



КИШЕЧНИК С КОМФОРТОМ ЖЕЛУДОК БЕЗ ПРОБЛЕМ

- Вся правда о дисбактериозе
- Кишечная микрофлора и ваше здоровье
- Кому и как нужно принимать ферменты
- Как правильно сдавать анализы
- Хеликобактер Пилори – ужасна и очень опасна

В этой книге вы найдете самую современную и достоверную информацию о диагностике болей в кишечнике и желудке, изжоги, запоров и других симптомов, приводящих пациента к гастроэнтерологу.

доктор Антон Родионов

Академия доктора Родионова

Алексей Парамонов

**Кишечник с комфортом,
желудок без проблем**

«ЭКСМО»

2017

УДК 616.3
ББК 54.13

Парамонов А. Д.

Кишечник с комфортом, желудок без проблем /
А. Д. Парамонов — «Эксмо», 2017 — (Академия доктора
Родионова)

ISBN 978-5-699-98334-6

Жалобы на боли в области желудка и кишечника – одни из самых распространенных в мире. Причем в одних случаях требуется срочная госпитализация (аппендицит или перитонит, например), а в других – достаточно домашнего лечения. Как узнать, когда «уже стоит волноваться», и чем помочь себе в случае острого приступа боли; какие анализы обязательно сделать, а о каких надо лишь задуматься; нужно ли при гастрите придерживаться специального «стола» или это пережитки прошлого – об этом в книге замечательного врача-гастроэнтеролога Алексея Парамонова.

УДК 616.3
ББК 54.13

ISBN 978-5-699-98334-6

© Парамонов А. Д., 2017
© Эксмо, 2017

Содержание

Предисловие	6
От автора	8
Глава 1	9
Глава 2	12
2.1. Почему у одного человека не болит большая язва, а у другого невыносимо болит «маленький» гастрит	13
2.2. Невидимые связи: зачем гастроэнтеролог назначает антидепрессант	15
2.3. Гастрит или функциональные нарушения?	17
Глава 3	18
3.1. Можно ли гастрит победить диетой? Вся правда о лечебном питании	18
3.2. Инфекционная природа гастрита и язвы	20
3.3. Кого лечить не надо	22
3.4. Методы тестирования и лечения	23
Конец ознакомительного фрагмента.	26



Алексей Парамонов

Кишечник с комфортом, желудок без проблем

Во внутреннем оформлении использованы фотографии и иллюстрации: Valentina Razumova, marina_ua, Double Brain, Blamb, Designua, joshya / Shutterstock.com
Используется по лицензии от Shutterstock.com

© Парамонов А.Д., текст, 2017

© ООО «Издательство «Э», 2017

Предисловие



Основатель серии Академия доктора Родионова *Антон Родионов* и главный редактор медицинского направления *Ольга Шестова*

От Ольги Шестовой

Желудочно-кишечным трактом занимается врач-гастроэнтеролог, и для освещения этой нужной для здоровья темы мы пригласили Алексея Парамонова. Доктор Парамонов, терапевт, гастроэнтеролог – яркий представитель серии «Академия доктора Родионова» – сможет простым человеческим языком объяснить сложные медицинские вещи о вашем здоровье.

Тема книги важна буквально для каждого, потому что, с одной стороны, всем знаком дискомфорт в области живота, а с другой – в этой медицинской области, как ни в какой другой, распространены мифы и заблуждения, и не только среди нас, пациентов, но и среди врачей. Не все знают, что многие проблемы, с которыми, казалось бы, надо идти к терапевту или педиатру, на самом деле находятся в ведении гастроэнтеролога.

Например, если у вас болит горло, на нем пузырьчатые высыпания, скорее всего, проблема вызвана гастрологическим заболеванием, это может быть энтерит.

У двух процентов детей в нашей стране периодически наблюдается рвота. Это очень большая цифра, если перевести на человеческие жизни. Синдром циклической рвоты – вариант нормы, состояние, которое не требует лечения. К сожалению, педиатры, как правило, почти поголовно не в курсе, и в результате в медицинскую карту младшего школьника записывают «гастрит» и прописывают ненужную терапию.

Диагноз «поверхностный гастрит» часто вообще не имеет смысла и не требует никакого лечения. Просто надо знать, что его пишут, чтобы у недоверчивого пациента было ощущение, что он не зря пришел к врачу, все-таки что-то обнаружили. Учтите, пожалуйста, что поверхностный гастрит – это то же самое, что «практически здоров».

В то же время правильное, вовремя начатое лечение, когда оно действительно нужно, может избавить человека от тяжелых заболеваний, включая онкологические. Медицинская статистика бесстрастно фиксирует, что количество людей, болеющих раком желудка, снизилось во много раз с тех пор, как начали принимать меры по уничтожению хеликобактер пилори, – это называется «эрадикация». Эти явные успехи медицины больше других убеж-

дают в необходимости получения проверенной информации от знающего врача, такого как автор этой книги Алексей Парамонов.

Прочитав эту книгу, вы сможете задавать врачу вопросы, которые помогут ему быстрее поставить диагноз и определиться с необходимостью лечения или обоснованного отказа от него. Всегда нужно помнить, что есть болезни, которые не требуют агрессивной терапии и проходят со временем сами.

Главный редактор
медицинского направления,
канд. биол. наук *Ольга Шестова*

От Антона Родионова

Гастроэнтерология – раздел медицины с очень непростой судьбой. Когда в 90-е годы поднялся «железный занавес» и выяснилось, что «буржуазная» наука ушла далеко вперед, то гастроэнтерология оказалась одним из самых консервативных разделов терапии, который до последнего не хотел сдавать завоеваний «советской медицинской школы»: до сих пор у гастроэнтерологов лидирует «большая тройка» достаточно бессмысленных диагнозов: гастрит, панкреатит и дисбактериоз. Несмотря на то, что мировая медицинская литература сейчас вполне доступна, большинству практикующих врачей оказалось очень непросто привести свою практику в соответствие с общемировыми тенденциями. В связи с этим найти грамотного гастроэнтеролога – это как найти иголку в стоге сена. Когда меня спрашивают, могу ли я посоветовать хорошего врача, который занимается болезнями желудочно-кишечного тракта, то долго размышлять не надо: отправляйтесь к доктору Алексею Парамонову.

Признаюсь, будучи по первому образованию терапевтом, в дальнейшем посвятившим свою практику кардиологии, я чуточку недолюбливаю гастроэнтерологию по одной простой причине – далеко не во всех ее разделах я уверенно ориентируюсь. Хотя мне, как преподавателю, приходится постоянно читать различные специализированные руководства, я вдруг с удивлением для себя обнаружил, что книга доктора Парамонова даже для меня расставила многие вещи на свои места.

Наслаждайтесь увлекательным литературным путешествием по желудочно-кишечному тракту, и пусть изжоги, поносы и запоры обойдут вас стороной!

Основатель серии «Академия доктора Родионова»
канд. мед. наук *Антон Родионов*



От автора

Уважаемые слушатели Академии доктора Родионова! Вы уже успешно освоили девять курсов-книг по различным разделам медицины и держите в руках десятую, посвященную гастроэнтерологии.

В медицинском институте будущие врачи на первых курсах, изучив сначала фундаментальные медицинские науки – биологию, биофизику, патологическую и нормальную физиологию и анатомию, фармакологию, – переходят к изучению болезней и их симптомов. На более старших курсах акцент делается уже на синдромы – различные сочетания симптомов, которые врач, как детектив, должен распознать и найти их причину – болезнь. Хотя эта книга, как и все остальные выпуски «Академии», написана несложным языком, мы все же почувствуем себя старшекурсниками и рассмотрим материал не по отдельным заболеваниям, а по синдромам. Почему, я полагаю, такой подход может быть более уместен? Думаю, нашему читателю интересна не только общая, энциклопедическая, информация в гастроэнтерологии, но и практический аспект использования этой информации. Например, здесь не будет глав «Язвенная болезнь» или «Гастрит». Но будет глава, посвященная боли и дискомфорту в верхней части живота, тошноте и рвоте, где от этих симптомов мы постепенно, логически придем к их причинам – язвенной болезни, функциональной диспепсии или хроническому гастриту. Названия самих болезней по большей части в оглавлении не упоминаются, но их легко будет найти в алфавитном указателе, который даст ссылку на страницу, где расследуют «преступления» искомой болезни и показывают ее диагностические признаки.

Еще одна особенность этой книги – в ней много клинических примеров (как сейчас принято говорить – кейсов), каждый из которых взят из моей практики, и их описание отражает те этапы поиска и обследований, которые пришлось пройти с реальным больным для постановки диагноза. Иногда этот путь был долгим и многолетним. Я предложу вам использовать определенный логический аппарат, который может сократить этот путь многократно и позволит задавать вашему лечащему врачу правильные вопросы, совместно с ним быстрее обнаружить болезнь и назначить правильное лечение.

Третья особенность – значительное место в книге занимают клинические случаи гастроэнтерологических пациентов с психосоматическими расстройствами. Афоризм «все болезни от нервов» в значительной мере справедлив, особенно это ярко видно на примере болезней желудочно-кишечного тракта.

Четвертая особенность – это свойство всей этой серии. Вы не найдете здесь скрытой рекламы, препаратов с недоказанной эффективностью и секретных чудо-разработок. Коммерческие названия лекарств используются наряду с международными, поскольку именно под этими названиями они продаются в аптеках. Врачи – авторы книг серии «Академия доктора Родионова» – предлагают вам диагностические и лечебные алгоритмы, основанные на международных рекомендациях профессиональных ассоциаций: европейской, американской, японской, российской и т. д., которые основаны на данных современных исследований, выполненных по правилам доказательной медицины, когда каждое утверждение требует проверки математикой и сравнения с контрольной группой, если это в принципе возможно.

С уважением, *Алексей Парамонов.*

Глава 1

Острая и хроническая боль в животе: что делать, если заболело внезапно

В этой книге мы часто будем делить симптомы на острые и хронические. Это важно, поскольку их происхождение и прогноз, порядок действий при них различаются коренным образом.

Внезапная острая боль в животе может быть признаком серьезного заболевания, требующего срочной операции, хотя может быть и следствием того, что вчера вы съели много фруктов, которые вызвали повышенное газообразование и кишечную колику.

Цель этой главы – помочь вам определить, когда можно самостоятельно принять безрецептурный препарат, а когда нужна экстренная госпитализация.

Итак, появилась боль. Какие **симптомы** должны быть **маркерами тревоги**:

- # раньше так не болело никогда;
- # боль невероятной силы, как будто кинжал вонзили;
- # живот раздулся и внешне увеличился в размерах;
- # перистальтика необычно сильная, со звуком и болью;
- # живот молчит, раздулся, но стула нет и даже газы не отходят;
- # боль сопровождается многократной рвотой;
- # рвота имеет черно-коричневый цвет;
- # кал стал совершенно черным или необычно светлым;
- # боль возникла в верхней части живота, но постепенно спустилась вниз, стала менее явной, но все же весьма назойливой;
- # боль сопровождается подъемом температуры, падением давления и увеличением пульса.

Перечисленные симптомы могут быть проявлениями различных состояний: пищевого отравления, кишечной непроходимости, язвенного кровотечения, острого аппендицита, острого гепатита, желчной колики и многих других – общее у них одно: **необходим осмотр врача, обычно врача «Скорой помощи»**.

Если симптомов тревоги нет, боль непродолжительная, после стула или однократной рвоты она прекратилась и состояние улучшилось, то, вероятно, врач не нужен и можно принять симптоматическое средство, например, дротаверин (но-шпу), антациды или адсорбенты – эти ситуации и препараты подробно описаны в пятой книге этой серии.

#Если острая боль в животе сопровождается лихорадкой, падением давления и с течением времени только усиливается, срочно вызывайте «Скорую». Это может быть опасно для жизни!

В случае если боль неоднократно появлялась раньше, то это боль хроническая, и ее причиной служит одна из болезней, которые мы обсудим в последующих разделах.

Но, допустим, врач «Скорой помощи» вас осмотрел, и ситуация вызвала у него беспокойство. Он доставит вас в приемный покой больницы, имеющей хирургическое отделение. В больнице, особенно в выходные и по ночам, не всегда, к сожалению, все происходит быстро и по оптимальному сценарию. Поэтому рассмотрим основные варианты развития событий, чтобы вы лучше понимали, что происходит, и могли задать врачу правильный вопрос.

Основная задача врача в приемном отделении – понять, есть ли у вас инфекционное заболевание как причина этих симптомов. Обычно он приглашает хирурга, чтобы исклю-

чить хирургические заболевания. Но пока он не уверен, что это не инфекция, вы будете пребывать в палате наблюдения приемного отделения. Здесь вам при необходимости сделают анализы и ультразвуковое исследование, обзорную рентгенографию органов брюшной полости, могут пригласить инфекциониста. Если врачи установят инфекционный диагноз, а состояние не внушает опасений, вам предложат лечиться дома. Если состояние тяжелое, вас должны перевести в инфекционную больницу. Если инфекции нет, вас госпитализируют в хирургическое отделение. Но и здесь операция может быть предложена далеко не сразу или не предложена вовсе. Иногда хирург должен наблюдать несколько часов за течением болезни, чтобы утвердиться с диагнозом и окончательно определить показания к операции. В особенно сложных случаях могут назначить лапароскопию – это мини-операция, при которой в передней брюшной стенке делают прокол, вводят в живот видеокамеру и осматривают его изнутри, выявляя источник проблемы. Если проблема найдена – например, аппендицит или кишечная непроходимость, диагностическая лапароскопия может перейти в лечебную операцию.

Но оставим эти классические хирургические ситуации хирургам и рассмотрим следующий вопрос: «А могут ли приводить на операционный стол состояния терапевтического плана, которые операции не требуют, а только симулируют хирургическую болезнь?»

Да, такие ситуации бывают:

это приступы периодической болезни (периодической средиземноморской лихорадки) – наследственного заболевания, которое связано с национальностью, болеют обычно армяне, евреи, ассирийцы. Болезнь проявляется в повторяющихся приступах боли по всему животу с повышением температуры. В крови повышаются лейкоциты и маркер воспаления – С-реактивный белок. Ситуация очень похожа на хирургическую, но учет национальности, рассказа о повторении стереотипных приступов и наличия похожих болевых эпизодов у ближайших родственников позволят избежать ненужной операции;

приступы боли в животе при геморрагическом васкулите и порфирии. Эти нечастые болезни обычно известны пациенту, и он должен предупредить хирурга о них.

Одну ситуацию, когда может быть сделана необоснованная операция, разберем подробнее на клиническом примере. Подобные ситуации встречаются достаточно часто, а информированность о ней не только пациентов, но и врачей оставляет желать лучшего.



Девушка (25 лет) поступает в хирургическое отделение с жалобами на острую, невыносимой силы боль по всему животу с распространением в таз. Доставлена из аэропорта, прилетела из страны – члена Евросоюза. За границей в течение последних трех месяцев были выполнены две операции: по поводу аппендицита и кисты яичника, операции проводили при подобных приступах боли, но затем боль повторялась вновь. Хирург, осмотрев пациентку, увидел несоответствие между высокой интенсивностью боли и отсутствием симптомов раздражения брюшины, которые всегда сопровождают катастрофы в брюшной полости. Был созван консилиум, и подробный расспрос позволил установить, что приступы боли стали возникать после эмоционального потрясения, которое повторялось перед каждой госпитализацией. Данные анализов и УЗИ не выявили существенных проблем. Консилиум решил воздержаться от диагностической лапароскопии и выдвинул гипотезу о наличии соматоформного расстройства (когда психологическая проблема имитирует заболевания физического тела). Пациентке был внутривенно введен противотревожный пре-

парат (диазепам), и в течение 20 минут боль была купирована и более не повторялась. Последующее лечение, включавшее курс антидепрессантов, пациентка получила у психотерапевта.

Глава 2

Боль и дискомфорт в «желудке»

Эта глава, помимо заявленной темы, содержит понятийный аппарат, который будет использоваться на протяжении всей книги, поэтому прочесть ее особенно важно.

В этой главе мы обсудим боль и дискомфорт выше пупка. Неприятные ощущения в этой зоне обычно бывают по центру, но нередко смещаются вправо или влево.

Начнем с классики. Откроем руководство по внутренним болезням XIX века. Что-то с тех пор несколько не изменилось, а только прочно устоялось и перестало вызывать сомнения. Такой незыблемый столп в гастроэнтерологии – *голодная боль*. Это боль, дискомфорт или неясное ощущение в верхней половине живота, а иногда еще немного вправо от пупка (зона Шоффара), которые проходят или достоверно ослабевают почти сразу после еды.

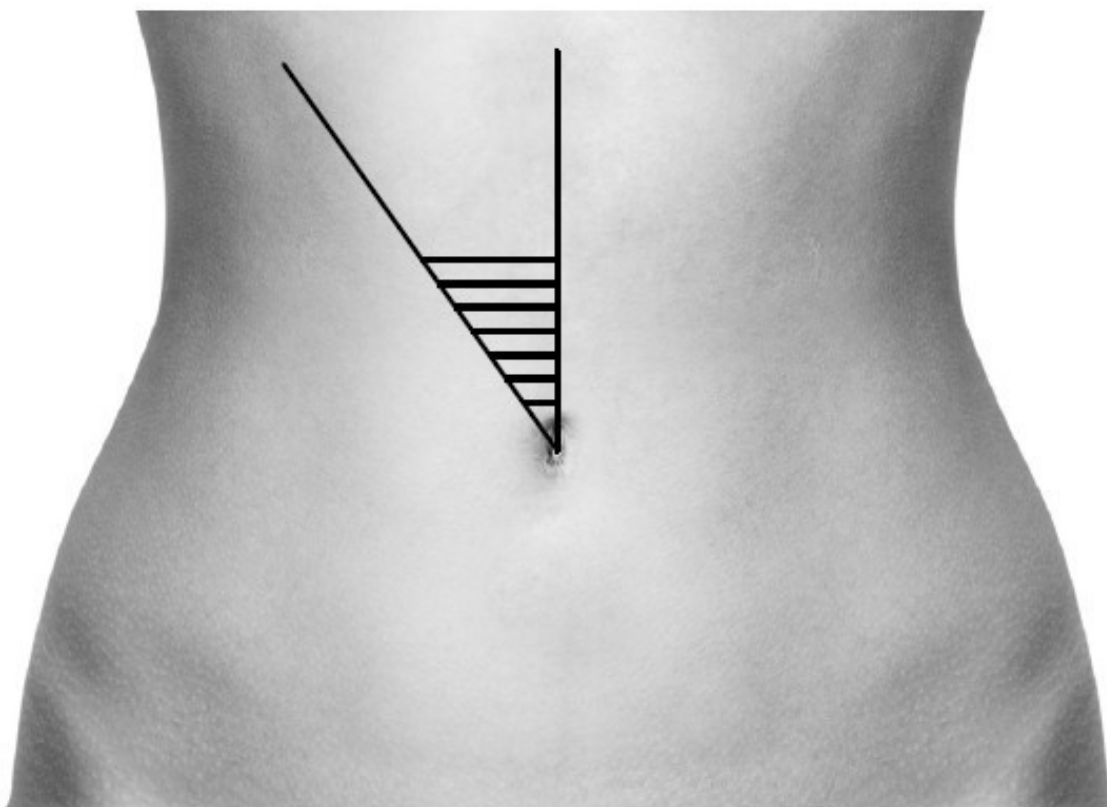


Рис. 1. Зона Шоффара располагается в верхней половине живота, справа от пупка

Нередко этот симптом сочетается с *ночной болью*. Ночная боль – вариант голодной боли. Ночью мы спим и желудок пуст. Обычно голодная боль будит пациента во второй половине ночи или под утро. Старинные книги связывают этот вид боли почти исключительно с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и пилорического (выходного) отдела желудка, более поздние добавили как причину еще и гастрит. Это верный, но далеко не исчерпывающий список. Механизм этой боли понять нетрудно – когда человек сыт, пилорический сфинктер (круговая мышца на выходе из желудка) закрыт, и кислота из желудка не поступает в двенадцатиперстную кишку. Как только желудок закончил свой цикл переваривания, кислота вновь устремляется в двенадцатиперстную кишку и раздражает ее стенку. Но возникает вопрос:

2.1. Почему у одного человека не болит большая язва, а у другого невыносимо болит «маленький» гастрит

Ответить на этот вопрос поможет уже не букинистическая книга, а современный документ, консенсус, который называется «Римские критерии IV». *Консенсус в медицине* – это согласительный документ высшего уровня, для его создания врачи определенной специальности собираются со всего континента, или даже мира, и анализируют всю имеющуюся на сегодняшний день информацию по обсуждаемой проблеме. В результате они получают высоко достоверные рекомендации, лишённые влияния медицинского и фармацевтического бизнеса.

Опираясь на «Римский консенсус IV» пересмотра от мая 2016 г., мы можем ответить на заглавный вопрос: почему при гастроскопии ничего не нашли, а болит сильно? Дело в том, что для формирования боли важен не только факт выброса кислоты в двенадцатиперстную кишку. В норме она тоже туда попадает, но нейтрализуется щелочами кишечного и поджелудочного соков. При этом здоровый человек боли и ее эквивалентов не чувствует. Ключевое значение для восприятия боли играет индивидуальная болевая чувствительность, это настройки болевой системы организма. Иногда они сбиваются, и минимальное воздействие, которое в норме мы не замечаем, воспринимается как боль. Напротив, бывают ситуации, например при сахарном диабете, когда нервные окончания повреждены и пациент не чувствует образования даже крупной язвы. Такая «немая» язва может проявить себя впервые кровотечением или прободением – жизнеугрожающими осложнениями.

#Ученые доказали, что боль в животе во многом зависит от индивидуальной чувствительности пациента. Иногда при «сбое в программе» может болеть вполне здоровый орган. Если сбой произошел на уровне желудка и двенадцатиперстной кишки, врачи его назовут функциональной диспепсией.

Как же называется ситуация, когда язвы и гастрита нет, а боль есть? Это *функциональная диспепсия* – состояние, когда пациента беспокоят разнообразные жалобы в верхней части живота, а при гастроскопии, УЗИ, лабораторных исследованиях никаких проблем не выявляют или выявленные отклонения не могут быть причиной жалоб. «Римские критерии» описывают несколько подвидов функциональной диспепсии, мы не будем разбирать их отдельно, не уверен, что такая сложная классификация полезна даже врачам.

Назовем **основные симптомы**, которые в разных комбинациях встречаются **при функциональной диспепсии**:

голодная боль, а также любая другая боль в эпигастрии (верхней срединной части живота), в том числе боль после еды;

чувство раннего насыщения, ощущение инородного тела в эпигастрии – «как кирпич проглотил»;

изжога;

отрыжка.

Вариант функциональной диспепсии с изжогой мы рассмотрим в соответствующей главе. Здесь попробуем понять, как различить органические заболевания – язву, рак, гастрит и функциональную диспепсию.

Для наглядности попробуем это сделать на примере историй реальных больных.



Пациент, мужчина (25 лет), с 15 лет страдает голодной болью в эпигастрии. Боль возникает 3–5 из 7 дней недели. Умеренной силы, но настойчивая и надоедливая. После еды ненадолго стихает, но обычно не полностью, а только ослабляется. Вынужден есть понемногу, по 6 и более раз в день. Нередко просыпается в 3–5 часов утра с ощущением боли и не может больше заснуть. Постоянная боль, как он думает, привела к подавленному настроению, снижению работоспособности. Мысли о здоровье и вероятной тяжелой, возможно, онкологической болезни, перестали покидать его, он потерял интерес к спорту и игре в преферанс, которые раньше очень любил. Пациент многократно обследовался, проводили разнообразные анализы крови, кала и мочи; гастроскопия, УЗИ органов брюшной полости выявляли «поверхностный гастрит», быстрый Хелик-тест при гастроскопии нашел хеликобактер. Ему провели лечение хеликобактерной инфекции и назначили противокислотный препарат омепразол. Облегчение было, но очень незначительное, что удивляло врача пациента. «Очень странная ваша болезнь! – говорил он. – При большой-то язве такое лечение за три дня помогает, а у вас маленький гастритик, месяц лечим, а толку нет».

Когда такой пациент приходит на прием, его обследовать не приходится, поскольку ему уже выполнили все исследования, предусмотренные «Римским консенсусом», и даже много сверх того. Такой пациент нуждается в одном – осмыслении истории болезни и обследований: болезнь очень длительная, беспокоит часто, боль не сильная, но психологически переносится тяжело, эффективные при язве и гастрите ингибиторы протонной помпы (омепразол, омез, нексиум, париет, контролок, нольпаза, ультоп и т. д.) оказались малоэффективны. При этом есть признаки снижения настроения, апатии и навязчивых мыслей о состоянии здоровья. В таком случае диагноз функциональной диспепсии сомнений не вызывает. Назначаем тот же ингибитор протонной папы в небольшой дозе сроком на два месяца. Назначаем антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина на 6 месяцев и рекомендуем посетить психотерапевта.

2.2. Невидимые связи: зачем гастроэнтеролог назначает антидепрессант

Мы лечим депрессию? Нет, задача другая. Функциональная диспепсия часто ассоциирована с каким-либо психологическим феноменом – депрессией, тревогой, навязчивыми мыслями и действиями, но гастроэнтеролог только высказывает подозрение о наличии такой проблемы и предлагает пациенту посетить психиатра/психотерапевта. Однако антидепрессанты он может назначить самостоятельно и совсем вне связи с депрессией. Они входят в круг рекомендаций «Римского консенсуса» и ряда других. Сугубо гастроэнтерологические препараты высокоэффективны при органической диспепсии (связанной с язвой, гастритом). При функциональной диспепсии они часто требуют поддержки антидепрессанта, нейролептика или противотревожного препарата. Исследования показали, что результаты лечения при таком подходе лучше. Через полгода этот пациент пришел в очередной раз, впервые за 10 лет чувствуя себя здоровым.

Рассмотрим другой случай, когда обследования не было и мы должны составить его план самостоятельно.



Обратился мужчина 55 лет. Жалобы на высокоинтенсивную голодную боль в эпигастрии каждый день в течение 2 месяцев, изжогу, тошноту. Боль ослабляется едой, но много есть пациент не может, боль сменяется чувством мучительной тяжести в желудке. Кроме того, ограничивает себя в выборе продуктов – не ест острое, жирное, кислое, похудел на 10 кг.

Такой двухмесячный эпизод впервые в жизни. Курит 1,5 пачки сигарет в день с подросткового возраста. Отец умер, не дожив до 60 лет, от рака желудка. Лечился только рекомендованными фармацевтом антацидами, которые приносили краткосрочное облегчение.

У этого пациента есть факторы риска органических заболеваний: возраст старше 50, курение, рак желудка у отца. Есть тревожные симптомы: похудание, боль возникла впервые в жизни всего 2 месяца назад.

Назначаем обследование: клинический и биохимический анализ крови, гастроскопию, УЗИ органов брюшной полости, анализ кала на антиген хеликобактера.

В клиническом анализе крови гемоглобин снижен до 110 г/л (должен быть выше 130), СОЭ повышена до 30 мм/ч. В биохимическом анализе резко повышен маркер воспаления С-реактивный белок до 80 мг/л (выше 5 мг/л возникает подозрение на системное воспаление), фермент амилаза, маркер панкреатита, повышен в 2,5 раза, незначительно повышены печеночные ферменты. Анализ кала на хеликобактер положителен. При гастроскопии 3 язвы выходного (пилорического) отдела желудка от 1 до 2 см в диаметре, глубокие, одна из них покрыта гематином, что указывает на состоявшееся кровотечение. Из язв взята биопсия. При УЗИ стенка пилорического отдела желудка утолщена, увеличена головка поджелудочной железы, вокруг них множественные увеличенные лимфоузлы.

В этом случае мы видим массу проблем, ведущая из которых – язвы желудка. И пока мы с уверенностью не можем исключить онкологический процесс в области желудка и поджелудочной железы. У пациента может быть рак желудка, рак поджелудочной железы со вторичными язвами, лимфома желудка. Из неонкологических сценариев самый убедительный – проникновение (*пенетрация*) *язвы желудка* в поджелудочную железу. Это предположение может объяснить все: и высокий С-реактивный белок с амилазой, и увеличение поджелудочной железы с лимфоузлами. Пока ожидаем результата биопсии из язв (которая тоже не 100 %-ный метод диагностики), назначаем противоязвенное лечение с комплексом для уничтожения (*эрадикации*) *хеликобактера*. Это показано и при язве, и при раке желудка, эрадикация позволит предотвратить повторное кровотечение. Такого больного мы госпитализируем, поскольку течение язвы у него осложнено состоявшимся кровотечением и вероятной пенетрацией. Клинический эффект лечения оказался очень хорош – боль прошла в первые сутки. Через 4 дня получаем результат гистологического исследования из краев язв – воспаление и некроз, опухоли нет, обсеменение хеликобактером. На контрольном УЗИ размеры стенки желудка, поджелудочной и лимфоузлов уменьшились. Все это обнадеживает, подтверждаемся в диагнозе язвенной болезни с пенетрацией и кровотечением, но полностью исключить онкопроцесс мы сможем, только вылечив больного. В дальнейшем проводили повторные гастроскопии, УЗИ, компьютерную томографию, повторные биопсии из заживающих язв. Через 2 месяца пациент был здоров. Через месяц после завершения лечения мы тестируем его на хеликобактер повторно, тест отрицательный. А через полгода он пришел с жалобами на неясную монотонную, почти постоянную боль в эпигастрии, при гастроскопии не выявили ничего плохого. Да, язва и связанные с ней эмоциональные переживания не прошли даром, они стали основанием для дебюта функциональной диспепсии.

2.3. Гастрит или функциональные нарушения?

У молодого человека из первого примера при гастроскопии был диагностирован поверхностный гастрит. А в итоговом диагнозе – функциональная диспепсия – гастрит не поминается вовсе. Это произошло, поскольку заключение эндоскописта, поверхностный гастрит можно увидеть чуть ли не у каждого, прошедшего это исследование. Такая ситуация возникла в силу не совсем медицинских причин – от желания пациента получить результат при обследовании (как же так, врач ничего не увидел!) до нежелания страховых компаний оплачивать нерезультативные исследования. В результате «поверхностный гастрит» в переводе на русский язык теперь звучит как «практически здоров».

#Поверхностный гастрит – это не заболевание, а «отметка» в карте больного для всеобщего спокойствия: пациент был проверен по всем правилам!

Значит ли это, что гастрит уже не актуальный диагноз? Нет, это не так. Но набор симптомов, который в наших поликлиниках обычно объясняют гастритом, на самом деле проявление функциональной диспепсии. При этом истинный гастрит – диагноз гистологический, когда при биопсии из желудка выявляют признаки воспаления и атрофии. При этом может вообще ничего не болеть или могут быть симптомы, похожие на язву или функциональную диспепсию. Но в отличие от функциональной диспепсии они хорошо контролируются классическим лечением – ингибиторами протонной помпы и эрадикацией хеликобактера. Причин гастрита много – токсический при злоупотреблении алкоголем, лекарственный, аутоиммунный, но самый распространенный – хеликобактерный. Об этом в следующей главе.

Глава 3

Хеликобактерная инфекция (*H. pylori*): насколько она ужасна и заразна

3.1. Можно ли гастрит победить диетой? Вся правда о лечебном питании

Говоря о *H. pylori*, начну издалека, с конца XIX века, когда в желудках животных, а в 1906 году и человека были обнаружены «спирохеты». Их много раз видели на месте преступления – в язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, иногда пытались их привлечь как преступников, но доказательств всегда не хватало, и они уходили от ученых преследователей. Постепенно инфекционная теория язвенной болезни и гастрита стала считаться устаревшей и не модной, а ее последователи чуть ли не отщепенцами. С 1930-х годов и до самого последнего времени доминировало представление, что причина язвы и гастрита – плохое питание и нервный стресс. Изучению этих причин язвы были посвящены тысячи научных работ. В этом направлении работали НИИ питания АМН СССР и несколько институтов гастроэнтерологии. Эта теория доминировала во всем мире, но в СССР хорошее, калорийное «лечебное» питание, помимо медицинского, приобрело идеологический оттенок. Руководитель клиники Института питания профессор М.И. Певзнер создает знаменитую систему лечебных диет, состоящую из 15 основных столов и десятков их вариантов. Она была призвана обеспечить сохранение здоровья, работоспособности и обороноспособности советского человека, а если он заболеет – скорейшее его возвращение в строй строителей коммунизма. Диетическая система стала обязательной для больниц и санаториев. В разных городах открывались столовые и магазины лечебного питания. Обычная, не лечебная, система общепита тоже не избежала влияния этой моды – вся жизнь советского человека стала измеряться калориями, процентом содержания жиров и количеством витаминов. Язве и гастриту были посвящены сразу несколько «столов» системы М.И. Певзнера. Интересен тот факт, что лечение диетами по Певзнеру официально сохранялось до 2003 года, когда Минздрав выпустил новый приказ о лечебном питании. Однако и это помогло мало, ведомственные больницы и санатории не изменили старой системе, государственные и муниципальные больницы привели наименования «столов» в соответствие с требованиями приказа, но содержание их изменилось мало. Это все та же меню-раскладка, рекомендуемая Институтом питания, имеющая в своей основе разработки М.И. Певзнера почти столетней давности. Сама система Певзнера создавалась в те годы, когда еще не существовало достоверных критериев оценки влияния продуктов на здоровье, поэтому она глубоко умозрительна и отражает только представления ученых начала прошлого века о физиологии питания.

#«Столы» Певзнера – устаревшая на 100 лет система лечебного питания, которая не имеет никакого отношения к реальной жизни.

Реальные факты о влиянии питания на здоровье человека стали появляться только в 1950-х годах на основании данных Фремингемского исследования, начатого в 1948 году и длящегося по сей день. В рамках этого исследования проходит наблюдение за жизнью и медицинскими показателями жителей одноименного американского городка. Предмет исследования был много шире влияния только диеты на здоровье, но именно в этом исследовании было впервые доказано вредное влияние холестерина, гиподинамии, курения и, напротив, защитное действие малых доз алкоголя и безопасность регулярного употребле-

ния кофе. К настоящему моменту есть уже десятки хорошо спланированных исследований о влиянии пищи на здоровье. В обсуждаемом нами аспекте влияния диеты на течение язвы гастрита и функциональной диспепсии обнаружено не было.

3.2. Инфекционная природа гастрита и язвы

Когда австралийские врачи Marshall B.J. и Warren J.R в 1983 году провели ряд экспериментов, убедительно доказавших связь хеликобактерной инфекции с язвой и гастритом, включая эксперименты на себе с самозаражением, медицинская общественность их приняла далеко не сразу. Идея об инфекционной природе язвы и гастрита настолько не вмещалась в сознание докторов тех лет, что безупречные исследования не были приняты к публикации в ведущих медицинских журналах. Эти данные были опубликованы только через год, когда эксперименты повторили независимые исследователи из других стран. После первой публикации количество исследований в этой области стало нарастать как снежный ком, и уже исчисляется тысячами, однако во врачебную практику это новое знание приходило с огромным трудом.

Ситуацию с лечением хеликобактер-зависимых заболеваний и сейчас в России нельзя назвать удовлетворительной, и, думаю, корни этого все еще лежат в конфликте двух концепций происхождения язвенной болезни – нутритивной (питание) и инфекционной, – которые еще борются в головах некоторых врачей. Вспоминая себя в конце 1990-х, могу сказать, что, отлично зная результаты изучения хеликобактера, как и большинство российских врачей того времени, понимал их головой, но не принимал сердцем. Назначал антибиотики при язве с некоторым удивлением по отношению к самому себе. Однако мне этот внутренний конфликт помог преодолеть случай – у меня время от времени болел желудок, с чем я боролся курсами ингибиторов протонной помпы. Но однажды я заболел гайморитом, и курс омепразола совпал с назначением антибиотика кларитромицина. С тех пор после непредумышленного убийства хеликобактера проблем с желудком, а также внутреннего конфликта по поводу эрадикации хеликобактера у меня нет.



Я на личном опыте убедился, что при применении «противохеликобактерного» антибиотика проблемы с желудком уходят.

Но настало время от лирической части этого повествования перейти к фактам. Они изложены в «Европейских консенсусах «Маастрихт IV» (2012 год) и «Маастрихт V» (2017 год) и глобальном «Киотском консенсусе» (2015 год) – это международные соглашения, в которых врачи приходят к единому мнению относительно необходимых анализов при диагностике заболеваний.

«Киотский консенсус» во многом связан с Японией. В этой стране люди особенно подвержены раку желудка и колоректальному раку, а потому экспертам свойственна особенная онконастороженность и готовность принимать более жесткие решения в отношении скрининга и профилактики рака, чем это принято в Европе. Поэтому их решения не всегда подходят для европейских пациентов.

Ниже представлены ответы на наиболее часто задаваемые вопросы, касающиеся хеликобактер-ассоциированных заболеваний (подробнее – моя статья в Медицинском вестнике, 2016, № 20 – Эрадикация *H. pylori* – как это делать в России).

Кому нужен тест на хеликобактерную инфекцию

Поголовное тестирование клинически и экономически не оправдано.

#Тестировать нужно:

- пациентов с диспепсией;
- тех, кто принимает или собирается длительно принимать НПВС (нестероидные противовоспалительные средства – диклофенак, ибупрофен, кеторол, мелоксикам и т. д.), а также аспирин, в том числе в малых дозах;
- пациентов с язвами желудка и/или двенадцатиперстной кишки любой степени давности;
- пациентов с атрофическим гастритом (акцентирую внимание на атрофии, хотя в период после «Маастрихт» показано, что не менее важны гистологически выявляемые кишечная метаплазия и активный гастрит, особенно захватывающий большую площадь желудка);
- пациентов с железодефицитной и В₁₂-дефицитной анемией;
- родственников первой степени родства пациентов с раком желудка;
- пациентов, длительно принимающих ингибиторы протонной помпы (ИПП), например по поводу рефлюксной болезни;
- пациентов с MALT-лимфомой желудка.

Если у этих пациентов выявили хеликобактер, его необходимо уничтожить (эрадикаровать). Поголовное лечение, как и тестирование, не нужно.

«Киотский консенсус» значительно расширяет этот круг – рекомендуют тестировать всех, даже здоровых людей, взрослых и детей старше 12 лет. Поскольку единого мнения на этот счет пока нет, в последней главе этой книги я сформулировал собственную средневзвешенную позицию, в которой постарался преодолеть имеющиеся противоречия между «Маастрихтским» и «Киотским» консенсусами.

3.3. Кого лечить не надо

Не следует тестировать родственников пациентов с выявленным хеликобактером. Это оправданно только у самых близких родственников (родители, дети, братья и сестры) больных раком желудка. Если у члена вашей семьи выявлен хеликобактер, лечить всю семью до третьего колена не только не нужно, но и опасно риском осложнений антибиотикотерапии без надежды получить какую-либо пользу. Очень многие люди носят хеликобактер у себя в желудке, но их генетические особенности таковы, что он не приносит им вреда. А неоправданная антибиотикотерапия может вызвать грозное заболевание – антибиотик-ассоциированный колит, не считая других побочных эффектов. Перечень ситуаций, когда хеликобактера выгоднее уничтожить, чем мириться с ним, перечислен выше.

Не нужно тестировать пациентов с рефлюксной болезнью. Хеликобактер не играет роли в развитии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Однако при многомесячном приеме ингибиторов протонной помпы (ИПП), для того чтобы избежать развития атрофического гастрита у инфицированных хеликобактером лиц, в начале лечения все же показана эрадикация.

«Киотский консенсус» предлагает поголовное тестирование в популяциях с высоким риском рака желудка. Это мы обсудим в соответствующей главе.

3.4. Методы тестирования и лечения

Можно часто не только услышать, но даже прочитать в научных журналах перечня ВАК, что золотой стандарт выявления хеликобактера – это гистологический и цитологический методы. Понятно, нас же со времен Пирогова этому учили. На самом деле гистологический и цитологический методы обладают высокой специфичностью, но низкой чувствительностью. То есть велик риск не найти хеликобактер, когда он на самом деле есть. Гистологические и цитологические методы нужно применять по прямому назначению – для оценки воспаления, предраковых и раковых процессов, если при этом заодно выявят хеликобактер – это дополнительный бонус. **Современный золотой стандарт: *13С дыхательный тест и определение антигена хеликобактера в кале моноклональными антителами.* Эти методы неинвазивны, высокочувствительны, специфичны и недороги.**

#NB! Подмена понятий! Часто для пациента дыхательный тест – это любое исследование на хеликобактер, где нужно дуть в трубочку, но под именем дыхательного теста могут скрываться совершенно разные методики. 13С дыхательный тест с меченой 13С изотопом углерода мочевиной выполняется едва ли в десяти частных и государственных научных организациях по всей стране. Из всех видов дыхательных тестов только он упоминается во всех международных согласительных документах и национальных рекомендациях. Тот дыхательный тест, который вы встретите везде, от сельской амбулатории до федерального центра, – это почти всегда Хелик-тест, при котором используется в качестве реактива обычная мочевина без 13С радиоактивной метки. Тест намного дешевле, не требует дорогостоящей аппаратуры, зарегистрирован Минздравом, имеет патент на изобретение. Но внимание – тест не имеет ничего общего с 13С дыхательным тестом, упоминаемым в «Маастрихтском консенсусе», исследования его чувствительности и специфичности лично меня и многих моих коллег не удовлетворяют по методологическому уровню. Независимые от производителя исследования показывают, что специфичность Хелик-теста существенно ниже 50 %. В практике я его не применяю, и в международных рекомендациях его нет.

С тестом на антиген хеликобактера ситуация много лучше – его выполняют многие сетевые лаборатории, но акцентирую внимание, это не ПЦР, а именно хроматография антигена с моноклональными антителами. Здесь важен преаналитический (долабораторный) этап, если все сделать правильно по требованиям лаборатории – получите максимальную чувствительность и специфичность.

Для городов, удаленных от медицинской лабораторной инфраструктуры, самым надежным и доступным по-прежнему остается тест на определение антител к хеликобактеру класса G в крови. Подчеркну, что антитела других классов использоваться для этих целей не должны и тест предназначен только для первичной диагностики, а для контроля лечения он не годится.

Быстрые урезанные тесты надлежащего качества могут быть использованы при гастроскопии. В России рынок принадлежит Хелпил-тесту, который не исследован должным образом по международным стандартам доказательной медицины. По крайней мере, в базе данных PubMed из почти 4000 публикаций о быстрых урезанных тестах со всего мира, нет ни одного про Хелпил-тест. Своим пациентам я его не рекомендую. Аналоги импортного производства в наших больницах встречаются крайне редко, поэтому, по моему мнению, на данном этапе этим методом следует пренебречь.

Как лечат хеликобактер

Любой курс эрадикации не дает 100 %-ного результата. Примерно 15 % пациентов потребуется повторное лечение. В развитых странах ведется мониторинг резистентности хеликобактера к определенным видам антибиотиков, и для разных местностей рекомендации могут отличаться. В России есть отдельные исследования в отдельных социальных группах некоторых городов, и экстраполировать их на общую популяцию рискованно. К сожалению, продажа любых антибиотиков без рецепта, традиции назначения антибиотиков при лечении ОРВИ, практика использования антибиотиков резерва как препаратов первой линии в амбулаторных условиях, позволяют нам предполагать, что Россия – это регион с высокой резистентностью хеликобактера к стандартной терапии. Поэтому разумно брать верхние планки рекомендаций «Маастрихтского консенсуса».

Первичная терапия: кларитромицин + амоксициллин + омепразол (или любой аналог) – все вместе принимать 14 дней. «Маастрихт IV», в отличие от третьего, допускает добавление к этой схеме висмута субцитрата (де-нола). По причинам, изложенным выше, считаю это оправданным.

Терапия второй линии: меняем кларитромицин на левофлоксацин, остальные компоненты те же.

Если есть непереносимость амоксициллина, используем тетрациклин, или, что доступнее, доксициклин.

Есть и другой вариант лечения: назначаем на 5 дней ИПП с амоксициллином с переходом во второй половине лечения на ИПП + тинидазол + кларитромицин.

Это наиболее часто назначаемые схемы, но могут быть и другие.



Важно: никогда не лечитесь антибиотиками самостоятельно. Это опасно для здоровья! Правильную схему лечения может назначить только врач.

Ни одна схема лечения не может длиться менее 10 дней, она должна содержать два антибиотика и ингибитор протонной помпы. Если какое-либо из этих условий не соблюдено, лечение вряд ли будет эффективным. Выше изложена общая информация. В каждом конкретном случае показания к эрадикации, выбор схемы и длительности лечения должен определять только врач.

Терапия третьей линии требует посева хеликобактера из биоптата желудка с определением чувствительности к антибиотикам. В России рутинно этот метод недоступен. Это делается единично в научных программах. Пока ни одна сетевая лаборатория данный метод не освоила. В этой связи нам остается вновь проводить эмпирическую терапию с висмутом, используя антибиотики, которые ранее не применяли, или направлять пациента в зарубежные клиники.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.