

Предисловие	5
Введение	8
Глава 1 Гастрит не болит	10
Глава 2 Нужно ли есть суп?	21
Глава 3 О лечебных диетах: как не чувствовать себя нарушителем	40
Глава 4 Атрофия не приговор	56
Глава 5 Эпидемия хронического панкреатита	76
Глава 6 Кто раздражен сильнее: кишечник или гастроэнтеролог?	102
Глава 7 Когда глютен – зло	128
Глава 8 Легальный дисбактериоз кишечника	154
Глава 9 Терминальный илеит и простой колит	174
Глава 10 Желчный пузырь: ненавижу и все же люблю	194
Глава 11 Я. Хочу. Вылечиться	238
Используемая литература	250



# Предисловие

В детстве я зачитывался книгой Николая Куна «Легенды и мифы Древней Греции». В ней ярко и образно рассказывалось о приключениях греческих богов и героев. Меня, тогда еще восьми-девятилетнего мальчика, это произведение очень впечатлило. Прошли годы, эмоции от прочитанного стерлись, а описанные в книге события стали восприниматься только как интересные детские сказки. Кто бы мог подумать, что спустя много лет я вновь вспомню о мифах, но уже совершенно в другом контексте.

Эти воспоминания оживило не какое-то одно событие, скорее, цепочка случаев, с которыми я сталкивался в своей врачебной практике. Будучи гастроэнтерологом с некоторым стажем, который старается следить за современной медицинской наукой, я с удивлением узнавал от своих пациентов новые,

ранее неизвестные мне факты. Эти сведения мои большие черпали на форумах и в блогах. А кое-кто просто передавал слова других докторов, делился мнением родственников, знакомых или друзей. Речь, например, о легендарных лечебных столах, которые назначаются всем подряд уже много десятилетий. Или о новых диетах с мифическими свойствами. Или о несуществующих болезнях, ненужных анализах и исследованиях, которые ни на шаг не приближают к решению проблемы пациента.

То, что я слышал, сперва вызывало недоумение: ну не могут люди в XXI веке всерьез так думать! И ладно бы пациенты: они не имеют медицинского образования и порой с трудом представляют, где расположены органы пищеварения и зачем они нужны. Но гастроэнтерологи, мои коллеги?! Врачи, которым доступно огромное количество рекомендаций и статей по гастроэнтерологии, только и ждущих, чтобы их прочитали и применили на практике! Недоумение постепенно приводило к некоему разочарованию. Нет, не в своей специальности – я очень люблю гастроэнтерологию. Мои эмоции относились к общему уровню гастроэнтерологических знаний в нашей стране – как у врачей, так и у пациентов. Мне захотелось эту ситуацию изменить. Начать с самого простого – с информирования: готовить статьи, записывать

видеолекции, наконец, опубликовать книгу. Конечно, даже тщательно проверенная информация может легко затеряться в мутном потоке противоречивых и нередко недостоверных сведений. Однако это не оправдание для ничегонеделания. *Viam supervadet vadens*, что означает «Дорогу осилит идущий», – так говорили древние римляне. Кроме того, я не одинок: многие мои коллеги также стараются донести до читателей современные представления о том, как устроен и работает наш желудочно-кишечный тракт и есть ли необходимость многолетнего соблюдения щадящих диет.

Автор этой книги очень надеется, что изложенный материал будет полезен и пациентам, страдающим от болезней пищеварительной системы, и врачам, которые этих пациентов лечат.

# Введение

Я подготовил небольшое вступление для читателей, дабы сразу расставить все точки над «ё». Планирую рассказать о гастроэнтерологических мифах, однако все они в одной книге точно не уместятся, поэтому разберем наиболее популярные из них.

Чтобы не было слишком скучно, постараюсь излагать свои мысли в доступной форме, но при этом опираясь на научные данные. Любое мнение заслуживает того, чтобы его учитывали, однако в медицинской науке существуют разные уровни доказательности данных и фактов. Так вот, самый низкий уровень доказательности – личное мнение эксперта. Будь он ведущий специалист в своей области или всезнающая соседка из квартиры напротив – суть не меняется. Научные данные необходимо подкрепить серьезными исследованиями, многие из которых

уже проведены и опровергают устоявшиеся представления.

Мифов в отношении болезней желудочно-кишечного тракта в нашей стране – как блох на собаке. Многие из них исходят из далекого прошлого, поэтому порой расцениваются как истина: «Так всегда было», «Так еще моя бабушка говорила». Некоторые из них – довольно свежие – порождение ненаучного подхода, псевдомедицины и псевдоспециалистов.

Казалось бы, что тут такого? Ну есть мифы и есть, зачем с ними бороться? Дело в том, что эти мифы реально снижают качество жизни большого числа людей в нашей стране. Именно они приводят к запретам в еде, ненужным ритуалам с пищей, бесконечным обследованиям и лечению состояний, которые являются нормой. И так далее, и тому подобное.

Надеюсь, после прочтения этой книги мои читатели перестанут бояться еды, станут более критичны к транслируемой блогерами, тренерами, специалистами по питанию и врачами различных специальностей информации о здоровье. Поехали!



Гастрит  
не болит

ГЛАВА  
1

Наверняка в вашем окружении есть человек, который, будучи приглашенным на ужин, при выборе блюд тщательно изучит меню и, скорее всего, остановит свой выбор на простеньком пюре с котлетками. А потом уточнит у официанта, не очень ли они жирные.

«Да у меня диета, снова гастрит обострился», – будет оправдываться несчастный, ловя на себе сочувствующие и недоумевающие взгляды окружающих.

«Вот же зануда!» – подумаете вы, уминая сочный стейк с острыми специями. И будете неправы. Он не зануда, а лишь невинная жертва устаревшей отечественной гастроэнтерологии. Пациент, который много месяцев и даже лет ходит по врачам с однотипными жалобами на боль в подложечной области (на медицинском языке – в эпигастрии) и/или на чувство переполнения после еды в этой зоне либо на раннее насыщение. С высокой вероятностью такой человек в какой-то момент выйдет из кабинета терапевта и гастроэнтеролога с диагнозом «хронический гастрит». К нему и слово «обострение» добавят. И будут неправы.

**Современная гастроэнтерология  
считает хронический гастрит болезнью,  
протекающей бессимптомно.**

Болезнь выявляется случайно или целенаправленно, если пациенту выполняют гастроскопию (та самая «лампочка», которую неприятно глотать) и берут биопсию из слизистой оболочки желудка.

Биопсия – это забор образцов-кусочков для дальнейшего исследования. Врач-морфолог посмотрит под микроскопом эти кусочки, опишет наличие хронического воспаления в слизистой оболочке и передаст заключение пациенту.

Вот это и будет хронический гастрит. Почему он бессимптомен? Слизистая оболочка желудка не имеет нервных окончаний, воспринимающих боль. Иначе бы мы кричали от боли в тот момент, когда эндоскопист «кусает» нашу слизистую оболочку щипцами.

– Тогда что же болит, доктор? – спросите вы.

– А кто его знает! – отвечу я. Негоже ставить диагноз на книжных страницах. Но могу сказать: если у вас повторяющиеся длительное время однотипные симптомы – боль и жжение в эпигастрии натощак или после еды, тяжесть/переполнение и чувство раннего насыщения после небольших или умеренных объемов пищи, а к ним тошнота, отрыжка – и нормальная картина на гастроскопии, то высока вероятность, что причина боли – функциональная диспепсия.

– Нормальная картина? – взволнуется тревожный читатель. – В описании отек, покраснение, эрозии, желчь, слизь! И это норма?!

Не всегда норма, но данные изменения не объясняют жалоб пациента – от них не бывает боли и жжения.

– Ну а что тогда болит, ответьте, доктор?!

Еще раз повторю: высока вероятность, что такому пациенту выставят диагноз «функциональная диспепсия».

## МОЗАИКА ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА

Что это за зверь такой? Хроническая болезнь желудка, которая встречается по разным данным у 5–9 процентов жителей Земли. То есть порядка 400–700 миллионов человек на нашей планете имеют описанные выше симптомы. У одних болит, у других жжет, третьи отмечают только переполнение после еды. А у остальных чередуются все перечисленные симптомы.

– И в чем причина? – спросите вы. – Откуда болезнь берется?

– А кто его знает! – вновь отвечу я. – Врачам известны лишь факторы риска и некоторые механизмы развития этой патологии.

Например, вы перенесли острый гастроэнтерит: поели шаурму с сальмонеллой у вокзала или бабушкиных яиц с Пасхи на майские праздники – это фактор риска. Или вы «тревожник» 80-го уровня и очень переживали, что тошнота и рвота после привокзальной еды – это симптомы холеры или чумы либо и того и другого. И до отравления вы были «тревожником». Тревожное расстройство – тоже фактор риска.

О, так вы еще и женщина! Красивая, позвольте отметить. Принадлежность к женскому полу в принципе фактор риска некоторых заболеваний и состояний, например беременности. И функциональной диспепсии тоже.

**А может,  
вы «тревожник» 80-го уровня  
и очень переживали, что тошнота и рвота  
после привокзальной еды – это симптомы  
холеры или чумы либо и того и другого.  
И до отравления вы были «тревожником».  
Тревожное расстройство –  
тоже фактор риска.**

А еще есть вероятность, что вы курильщик и любите пропустить рюмку-другую ежедневно. И ежевечерне тоже. Вот вам еще факторы риска.

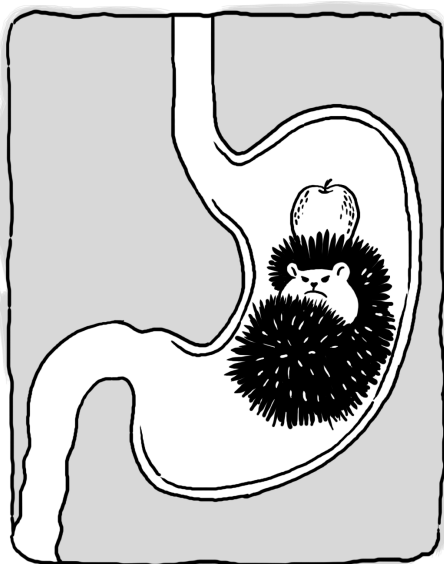
Функциональная диспепсия – это мозаика из факторов риска, которая в конце концов сложилась в болезнь. А вы-то, поди, хотели от меня услышать о ПРИЧИНЕ болезни, чтобы на нее подействовать и вылечиться? Увы, не выйдет: хроническая болезнь – и все тут.

Следует упомянуть, что медицине известны механизмы развития функциональной диспепсии. Их с десятков, и многие пока не изучены, но я вам расскажу о некоторых.

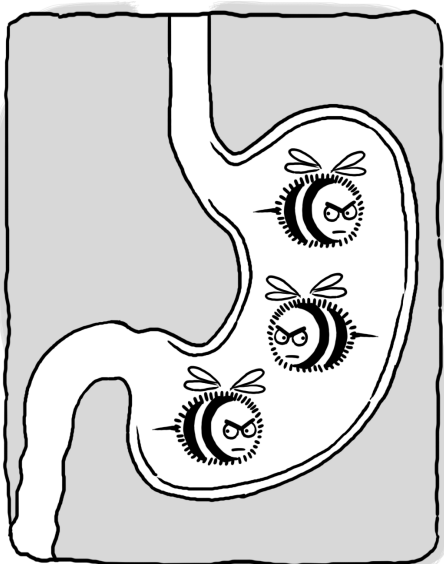
Например, о нарушенной работе мышц желудка и о проблемах с эвакуацией пищи и жидкости из этого органа в двенадцатиперстную кишку. У большинства лиц с функциональной диспепсией эта эвакуация замедлена, однако у некоторых она слишком скорая.

Еще один механизм – повышенная чувствительность нервов желудка к различного вида раздражителям: к растяжению пищей и жидкостью, к воздействию нормальной для желудка соляной кислоты и почти нормальной желчи, к температурным перепадам.

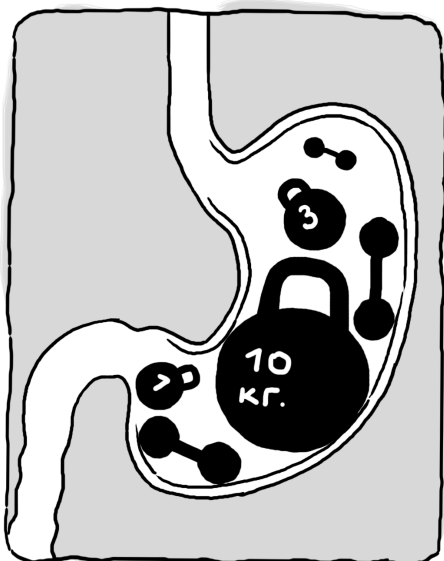
В результате этой повышенной чувствительности нервов (на медицинском – висцеральной гиперчувствительности) сигналы из просвета желудка начинают ощущаться как сильные и парадоксально болевые. Казалось бы, что может случиться от выпитого стакана воды? А он может вызвать растяжение стенок желудка, которое ощущается как



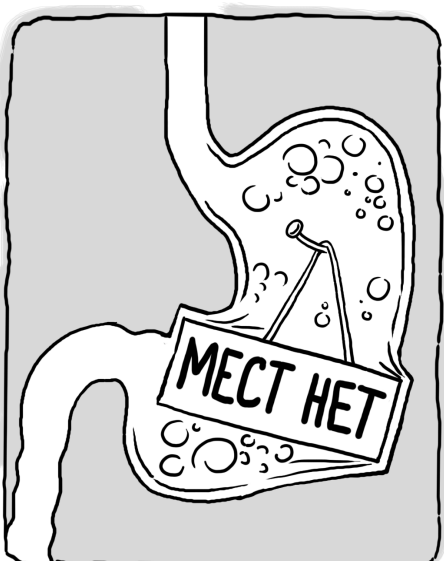
**БОЛЬ**



**ЖЖЕНИЕ**



**ТЯЖЕСТЬ**



**БЫСТРОЕ  
НАСЫЩЕНИЕ**

внезапная боль. Или соляная кислота натошак может восприниматься не как в норме (мы ее не чувствуем), а как обжигающая лужица на парте в кабинете химии.

– Послушайте, доктор, но вы же писали, что в слизистой желудка нет болевых нервных окончаний!

Внимательный читатель, возможно, захочет меня подловить на нестыковочке, но увя ему. Нервные окончания в желудке есть, но они расположены глубже, чем слизистая оболочка. Именно эти нервы воспринимают сигналы. Они напоминают микрофоны: слабый звук, усиленный ими, в динамиках слышен как сильный.

Следует вспомнить и еще одного участника действия под названием функциональная диспепсия – головной мозг. Центральная нервная система нашего пациента отличается от таковой у лица без этого заболевания. Она более тревожна и склонна неверно идентифицировать и обрабатывать сигналы из желудка.

**В момент усиления тревоги,  
при стрессе желудочные симптомы могут  
усилиться. А в день, когда головной мозг  
не выспался, желудок становится более  
чувствительным.**

– Ну-у-у, понятно! Опять эти врачи все на голову списывают и отфутболивают больных к психиатру. Проходили уже!

Неверно! Без функциональной диспепсии даже у мегатревожного пациента желудок вряд ли будет болеть. Но если болезнь уже развилась, то тревога, депрессия, острый стресс – значимые триггеры повторного появления симптомов.

– Выходит, если у меня в желудке нет язв, опухолей и других серьезных изменений, а он давно беспокоит, то это из-за функциональной диспепсии?

И снова скажу, что не дело – ставить диагноз на страницах книги. Однако вероятность такого диагноза высока. Надо только исключить патологию желчного пузыря, хронический панкреатит, гастропарез, болезни кишечника и прочая, и прочая. Не пугайтесь, не все так сложно. В большинстве случаев гастроэнтеролог после расспроса, осмотра и минимального обследования поставит верный диагноз. А верный диагноз – это половина успеха в лечении.

Теперь можно немного и погундеть. Я знаю, что у многих из вас после прочтения вышеизложенного возникнет вопрос: почему врачи до сих пор ставят гастрит, если болит не гастрит? Неужели их не учат?

И да и нет. Помню, как в 2006 году в ординатуре на кафедре гастроэнтерологии и диетологии