ОЛЬГА КОПЫЛОВА

Ведущая программы «Посоветуйте, доктор!» на канале «Радио России», автор бестселлеров

ЖЕЛУДОК И КИШЕЧНИК

СОВЕТЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ВЕДУЩИХ ВРАЧЕЙ

Заболевания желудка и кишечника:

- Хеликобактер пилори – виновник язвы и гастрита
- Осторожно, антациды!
- Атрофический гастрит и рак желудка
- Ферментная недостаточность
- Рефлюксная болезнь

Исследования желудка и кишечника:

- Гастроскопия без боли и страха
- Колоноскопия: существует ли альтернатива?
- Исследование кишечника с помощью эндоскопической видеокапсулы
- Не опасно ли делать гастроскопию сердечнику?

«ПОСОВЕТУЙТЕ, ДОКТОР!»

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ: ВСЕ САМОЕ НОВОЕ И ЭФФЕКТИВНОЕ

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Посоветуйте, доктор

Ольга Копылова

Желудок и кишечник. Советы и рекомендации ведущих врачей

«Эксмо»
2016

УДК 616.3
ББК 54.13

Копылова О. С.

Желудок и кишечник. Советы и рекомендации ведущих врачей / О. С. Копылова — «Эксмо», 2016 — (Посоветуйте, доктор)

Доктор из телевизора настойчиво советует: «Изжога? Выпей лекарство – и все пройдет! Запор? Прими слабительное и забудь о проблеме!» Однако гастриты и запоры, от которых страдает добрая половина человечества, отнюдь не столь безобидны, как многие считают. При несвоевременном лечении они могут привести к развитию онкологических заболеваний. Цепочку: гастрит с Хеликобактер пилори – атрофия слизистой оболочки желудка – рак желудка – сейчас прослеживают во всем мире. К счастью, в наши дни появилась возможность эту цепочку прервать. Об эффективных методах лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта расскажет эта книга.

УДК 616.3
ББК 54.13

© Копылова О. С., 2016
© Эксмо, 2016

Содержание

Предисловие от редакции 6
Вступление 9
Глава 1 10
Хеликобактерпилори 11
Ваготомия и открытие блокаторов 12
Нестероидные противовоспалительные препараты – виновники язвы 13
Как лечат язву сегодня 14
Споры вокруг антацидов 15
Когда желудок напуган 16
Питание: нужно ли щадить желудок? 17
Вопросы – ответы[1] 18
Глава 2 20
Как облегчить процесс исследования 21
Новое в эндоскопических исследованиях 23
Вопросы – ответы 24
Глава 3 28
Лактазная недостаточность 29
Непереносимость, вызванная углеводами 30
Непереносимость грибов 31
Непереносимость зерновых продуктов 32
Целиакия 33
Непереносимость продуктов питания у ребенка 35
Риски развития аутоиммунных заболеваний ЖКТ 36
Конец ознакомительного фрагмента. 37

Ольга Копылова
Желудок и кишечник: советы и рекомендации ведущих врачей

Внимание! Информация, содержащаяся в книге, не может служить заменой консультации врача. Необходимо проконсультироваться со специалистом перед совершением любых рекомендуемых действий.

Во внутреннем оформлении использованы иллюстрации: mamanamsai / Shutterstock.com

Используется по лицензии от Shutterstock.com

Предисловие от редакции

Уважаемые читатели!

Серия книг «Посоветуйте, доктор!» составлена по материалам популярной передачи «Радио России» «Посоветуйте, доктор!». Ее ведет любимая миллионами ведущая Ольга Копылова. Это одна из самых рейтинговых и авторитетных программ по медицине в нашей стране: с 2006 года она выходит на государственном канале «Радио России» в прямом эфире в субботний прайм-тайм – с 13:10 до 14:00 по московскому времени.

За годы существования программа снискала любовь и доверие слушателей, завоевала заслуженный авторитет у российских и зарубежных представителей медицины. Ее ценят как пациенты, так и врачи.

Это одна из немногих медицинских программ, которая глубоко и масштабно освещает проблемы и достижения нашей медицины. В программе в приоритетном порядке поднимаются вопросы государственной важности, рассказывается о борьбе с такими серьезными социально значимыми заболеваниями, как болезни сердечно-сосудистой системы, туберкулез, злокачественные новообразования, диабет. В прямом эфире активно обсуждаются вопросы репродуктивного здоровья, охраны здоровья матери и ребенка, здоровья детей. Ведущая и участники программы рассказывают о внедрении инновационных методов диагностики и лечения, медицинской реабилитации, об оснащении учреждений здравоохранения современной техникой, об обеспечении лекарствами. Каждый новый выпуск программы ждут и с интересом слушают пациенты и врачи из всех регионов России и за рубежом.

Автору и ведущей программы Ольге Копыловой удалось объединить вокруг программы и привлечь к сотрудничеству наиболее авторитетных врачей и ученых, руководителей профильных медицинских центров России. Они достойно представляют отечественную медицину в эфире главной государственной радиостанции страны.

В программе неоднократно выступали и делились своими рекомендациями со слушателями мэтры отечественной медицины, в том числе:

Адамян Лейла Владимировна – академик РАН, главный акушер-гинеколог России, заместитель директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова;

Акчурин Ренат Сулейманович – мэтр отечественной кардиохирургии, академик РАН, руководитель отдела сердечно-сосудистой хирургии Российского кардиологического научно-производственного комплекса;

Байбарина Елена Николаевна – д.м.н., профессор, главный специалист-неонатолог России, директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения;

Богородская Елена Михайловна – д.м.н., профессор, директор Московского научно-практического центра борьбы с туберкулезом, главный фтизиатр ДЗМ;

Бойцов Сергей Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, главный специалист России по профилактической медицине, директор Государственного научного центра профилактической медицины;

Бокерия Лео Антонович – академик РАН, директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, президент Лиги здоровья нации;

Веселкин Николай Петрович – ученый-физиолог, доктор биологических наук, профессор, академик РАН, директор Института эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН в Санкт-Петербурге;

Гинтер Евгений Константинович – академик РАН, директор Государственного медико-генетического научного центра;

Готье Сергей Владимирович – академик РАН, директор Института трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова, главный трансплантолог России;

Дземешкевич Сергей Леонидович – кардиохирург с мировым именем, доктор медицинских наук, профессор, директор Российского научного центра хирургии им. акад. Петровского;

Каприн Андрей Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, директор Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена;

Карамов Эдуард Владимирович – ученый-вирусолог с мировым именем, доктор биологических наук, профессор, руководитель Лаборатории иммунохимии НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского и Лаборатории молекулярной биологии ВИЧ в ГНЦ «Институт иммунологии», один из разработчиков отечественной вакцины против ВИЧ;

Козловская Инесса Бенедиктовна – создатель школы космической медицины в России, создатель Школы гравитационной физиологии движений, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заведующая Лабораторией гравитационно-сенсорномоторной физиологии и профилактики Института медико-биологических проблем РАН;

Коновалов Александр Николаевич – знаменитый нейрохирург с мировым именем, академик РАН, директор Института нейрохирургии имени академика Бурденко, президент Ассоциации нейрохирургов России;

Краснопольский Владислав Иванович – член-корреспондент РАН, профессор, директор Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии;

Кубышкин Валерий Алексеевич – академик РАН, директор Института хирургии им. А.В. Вишневского;

Медведев Святослав Всеволодович – д.б.н., член-корреспондент РАН, директор Института мозга человека в Санкт-Петербурге;

Медведева Ирина Васильевна – член-корреспондент РАН, проректор по научной работе, заведующая кафедрой госпитальной терапии Тюменской медицинской академии;

Насонов Евгений Львович – выдающийся российский ученый, академик РАН, президент Ассоциации ревматологов России, директор Института ревматологии РАН;

Неробеев Александр Иванович – специалист с мировым именем в области реконструктивной хирургии, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пластической и челюстно-лицевой хирургии Российской медицинской академии последипломного образования, главный специалист Медицинского центра Президента России;

Пискунов Геннадий Захарович – член-корреспондент РАН, зав. кафедрой оториноларингологии Российской медицинской академии последипломного образования, главный оториноларинголог МЦ Управления делами Президента РФ;

Покровский Анатолий Владимирович – академик РАН, президент Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, президент Европейского общества по сосудистой хирургии, руководитель отделения хирургии сосудов Института хирургии им. А.В. Вишневского;

Рошаль Леонид Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, президент Национальной медицинской палаты, член Совета при Президенте РФ по содействию развитию институтов гражданского общества и по правам человека, председатель Международного комитета помощи детям при катастрофах и войнах, эксперт Всемирной организации здравоохранения;

Сухих Геннадий Тихонович – академик РАН, директор крупнейшего в стране Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова;

Терновой Сергей Константинович – академик РАН, руководитель отделения томографии Института клинической кардиологии им. Мясникова Российского кардиоцентра, заведующий кафедрой лучевой диагностики ММА им. Сеченова;

Хубутия Анзор Шалвович – профессор, главный трансплантолог Москвы, президент Межрегионального общества трансплантологов, директор Научно-исследовательского института скорой помощи им. Склифосовского;

Чазова Ирина Евгеньевна – профессор, член-корреспондент РАН, директор Института клинической кардиологии им. Мясникова Российского кардиологического научно-производственного комплекса, Президент Российского медицинского общества по артериальной гипертонии;

Чучалин Александр Григорьевич – академик РАН, главный терапевт России, директор Научно-исследовательского института пульмонологии;

Шабалин Владимир Николаевич – академик РАН, директор Российского геронтологического научно-клинического центра;

Янковский Николай Казимирович – член-корреспондент РАН, профессор МГУ им. Ломоносова, директор Института общей генетики им. Вавилова, член Всемирного Совета организаций по исследованию генома человека.

Программа уделяет особое внимание поддержанию обратной связи со слушателями. С гостями программы регулярно организуются встречи. На эти встречи может прийти любой слушатель и очно задать вопросы лучшим представителям отечественной медицины. Многих пациентов со сложными и редкими заболеваниями из отдаленных регионов России, которые обращаются в программу «Посоветуйте, доктор!» за помощью, ведущая и гости программы помогают определить на бесплатное лечение в лучшие клиники страны. На базе ведущих государственных клиник страны программа регулярно организует бесплатные акции и мероприятия для слушателей: диагностические дни, встречи с известными специалистами, школы здоровья.

Теперь и вы сможете стать участником всех этих акций, познакомиться с новейшими достижениями мировой и отечественной медицины, освоить уникальные прикладные методики оздоровления: гимнастики, диеты, лечебные тренировочные курсы. Авторами этих методик самооздоровления являются известные врачи. Все это вы найдете на страницах серии книг по материалам программы «Посоветуйте, доктор!». Серия составлена ведущей программы Ольгой Копыловой.

Это продолжающаяся серия – следите за новинками!

Вступление

Когда в 2005 году австралийским ученым Барри Маршаллу и Робину Уоррену была вручена Нобелевская премия за открытие микроба, вызывающего гастрит и язву желудка, многие скептически восприняли эту новость. Ранее считалось, что желудок стерилен и бактерии не могут жить в нем из-за присутствия там соляной кислоты. А виновницей возникновения язвы желудка считали все ту же кислоту, оказывающую неблаготворное влияние на стенки желудка в условиях стресса и неправильного питания у генетически предрасположенных к этому заболеванию людей.

Чтобы доказать мировому научному сообществу, что язва и гастрит могут иметь инфекционное происхождение, Барри Маршалл решил заразить себя опасной бактерией и выпил культуру Helicobacter pylori. Вскоре после этого коллеги обнаружили у него типичные для гастрита симптомы, а из образца слизистой желудка ученого выделили злополучную бактерию. Таким образом, связь между этими бактериями и воспалениями желудка была доказана. Затем Маршалл сумел продемонстрировать, что он в состоянии излечить свой недуг – с помощью 14-дневного курса лечения антибиотиками. Пробирка, из которой Маршалл выпил культуру Helicobacter pylori, сейчас находится в Нобелевском музее в Стокгольме.

Нарушения пищеварения, расстройства кишечника – проблемы, с которыми сталкивается в течение своей жизни каждый. Диарея, запоры – интимные темы, с которыми не все спешат отправляться к врачу. Между тем эти проблемы могут сигнализировать о куда более серьезных заболеваниях. Как оставаться здоровым? Что предпринять, чтобы сохранить здоровыми и нормально функционирующими органы пищеварения? Книга, которую вы держите в руках, рассказывает обо всем самом важном и актуальном, что связано с желудком и кишечником.

Глава 1
Болезни органов пищеварения

Гостем одной из программ «Посоветуйте, доктор!», посвященных заболеваниям системы пищеварения, стал один из наиболее авторитетных гастроэнтерологов нашей страны, академик РАН, заслуженный деятель науки и заслуженный врач РФ, директор Клиники внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, главный гастроэнтеролог Министерства здравоохранения РФ Владимир Трофимович Ивашкин. Он рассказывал о том, как развивалась гастроэнтерология до открытия бактерии Helicobacter pylori, что случилось после и как новые знания помогают лечить хронический гастрит и язву желудка.

Хеликобактерпилори

Вручение Нобелевской премии австралийским ученым за открытие Helicobacter pylori было важным событием, но его можно назвать последним из целого ряда важных открытий. Что предшествовало открытию Helicobacter и что случилось после выявления бактерии, ответственной за гастрит и язву желудка?

Нобелевская премия, присужденная Маршаллу и Уоррену десять лет назад, действительно стала последним событием в очень интересной истории изучения функциональных особенностей желудка. Первая Нобелевская премия на этом пути непрерывных исследований принадлежит Ивану Петровичу Павлову. Павлов получил ее в 1904 году за то, что впервые обосновал важную роль блуждающего нерва – так называемого nervus vagus – в регуляции желудочной секреции. Он показал, что ***именно стимуляция блуждающего нерва является тем фактором, который стимулирует и продукцию соляной кислоты.*** В этом ему помогли остроумные и очень тонкие эксперименты на собаках. Язвенная болезнь в то время переносилась ужасно. Огромное количество желудочных резекций, тяжелейшие длительные периоды обострений. Больные просто катались от боли, не спали ночами. И единственное, что было доступным в тот период для лечения, – это антациды – лекарства, которые понижают кислотность.

На основании исследований Ивана Петровича Павлова американский хирург и физиолог Лестер Драгстед, который познакомился и подружился с Павловым в 1936 году на Всемирном съезде физиологов в Москве, предложил операцию ваготомии.

Ваготомия и открытие блокаторов

Ваготомия – это перерезание, перевязка блуждающего нерва, которая помогает снять избыточную стимуляцию желудочной секреции. Эта операция Драгстеда получила в середине прошлого века всеобщее распространение и примерно до 1975 года широко применялась во всех странах. Затем после открытия блокаторов Н2-гистаминовых рецепторов сэром Джеймсом Блейком, за что он тоже получил Нобелевскую премию, в практику вошли ***блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов.*** Они существенно изменили терапевтическую тактику в отношении язвенной болезни и всех состояний, связанных с гиперацидностью, то есть с избыточной продукцией соляной кислоты.

Следующим этапом явилось создание блокаторов протонной помпы Н+К+-АТФазы. Блокаторы протонной помпы существенно угнетают желудочную секрецию. Это было очередным шагом на пути успешного лечения гастрита и язвы. В этот период возникла концепция, что без кислоты не может быть язвы. Нет кислоты – нет избыточной секреции, нет язвы. Но вот последнее открытие австралийских ученых показало, что, помимо кислоты, существует микроб, который, оказывается, в состоянии обитать в очень кислой среде, ведь в желудке соляная кислота очень концентрированная.

Нестероидные противовоспалительные препараты – виновники язвы

Так возник постулат, что без кислоты и Helicobacter pylori нет язвы. Правда, сейчас существует параллельная теория. Скажем, Helicobacter уничтожена, а язва все равно есть, например у женщины, страдающей головными болями, болезненным предменструальным синдромом и принимающей нестероидные противовоспалительные препараты. Или у пожилого пациента, принимающего их по разным причинам, в том числе в комбинации с другими ингредиентами. Можно с уверенностью сказать, что без кислоты и нестероидных противовоспалительных препаратов нет язвы. Поэтому, когда противники теории заявляют, что у кого-то нет Helicobacter, а язва есть, сначала необходимо посмотреть, есть ли в жизни этих людей нестероидные противовоспалительные препараты. Даже их эпизодическое применение может повлиять на стенку желудка. Все вышесказанное относится как к гастритам химической природы, так и к аутоиммунным гастритам.

Как лечат язву сегодня

В подавляющем большинстве случаев обострения язвы желудка сегодня снимаются очень быстро. Врачи применяют ингибиторы протонной помпы в сочетании с антибиотиками – десятидневный курс. Этого обычно достаточно, если пациенты строго придерживаются рекомендаций врача. У пациентов, соблюдающих врачебные предписания, удается добиться результата почти в 100 % случаев. Те, кто слушается доктора, практически полностью излечиваются по этой схеме.

Применение данного лечения привело к тому, что резко уменьшилось число хирургических вмешательств. Чаще всего проблему удается решить исключительно терапевтическими методами.

Сегодня язва желудка лечится двумя основными группами препаратов. Прежде всего врачи убирают Helicobacter pylori, если она есть (а чаще все-таки есть), и одновременно применяют препараты, которые нейтрализуют действие соляной кислоты, уменьшают ее выработку.

Споры вокруг антацидов

Антациды – всем известные препараты, которые нейтрализуют соляную кислоту. Рекламу этих препаратов можно ежедневно видеть по телевизору. Но в медицинском научном сообществе уже не одно десятилетие обсуждают вопрос целесообразности их использования.

Выяснилось, что недостаток соляной кислоты – одна из причин возникновения и развития рака желудка и других тяжелых желудочных заболеваний. Поэтому вопрос стоит так: уменьшая количество соляной кислоты, не приносим ли мы больше вреда, чем пользы? Какие есть ограничения и тонкости в использовании антацидов, чтобы как минимум не навредить здоровью?

Сегодня медицина кардинально изменилась. В 70-е годы прошлого века для лечения больных язвенной болезнью врачи имели только атропин и антациды. Тогда было очень важно использовать все возможности антацидов, потому что атропин до бесконечности вводить было нельзя из-за побочных эффектов.

В лечении язвы атропин действовал как фармакологическая ваготомия, потому что, блокируя продукцию ацетилхолина, он приводил к уменьшению желудочной секреции. Врачи старались убрать лишнюю соляную кислоту из желудка любым путем.

Антациды, собственно, до нынешней поры существуют в двух вариантах: невсасывающиеся и всасывающиеся. К невсасывающимся антацидам относится, например, фосфалюгель. Всасывающиеся – это антациды, действующей основой которых являются ионы кальция и бикарбонат. В самом простом виде очень мощным антацидом является питьевая сода. Невсасывающиеся антациды обладают меньшей кислотосвязывающей емкостью.

Помимо нейтрализующего эффекта, антациды обладают еще способностью ускорять эвакуацию пищи из желудка. Поэтому они используются у пациентов с задержкой эвакуации.

Наверное, каждый человек, выпив после плотного обеда полстакана боржоми или другой минеральной воды с большим содержанием бикарбонатов, чувствует облегчение. Это происходит не только за счет нейтрализации кислоты, но и за счет ускорения эвакуации избыточной пищевой массы. На отдыхе, на курорте для улучшения самочувствия люди также пьют воду с большим содержанием бикарбонатов. Это лучший ответ на вопрос о роли антацидов и главный козырь в спорах вокруг них. Не вызывает сомнений, что они могут принести пользу при разумном применении.

Когда желудок напуган

О психосоматическом характере некоторых гастроэнтерологических заболеваний разговоры идут давно. Врачи давно поняли, что на нервной почве усиливается секреция желудочного сока, повышается моторика желудочно-кишечного тракта, появляются спазмы. Но только недавно, когда появились новейшие диагностические технологии, стало возможным это доказать.

Психосоматика, базирующаяся на искаженном павловском учении, в Советском Союзе носила драматический оттенок. Довольно длительное время врачи должны были все, что ни происходило с пациентами, какие бы болезни они ни изучали, обосновывать кортико-висцеральными связями. Раз имеется очаг возбуждения, улавливаемый с помощью современной технологии, то обязательно имеется кортико-висцеральная связь. Она есть, безусловно. Но кортико-висцеральные связи – это связи управления функцией. В настоящее время существует относительно небольшое число синдромов или заболеваний в гастроэнтерологии, в которых кортико-висцеральная, или психологическая, составляющая играет значительную роль. Например, это функциональное расстройство желудка в форме неязвенной диспепсии. Или синдром раздраженной кишки, или синдром раздраженного желчного пузыря. Так же как в урологии, существует синдром раздраженного мочевого пузыря. Но наличие кортико-висцеральных связей нельзя определять как причину того или иного заболевания.

У пациентов, гастроэнтерологические недомогания которых связаны с функциональными расстройствами и симптомами, необходимо искать причинные связи. И их, как правило, можно отыскать в детстве. Чаще всего это неблагоприятные отношения в семье или разные формы насилия по отношению к ребенку.

И тогда функциональные расстройства приобретают довлеющее значение, и психолог встает рядом с гастроэнтерологом, рядом с терапевтом, чтобы разобраться в сложных предшествующих факторах, которые повлияли на изменение функций. Очень часто функциональные расстройства возникают как защита от окружающего враждебного мира. Враждебный мир семьи пациенты переносят потом на все свое окружение. И те приспособления, которые они находили в семье в детстве для того, чтобы защитить себя, они «изобретают» снова, на подсознательном уровне. Узкая зона комфорта заставляет их защищаться. И это не имеет отношения к язвенной болезни или гастриту.

Язвенная болезнь желудка иногда возникает, обостряется на фоне стресса, если продолжает существовать Helicobacter. Если вылечить Helicobacter, никакой стресс не страшен. Но есть другие язвы! Солдаты идут в бой, возвращаются, им делают гастроскопию – у 50 % острый эрозивный гастрит. А если этого солдата ранили, то у него эрозии и язвы кровоточащие. Его выводят с поля боя, безо всякого лечения у него все это исчезает. Это стрессорная язва.

Питание: нужно ли щадить желудок?

Часто можно услышать от врачей, что нужно щадить желудок. Многие доктора даже специальные щадящие диеты предлагают. И другая крайность – не щадить, а питаться всем подряд. И если, например, что-то убрать из рациона, это может привести к тому, что будет плохо работать желудочно-кишечный тракт. Что мы не используем, то мы теряем.

Как нужно правильно питаться в целях профилактики, чтобы по возможности избежать заболевания желудочно-кишечного тракта? Щадить желудок или, наоборот, нагружать?

Первый принцип – чем разнообразнее питание, тем лучше. Питание должно быть максимально разнообразным.

Второй принцип – питание должно быть регулярным. Регулярность питания даже важнее качественного состава блюд, которые человек употребляет.

Желудочно-кишечный тракт – это система очень сложных биоритмов. И если мы приучились завтракать, обедать и ужинать в одно время, это очень важно для желудочно-кишечного тракта, для его оптимальной работы, для синхронизации, для отлаженное™ системы пищеварения.

Хорошо изучен, например, сердечный ритм. Возбуждение сердца происходит по его проводящей системе – мышечной узловой ткани. Эта ткань состоит из синоатриального и атриовентрикулярного узлов. В первом из этих узлов возникают электрические импульсы – они вызывают сокращение сердца.

Дальше импульсы проходят через предсердия и возбуждают второй узел. Затем через пучок Гиса и волокна Пуркинье возбуждение распространяется на оба желудочка, вызывая их сокращение. И сердце бьется ровно.

И то же самое есть во всех системах! Свой пейсмейкер, водитель ритма, есть и в желудке, и в двенадцатиперстной кишке! Желудочный водитель ритма передает импульсы водителю ритма двенадцатиперстной кишки. Он регулирует тонкую кишку. И вот этот ритм задается правильно и мощно, только когда соблюдается регулярность питания.

Третий принцип – надо научиться считать калории. Средняя калорийность рациона в сутки должна составлять 1500–1800 ккал. При этом в рационе обязательно должно быть достаточное количество белка, белка животного – мясные продукты, рыбные.

Предпочтение должно быть отдано рыбным продуктам, если речь идет о лечебном питании. Обязательно достаточное содержание овощей и фруктов – основных поставщиков витаминов и клетчатки.

Придерживаясь указанных принципов, можно поддерживать желудочно-кишечный тракт на очень хорошем функциональном уровне до глубокой старости.

Вопросы – ответы[1]

Атрофический гастрит. Что это такое?

В желудке миллионы желудочных желез. Они представляют собой микроскопические ямки, в которых находятся клетки. Часть клеток продуцирует пепсин, часть – соляную кислоту, а часть – слизь.

Атрофия – это процесс, который уменьшает содержание функционирующих клеток в этих железах желудка.

Бывают разные причины атрофии. Но это всегда процесс, который может привести к дальнейшим изменениям – метаплазии и дисплазии. Поэтому атрофический гастрит – это гастрит, который требует особого внимания. И надо выяснять его причины.

Может ли нелеченый атрофический гастрит привести в дальнейшем к возникновению тяжелых заболеваний, в том числе и раковых?

Если у пациента есть инфекция Helicobacter pylori и если на этом фоне у него диагностируют атрофический гастрит, то вероятность развития у этого пациента более тяжелых изменений – дисплазии или даже рака желудка – существует. Из 100 пациентов с атрофическим гастритом и инфекцией Helicobacter pylori примерно у двух-трех существует угроза развития рака желудка. На первый взгляд это немного. Но в масштабах страны это очень много. Каждый пациент, конечно, должен решать для себя, будет он играть с судьбой или все-таки обратится к врачу, для того чтобы убрать Helicobacter pylori и защитить себя от возможного развития тяжелых заболеваний.

Мне поставили диагноз «эрозивный гастрит», ассоциируемый с Helicobacter pylori. И еще у меня букет желудочно-кишечных болезней. И, кроме того, хронический панкреатит в стадии обострения, который ставят мне уже в течение года. Может ли Helicobacter влиять на такое длительное течение этого обострения и что делать?

Если у пациента Helicobacter-ассоциированный эрозивный гастрит, то нужно пойти на прием к гастроэнтерологу. Гастроэнтеролог после предварительного исследования (в зависимости от того, насколько свежи медицинские данные) назначит курс терапии с включением антибиотиков.

У меня проблема с желудочно-кишечным трактом, и очень давно. У меня поверхностный энтерогастрит, недостаточность кардии и привратника. Был эрозивный гастрит, и я прямо по постели каталась от боли. Обострение хронического панкреатита, хронический гастродуоденит. Даже легче сказать, чего у меня нет. Что вы мне можете подсказать? Помогите, пожалуйста.

[1] Ответы на вопросы пациентов давали врачи на эфирах программы «Посоветуйте, доктор!». – *Прим. ред.*

Этот случай не является исключением. Пациент входит в довольно большую группу лиц с подобными жалобами и проявлениями. Во-первых, надо определить, есть ли у больного гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Это определяется довольно просто. Испытывает человек изжогу или нет? Во-вторых, надо определить, есть ли у больного Helicobacter pylori. Если его не лечили, то она наверняка существует и необходимо провести курс терапии. Ну и, в-третьих, надо обратить внимание на стиль пищевого поведения пациента, характер и стереотип питания. Это очень важные вопросы.

Глава 2
Эндоскопические исследования ЖКТ

Каждый из нас хоть раз в жизни проходил гастродуоденоскопию – малоприятное исследование желудка, в ходе которого пациентам предоставляется возможность побывать в роли иллюзиониста, заглатывающего различные несъедобные предметы. Только в этом случае предлагается проглотить не шпагу и не бильярдный кий, а трубку длиной около метра и диаметром до полутора сантиметров.

При каких заболеваниях проводятся эндоскопические исследования? Зачем они нужны? Когда они необходимы? Как к ним правильно подготовиться и как их достойно пережить?

На эти и другие вопросы в программе «Посоветуйте, доктор!» отвечала врач-практик, заведующая эндоскопическим отделением 15-й Московской городской больницы им. Филатова, хирург-эндоскопист высшей категории, кандидат медицинских наук Валентина Алексеевна Бурова.

Если вы страдаете заболеваниями желудочно-кишечного тракта и вам предстоит пройти в диагностических или лечебных целях эндоскопическое исследование, или, как говорят в народе, «проглотить трубку», эта глава для вас.

Любые праздники, а особенно новогодние, – стресс для органов пищеварительного тракта: обильная ночная трапеза под аккомпанемент спиртных напитков. Врачам известна печальная статистика: именно в новогодние дни больничные койки заполняются полностью, причем в самых разных отделениях, и дежурным врачам скучать не приходится. С какими диагнозами поступают больные после обильных застолий? В этот период поступают больные с желудочно-кишечными кровотечениями, заболеваниями поджелудочной железы – острым панкреатитом, холециститом.

Многие язвенники хорошо осведомлены о том, что им можно есть и в каком количестве, но в праздники почему-то эта информация забывается. Больной с язвенной болезнью в принципе понимает, что язва – это рана и большое количество пищи, сдобренной чесноком, острыми приправами, кетчупами, соусами, ему противопоказано. Реакцией на такие блюда могут стать желудочные кровотечения.

В 15-ю больницу в течение года поступает около 1000 больных с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение, причем из них около 200 человек, как правило, с активным кровотечением, которое угрожает их жизни. В этой ситуации огромная роль отводится эндоскопической службе. Врачи стараются остановить кровотечение, не прибегая к операции, – такими методами, как орошение различными препаратами, радио-, фото- и тепловые коагуляции. Если это не удается, больной попадает на операционный стол.

Больной язвенной болезнью должен всегда помнить, что шипучие напитки ему противопоказаны. Несоблюдение этого правила может привести не только к кровотечению, но и к прободению язвы! К таким неприятным последствиям в отдельных случаях может привести бокал шампанского, пепси-колы или минеральной воды с газом.

Как облегчить процесс исследования

Иногда эндоскопическое исследование предлагают провести под анестезией. Ведь глоточный рефлекс у всех развит по-разному. Есть люди, которые даже в процессе чистки зубов испытывают рвотные позывы.

Если вам предстоит эндоскопическое исследование, если у вас повышенная чувствительность, если вы никак не можете справиться со своим эмоциональным состоянием, поговорите с врачом, попросите его провести вам исследование под анестезией.

Обычно перед эндоскопическим исследованием врачи рекомендуют своим пациентам сделать кардиограмму. Без кардиограммы не проводят гастроскопию людям старше 40 лет, потому что, когда эндоскоп движется по пищеводу, всегда идет рефлекс из пищевода на сердце. Если, скажем, у женщины тахикардия, то у нее будет еще более частый пульс. Желудочно-кишечный тракт и сердечно-сосудистая система связаны. Мужчинам в возрасте после 54 лет также обязательно нужно сделать кардиограмму до проведения гастроскопии, даже тем, у кого не было раньше инфарктов.

При повышении артериального давления у человека не всегда болит голова, а вот дискомфорт в области желудка и кишечника ощущается явственно. Люди, у которых повышенное давление, знают, что может начаться отрыжка, появятся газы как первый признак того, что повышается артериальное давление.

Когда врач проводит эндоскоп по пищеводу, происходит нагнетание воздуха, и этот рефлекс идет от пищевода к сердцу. Врач должен иметь представление о состоянии сердечно-сосудистой системы пациента – поэтому и даются рекомендации предварительно сделать кардиограмму.

Самым главным сосудом в организме человека является аорта**, **которая имеет и грудной, и брюшной отделы. Поэтому люди, у которых повышается давление, могут чувствовать его повышение таким образом – у них появляются боли, ощущение распирания в подложечной области. Иногда приходят пациенты и говорят: «Сделайте мне гастроскопию, потому что у меня такие неприятные симптомы». Однако эти ощущения не всегда связаны с гастроэнтерологическими заболеваниями.

При гипертонической болезни, высоком давлении гастроскопию нужно делать осторожно, только в тех случаях, когда это крайне необходимо. Потому что при заглатывании аппарата давление может повышаться.

Удивительно, но, прежде чем лечить заболевание сердечно-сосудистой системы, нужно привести в порядок желудочно-кишечный тракт. Иногда причиной повышения артериального давления являются запоры, которыми страдают, в частности, люди пожилого возраста.

Состояние нервной системы человека обуславливает все процессы в организме. Ведь если у человека запоры, значит, где-то, скорее всего, есть спазмы. Нередки случаи, когда человек приходит на прием к врачу с жалобами на боли в желудке, но обследование не выяв-

ляет болезни. Больному выписывают но-шпу, боли проходят. То есть не запоры обуславливают повышение артериального давления, а состояние нервной системы.

С жалобами к гастроэнтерологу приходят не только больные, но и здоровые люди. Часто в процессе обследования выясняется, что основная проблема пациента – его нервный статус.

Жизнь человека сопряжена со стрессами, а реакцией на стресс может быть боль. Но боли в подложечной области не обязательно означают, что болит желудок. Это может быть и дискинезия желчевыводящих путей, и хронический панкреатит, и даже камни в почках могут давать такую боль! Существует масса заболеваний, которые симулируют заболевания желудочно-кишечного тракта.

По статистике невроз сердца и невроз желудка – два самых распространенных невроза. Ощущения в области желудка и сердца при этом самые неприятные. Человек, у которого развился такой невроз, может ощущать и боли, и газы, и распирание, и несварение желудка, при этом органы желудочно-кишечного тракта у него могут быть в порядке.

Причина язвенной болезни и многих других заболеваний ЖКТ до сих пор до конца не ясна. Существует очень много диагностических признаков, по которым можно предположить наличие язвенной болезни. У гипертоников, как правило, бывает не настоящая язвенная болезнь, а лекарственная язва, полученная вследствие приема большого количества препаратов.

Новое в эндоскопических исследованиях

Проглатывание трубок во время проведения эндоскопических исследований вскоре станет просто историческим медицинским фактом, и будущим поколениям не придется испытывать это сомнительное удовольствие. В ряде клиник (в том числе и в российских) уже проводятся исследования желудочно-кишечного тракта с помощью уникального устройства – эндоскопической видеокапсулы. Как правило, микрокапсулу используют для исследования тонкого кишечника.

Это крохотный одноразовый аппарат в виде небольшой таблетки размером с крупную витаминку, который содержит в себе микровидеокамеру и собственный источник света. Пациент проглатывает крошечную капсулу как таблетку, запивает ее водой и спокойно отправляется по своим делам. Пока видеокапсула путешествует по его желудочно-кишечному тракту, а это происходит в течение приблизительно восьми часов, изображение записывается с помощью специального устройства, закрепленного на поясе пациента.

Пока это исследование, конечно, довольно дорогое, не всем оно по карману, но в недалеком будущем оно станет доступным практически каждому. Мы видим, какими шагами движется научно-технический прогресе, так что недалек тот час, когда мы будем приходить к врачу-эндоскописту как на праздник. Справедливости ради надо сказать, что далеко не все врачи с восторгом приняли эту новинку. Многие из них предупреждают падких на рекламу пациентов, что при таком виде эндоскопического исследования в значительной степени страдает его информативность. Исследование с помощью эндоскопа гораздо точнее. Поэтому как самостоятельное исследование видеоэндоскопия редко используется.

Вопросы – ответы

У меня ребенок четвертый год (ему сейчас 16) болен болезнью Жильбера. И у него постоянно повышенный билирубин. Мы никак не можем справиться с этой проблемой. Он сидит на желчегонных.

Это совершенно безобидное состояние – синдром Жильбера, который характеризуется повышением билирубина. Не надо по этому поводу никаких специальных желчегонных принимать. Постепенно с возрастом проявления синдрома Жильбера смягчаются. Самым лучшим средством является фенобарбитал. В такой ситуации можно использовать валокордин. В нем содержится небольшое количество фенобарбитала. Ребенку можно давать на ночь 10 капель валокордина. Фенобарбитала, содержащегося в этих 10 каплях, вполне достаточно для того, чтобы у него снимались вегетативные симптомы и уменьшалась выраженность желтухи. Это только информация к размышлению. Напоминаем, что любые назначения вам должен сделать ваш лечащий врач.

Возможна ли замена таких неприятных процедур, как: эндоскопия, на аппаратное исследование типа УЗИ? В прошлом году на одной медицинской выставке была представлена аппаратура, благодаря которой можно провести все исследования, не проникая в организм человека. Будет ли такая аппаратура в обычных поликлиниках? Существует ли какая-то альтернатива гастроскопии?

Безусловно, альтернатива существует. Прежде всего это рентгенологический метод. Все дело в том, что при гастроскопии врач-эндоскопист видит слизистую глазом, а у каждого метода есть свой диагностический предел. Например, имеется большая язва в луковице двенадцатиперстной кишки. Но если язва очень большая и занимает всю стенку луковицы, то рентгеновский метод может не выявить такую язву. Ультразвук – хороший метод исследования, но он плохо видит полые органы, поэтому УЗИ двенадцатиперстной кишки или желудка не очень информативны. Если это большая опухоль, ее можно увидеть, но проблемы поменьше, язвы например, можно упустить. Но эти два метода не исключают друг друга. В некоторых случаях, когда врач делает гастроскопию, параллельно он рекомендует сделать УЗИ или рентгенологическое исследование. Есть такие опухоли под слизистой, которые не всегда можно увидеть эндоскопически. Но, если у человека острое состояние, желудочное кровотечение, ни один метод не заменит гастроскопию, поскольку врач должен увидеть источник кровотечения.

Ни для кого не секрет, что раньше больной с любым кровотечением сразу попадал на операционный стол, а какое кровотечение – желудочное или кишечное, узнавали в процессе полостной операции. Сейчас же благодаря гастроскопии в некоторых случаях операции удается избежать. Эндоскопический метод помогает хирургу принять верное решение и сделать разрез в нужном месте.

В Японии такие исследования, как гастроскопия, колоноскопия или даже бронхоскопия, делаются каждому застрахованному гражданину независимо от состояния его здоровья. Зачем это делается и неужели здоровые люди по собственной воле идут на это?

Это делается в целях профилактики. Каждый человек должен проходить диспансерный осмотр ежегодно. При гастроскопии и бронхоскопии порой находят заболевания, о которых

больной и не подозревал. Например, полипы в желудке, которые не дают клинической картины. Это случайная находка. Вот поэтому в Японии и проводятся диспансерные осмотры. Это очень хорошо, поскольку тот же рак на ранней стадии не так опасен, с ним можно эффективно бороться. Если, например, застрахованный европеец в положенный срок не пройдет необходимое исследование, его лишают медицинской страховки. Европейцы боятся потерять страховку и поэтому очень законопослушны. Они регулярно посещают врача, и у них вовремя диагностируют опасные заболевания, в том числе онкологические.

К сожалению, всеобщая диспансеризация с включением эндоскопических исследований в России едва ли возможна, потому что элементарно не хватает аппаратуры. Мы пользуемся в основном японской аппаратурой. Закупаем обычно «Олимпус» – эта компания была одним из первых производителей данных аппаратов. Есть и американские, и немецкие аппараты, но «Олимпус» объективно лучший инструмент. Диаметр трубок варьируется. Шесть-семь миллиметров – самые маленькие, детские. Иногда такими аппаратами проводят исследования и взрослым. Конечно, их глотать удобнее, но с ними не всегда удобно работать. Допустим, нужно удалить полип: через канал эндоскопа необходимо провести инструмент определенной величины, определенной длины. Порой приходится работать с двухканальными эндоскопами, там диаметр – 12–13 миллиметров.

Три месяца назад я перенесла инфаркт, лежала в больнице. Сейчас я чувствую себя неважно, у меня тахикардия. После сильного отравления я регулярно ложилась в больницы с проблемами желудка, и на мне проводили разные исследования. Все это тяжелые процедуры. Как мне быть теперь? Через какое время после инфаркта можно делать эндоскопию?

Если вопрос касается подозрения на кровотечение, то даже в остром состоянии инфаркта обязательно проводят гастроскопию, но очень щадящими методами. В описанной ситуации достаточно один раз в течение года проверять состояние желудочно-кишечного тракта.

Мне 68 лет. 20 лет назад у меня в первый раз открылась язва, через два года – еще две язвы. Я лечилась в больнице, потом три года ездила лечиться в Ессентуки. Потом в течение 15 лет я периодически делала гастроскопию – у меня язвы не находили. Если ничего не беспокоит, нужно ли проверяться? В последний раз я делала гастроскопию три года назад, я соблюдаю диету, спиртными напитками не злоупотребляю.

Совсем не обязательно делать эндоскопию регулярно, если нет клинических проявлений, нет обострения. Если человек столько лет страдал язвенной болезнью, то он знает, как она протекает, как проявляется. Если пациента ничего не беспокоит, проверяться не обязательно. Не всегда язва – это язвенная болезнь. Бывают язвы стрессовые, которые, однажды появившись как реакция на какой-то стресс, после лечения исчезают совсем. Есть язвы острые, которые являются следствием заболеваний почек, сердечно-сосудистой системы. И в данной ситуации лечение основного заболевания может привести к полному заживлению язвы (и гастроскопию потом постоянно делать совершенно не обязательно).

Другое дело, если у вас язвенная болезнь желудка, которая с каждым годом осложняется, обостряется зимой или летом – у каждого индивидуально. Язвенная болезнь практически всегда сопровождает человека на протяжении всей его жизни. Здесь нужно регулярно обследоваться, чтобы не допустить обострения или даже развития онкологического заболевания.

У меня трижды была диагностирована язва двенадцатиперстной кишки. Потом прошло какое-то время, язва в состоянии ремиссии. 20 лет прошло – у меня все в порядке, ничего не беспокоит. А врачи утверждают, что язвенная болезнь – это на всю жизнь… Еще вопрос: в инструкции по применению некоторых лекарств рекомендуется не применять их при язвенной болезни, в некоторых – при язвенной болезни в состоянии обострения. То же самое с лекарственными травами. Насколько это серьезно? Надо ли обращать на это внимание?

Истинная язвенная болезнь остается на всю жизнь, и существуют специальные препараты, которые больной должен применять пожизненно.

Если обострений давно не было, можно предположить, что это была не классическая язвенная болезнь, а острая или стрессовая язва. Если же обострения бывают регулярно весной или осенью, тогда человек принимает специальные препараты в профилактических целях. В острых случаях больной принимает другие препараты. Да, некоторые препараты при язве противопоказаны, например нестероидные противовоспалительные средства. Они могут вызвать обострение язвы.

Насколько оправдан риск применения колоноскопии? Я слышала о крайне неудачных последствиях этой процедуры.

Колоноскопия – это осмотр всей толстой кишки, начиная от прямой и заканчивая началом тонкой кишки. Если врач не смог полностью осмотреть кишку, это объясняется либо строением самой кишки, либо результатом каких-то манипуляций на брюшной полости, последствием операций. Порой играет роль и нервный статус человека, когда врач просто не может продвинуть эндоскоп из-за спазмов, особенно это касается исследования толстой кишки. Дело может быть не только в спазмах, но и в строении самой сигмовидной кишки. Она S-образна и образует дополнительные петли, которые бывает очень трудно расправить. Поэтому иногда осмотр бывает просто невозможен. Или, как следствие полостных манипуляций, сигмовидная кишка приросла к месту операции. Тогда проведение колоноскопии невозможно, делают ирригоскопию – рентген толстой кишки.

Некоторые опытные врачи практически безошибочно ставят диагнозы пациентам еще до обследования, только взглянув на них. И, как правило, их предположения подтверждаются в процессе гастроскопии. Как это удается?

Многолетняя врачебная деятельность позволяет по некоторым внешним признакам пациентов делать какие-то выводы. Определенное строение человека, его конституция порой обуславливают наличие тех или иных заболеваний. Предположим, человек имеет склонность к полноте. Значит, он может страдать гипертонической болезнью, запорами, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Что такое грыжа? Пищевод находится у человека в грудной клетке, а желудок – в брюшной полости. Грудная клетка отделяется от брюшной полости диафрагмой. В диафрагме есть отверстие, через которое пищевод проходит в брюшную полость. Когда человек полнеет, диафрагма становится выше и отверстие, через которое проходит пищевод, расширяется. Таким образом, кардиальный жом расширяется, и содержимое желудка при определенных условиях может поступить в пищевод. Возникают отрыжки, изжога… Иногда эти грыжи

бывают очень сильными, и человеку приходится делать операцию. Лучше сильно не полнеть!

Если человек высокого роста, очень худой приходит на колоноскопию, врач знает, что эта процедура будет и для него, и для врача тяжелым испытанием. Поскольку у таких людей, как правило, длинная кишка, и сигмовидная в том числе. У него опущенный желудок в виде крючка, который располагается в малом тазу, у такого человека, скорее всего, будет атрофия слизистой… Когда врач просто говорит с пациентом, слышит его жалобы, видит, как он относится к своему заболеванию, он заранее предполагает какие-то проблемы со здоровьем.

У *меня диагноз «эрозивный рефлюкс-эзофагит». После каждого приема пищи я ощущаю дискомфорт. Скажите, пожалуйста, чем можно облегчить мое состояние?*

Скорее всего, у вас грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Дело в том, что такое заболевание, как правило, является результатом грыжи. Есть препарат париет, который все сейчас прекрасно знают. Предполагаю, что он может вам подойти. Но в первую очередь необходимо обратиться к врачу, который вас посмотрит, увидит результат гастроскопии и выпишет необходимый препарат. Мы можем только давать информацию. А лечащий врач прописывает лекарство.

Моей дочке 12 лет. Недавно ей поставили диагноз «острый гастрит». Ее беспокоят давящие боли вокруг пупка. Какое обследование вы нам посоветуете?

Ребенку стоит пройти колоноскопию. Потому что боли вокруг пупка не характерны для заболеваний желудка. Нужно пройти это обследование, чтобы исключить заболевание толстой кишки. Хотя рекомендовать, не видя больного, крайне сложно. Острый гастрит не может быть постоянно острым. Острый гастрит свидетельствует об остром состоянии, сильных болях. Гастрит может быть хроническим.

Месяц назад меня положили в больницуподозрениемием на аппендицит. Аппендицита не обнаружили. Направили в гинекологию – в гинекологии тоже ничего не нашли. Через полмесяца мне сказали, что у меня что-то с почками – расширение лоханки. Температура долгое время держалась на отметке 37. Я сдала много разных анализов. Оказалось, что задействована поджелудочная железа и есть проблемы в желудочно-кишечном тракте. Что мне делать, к какому специалисту пойти?

Прежде всего вам нужно обратиться к гастроэнтерологу, чтобы решить вопрос с поджелудочной железой. Нужно обязательно сделать ультразвуковое исследование. Бывает, что функциональные изменения со стороны кишечника провоцируют боли. Поджелудочная железа может вырабатывать недостаточно ферментов.

Глава 3
Непереносимость продуктов питания

Актуальные вопросы сегодняшней гастроэнтерологии включают в себя пищевую непереносимость, такие заболевания, каклактазная недостаточность и целиакия, скрытые формы ферментопатии, лечебное питание, набирающая популярность в мире палеодиета. На эти и другие темы в программе «Посоветуйте, доктор!» мы говорили со специалистами Московского клинического научно-практического центра Департамента здравоохранения Москвы: заслуженным врачом Российской Федерации, вице-президентом Научного общества гастроэнтерологов России, руководителем отдела патологии кишечника, доктором медицинских наук, профессором Аскольдом Ивановичем Парфеновым; доктором медицинских наук, старшим научным сотрудником отдела патологии кишечника Еленой Анатольевной Сабельниковой; заведующим лабораторией биотерапии отдела патологии кишечника, доктором медицинских наук Олегом Владимировичем Князевым.

Предки современного человека были охотниками и собирателями. Более двух миллионов лет назад, в эпоху палеолита они питались кореньями, плодами, травами и мясом животных, которых добывали на охоте. И только в десятом тысячелетии до нашей эры происходит неолитическая сельскохозяйственная революция. Начинают развиваться земледелие и скотоводство, благодаря чему в рационе нашего пращура появляются два новых продукта: зерновые и молоко домашних животных.

Именно с этими продуктами связаны наиболее распространенные ферментопатии и болезни, развивающиеся из-за отсутствия или недостатка в организме ферментов, необходимых для переваривания того или иного продукта. По мнению некоторых ученых, за 12 тысяч лет система пищеварения человека так и не успела полностью приспособиться к молоку и зерновым.

Таким образом существуют некоторые продукты питания, которые человек употребляет ежедневно, но в отношении которых не всегда задумывается о том, что они могут вызывать неприятные симптомы и пищевую непереносимость.

Лактазная недостаточность

Далеко не все продукты в одинаковой степени могут вызывать неприятные симптомы – аллергические реакции или ферментопатии. Важно выяснить, употребление в пищу каких продуктов чаще всего нарушает пищеварение и какие именно проблемы они вызывают.

Чаще всего из ферментопатий встречается лактазная недостаточность – гиполактазия, непереносимость молока. Молоко – это первый продукт питания, с которым человек встречается в своей жизни. Постепенно к нему может развиваться непереносимость. Выдающийся физиолог Александр Михайлович Уголев считал, что природа распорядилась так, что младенец, достигший года, сам начинает отказываться от питания, а не продолжает употреблять грудное молоко. Постепенно активность лактазы – фермента, расщепляющего молочный сахар, – угасает. Тогда ребенок постепенно сам менее охотно начинает пить грудное молоко. Такая гипотеза до сих пор не потеряла значимости. Но все-таки активность лактазы достаточно высокая, поэтому человек может практически всю жизнь употреблять этот продукт.

Считается, что у человека гиполактазия, когда он может переносить менее одного литра молока в сутки. Это большая доза – 50 граммов лактозы. Если человек ее переносит, значит, его пищеварительная система отлично справляется. На свете немного людей, которые могут переносить больше литра молока в день. Взрослые стараются сами отходить от молока.

От врачей можно услышать, что молоко в пожилом и особенно старческом возрасте употреблять вообще вредно. Но никакого вреда молоко не приносит. Оно содержит исключительно полезные компоненты: кальций, связанный с белком. Если человек не будет употреблять молоко и молочные продукты, то ему обеспечен остеопороз – ломкость костей. Если человек переносит молоко, то он должен его пить – в тех разумных пределах, которые не вызывают у него неприятных симптомов, таких как вздутие, урчание, внезапный понос. Так проявляется гиполактазия. Эта ферментопатия может проявляться в разной степени – от непереносимости большого количества молока до полной его непереносимости.

Непереносимость, вызванная углеводами

Углеводы расщепляют ферменты – дисахаридазы[2]. Они тоже быстро могут выходить из строя при различных патологических состояниях. И тогда может появляться непереносимость определенных продуктов, содержащих углеводы.

[2] Дисахаридазы – группа ферментов, ответственных за расщепление сахара; локализуются в слизистой оболочке тонкой кишки. – *Прим. ред.*

Непереносимость грибов

Нередко встречается непереносимость грибов. Случается, что больные попадают в инфекционные больницы или токсикологические центры с подозрением на острое отравление грибами. На самом деле может и не быть никакого отравления. Так может протекать непереносимость грибов.

Просто переварить их человек не может. Есть такой фермент – трегалаза. Трегалаза – специфический фермент, осуществляющий гидролиз углевода трегалозы, который содержится в грибах, водорослях и насекомых.

В пище европейского населения источником трегалозы являются грибы и водоросли.

Многие люди знают, что грибы они употреблять не могут, и объясняют это «аллергией на грибы». На самом деле речь идет не об аллергии, а о ферментной недостаточности.

Непереносимость зерновых продуктов

Очень актуальна проблема с неперевариванием зерновых продуктов. Сейчас много говорят о глютеновой недостаточности. Все чаще у людей выявляют глютеновую непереносимость. Поражает статистика: в США, например, шесть человек из 100 страдают глютеновой непереносимостью.

После того как в США и Европе стала модной безглютеновая диета, знаменитые люди соблюдали ее и худели на ней, они начали прислушиваться к себе и заметили, что те продукты, которые содержат зерновые, – хлеб, мучные продукты – на них плохо влияют. Без них многие стали чувствовать себя значительно лучше!

Зерновые продукты убирают из рациона или ограничивают в том случае, если человек хочет соблюдать низкокалорийную диету. Эти продукты не показаны при ожирении.

На пике моды диет для похудания выяснилось, что зерновые еще и ухудшают самочувствие и что без них многим гораздо легче. Люди сами себе начали назначать эту диету. Когда же решили посчитать, сколько на самом деле людей, которые не обследованы, а просто на практике убедились, что им от зерновых становится хуже, таких оказалось очень много! Отсюда и появились эти 6 %, в действительности четких статистических данных пока нет. Больше известна распространенность заболевания под названием «целиакия». И эти данные подтверждены исследованиями. Но это совершенно другое заболевание.

Целиакия

Механизм развития целиакии не связан с ферментами. Это заболевание больше связано с поломкой иммунной системы. Это тоже непереносимость глютена, но здесь уже задействован кишечник и имеется серьезная воспалительная реакция.

Целиакия, или глютеновая энтеропатия, – это заболевание, характеризующееся нарушением пищеварения, вызванное повреждением ворсинок тонкой кишки некоторыми пищевыми продуктами, содержащими определенные белки – глютен (клейковину) и близкие к нему белки злаков (авенин, гордеин и др.). Они содержатся в пшенице, ржи, ячмене, овсе. Заболевание аутоиммунное, может передаваться по наследству.

Целиакия распространена достаточно широко. В Европе в последнее время проводилось много эпидемиологических исследований. По данным таких исследований, в среднем 1 % населения в Европе и Америке страдает целиакией. То есть болен один человек из 100.

Это заболевание за рубежом хорошо изучено, выработана система его лечения. Там хорошо известно, что такое безглютеновая диета. В любом ресторане или кафе есть безглютеновое меню, в обычных магазинах представлена масса безглютеновых продуктов. В силу серьезности заболевания строго отслеживается соблюдение производителями кодекса, который обязывает их проверять любой продукт на глютен и его следы, обязательно давать информацию об этом на этикетке.

Целиакия впервые была описана ведущими педиатрами мира – ведь это заболевание в основном встречается в активной форме у младенцев, когда их отнимают от груди и они начинают питаться прикормом. Появляется первый контакт с глютеном – с пшеницей, рожью, ячменем, – и развивается тяжелейший недуг, который проявляется проливными поносами, истощением, большим животом.

Ранее считалось, что ребенок страдает рахитом, но сейчас стало понятно, что под диагноз «рахит» могла попасть и нераспознанная целиакия. У детей целиакия проявляется в тяжелой форме достаточно редко, это примерно один больной на тысячу, а у взрослых заболевание протекает в более мягкой форме, развивается на фоне стрессов, других заболеваний, инфекций. Начало заболевания у взрослых проявляется, как правило, в острой кризовой форме с поносом, истощением и синдромом нарушенного всасывания. Часто заболевание остается нераспознанным. Больному ставят диагноз «хронический гастроэнтерит», и он с ним живет всю жизнь, не подозревая, что у него целиакия.

Специалисты подчеркивают, что 20 лет назад больным ставили в основном два диагноза – колит и энтерит.

Сейчас появился третий диагноз – целиакия. Это заболевание лечится диетой – только диетой. Однако нельзя себе это лечение назначать самостоятельно. Врач может узнать, есть ли у человека целиакия, только в том случае, если пациент перед этим не сидел на безглютеновой диете.

Есть, правда, формы целиакии, которые резистентны к диете (не поддаются лечению диетой), но из всех больных целиакией это всего 5 %. А 95 % прекрасно себя чувствуют на диете. Но вот решить, у человека непереносимость глютена или имеется целиакия – аутоиммунное заболевание, ауто-агрессия, можно только после специального обследования.

Что произойдет, если человек, начитавшись советов в Интернете, сам назначил себе безглютеновую диету и убрал из своего меню зерновые? И решил, что, если ему станет легче, он на правильном пути и врач ему не нужен? К сожалению, такое самоназначение может исказить результаты дальнейшего исследования в медучреждении и плохо повлиять на организм.

Если человек без медицинского исследования садится на безглютеновую диету, будет очень сложно и даже невозможно установить, что у него на самом деле имеет место непереносимость злаков без аутоагрессии или развивающаяся целиакия. И чтобы в этом разобраться, людям, которые начали самостоятельно соблюдать диету, приходится вновь возвратиться к обычному питанию, соблюдать его до полугода, хотя минимальные изменения слизистой можно заметить и через более короткий срок.

Но если мы хотим наверняка подтвердить диагноз «целиакия», то приходится человека возвращать к старому рациону, а это очень сложно, тем более если он стал себя чувствовать лучше. Фактически его приходится возвращать в клиническую картину заболевания с теми симптомами, которые ему мешали жить, чтобы развились характерные для целиакии признаки.

Непереносимость продуктов питания у ребенка

Когда родители сталкиваются с пищевой непереносимостью у ребенка, они прежде всего думают об аллергии. Обращаются к аллергологу. Делают анализ на десятки продуктов. Предположим, даже выясняется, что имеет место пищевая аллергия. Из рациона исключают подозрительный продукт питания, а несварение остается. В результате продолжаются поиски пищевого аллергена. При этом мало врачей понимают, что дело не только в аллергии и, возможно, не столько в аллергии, а что нужно искать пищевую непереносимость, ферментную недостаточность. Если ребенку ставят диагноз «дисбактериоз», то это повод задуматься, нет ли у него ферментной недостаточности, нет ли пищевой аллергии. Потому что дисбактериоз на пустом месте не возникает. Это следствие болезни, при каждом заболевании кишечника есть дисбактериоз.

Безусловно, есть разница в проявлениях аллергии на продукт питания и симптомов непереносимости продукта по причине ферментной недостаточности.

Проявления целиакии известны 2000 лет, но медики не могли догадаться, что причиной всех недомоганий является хлеб. Почему? Потому что нет немедленной реакции на съеденный хлеб. Ответ проявляется медленно в отличие от аллергии. Во время Второй мировой войны, когда люди голодали, голландские педиатры вдруг заметили, что исчезла целиакия у детей. А потом, когда война закончилась и люди стали нормально питаться, она появилась вновь. И тогда врачи поняли, что виной всему хлеб. При аллергии все просто: типичные признаки аллергической реакции, например высыпания, появляются сразу после употребления пищевого продукта. Аллергию выявить клинически просто. Существует множество иммунологических методов, позволяющих это сделать. Смотрят большой спектр продуктов питания и ответ на них со стороны иммунной системы, в частности специализированных фракций иммуноглобулина Е, отвечающих за каждый продукт. После такого обследования родителям ребенка дается список продуктов, которые он не переносит. Если все эти продукты исключить, проявления аллергии пройдут.

Риски развития аутоиммунных заболеваний ЖКТ

Если человек не знает, что у него ферментопатия, и все время ест то, что ему нельзя, могут ли развиться аутоиммунные заболевания желудочно-кишечного тракта? В такой ситуации пациента могут постоянно беспокоить раздражение кишечника, дисбактериоз. На этом неблагополучном фоне может развиться рано или поздно более тяжелое воспалительное заболевание, такое как болезнь Крона, язвенный колит или целиакия.

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.