся при распаде органических пуринов с образованием мочевой кислоты).

«Основной механизм развития уратурии и образования камней мочевой кислоты заключается в нарушении пуринового обмена. В результате в организме возникает избыток конечного продукта пуринового обмена - мочевой кислоты.

Две трети количества мочевой кислоты, которая образуется при обменных процессах в организме человека, выводится почками. В организме здорового человека около одной трети мочевой кислоты в крови и **половины мочевой кислоты в моче образуется из пуриновых** оснований, которые являются составной частью **рациона**, поэтому диета играет важную роль в профилактике и лечении уратурии.

Установлено четкое **снижение уровня уратурии при уменьшении количества пуринов, поступающих с пищей.**»

(Харченко 2013, с.53)

Редкие камни

Цистиновые камни

При **цистинурии** наблюдается селективное нарушение транспорта серосодержащих аминокислот в слизистой оболочке тонкой кишки и проксимальных отделах почечных канальцев, которое сопровождается усиленной экскрецией цистина с мочой с образованием цистиновых камней. Патологический процесс носит **наследственный** характер и может проявляться в детском возрасте. Уменьшение реабсорбции нерастворимого цистина в почечных канальцах приводит к образованию цистиновых конкрементов, чему способствует смещение pH мочи в *кислую* сторону.

Цистинурия возникает обычно на фоне гиперурикемии. Растворимость цистина улучшается в щелочной среде, поэтому пищевые рекомендации при такой форме уролитиаза предусматривают проведение диетотерапии, которая позволяет **повысить pH мочи** {т.е. ощелочить}.

Больным рекомендуют употреблять **до 3 л жидкости в сутки** .. **Большую часть жидкости рекомендуется** употреблять во второй половине дня, **на ночь** {чтобы не было ночного закисления}. В острый период заболевания рекомендуется полностью исключить из рациона животные белки на 2–3 нед. {так как этот вид камней - строится из аминокислоты - составной части большинства белков} и назначить картофельно-овощную диету. Предварительно следует соблюдать диету с низким содержанием незаменимых аминокислот метионина, а также рекомендовано дополнительное употребление витамина B6, фолиевой кислоты, витамина B12, бетаина.

Щелочные воспалительно-микробные камни

Пиелонефрит - воспалительное заболевание почек, почти всегда вызываемое бактериями.

Хотя основной составной частью большинства камней является кальций, **не следует ограничивать** содержащую его пищу (иначе кальций будет продолжать выделяться с мочой, но уже забираясь из костей).

Вместо этого диета сводится к **снятию воспаления и прекращению микробного** процесса.

Камни из-за бактерий и сахарный диабет

Нарушение углеводного обмена веществ (сахарный диабет) - разрушающе действует на все системы организма:

«Частота **мочевых инфекций у больных СД** в 3 раза выше, чем в общей популяции, и достигает **40 %**.

Асимптоматическая бактериурия наблюдается приблизительно у 27 % женщин и 11 % мужчин, у **70 %** женщин с СД определяется **лейкоцитурия**, повышение концентрации глюкозы в моче на фоне гипергликемии, что служит фактором риска повреждения уротелия, его серозно-мукоидного слоя. К факторам, обуславливающим развитие инфекций мочевых путей (ИМП) и повышающим риск развития МКБ, относят токсическое и дисметаболическое действие гипергликемии, нарушения микроциркуляции и ишемию тканей мочевыделительной системы, диабетическую нейрогенную дисфункцию мышечного слоя, снижение бактерицидных свойств мочи на фоне гипергликемии.

Наличие *глюкозы в моче* приводит к более частому развитию мочевой инфекции, поскольку глюкоза является питательной средой *для размножения бактерий*.»

(Харченко 2013, с.51)

Фосфатные камни

Фосфатный уролитиаз преимущественно связан со **щелочной реакцией мочи и мочевой инфекцией**, нерастворимые фосфат кальция и магния кристаллизуются при pH мочи выше 7,0.

«Образование кальция фосфата нередко связано с гиперкальциурией. Диетические рекомендации направлены на **подкисление мочи**, нормализацию обмена фосфора и кальция.

К развитию фосфатурии приводят воспалительные процессы в мочевыводящих путях, часто с участием бактерий, продуцирующих уреазу, которая повышает уровень pH мочи.

Образование кальция фосфата нередко связано с гиперкальциурией. Диетические рекомендации направлены на подкисление мочи {клюквой}, нормализацию обмена фосфора и кальция. К развитию фосфатурии приводят воспалительные процессы в мочевыводящих путях, часто с участием бактерий, продуцирующих уреазу, которая повышает уровень pH мочи.

Воспалительные заболевания мочевыводящих путей вызывают развитие МКБ. **Хронический пиелонефрит предшествует образованию камней в 30–35 % случаев**, осложняет течение МКБ и создает фон для рецидивов. **Воспаление** приводит к созданию органической матрицы и **депонированию солей**, которые выпадают из мочи.

Наличие камней, в свою очередь, **является причиной развития воспалительного процесса**. При развитии воспалительного процесса в почках и мочевых путях из питания желательно **исключить** продукты, которые могут **раздражать мочевыводящие пути**: овощи с высоким содержанием **эфирных масел**, богатые щавелевой кислотой (лук, чеснок, редька, редис, хрен, шпинат, щавель), а также **пряности**, приправы, крепкие мясные и рыбные бульоны.. При отсутствии противопоказаний показано обильное употребление **жидкости (2 л и более)**: .. соков, морсов и др.

С помощью пищевых факторов, которые влияют на уровень pH мочи, можно **повысить эффективность** действия **противомикробных** средств. Разрешается употреблять овощи и фрукты.. огурцы; мучные и крупяные блюда, растительные жиры.. и мед.

К полезным продуктам относится.. **яблоки**, яблочный сок, черника.. овес, смородина черная.»

(Харченко 2013, с.53-54)

Растения для профилактики и лечения МКБ

Положительное влияние на мочевыводящую систему оказывают не только культивируемые растения, которые используют в качестве продуктов питания, но и лечебные **травы, ягоды** и плоды, произрастающие в дикой природе.

За последние десятилетия из растений выделено более 4000 химических соединений, принадлежащих к разным классам фенольных соединений, обладающих разнообразной физиологической и биологической активностью. Фенольные соединения присутствуют практически во всех растениях.

Конденсированные фенолы **препятствуют внедрению патогенных** микроорганизмов и грибов, осложняя их размножение. Мощным противомикробным действием обладают фенолы, способные к окислению в хиноны, фенолкарбоновые кислоты. Интересной является способность полифенольных соединений **повышать биогенез фенольных метаболитов** с максимальным антибиотическим и фунгистатическим действием. При окислении фенолов образуется хлорогеновая кислота, катехин, пирокатехин, противомикробное действие которых намного выше, чем у предшественников.

В местах внедрения инфекции и в прилегающих тканях происходит накопление фенолов, возрастает окислительный метаболизм, увеличивается активность ферментов фенолоксидаз и пероксидаз, которые окисляют фенолы в хиноны. Концентрация хинонов повышается, чем и достигается необходимое **бактерицидное и бактериостатическое** действие.

Наличие у растительных флавоноидов способности влиять на биохимические процессы, лежащие в основе регулирования сосудистой проницаемости и резистентности сосудистой стенки, позволяет использовать их для лечения и профилактики различных воспалительных, аллергических и геморрагических поражений.

Положительное влияние растительных полифенолов на сосудистую систему обусловлено не только преимущественным действием на артерии, но и способностью устранять лимфовенозный стаз и улучшать функциональное состояние лимфатических узлов. При этом улучшаются пластические и репаративные процессы, о чем свидетельствуют данные об увеличении в клетках лимфатических узлов количества свободных и прикрепленных рибосом, а также восстановление митохондрий. Стимуляция лимфодренажа происходит за счет повышения уровня норадреналина. Кроме стабилизации норадреналина в тканях, флавоноиды растений повышают чувствительность рецепторов к норадреналину, что **улучшает гемодинамику венозных и лимфатических** сосудов. Свойствами стимулировать адренодофарорецепторы объясняют кардиотонический эффект растений, а также способность **улучшать кровообращение почек** и органов брюшной полости.

Противовоспалительное действие растительных фенолов связано с **торможением** экссудативных процессов **воспаления**, что объясняется способностью флавоноидов ограничивать тканевые эффекты цитокининов и провоспалительных простагландинов. Противовоспалительное действие присуще разным группам фенолов, которые стимулируют синтез и выделение гормонов коры надпочечников, повышение резистентности и уменьшение проницаемости гистогематических барьеров.

Фитотерапия имеет ряд **преимуществ перед химиотерапией**, особенно при лечении хронических длительно протекающих и рецидивирующих заболеваний. Природные лечебные компоненты растений при попадании в организм в виде биологически доступных соединений легко усваиваются. Воздействие биоконплексов лечебных трав в сочетании с диетой позволяет восстановить нарушенные функции организма больного, улучшить состояние иммунной системы путем нормализации функций лимфатических узлов и кишечника, а также функциональное состояние печени, **почек**, устранить патологические нарушения за счет действия поливалентных биологически активных веществ.

В состав лекарственных трав (например, **шалфея** - *Salvia officinalis* L.) входят сбалансированные комплексы природных биологически активных веществ, необходимые

для нормальной жизнедеятельности человека: витамины, углеводы, макро- и микроэлементы, легко усваиваемые системами организма.

«При *выделении* отдельных веществ часто *снижается* лечебная действенность.

Природные соединения **более активны** по сравнению с получаемыми синтетическим путем препаратами, так как в них содержится созданный самой природой лечебный биологический **комплекс**, в котором один компонент корректирует {подправляет} и дополняет эффект другого.»

(Харченко 2013, с.57, левый столбец, первый параграф)

Из чего составлять фитосбор

Для составления фитосбора под конкретного пациента, используются специализированные издания, такие как:

Шахмачев Владимир Иванович - Лекарственные растения в урологии (1997).

Для профилактики мочекаменной болезни можно включать в фитосборы например амми зубную (успокаивающего действия) и ягоды можжевельника (тонизирующие).

Амми зубная

«Основное действующее вещество **амми зубной** - келлин (виснагин). Келлин обладает выраженными спазмолитическими свойствами, **устраняет спазмы** сосудов, улучшает кровоснабжение почек и мочевой системы, оказывает мочегонное и **противомикробное** действие, что очень важно для лучшего отхождения мочевых конкрементов, при почечной колике, а также облегчает катетеризацию мочеточников.»

(Харченко 2013, с.57, левый столбец)

Пустырник сердечный

Пустырник сердечный (крапива собачья) снижает артериальное давление, которое часто может быть повышенным у пациентов с заболеваниями почек, оказывает обезболивающее, спазмолитическое, мочегонное и антистрессорное действие.

Крапива двудомная

«**Крапива двудомная** обладает кровоостанавливающим, мочегонным и общеукрепляющим эффектом.

Гемостатический эффект связан с наличием в ней значительного количества филохинона (витамина K1), который воздействует на синтез протромбина в печени. Диуретический эффект зависит от наличия флавоноидов и

органических кислот.

Общеукрепляющие свойства объясняются наличием хлорофилла, который, как установлено экспериментально, оказывает стимулирующее и тонизирующее действие, активирует основной обмен веществ, стимулирует грануляцию и эпителизацию поврежденных тканей.

Кроме того, крапива двудомная способствует увеличению количества эритроцитов и нормализует состав крови, оказывает **противовоспалительный эффект, повышает регенерацию слизистых оболочек**, что имеет огромное значение у пациентов с МКБ, особенно в период отхождения мочевых камней и их фрагментов.»

(Харченко 2013, с.57)

Ягоды можжевельника

«Из работ Вергилия (I век) известно, что **споры и бактерии**, характерные для эпидемий холеры, **изгонялись** из домов и прочих строений при **окуливании помещений ветками можжевельника**. Также доказано, что **ягоды можжевельника** повышают диурез и являются **прекрасным средством, дезинфицирующим мочевые пути.**»

(Харченко 2013, с.57, правый столбец)

«Это эффективный диуретик, способствующий выведению метаболитов, токсинов. Предостережения относительно *раздражения лоханок* и почечной паренхимы кажутся нам несколько *преувеличенными*, поскольку в традиционных медицинах его назначают при недостаточности функции почек, азотемии.. Острые и хронические нефриты, **мочекаменная болезнь, инфекционные заболевания мочевыводящих путей** входят в показания к его применению.»

(Барнаулов 2007, с.373)

Дифференцированное диетическое **питание** в сочетании с **индивидуально подобранным** растительным **сбором** является безопасным и действенным способом лечения мочекишечных диатезов, уролитиаза, профилактики рецидива камней после литотрипсии мочевых конкрементов, бессимптомной бактериурии, дизурических расстройств, хронических инфекций мочевыводящих путей.

Практический вывод

С целью профилактики мочекаменной болезни и рака, повышения общего уровня здоровья, можно рекомендовать питьё не менее 2-х литров в день, **питание с повышенным содержанием магния**: зерно пшеницы пророщенное (срок проращивания - 1 сутки), добавлять в каши - отруби пшеничные, хлеб цельнозерновой или с отрубями вместо обычного, семена тыквы, кунжута и подсолнечника молотые, **шалфей** лекарственный, цитрат магния.

Причем магний - должен употребляться **одновременно с** возможными источниками **оксалатов** (обычно это основной приём пищи), но не отдельно, для обезвреживания последних.

Имеющим наследственную предрасположенность к МКБ или кому ранее был поставлен диагноз оксалатурии - полезно избегать **оксалатно-пуриновой** пищи, показан профилактический прием **витамина В6** в виде БАД (в количестве 2-4 мг).

В используемый профилактический многосоставный травяной сбор - полезно включать небольшое количество (около 3%) ягод **можжевельника** (тонизирующее действие) или амми зубной (успокаивающее действие).

Библиография

- **Барнаулов О. Д. (2007)**
Детоксикационная фитотерапия, или противоядные свойства лекарственных растений
СПб, Политехника, 2007. - 409с.
- **Безуглова О. С. (1999)**
Почва, ее место и роль в природе
// Соросовский образовательный журнал
1999. – №. 12. – С. 40.
- **Воронцова З. И., Навко М. Р. (2016)**
Почва, ее место и роль в биосфере
// Современная наука: теоретический и практический взгляд : сборник научных трудов по материалам XIII региональной научной конференции, поселок Яблоновский, 06–14 апреля 2016 года
/ Главный редактор: Щербатова Т.А. – поселок Яблоновский: Издательство "Магарин Олег Григорьевич", 2016. – С. 170-180
EDN: WPOOMR
- **Григус, Я. И., Михайлова, О. Д., Горбунов, А. Ю., Вахрушев, Я. М. (2015)**
Значение магния в физиологии и патологии органов пищеварения
// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология
2015. – №. 6 (118). – С. 89-94.
- **Моисеев А. Ю. (2012)**
Влияние экологических и геохимических факторов на минеральный баланс организма
// Поисковая и экологическая геохимия
2012. – №. 1. – С. 43-50
- **Саенко В. С., Газимиев М. А., Песегов С. В., Аляев Ю. Г. (2012)**
Метафилактика мочекаменной болезни. Часть 2. Факторы роста заболеваемости МКБ. Современный взгляд на механизмы камнеобразования (продолжение)
// Урология. – 2018. – № 6. – С. 131-138
DOI: 10.18565/urology.2018.6.131-138
EDN: YWKATZ
- **Скурихин И.М, Волгарев М.Н. (1987-1)**
Химический состав пищевых продуктов: Книга 1
2-е издание
М.: ВО «Агропромиздат», 1987.- 224 с.

- **Скурихин И.М., Волгарев М.Н. (1987-2)**
Химический состав пищевых продуктов: Книга 2
2-е издание М.: ВО «Агропромиздат», 1987.- 360 с.
- **Соколов С.Я., Замотаев И.П. (1993)**
Справочник по лекарственным растениям
Харьков, "Основа", 1993
- **Тараканов, Шалом Михайлович (2025-1)**
Три базовых метода [онкопрофилактики](https://doi.org/10.5281/zenodo.15646823). [Институт.org](https://doi.org/10.5281/zenodo.15646823)
doi: 10.5281/zenodo.15646823
- **Тараканов, Шалом Михайлович (2025-2)**
Введение в технологию стоэлементной [нутрициологической](https://doi.org/10.5281/zenodo.15450134) поддержки
против окислительного стресса для условий Владивостока. [Питание.org](https://doi.org/10.5281/zenodo.15450134)
doi: 10.5281/zenodo.15450134
- **Тутельян В.А. (2012)**
Химический состав и калорийность российских продуктов питания: Справочник
Москва, ДеЛи плюс - 284с.
- **Харченко Н.В., Анохина Г.А., Допух И.Я, Бойко А.И. (2013)**
**Роль диетического питания и фитотерапии
в профилактике и лечении мочекаменной болезни**
// Фитотерапия в урологии и нефрологии, №2 (4), 2013
- **Шатова, О. П., Зуйков, С. А., Заболотнева, А. А., Микин, И. Е., Бриль, Д. В., Шестопалов, А. В.,
Румянцев, С. А. (2021)**
Биоэлементы: роль в развитии болезней цивилизации
// Восточно-европейский научный журнал
2021. – №. 11-4 (75). – С. 45-58
- **Шахмачев Владимир Иванович (1997)**
Лекарственные растения в урологии
Чебоксары : Чуваш. кн. изд-во, 1995. 204 с.
ISBN 5-7670-0812-4
- **Borghi L., Schianchi T., Meschi T. et al. (2002)**
Comparison of two diets for the prevention of recurrent stones in idiopathic hypercalciuria
// New England Journal of Medicine, 2002, 346(2), 77–84
doi: 10.1056/NEJMoa010369
- **FDC ID:169722 (1989)**
Wheat bran, crude
<https://fdc.nal.usda.gov/food-details/169722/nutrients>
- **FDC ID:169721 (1989)**
Wheat, durum
<https://fdc.nal.usda.gov/food-details/169721/nutrients>
- **Remer T, Manz F. (1995)**
Potential renal acid load of foods and
its influence on urine pH.
// J Am Diet Assoc. 1995 Jul;95(7):791-7.

doi: 10.1016/S0002-8223(95)00219-7
pmid: 7797810.

2025 ©Долголетия.рф
некоммерческое научное издание
для исследователей биохимии питания