

А. ПАРАМОНОВ | С. БУТРИЙ | В. ШТАБНИЦКИЙ

И СОАВТОРЫ

МЕДИЦИНА для УМНЫХ

СОВРЕМЕННЫЕ ЕВРОПЕЙСКИЕ
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗДОРОВЬЮ

АКТУАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЛЯ 30- И 40-ЛЕТНИХ,
СПОСОБЫ С НИМИ СПРАВИТЬСЯ

ДАННЫЕ ДЛЯ ОТВЕТСТВЕННОГО
ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В ВОПРОСАХ ЛЕЧЕНИЯ

НОВЫЙ
ФОРМАТ

EVIDENCE
BASED MEDICINE



СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
для ДУМАЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ

**Алексей Дмитриевич Парамонов
Василий Штабницкий
Сергей Александрович Бутрий
Медицина для умных.
Современные аспекты
доказательной медицины
для думающих пациентов
Серия «Интеллектуальный
научпоп. Медицина не для всех»**

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=66355264

*Медицина для умных. Современные аспекты доказательной медицины
для думающих пациентов: Эксмо; Москва; 2021
ISBN 978-5-04-157862-6*

Аннотация

Термин Healthhacking означает применение достижений медицинской науки для долгой и комфортной жизни. В России чаще говорят «доказательная медицина», имея в виду, что предложенные схемы и методы лечения прошли плацебо-контролируемые когортные исследования. Книгу, которую вы держите в руках, написала команда врачей, работающих по

принципам Evidence Based Medicine (Медицины, основанной на доказательствах). Тут не будет рекомендаций, которые нельзя объяснить, сославшись на источник, где данные были получены. А предложенные рецепты способны либо продлевать жизнь, либо улучшать ее качество. Основные разделы посвящены проблемам со здоровьем в среднем возрасте: кардиологии, неврологии, пульмонологии, эндокринологии и гинекологии. Прочитав книгу, вы сможете разобраться в основных заболеваниях органов и систем, которые могут затронуть вас или ваших близких в наиболее активный возраст, и своевременно решить проблему или предотвратить ее появление.

Содержание

Введение: как сохранить здоровье и не утратить желания жить?	8
Раздел 1	12
Что нужно знать непрофессионалу о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний?	13
Откуда вообще взялась профилактическая кардиология. Рузвельт и Фремингемское исследование	16
Факторы риска. Какими они бывают и что с ними делать?	22
У меня есть фактор риска... Доктор, все плохо?	30
А что, если их много? Что такое суммарный риск?	32
Принципы коррекции основных модифицируемых факторов риска	37
Раздел 2	50
Астма и ХОБЛ – как избежать этих заболеваний и что с ними делать	51
Лечение астмы и ХОБЛ	58
Бросаем курить	63
Врачебные хитрости и «ужасы» кальяна	67

О пневмонии	70
Пневмококковая инфекция и вакцинация	74
Гриппозная пневмония	76
Раздел 3	78
Дисбактериоз?! И это в доказательной-то медицине?	80
Избыточный рост бактерий в тонкой кишке, или СИБР	84
А как же глисты и лямблии?	86
Злобный глютен и СРК	88
«Подари мне, Санта, антидепрессанты»[2]	93
Желудок и пищевод	97
Конец ознакомительного фрагмента.	100

**А. Д. Парамонов,
Сергей Бутрий,
Василий Штабницкий
Медицина для умных.
Современные аспекты
доказательной медицины
для думающих пациентов**

БЕЗГРАНИЧНО РАЗУМНЫМ ПОСВЯЩАЕТСЯ

Авторы заявляют отсутствие конфликта интересов: данная книга не имеет сторонних источников финансирования.

© Парамонов А., Бутрий С., Штабницкий В. и соавт., текст, 2021

© ООО «Издательство «Эксмо», 2021

Уважаемый читатель!

Авторы этой книги – практикующие врачи, со многими из которых я знаком годы и даже десятки лет.

У книги необычный для обращенной к пациенту литера-

туры формат – она в большей степени направлена на выявление и контроль факторов риска и раннюю диагностику тех заболеваний, где ранняя диагностика может принести пользу, – к сожалению, еще не при всех болезнях медицина способна остановить болезнь.

Кратко содержание книги можно описать так: что делать, пока негативное событие еще не случилось и чтобы не случилось в будущем? Современная медицина не может гарантировать благополучного будущего, но может оценивать его в вероятностных категориях и также с определенной вероятностью предотвращать нежелательные события.

Книга дает пациенту знания, когда нужно обратиться к врачу и что нужно делать, чтобы такая потребность возникла реже. Профилактика заболеваний уже сотни лет декларируется врачами как приоритет, но в лечении мы пока преуспели гораздо больше. Пусть эта книга станет малым вкладом в большое дело профилактики.

Здоровья вам и долгих продуктивных лет жизни.

С уважением, Алексей Свет,

*кардиолог, к.м.н., доцент, главный врач Первой градской
больницы им. Н.И. Пирогова г. Москвы, телеведущий*

Введение: как сохранить здоровье и не утратить желания жить?

Термин *Healthhacking* придуман не нами, но его пока нельзя назвать общепринятым. Мы и некоторые наши единомышленники в разных концах света вкладываем сюда следующий смысл: использование достижений медицинской науки для долгой и комфортной жизни с применением только проверенных в исследованиях методов.

Более распространенная практика биохакинга (*Biohacking*) могла бы показаться, на первый взгляд, в чем-то похожей, но мы ее считаем, скорее, антиподом научной медицины и ее принципов. Биохакинг — движение, призывающее использовать плохо исследованные «новейшие» технологии для продления жизни и получения суперспособностей (необычных памяти, скорости мышления, остроты зрения, слуха и т. д.). Биохакеры «спешат жить». Вчера газеты написали об успешном исследовании нового препарата на крысах, а сегодня биохакеры его добывают любыми средствами, не всегда законными, и принимают. Врачи, участвовавшие в клинических испытаниях, смотрят на эту практику с грустной улыбкой, поскольку знают, как часто успех на одной модели не подтверждается на другой. То, что помогает крысам, для человека может быть убийственным. Биохакеры прини-

мают десятки биодобавок, содержащих витамины, селен, таурин, триптофан, вводят себе половые гормоны, применяют психостимуляторы и антидепрессанты, средства улучшения памяти и многое другое. Общее у биохакеров одно – при серьезной теоретической базе, подведенной под «системы продления жизни», у них нет экспериментального подтверждения. Эксперимент они проводят на себе, поэтому не удивляют сообщения прессы о внезапной смерти 28-летнего основателя биохакинской компании. На наш взгляд, первым биохакером был Майкл Джексон, который путем посещения барокамеры и дезинфекции всего вокруг планировал прожить 150 лет. Результат нам известен.

Книгу, которую вы держите в руках, написала команда врачей, работающих по принципам *Evidence Based Medicine* (медицины, основанной на доказательствах, или доказательной медицины). Тут не будет рекомендаций, которые мы не могли бы объяснить и сослаться на источник – исследование, где данные были получены. Это главный, но не единственный принцип, который лег в основу этой книги.

Другой принцип – рецепты, которые мы предлагаем, должны либо продлевать жизнь, либо улучшать ее качество. Абстрактные рекомендации, ценность, которых нельзя оценить, такие как «улучшение мозгового кровообращения» или «очистка сосудов от шлаков», вы здесь не встретите.

Третий принцип – рекомендации должны быть посильны и исполнимы. Известно, что среди деревенских жителей

небогатых горных районов много долгожителей. Там люди питаются не слишком калорийно, едят много растительной пищи, у них регулярные физические нагрузки. Но мы не будем предлагать переселиться в горный аул: думаем, немногие из вас согласятся. Если мы даем рекомендации, требующие от вас известных усилий, например, бросить курить, мы сообщим и о наиболее эффективных и реалистичных способах достичь этой цели.

Из третьего принципа проистекает и понятие комплаенса, то есть приверженности данным рекомендациям. Если мы будем предлагать вам «бремена тяжелые и неудобноносимые», надеяться на долгое их ношение не придется. В этой книге особое внимание уделено легкорезализуемым рецептам, которые приносят очевидный результат.

Издание может быть полезно людям любого возраста, но в первую очередь оно ориентировано на читателей средней возрастной категории, когда факторы риска уже появляются, но болезни либо еще нет, либо она не приняла необратимый характер. Поэтому в разделе «кардиология» не будет информации, как лечить стенокардию напряжения, мы напишем, как не допустить ее развития. В «гастроэнтерологии» мы не пишем, как лечить язву желудка, но напишем, как максимально снизить ее риск и риск развития рака желудка и толстой кишки.

Поскольку книга ориентирована на людей наиболее активного возраста, особое внимание в ней уделено сохране-

нию мужского и женского здоровья, восстановлению после беременности и медицинским рискам, которым подвержены много путешествующие.

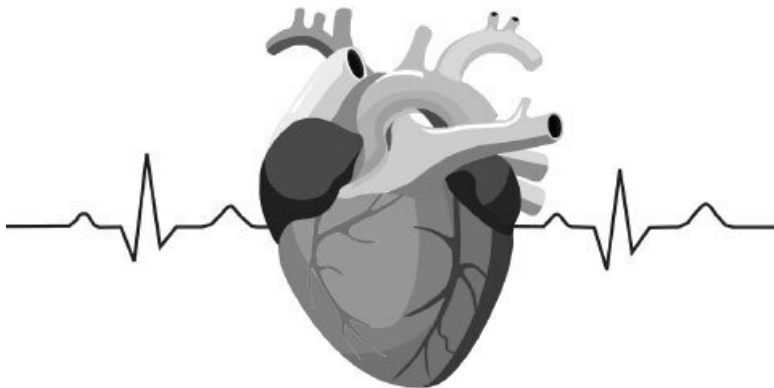
Важнейшая глава здесь – краткая, но достаточная информация об объеме профилактического обследования check up, которое разумно проходить в зависимости от вашего пола и возраста.

Приятного чтения, уважаемые будущие долгожители!

Раздел 1

Кардиология

Автор: Ольга Соколова, врач-кардиолог, кандидат медицинских наук



Что нужно знать непрофессионалу о профилактике сердечно- сосудистых заболеваний?

За последние сто лет мир сильно изменился, и люди научились противостоять угрозам, которые до того успешно убивали их в течение многих столетий. Но золотой век почему-то не наступил. С тех пор как люди, во всяком случае в развитых странах, научились не умирать в молодом возрасте от голода и инфекций и в среднем стали жить дольше, оказалось, что пальма первенства среди причин смертности принадлежит сердечно-сосудистым заболеваниям. Поскольку инфарктам и инсультам свойственно убивать людей внезапно, часто в совершенно активном еще возрасте, а тем, кто остается в живых, существенно портить качество жизни, вполне понятно, что человечество тратит довольно много сил и других ресурсов для того, чтобы избежать этой напасти. Следует признать, что мы многому научились в этой области и многое знаем. Мы – это и человечество в целом, и каждый случайный прохожий на улице, и каждый конкретный читатель этой книги. Да-да, сейчас люди, как правило, значительно более информированы в этом вопросе, чем их родители и тем более бабушки и дедушки, даже если они совершенно не интересуются здоровым образом жизни. «Здо-

ровый образ жизни» звучит сейчас, как говорится, из каждого утюга, и что «соль/сахар/ненужное зачеркнуть – белая смерть» уже давно знает каждый школьник. Даже то количество шуточек и анекдотов, которые немедленно всплывают в голове любого из нас при мысли о здоровом образе жизни и активном долголетии («курящая мать никогда не станет отцом», «кто не курит и не пьет, тот здоровеньким помрет» и т. д.), свидетельствует о том, что тема давно и прочно укоренилась в общественном сознании.

С другой стороны, поскольку научный поиск в любой области всегда идет через череду ошибок и заблуждений и новая информация нередко опровергает предыдущую, в общественном сознании существует значительная путаница в отношении того, что именно надо и не надо делать, чтобы не умереть от инфаркта или не инвалидизироваться в результате инсульта, не закончив еще все свои жизненные планы. В этой главе мы постараемся разобраться во всей этой путанице, ориентируясь на ту научную информацию в области профилактической кардиологии, которая существует на данный момент. При этом следует учитывать, что развитие этого направления продолжается, и вполне возможно, что уже через год-два этот текст будет нуждаться в существенной правке.



Откуда вообще взялась профилактическая кардиология. Рузвельт и Фремингемское исследование

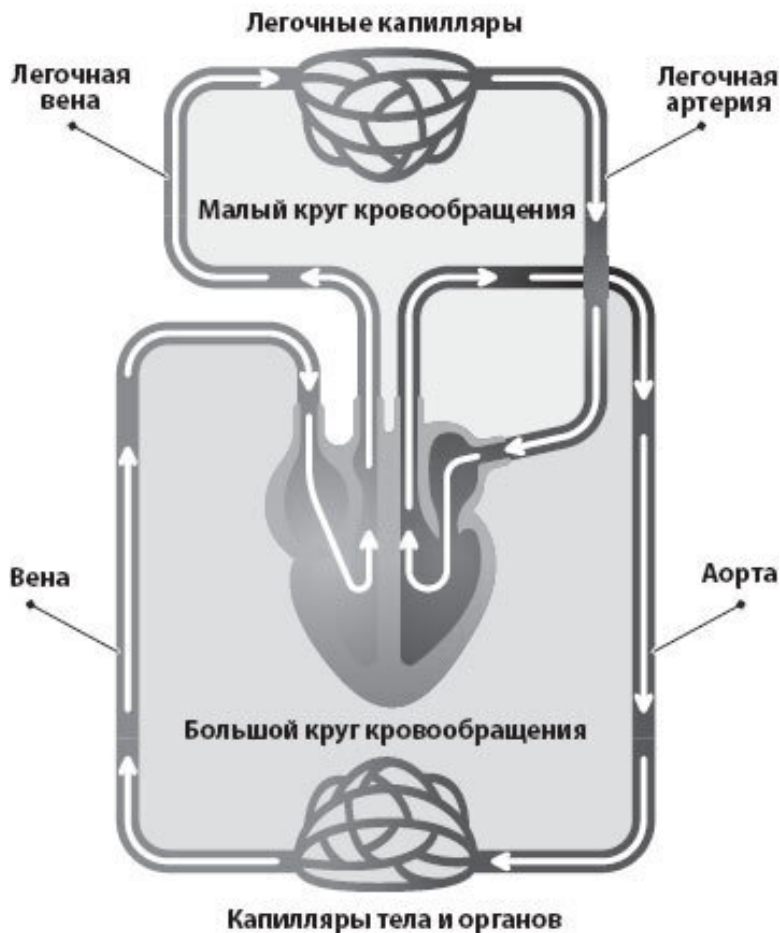
Так вот. Начнем с начала. Сейчас в это уже сложно поверить, но совсем недавно никакой профилактической кардиологии еще не было. Еще в 30-40-х годах XX века – среди нас живут люди, которые помнят это время, – человечество не знало очень многих вещей, которые теперь известны даже школьникам. И тогдашние доктора считали естественными проявлениями нормального старения очень многое из того, чего мы давно привыкли опасаться, например, повышение уровня холестерина или артериального давления. Более того, в те времена единственным риском, с которым в массовом сознании связывалось курение, был ущерб для семейного бюджета. И так бы все продолжалось и дальше, если бы не 32-й президент США, Франклин Делано Рузвельт. Да, появлением профилактической кардиологии мы обязаны ему, но не как политику, а как пациенту.

В 1932 году во время своей избирательной кампании Франклин Рузвельт обнародовал, как это принято и сейчас, свои медицинские данные. На тот момент его уровень артериального давления составлял 140/100 мм рт. ст., и это со-

вершенно не считалось тогда поводом для какого-либо вмешательства. После того как Рузвельт стал президентом, он выбрал в качестве своего персонального врача отоларинголога, потому что самыми частыми медицинскими проблемами в тот период его жизни были синуситы. К 1941 году артериальное давление президента достигало уже 188/105 мм рт. ст., но это тоже считалось вполне нормальным для мужчины его возраста. Несмотря на то что президент выглядел откровенно плохо, и это стало бросаться в глаза окружающим, тогдашняя медицина признала проблему только в 1944 г., когда у Рузвельта уже появилась сердечная недостаточность. Впрочем, эффективных лекарств ни от высокого артериального давления, ни от сердечной недостаточности тогда не существовало, и Франклин Делано Рузвельт умер от кровоизлияния в мозг в апреле 1945 г. Ему было 63 года, и его артериальное давление на момент инсульта составляло 300/190 мм рт. ст. Так президент Рузвельт разделил судьбу очень многих своих соотечественников, поскольку, по тогдашней статистике, сердечно-сосудистые заболевания уже были наиболее частой причиной смертности в стране. На тот момент всем уже было ясно, что это проблема, и проблема серьезнейшая, но еще практически не было никакой научной информации о том, какие причины лежат в основе сложившейся ситуации. Было понятно, что для поиска этих причин нужны серьезные исследования, которые потребуют серьезных денег. Получить согласие Конгресса на финанси-

рование таких исследований следующему президенту США Гарри Трумэну удалось только в 1948 г., и именно судьба его предшественника и послужила решающим аргументом.

ДВА КРУГА КРОООБРАЩЕНИЯ



К тому моменту представители североамериканского Минздрава и медицинской школы Гарвардского университета уже вовсю занимались планированием большого эпидемиологического исследования. В качестве идеального места для его проведения был выбран город Фремингем в штате Массачусетс – далеко не в последнюю очередь из-за географической близости к Гарварду и энтузиазма местных врачей. Впрочем, Фремингем, который насчитывал на тот момент около 28 тысяч жителей и относительно недавно превратился из сельскохозяйственной местности в промышленный город, действительно считался вполне репрезентативным для США 1940-х годов. Жители города, которые уже имели некоторый опыт участия в эпидемиологических проектах (раньше там уже проводилось такое исследование в области туберкулеза), дали свое согласие, и профилактическая кардиология родилась.

На первом этапе Фремингемского исследования, которое потом стало легендой (кстати, оно продолжается до сих пор), в него были включены 5209 здоровых жителей города в возрасте от 28 до 62 лет. Каждые 2 года они проходили достаточно подробные медицинские осмотры и сдавали анализы, кроме того, исследователи отслеживали информацию о болезнях, госпитализациях и смертях участников. Уже через 6 лет такого наблюдения ученым удалось сформулировать то, что сейчас лежит в основе всей современной профилактической кардиологии, – что существуют определенные обстоя-

тельства, которые сами по себе могут и не быть медицинскими проблемами, но которые увеличивают вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний в будущем. Их называли факторами риска.

Факторы риска. Какими они бывают и что с ними делать?

Сейчас принято делить все факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний на те, на которые мы можем воздействовать, например, с помощью лекарств или изменения образа жизни (их называют модифицируемыми), и на те, которые мы изменить не в силах (они называются немодифицируемыми).

К *немодифицируемым* факторам риска относятся:

- возраст. Чем старше мы становимся, тем выше шансы стать пациентом кардиолога. Увы, это так, особенно после 65 лет;
- мужской пол. Мы против гендерной дискриминации, но это факт. Женщины до менопаузы естественным образом защищены от сердечно-сосудистых катастроф. После менопаузы риск увеличивается, но все равно женщины в среднем начинают болеть примерно на 10 лет позже мужчин;
- наследственность. Если у кого-либо из ваших ближайших родственников случился инфаркт или инсульт в относительно молодом возрасте (до 55 лет, если речь идет о родственнике мужского пола, или до 65 лет, если речь идет о женщине), то это увеличивает ваши шансы стать пациентом кардиолога;
- принадлежность к определенным этническим группам.

У людей африканского происхождения и у выходцев из некоторых стран Азии риск выше, чем у европейцев.

Как все понимают, на современном этапе развития человечества мы действительно ничего не можем поделать с этими обстоятельствами. Хорошая новость состоит в том, что тех факторов риска, которые мы можем изменить (*модифицируемых* факторов), существенно больше.

- Курение. Несмотря на то что у каждого из нас есть пример родственника или знакомого, который всю жизнь дымил, как паровоз, и умер в глубокой старости в результате несчастного случая, курить действительно вредно. При этом курящий приносит вред не только себе, но и всем тем, кто вдыхает дым от его сигареты. По статистике, курение сокращает продолжительность жизни в среднем примерно на десять лет. Поскольку этот раздел посвящен профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, мы сконцентрируемся здесь на том, что курение делает с системой кровообращения, и не будем касаться здесь онкологических рисков, повреждающего воздействия на органы дыхания и прочих медицинских последствий этой привычки.

Итак, в кровеносной системе курение повреждает внутренний слой сосудистой стенки (эндотелий), чем способствует атеросклерозу – процессу отложения в толще сосудистой стенки жиров, – который в конечном итоге приводит к сужению артерий за счет формирования атеросклеротических бляшек. Кроме того, курение увеличивает склонность

артерий к спазму и способность крови к тромбообразованию. Дополнительной проблемой является тот факт, что курение усиливает действие других факторов риска, о которых речь будет идти немного позже: повышает уровень вредной разновидности холестерина и снижает содержание полезной, приводит к повышению артериального давления и частоты сердечных сокращений.

В результате всех этих обстоятельств у курильщиков заметно выше риски практически всех сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с некурящими. Это касается и риска заболевания у ранее здоровых людей, и риска новых проблем у пациентов с уже имеющимся диагнозом. Различные кардиологические риски увеличиваются под действием курения в разной степени, но в среднем надо исходить из того, что, продолжая финансировать табачную промышленность, мы увеличиваем вероятность серьезных проблем со здоровьем примерно в два раза.

Следует помнить, что риск сердечно-сосудистых заболеваний увеличивают любые табачные продукты и все многообразные способы их употребления, которые за свою долгую историю придумало человечество. Выраженность их повреждающего действия максимальна при тех способах потребления табака, когда человек вдыхает дым, но риск статистически достоверен и при употреблении бездымных продуктов. Следует отдельно оговорить, что переход на сигареты, которые маркируются как «легкие», совершенно не решает

эту проблему: давно удалось показать, что потребители таких сигарет, как правило, просто глубже и чаще затягиваются и в результате получают ту же дозу никотина, что и обычно.

- **Высокий уровень холестерина.** Если говорить очень упрощенно, то холестерин – это то самое жироподобное вещество, которое при неудачном стечении обстоятельств может забиваться в толщу сосудистой стенки и образовывать атеросклеротические бляшки, о которых мы уже писали чуть выше. Правда, здесь надо оговориться, что в крови холестерин плавает не сам по себе, а в составе комплексов с белками (липопротеинов), и разные липопротеины ведут себя в этом отношении очень по-разному. Липопротеины низкой плотности (ЛПНП, так называемый вредный холестерин) действительно так и норовят проникнуть в артериальную стенку и учинить там форменное безобразие, а липопротеины высокой плотности (ЛПВП, «полезный холестерин»), наоборот, тащат холестерин подальше от греха в печень, чтобы та использовала его для чего-то нужного.

Большинство людей с повышенным уровнем холестерина – это вовсе не любители фастфуда, а просто обладатели тех или иных биохимических дефектов, чаще всего – не слишком удачной конструкции рецепторов к липопротеинам низкой плотности.

Да-да, нужного. На самом-то деле холестерин – это очень

полезная молекула, хотя у читателей научно-популярных страшилок, скорее всего, сложилась противоположная точка зрения. Холестерин – это универсальный строительный материал, который входит в состав любых мембран (оболочек) всех клеток человеческого тела, из которого наш организм делает многие гормоны, витамин D и даже компоненты желчи для переваривания пищи. Именно поэтому мы прекрасно застрахованы природой от нехватки холестерина из-за неудачной охоты на мамонта или внезапного решения стать веганом: большую часть содержащегося у нас в крови холестерина синтезирует печень, и она будет его синтезировать, даже если мы перейдем на хлеб и воду. Наоборот, вопреки распространенным стереотипам, с пищей человек получает относительно немного холестерина – не более 15 % от общего количества.

- Высокое артериальное давление (артериальная гипертензия). Устойчивое повышение уровня артериального давления $\geq 140/90$ мм рт. ст. при измерении на приеме врача (или $\geq 135/85$ мм рт. ст. при самоконтроле) способно испортить многое в нашем организме. Артериальная гипертензия повреждает эндотелий сосудов (а это, как мы помним, помогает холестерину проникать через него и образовывать бляшки). Кроме того, повышенное артериальное давление ухудшает функцию почек, заставляет утолщаться стенки сердца, увеличивает вероятность развития инфарктов, инсультов, сердечной недостаточности, некоторых нару-

шений сердечного ритма.

- Недостаточная физическая активность. Да, образ жизни «диван-руль-компьютер-руль-диван» где-то на треть увеличивает вероятность в какой-то момент жизни стать пациентом кардиолога. Кроме того, физическая активность помогает держать под контролем другие факторы риска – артериальное давление, холестерин, сахар крови, массу тела и психологические факторы.

- Сахарный диабет. При всех типах сахарного диабета примерно в 2–4 раза повышен риск разнообразных, но одинаково малоприятных приключений в области кардиологии. Собственно, большинство людей с диабетом в конечном итоге умирают именно от сердечно-сосудистых заболеваний. Это связано с тем, что повышенный уровень глюкозы в крови повреждает сосуды, делая их более уязвимыми для атеросклероза. Плохая новость заключается в том, что наличие диабета увеличивает кардиологические риски даже у людей с хорошим контролем заболевания, то есть даже у тех, кому удалось достичь нормальных или практически нормальных уровней сахара. Поэтому при диабете важно максимально корректировать и все остальные факторы риска, тем более что у людей с диабетом чаще бывают повышенное артериальное давление и проблемы с холестерином.



- Избыточная масса тела и ожирение. На самом деле это фактор риска с наиболее противоречивой доказательной базой, потому что существует так называемый парадокс ожирения: с одной стороны, наличие лишнего веса увеличивает сердечно-сосудистый риск у здоровых людей молодого и среднего возраста, особенно если речь идет об отложении жира в брюшной полости – абдоминальном ожирении. С другой стороны, у людей с уже имеющимися сердечно-сосудистыми заболеваниями, особенно с сердечной недостаточностью, наличие нетяжелого ожирения улучшает прогноз, и это же относится к пожилым людям старше 65 лет. Как бы то ни было, у людей с избыточной массой тела чаще встречаются другие факторы риска – артериальная гипертензия, сахарный диабет, проблемы с холестерином.

Несколько особняком стоит группа *психосоциальных факторов риска* – некоторые авторы относят их к категории модифицируемых, некоторые – к категории немодифицируемых. Действительно, если человек еще как-то может изменить свой уровень стресса, то очень немногим удастся что-то сделать, например, с бедностью. Как бы то ни было, сер-

дечно-сосудистые риски действительно выше у людей с низким образовательным уровнем, с низким уровнем дохода, у тех, кто одинок и не имеет социальной поддержки, при наличии депрессии, тревожности, высоком уровне стресса, некоторых личностных характеристиках (так называемом типе личности D). Отчасти эти факторы действуют за счет прямого изменения биохимии организма, отчасти – за счет худшего контроля других факторов риска: например, человек в депрессии, скорее всего, не будет пытаться бросить курить, у него может не быть сил регулярно принимать таблетки и т. д.

У меня есть фактор риска... Доктор, все плохо?

Нет, в большинстве случаев наличие фактора риска совершенно не означает, что вы обязательно заболите, – оно лишь увеличивает статистическую вероятность такого хода событий в будущем. Если попробовать объяснить это на немедицинском примере, то фактор риска – это что-то типа плохо закрепленного листа кровельного железа на крыше одного из домов той улицы, по которой вы каждый день ходите на работу. Вероятность, что этот лист жести оторвется и упадет вам на голову, действительно выше, чем если бы он был закреплен идеально, но это лишь один из возможных сценариев. Этот лист может вообще никогда не оторваться, потому что в городе не будет достаточно сильного ветра, он может попасться на глаза сотрудникам коммунальных служб, и они примут необходимые меры, наконец, он может все же оторваться, но ночью, когда на улице не будет людей.



Единственным исключением тут могут быть ситуации с очень высокими уровнями отдельных факторов риска, например, при некоторых генетических синдромах, связанных с экстремально высоким уровнем холестерина.

А что, если их много? Что такое суммарный риск?

На самом деле очень часто бывает, что у человека имеется вовсе даже не один, а несколько факторов риска. Что происходит в таких ситуациях, мы знаем тоже благодаря Фремингемскому исследованию: построенные на основании его данных математические модели показали, что факторы риска усиливают действие друг друга. В результате этого может оказаться так, что, допустим, курящий 1–2 сигареты в день человек с немного повышенным давлением и холестерином на верхней границе нормы может рисковать в той же степени, что и его некурящий ровесник с нормальным давлением и очень высоким холестерином. В связи с этим было придумано понятие суммарного риска – вероятности развития сердечно-сосудистых заболеваний или смерти от них у конкретного человека на основании имеющихся у него факторов риска. Этот суммарный риск определяют с помощью так называемых калькуляторов риска, которые создаются для определенных географических регионов с учетом местной статистики распространенности, с одной стороны, сердечно-сосудистых заболеваний, а с другой – наиболее важных факторов риска. Необходимость географической привязки обусловлена тем, что в разных частях света живут люди с довольно разными генетическими особенностями.

стями, разным рационом питания, культурными традициями и образом жизни в целом, наконец, они живут в разных экологических условиях. В результате судьба людей с одинаковым профилем факторов риска, живущих, например, на Средиземноморском побережье и в отечественной глубинке, может быть очень различной. В разных странах к этой необходимости подходят по-разному: где-то создают принципиально новый калькулятор риска, проводя перед этим собственные эпидемиологические исследования, где-то берут готовый инструмент и адаптируют его к своим условиям, используя локальную статистику. В большинстве стран Европы для оценки суммарного риска используется калькулятор SCORE, или его новая версия SCORE2, который существует в виде таблиц или в виде онлайн-калькулятора. В своем классическом варианте таблицы SCORE основаны на пяти параметрах: пол, возраст, курение, уровень общего холестерина и уровень систолического артериального давления, при этом существуют отдельные таблицы для стран с низким и высоким уровнем риска (к последней категории относится и Россия). При создании версии SCORE для стран с высоким уровнем риска использовались российские данные, так что мы вполне можем пользоваться этим калькулятором, но его валидизация (проверка работоспособности) применительно к нашим условиям пока не завершена, так что верить ему следует с определенными ограничениями. Более того, вполне может оказаться так, что создание одного-единственного

инструмента, который одинаково хорошо будет предсказывать риск в разных регионах огромной и очень разной России, — это просто-напросто нереальная задача. Впрочем, поскольку лучшего калькулятора риска у нас нет и в ближайшее время не предвидится, мы используем этот.

Да, SCORE (как и другие калькуляторы) можно использовать самостоятельно, но свой результат лучше обсудить с врачом (особенно если вы в чем-то сомневаетесь). Начать с того, что у некоторых людей вообще не нужно использовать таблицы SCORE, и речь идет даже не о том, что этот калькулятор риска рассчитан только на людей среднего возраста — от 40 до 65 лет. Дело в том, что уровень риска у некоторых людей можно определить сразу, не прибегая к помощи калькулятора.

Например, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений однозначно имеют люди с уже приобретенными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кроме них, к этой категории относятся люди с тяжелой почечной недостаточностью, а также с сахарным диабетом при наличии у них или признаков диабетического поражения каких-либо органов (например, почек или глаз), или других факторов риска, например, курения, высокого холестерина, высокого давления.

Также без помощи таблиц нередко можно распознать категорию высокого риска: сюда относятся люди с умеренной почечной недостаточностью, с очень высоким уровнем од-

ного из факторов риска (например, с концентрацией общего холестерина ≥ 8 ммоль/л или артериальным давлением $\geq 180/110$ мм рт. ст.), а также большинство остальных людей с диабетом (за исключением молодежи с 1-м типом сахарного диабета без осложнений).

Если у человека нет ни одного из перечисленных выше обстоятельств, то для оценки его риска в таблице SCORE нужно выбрать тот столбец, который соответствует его полу и статусу курения, а в этом столбце – тот квадрат, который будет наиболее близко подходить к его возрасту, уровню общего холестерина и артериального давления. Если цифра, которая изображена в этом квадрате, окажется менее 1 %, этот человек будет относиться к категории низкого риска. Если там будет от ≥ 1 % до < 5 %, это будет соответствовать умеренному риску. Значение от ≥ 5 % до < 10 % говорит, что его обладатель имеет высокий риск, а ≥ 10 % – очень высокий риск. Надо заметить, что калькулятор SCORE оценивает риск фатальных событий, то есть вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в течение ближайших 10 лет. Чтобы узнать вероятность любых сердечно-сосудистых событий (и тех, которые заканчиваются смертью, и тех, когда человек заболевает, но остается в живых), полученную цифру надо умножить на 3 у мужчин или на 4 у женщин.

Эти категории риска придуманы для того, чтобы сделать рекомендации по коррекции факторов риска более индивидуальными. Дело в том, что эффект любого профилактиче-

ского вмешательства бывает тем больше, чем больше исходный риск. В результате одно и то же вмешательство у человека с очень высоким риском и у представителя категории низкого риска, скорее всего, спасет первого из них от какой-нибудь медицинской неприятности, но у второго имеет довольно много шансов оказаться напрасным потому, что с этим человеком и так бы ничего не случилось. Следствием этого будут лишние усилия, лишние денежные затраты и лишний риск побочных эффектов. Конечно, надо учитывать, что эта система разделения людей с высоким и низким риском пока еще далека от совершенства и, вполне вероятно, что в будущем мы научимся это делать гораздо точнее, например, с помощью генетики. Тем не менее пока что у нас нет ничего лучшего, и некоторые советы из следующего раздела будут различаться для людей с различным исходным риском.

Принципы коррекции основных модифицируемых факторов риска

В этом разделе мы поговорим о принципах коррекции основных модифицируемых факторов риска – в той же последовательности, в которой мы перечисляли их в начале этой главы.

Курение

Здесь никаких разночтений нет и быть не может. Курить вредно всем – и детям, и взрослым, и молодым, и старым, и людям с низким сердечно-сосудистым риском, и представителям групп высокого и очень высокого риска. Половина курильщиков в конце концов умирает именно от предотвратимых последствий этой привычки, и в 50 % этих смертей непосредственной причиной оказываются те или иные сердечно-сосудистые заболевания. Напротив, отказ от этой привычки приводит к снижению сердечно-сосудистого риска примерно в два раза. Более того, если сравнивать все методы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, отказ от курения окажется среди них на первом месте по экономической эффективности (соотношению между масштабом пользы и затратами). При этом, с учетом вполне доказанно-

го вреда от пассивного курения, успешный отказ от курения одного человека во многих случаях помогает нескольким.



В этом месте следует коснуться нескольких распространенных заблуждений, которые мешают многим людям бросить курить. Во-первых, резко бросать курить не вредно, да-

же если вы уже давно и много курите. Впрочем, это не отменяет того факта, что на свете есть люди, которым комфортнее рубить хвост по частям и постепенно снижать количество выкуриваемых сигарет. Во-вторых, не вредно отказываться от курения и тем людям, которые уже имеют какие-то хронические заболевания. В-третьих, очень многие люди не бросают курить, потому что боятся поправиться. Этот страх имеет под собой некоторые основания: никотин действительно ограничивает способность организма набирать вес, и у многих из нас есть знакомые, которые сильно поправились после того, как бросили курить. Тем не менее на данный момент доказано, что увеличение массы тела именно вследствие отказа от никотина составляет, самое большее, примерно 5 кг, и медицинская польза от отказа от курения значительно превышает потенциальный вред от этой небольшой прибавки. Все многочисленные случаи, когда после отказа от курения люди набирают 15–20 кг, обусловлены различными нарушениями пищевого поведения: например, человек, который привык справляться со стрессовыми ситуациями с помощью сигареты, продолжает тянуть что-то в рот, будучи взволнованным или расстроенным.

Итак, решение принято: вы бросаете курить. Как это сделать так, чтобы процесс прошел максимально легко? Для начала имеет смысл оценить масштаб проблемы. Найдите в интернете и заполните тест Фагерстрема (или попросите своего врача заполнить его с вами). Он позволяет оценить сте-

пень никотиновой зависимости и, соответственно, степень той поддержки, которая вам понадобится. Кроме того, можно в течение некоторого времени записывать все ситуации, когда вы закуриваете, – это позволит выявить наиболее значимые для вас провоцирующие факторы. После этого наметьте день отказа от курения: это может быть и рабочий день, и выходной, но лучше не планировать эту дату на те периоды, когда вы ожидаете большой нагрузки на работе или других стрессовых ситуаций. К этому дню следует убрать из дома все сигареты и прочие предметы, которые ассоциируются у вас с курением (пепельницы, зажигалки и т. д.). Кроме того, желательно заранее заручиться поддержкой близких, совсем хорошо – если вы сможете бросать за компанию с кем-то из членов семьи или друзей. Наоборот, в первые дни без сигарет желательно избегать общества курящих людей, а также тех типичных для вас провоцирующих ситуаций, которые вы вычислили на подготовительном этапе. Не забывайте также вознаграждать себя за каждую пройденную ступеньку (день без сигарет, неделя без сигарет и т. д.).

Если у вас уже были неудачные попытки отказа от курения или результаты теста Фагерстрема свидетельствуют о высокой степени никотиновой зависимости, обсудите с врачом возможность дополнительной поддержки. В настоящее время существует несколько лекарственных препаратов, которые облегчают процесс отказа от курения и достоверно увеличивают вероятность успеха, кроме того, во многих слу-

чаях также бывает эффективной помощь психолога.

Высокий уровень холестерина

Рекомендации в отношении этого фактора риска зависят от расчетного риска у конкретного пациента – и с точки зрения оптимальной интенсивности вмешательства, и с точки зрения желаемого конечного результата. Конечный результат принято оценивать по целевым уровням «вредной» фракции холестерина – холестерина ЛНП. У людей с очень высоким расчетным риском следует стремиться к ЛНП $<1,4$ ммоль/л, с высоким риском – $<1,8$ ммоль/л, с умеренным – $<2,6$ ммоль/л, а при низком риске целевой уровень составит $<3,0$ ммоль/л.

Каким образом этого можно достичь?

Как мы уже говорили раньше, уровень холестерина в крови значительно меньше зависит от питания, чем принято считать. Поэтому даже самая строгая диета с жестким ограничением пищевых источников холестерина и других жиров снижает холестерин довольно незначительно, хотя и статистически достоверно.

Более того, имеющиеся научные доказательства того, что такая диета может не только снизить уровень холестерина, но и значимо повлиять на вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний, выглядят довольно ненадежно. Зато на свете существует так называемая средиземномор-

ская диета (как можно догадаться из названия, это рацион питания, который характерен для жителей соответствующего региона), которая тоже довольно слабо влияет на уровень холестерина, но зато располагает достаточно убедительной доказательной базой в отношении профилактики сердечно-сосудистых событий. Кроме того, в современном мире доступны вполне эффективные лекарства, которые снижают уровень холестерина и других липидных фракций в значительно большей степени, чем любые диетические вмешательства, — собственно говоря, во многих случаях назначение таких лекарств является единственным реальным способом достижения целевых уровней холестерина. Наиболее часто используемыми лекарствами из этой группы являются представители класса статинов, которые, помимо своего мощного воздействия на уровень холестерина, обладают прекрасно доказанной способностью снижать риски разнообразных приключений в области кардиологии, а также уменьшать вероятность смерти от любых причин. Более того, несмотря на значительную распространенность сомнений в безопасности статинов (вероятно, все интересующиеся этой областью медицины люди хотя бы раз слышали, что «статины разрушают печень»), эти страхи имеют очень мало научных оснований. На самом деле, хотя в начале приема статинов действительно примерно у 3 % пациентов в крови отмечается повышение концентрации ферментов печени, как правило, этот лабораторный феномен не имеет кли-

нического значения, а частота развития острой печеночной недостаточности на фоне статинов не превышает 1 случая на миллион – примерно столько же, сколько и среди населения в целом.

Почему же такие прекрасные эффективные и безопасные статины не назначают абсолютно всем людям просто по факту обнаружения повышенного холестерина? Все очень просто. Люди с низким суммарным риском с большой долей вероятности просто будут принимать таблетки зря. Поэтому общее правило таково: пациенты из групп высокого и очень высокого риска должны начинать медикаментозную терапию немедленно, людям с низким риском, как правило, достаточно здорового образа жизни, а у промежуточной категории решение принимается индивидуально, с учетом предпочтений пациента и ряда дополнительных параметров.

При этом решение ограничиться здоровым образом жизни совершенно не означает никаких драконовских ограничений в области питания. Согласно действующим европейским рекомендациям по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, *здоровое питание* должно отвечать следующим критериям.

- Содержание в рационе насыщенных жиров должно быть <10 % от энергетической ценности рациона за счет замещения их источниками полиненасыщенных жирных кислот.
- Потребление трансизомеров жирных кислот должно быть сведено к минимуму (они появляются в пище при жар-

ке со значительным количеством масла, также их много в маргарине и в содержащих его продуктах, например, в промышленной выпечке). Общее содержание в рационе транс-изомеров должно составлять $<1\%$ от суточного калоража и поступать они должны только из естественных источников (в говядине и коровьем молоке всегда содержатся следовые количества транс-изомеров).

- Потребление поваренной соли должно ограничиваться <5 г в сутки.

- В ежедневный рацион должно входить 30–45 г пищевых волокон, предпочтительно из цельнозерновых продуктов.

- Все люди должны ежедневно потреблять ≥ 200 г фруктов (примерно 2–3 порции) и ≥ 200 г овощей (тоже примерно 2–3 порции).

- Рыбу следует есть не реже чем 1–2 раза в неделю, при этом хотя бы один раз в неделю это должна быть жирная рыба.

- В ежедневный рацион должно входить примерно 30 г любых несоленых орехов.

- Если вы в принципе употребляете алкогольные напитки (это не обязательно), то их следует ограничивать 2 стандартными дозами (20 г этанола) в сутки для мужчин и 1 стандартной дозой (10 г этанола) в сутки для женщин.

- В рационе должно быть как можно меньше сахара (не более 10% от общей энергетической ценности рациона согласно позиции ВОЗ), при этом следует обращать особое внима-

ние на ограничение содержащих сахар напитков.

Артериальная гипертензия

Как и в случае с холестерином, тактика в отношении повышенного давления различается в зависимости от расчетного риска, а также от тяжести гипертензии. В частности, у людей с низким риском и не более чем 1-й степенью гипертензии (АД <160/100 мм рт. ст.) в течение 3–6 месяцев пытаются нормализовать давление с помощью немедикаментозных методов, а при более выраженном повышении давления или при высоком исходном риске сразу назначают лекарства одновременно с воздействием на образ жизни. Первоначальной целью у всех пациентов является уровень ниже 140/90 мм рт. ст. В дальнейшем в большинстве случаев (за исключением пожилых людей в возрасте 65 лет и старше) целесообразно попытаться достичь более жесткого целевого уровня ниже 130/80 мм рт. ст. – это сопряжено с рядом медицинских преимуществ, но не всегда хорошо переносится. Надо также оговориться, что большинству людей с артериальной гипертензией для устойчивого контроля АД необходим прием комбинации из хотя бы двух препаратов, однако сейчас доступно много фиксированных комбинаций, которые объединяют эти лекарства в составе одной таблетки и помогают организовать все максимально удобно для пациента.

На данный момент можно считать доказанной эффектив-

ность следующих немедикаментозных способов снижения артериального давления.

- Ограничение потребления соли до <5 г в сутки.
- Ограничение алкоголя до тех пределов, о которых уже говорилось выше. При этом очень важно избегать разового потребления значительного количества спиртного.
- Рацион питания в целом должен соответствовать описанным выше принципам здорового питания: необходимо достаточное потребление овощей, фруктов, рыбы, орехов, ненасыщенных жирных кислот (оливкового масла), молочных продуктов с невысокой жирностью и ограничение красного мяса.
- Поддержание нормального диапазона массы тела.
- Регулярные аэробные физические нагрузки.
- При необходимости – отказ от курения.

Физическая активность

Пришло время поговорить о том, каким, собственно, должен быть достаточный уровень физической активности. Тут следует сразу уточнить, что для поддержания здоровья сердечно-сосудистой системы наиболее полезны динамические (подвижные) виды физической активности, но в последнее время все больше значения придается и силовым тренировкам. Минимально достаточное количество динамической физической активности у взрослых людей составляет

150 минут в неделю при нагрузке умеренной интенсивности или 75 минут в неделю при интенсивных занятиях соответствующими видами спорта. Возможна также эквивалентная комбинация умеренных и интенсивных нагрузок. Таким образом, мы должны себе хотя бы 30 минут движения в день в течение хотя бы 5 дней в неделю. Эти полчаса в день можно делить на более короткие тренировки, однако их продолжительность не может быть менее 10 минут. Чтобы получить еще больше пользы для здоровья, имеет смысл постепенно увеличивать длительность динамической физической активности до 300 минут в неделю в случае умеренных нагрузок или до 150 минут в неделю для интенсивных тренировок. Известно довольно много способов точной оценки интенсивности физической нагрузки, однако в случае любительского спорта у практически здоровых людей большого смысла в их применении нет, вы можете смело ориентироваться на свои ощущения. Считается, что, если в результате физической нагрузки вы чувствуете себя немного запыхавшимся и вспотевшим, но при этом вам хватает дыхания, чтобы поддерживать разговор, – это умеренный уровень активности, а более высокие уровни нагрузки будут считаться интенсивными. В дополнение к динамическим нагрузкам желательно хотя бы 2 раза в неделю выполнять силовые упражнения.



Избыточная масса тела и ожирение

Для оценки массы тела, как правило, используют или индекс массы тела (он вычисляется по формуле: масса тела в кг/ (рост в см² и довольно часто критикуется по целому ряду соображений), или окружность талии (которая характеризует сердечно-сосудистый риск более точно). Риск сердечно-сосудистых осложнений, по статистике, оказывается наименьшим при индексе массы тела в диапазоне 20–25 кг/см², а желательный диапазон окружности талии составляет <94 см у мужчин и <80 см у женщин. В основе поддержания массы тела в физиологическом диапазоне лежат уже обсуждавшиеся выше здоровое питание и достаточная физическая активность, кроме того, при наличии нарушений пищевого поведения также будет полезна помощь психолога или психотерапевта. Если дело зашло достаточно далеко, возможны также

медикаментозная терапия и хирургические вмешательства (так называемая бариатрическая хирургия). Тем не менее необходимо признаться, что на данном этапе развития человечества не существует идеального способа лечения ожирения (хотя научная работа в этой области ведется достаточно активно), поэтому важно понимать, что здоровый образ жизни полезен сам по себе и пойдет вам на пользу даже в том случае, если показания весов вас разочаровывают.



Раздел 2

Пульмонология

Автор: Василий Штабницкий, пульмонолог, врач функциональной диагностики, кандидат медицинских наук



Астма и ХОБЛ – как избежать этих заболеваний и что с ними делать

Эти болезни очень похожи, и даже частично одинаково лечатся. Но и отличий много. Для начала нужно дать определение этим заболеваниям.

Астма

Нормальные
дыхательные пути

Дыхательные
пути при астме



Астма – это хроническое воспалительное заболевание нижних дыхательных путей, чаще всего аллергического характера. Она характеризуется приступами или эпизодами бронхоспазма, когда бронхи сужаются и человек начинает

задышаться.

Причина астмы кроется, чаще всего, в аллергических реакциях. И, если взять микроскоп и посмотреть кусочек бронхов с астмой, мы увидим клетки аллергического воспаления. Эозинофилы вместе с другими клетками будут встречаться во всех слоях бронхов. Эти клетки, а также многие другие, вырабатывают вещества, которые, в процессе аллергических реакций, освобождаются и приводят к бронхоспазмам. Слизистая отекает, идет продукция мокроты. И все это в комплексе затрудняет дыхание.

Астма бывает как аллергическая, так и не аллергическая. Но второй вариант – это более сложное заболевание, про которое не все понятно. Классическая астма – аллергическая. Она возникает как одно из проявлений атопии – свойства организма реагировать на чужеродные объекты, иным образом.

Кроме аллергии, существует много факторов, которые влияют на астму. Это грязный воздух, курение, изжога, прием определенных препаратов. Среди них также важен нервный стресс. Так, болезнь усиливается на фоне нервных переживаний – возникает сильный приступ. Бронхоспазм может появиться и как реакция на вдыхание холодного воздуха.

Бронхоспазм случается всегда, когда в клетках бронхов находятся клетки аллергического воспаления. Как только они оттуда уходят, человек перестает реагировать на раздражители – на стресс, на аллергены, – начинает дышать хорошо.

шо, у него уходят все приступы. Мы называем это контролируемой астмой. То есть, астму можно лечить и жить с ней долго без проблем.

ХОБЛ – это хроническое заболевание не только бронхов, но и всех легких. Его тоже можно и нужно лечить. В отличие от астмы, при ХОБЛ бронхи сужаются, но самостоятельно не расширяются. Кроме того, ХОБЛ характеризуется поражением практически всего дыхательного аппарата. Эмфизема легких – это практически синоним ХОБЛ. Меняется эластичность тканей и повышается воздушность легких, казалось бы, это должно быть хорошо для легких, но это не так. Такие легкие уже не являются надутым воздушным шариком, а становятся чем-то вроде целлофанового пакета, который всегда надут, и сам по себе не сдувается. Если в норме мы можем «надуть» легкие, и они сдуются сами, то при ХОБЛ – нет. Мы можем их надуть, но, чтобы сдуть, нам надо приложить усилия.

А если посмотреть через микроскоп кусочек бронхов больного ХОБЛ, мы снова увидим инфильтрацию, то есть заполнение клетками воспаления всех отделов бронхов. Но в отличие от астмы, клетки эти не аллергические. Они тоже вызывают воспаление, но по-другому. При ХОБЛ нет приступообразного бронхоспазма. Бронхи могут быть сужены за счет отека слизистой, большого количества мокроты, самое главное, что бронхи меняются необратимо, мы говорим «ре-моделируются», за счет склероза стенки и потери эластич-

ности. Мышцы бронхов будут тоже утолщены, они начнут сужать просветы дыхательных путей, но при этом классических астматических приступов, как правило, нет.



Астма – болезнь аллергическая и является врожденным заболеванием. И факторов риска, провоцирующих ее развитие, очень много. ХОБЛ возникает без аллергии, но исключительно из-за дыма.

ХОБЛ, в отличие от астмы, возникает всегда как приобретенное заболевание.

ХОБЛ – это только следствие курения.

ХОБЛ – искусственно созданная болезнь, которой бы не было, если бы человек не курил.

Также ХОБЛ находят у людей, которые живут в примитивных хижинах, в частности, в Африке. Они сжигают помет коров в очаге для приготовления пищи, что является причиной заболевания ХОБЛ. Эта болезнь развивается при любом воздействии дыма – не важно какого. Плохо собранная русская печь или неправильная конфорка, с которой всю

жизнь работала женщина, может приводить к формированию ХОБЛ.

Дым содержит большое количество так называемых активных радикалов, недоокисленных продуктов горения. Любое органическое вещество распадается на CO_2 и H_2O . Но это на бумаге. В реальности, даже при большой температуре горения образуются разные, в том числе и недоокисленные, предметы горения. В их число входят активные радикалы. Они являются, по сути, кислотой, повреждающей эпителий, который, в свою очередь, выполняет важную защитную функцию дыхательных путей. Когда эпителий погибает, органы дыхания остаются незащищенными. На месте убитых эпителиальных клеток оказываются бактерии. Они начинают размножаться, и, чтобы бороться с бактериями, приходят клетки нейтрофилы, которые борются с бактериями единственным известным им способом – высвобождением ферментов. А уже эти сжигают все на своем пути, в том числе и эластические волокна легких. При постоянном воздействии табачного дыма вот это последствие перерожденного иммунитета приводит к формированию болезни под названием ХОБЛ. Плюс регулярное воспаление приводит к деформации бронхов, продукции мокроты, утолщению мышечного слоя бронхов, что сужает просвет дыхательных путей.

Чтобы астма не развивалась, ее надо вовремя начать лечить. Необходимо прекратить аллергическое воспаление в дыхательных путях, чтобы оно не распространялось даль-

ше. В противном случае организм будет «обучаться борьбе» с новыми аллергенами, усиливать сенсibilизацию. И все больше разных фактов будет вызывать бронхоспазм. В молодом возрасте аллергическое воспаление протекает гораздо мягче, чем в пожилом. И если астму не лечить, она может тоже сформировать феномен необратимой обструкции. Необходимо регулярно употреблять правильные препараты и прекратить контактировать с аллергенами.

Лечение астмы и ХОБЛ

Теперь непосредственно о лечении. С середины 90-х годов астму лечат ингаляционными кортикостероидами. При их постоянном применении у 95 % пациентов полностью исчезает аллергическое воспаление из бронхов. Клетки, которые вызывали воспаление, исчезают, отек спадает, мокрота перестает выделяться. Уменьшается степень гипертрофии мышц бронхов и пропадает феномен бронхоспазма. После лечения легкие и бронхи больного астмой ничем не отличаются от легких и бронхов здорового человека.

До сих пор существует миф, что лечиться гормонами небезопасно, что от этого бывают самые неприятные побочные эффекты: ожирение, эндокринные заболевания, сахарный диабет, повышение артериального давления, кожные проблемы, иммунодефицит, остеопороз, катаракта. И, действительно, таблетированный прием гормонов крайне опасен, особенно в течение длительного срока. Современные гормональные препараты (ингаляторы), которые лечат астму, не имеют этих побочных эффектов. Их можно использовать в любом возрасте – от 0 до 100 лет. Единственное отличие – детям нужны только специальные средства доставки (спейсер) лекарства, так как они сами вдыхать препарат не могут.

Чтобы излечиться от ХОБЛ, в первую очередь,

необходимость бросить курить. Препараты второстепенны.

И ХОБЛ, и астма диагностируются с помощью спирометрии – измерения легочного объема и скорости выдыхания. Астма ставится либо при сужении, либо при расширении бронхов под воздействием препаратов.

ХОБЛ диагностируется по снижению индекса Тиффно. Он показывает, сколько процентов легочного объема пациент может выдохнуть за первую секунду.

Большую роль в постановке диагноза играет анамнез. Так, например, у двадцатилетнего пациента, который курит 2 года, вряд ли будет ХОБЛ. Но у него может быть тяжелая астма с необратимой обструкцией. Основное отличие астмы от ХОБЛ в том, что при астме есть гиперактивность дыхательных путей, а ХОБЛ – это необратимая обструкция. Сложности начинаются, когда врач сталкивается с необратимой обструкцией у пациента с астмой или с частично обратимой у пациента с ХОБЛ.

Во всем мире увеличивается количество пациентов с астмой. Это связано с тем, что мы живем в эпоху сверхчистой гигиены, у нас очень мало контактов с внешним миром. И поэтому, когда мы все-таки встречаемся с аллергенами, наш организм часто реагирует формированием сенсibilизаций. А поскольку мы живем в больших городах с плохой экологией, то это и приводит к массовым аллергическим заболеваниям.

Существует гигиеническая теория развития аллергии. Она гласит, что, если ребенок с младенчества будет соприкасаться с аллергенами, аллергии не будет. До года ребенок должен познакомиться с большим количеством продуктов, а также общаться с животными, больше бывать на природе, чтобы в дальнейшем не сформировалась аллергия.

Но и с астмой, и с ХОБЛ можно и нужно жить комфортно.

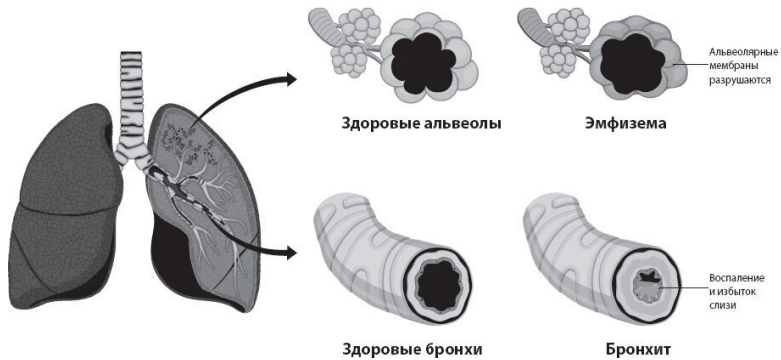
В первую очередь, в обоих случаях необходимо наблюдение у врача. Хотя бы у врача общей практики. Но, если заболевание уже запущено, то у пульмонолога. Обе болезни могут выходить из-под контроля. И в том, и в другом случае врач знает, что нужно сделать, когда это произойдет. Например, пациенты с астмой принимают сальбутамол – бронхорасширяющий ингалятор кратковременного действия – не чаще, чем два раза в месяц. Некоторые употребляют его каждый день, что является опасным симптомом, так как это уже один из признаков отсутствия контроля над течением заболевания. Поэтому врач должен назначить лечение, при котором бронхорасширяющих препаратов короткого действия не будет. Мы не всегда можем залезть в бронхи и посмотреть, сколько сейчас аллергических клеток сидит внутри. Но мы всегда это оцениваем позже – по симптомам, по мокроте, по функции дыхания, по специальным маркерам. И в случае наличия признаков какого-то воспаления задача врача – его убрать. Это справедливо и для астмы, и для ХОБЛ.

Для пациента с астмой самое главное – прием препаратов

и образ жизни. Он должен знать, что ему надо избегать провоцирующих факторов – курения, пассивного курения, вдыхания различных загрязняющих веществ, аллергенов, стресса, изжоги. Да, даже попадание небольшого количества кислот из желудка в верхние дыхательные пути, может вызвать приступ и привести к потере контроля над течением заболевания. Также, появлению астмы способствует лишний вес, прием бета-блокаторов, сырость.

Для пациентов с ХОБЛ все это тоже справедливо. Но, кроме обязательного отказа от курения, пациентам с ХОБЛ необходима физическая нагрузка. У них часто снижена физическая активность из-за атрофии скелетной мускулатуры. Пациент с ХОБЛ должен обязательно получать серии физических нагрузок, каждый день, как лечение. Например, он должен проходить от 2 до 10 км в день, делать зарядку, заниматься с гантелями. Также очень важно контролировать вес. И, конечно, нельзя впадать в стресс, так как он может явиться причиной обострения обструктивной болезни легких.

Тяжелый пациент с ХОБЛ должен быть опекаем целой врачебной командой – пульмонологом, кардиологом, терапевтом, диетологом, специалистом по спортивной медицине, психологом, наркологом, специалистом по остеопорозу.



Бросаем курить

Первое проявление ХОБЛ возникает через 20 лет курения по одной пачке в день. А серьезное развитие болезни начнется через 30–35 лет после курения одной пачки в день. При такой ситуации в 60 лет пациент может стать инвалидом.

Процент успеха самостоятельного бросания курить – это 10 %. 90 % остаются курильщиками.

Как уже было сказано, единственный способ снизить риск ХОБЛ – бросить курить. Но это очень трудно сделать, так как зависимость от курения сравнима с зависимостью от героина и кокаина. Легкие наркотики – марихуана, ЛСД, экстази – гораздо слабее, чем никотин. Поэтому, когда курильщик говорит, что он не может сам бросить курить, он действительно не может бросить. Не нужно думать, что у него нет силы воли.

Высокая зависимость	Низкая зависимость
Человек первую сигарету выкуривает до завтрака	Первая сигарета идет на работе, после обеда

Процент успеха самостоятельного бросания курить – это 10 %. 90 % остаются курильщиками.

Существует много методов борьбы с никотиновой зависи-

мостью. И даже просто разговор врача с пациентом о том, что надо бросать курить, может иметь последствия.

Для начала надо понять степень зависимости от курения.

Первое, что должен сделать человек, решивший для себя, что он бросает курить, – это решить для себя, что он бросает курить. Если такое решение созрело, то он уже на полшага приблизился к победе. Нужно выбрать день отказа от курения и как следует к нему подготовиться. Соответственно, это не может быть завтра. Подготовка заключается в том, что человек составляет список триггеров, которые вызывают желание закурить. Это то, с чем ассоциируется курение, – стресс, кофе, футбольный матч, бокал пива, секс, обед. Поэтому в первую очередь надо избавиться от триггеров, которые напоминают о сигарете. Например, кофе заменить на чай, не пить алкоголь (он усиливает тягу к сигарете), не ходить в магазины, где всегда покупал сигареты. Если человек в этот момент находится в стрессе, то, по назначению врача, он должен получить антидепрессанты и противотревожные препараты.

Никотин дает организму ощущение спокойствия. Он вырабатывает дофамин – нейромедиатор удовлетворения. Поскольку мы все сегодня живем в состоянии тревожности, то курение оказывается легким противотревожным препаратом. Поэтому при отказе от курения очень важно принимать антидепрессанты или противотревожные препараты, если есть такая потребность. Через какое-то время мозг приучается жить без тревоги и депрессии, адекватно реагиру-

ет, у человека уже появляется внутренняя «батарейка», которая поддерживает его. И позже, убрав антидепрессанты, мы можем самостоятельно поддерживать уровень счастья и удовольствия.

Если у человека есть хроническая боль – беспокоят суставы, спина или ноги, то дискомфорт может усилиться на фоне отказа от курения. Поэтому врач должен в этот момент подобрать препараты от боли.

Жвачка и пластырь

Очень популярна и эффективна никотинозаменительная терапия. Никотин вводится в организм безопасным способом – через пластырь, жвачку, ингалятор или спрей. Поскольку, как мы уже говорили, никотин дает нам ощущение спокойствия и удовольствия, благодаря выбросу дофамина, отсутствие сигареты приводит к никотиновому голоду. Нет дофамина – нам плохо. Поэтому для получения необходимой дозы никотина рекомендуется использовать сразу два способа никотинозаменительной терапии – пластырь и либо ингалятор, либо жвачку. Но у этих подходов есть один минус – пластырь и жвачка идут в больших дозах. Поэтому люди с физической зависимостью, которые не много используют никотина, могут получить передозировку с тошнотой, головокружением, онемением в руках. То есть пластырь подходит для тех, кто курит 20 сигарет в день. Для тех, кто курит

меньше, ситуация сложнее.

Варениклин

Варениклин стимулирует наш мозг на выброс дофамина. Он также блокирует восприимчивость организма к никотину. Если на фоне приема варениклина человек покурит, он ничего не почувствует. Удовольствия от курения получать не будет, но и тяги тоже не будет. Через три месяца он будет чувствовать себя хорошо, и уже его собственный никотин будет возбуждать рецепторы. Когда человек сразу бросает курение, за счет варениклина у него появляется много дофамина. Он действует на психологическую зависимость. Человек еще может покуривать сигареты и на фоне этого препарата, но не получит удовольствия от курения. Соответственно, в мозге сломается психологическая ассоциация между курением и удовольствием.

Варениклиин дает самый большой эффект отказа от курения – 90 % в течение 3 месяцев. Но 10 % останутся курильщиками навсегда. На сегодня это самый лучший результат, более эффективного средства еще не придумали.

Заставить человека бросить курить нельзя. Это должно быть его самостоятельным решением. Только работа в тандеме с врачом может привести к результатам.

Врачебные хитрости и «ужасы» кальяна

Врачи прибегают к различным способам убеждения. Так, одно из них – исследование возраста легких. Курящему пациенту предлагается пройти спирометрию. Благодаря ее результатам можно посчитать, какого возраста легкие курильщика. Иногда это шокирует людей. Например, человек в 40 лет видит, что его легкие выглядят на 60 лет. После такого исследования многие задумываются: может быть все же стоит бросить курить? Иногда также работает КТ легких, когда врач вместе с пациентом внимательно рассматривает его легкие, ищет узелки и новообразования.

Страшные картинки, которые размещают на сигаретных пачках, тоже заставляют многих задумываться. Реклама сигарет практически везде запрещена. И сегодня люди, действительно, гораздо меньше курят.

Кальян является основной причиной заражения микобактерией – родственницей туберкулеза.

Тем, кто бросает курить, рекомендуется занять свое свободное время новым увлечением, чтобы руки не тянулись к сигаретам. Нужно найти что-то, что-то приносит положительные эмоции. Новое хобби, путешествия, а можно пода-

ритель себе вещь, о которой давно мечтал. То есть у процесса бросания курить должно быть позитивное подкрепление. Можно и нужно уделять много внимания спорту – велосипедные прогулки, плавание, спортивная ходьба.

Табачные компании ощутили кризис своего бизнеса, поэтому они придумывают новые способы удержания людей. Так появились электронные сигареты. Они позиционируются как безопасное курение. Но мы не знаем, как на самом деле будет реагировать на них организм. Слишком мало времени прошло, чтобы делать выводы. По отзывам курящих людей, неприятное дыхание, кашель все равно сохраняются какое-то время. Позиция ВОЗ однозначна и неизменна – безопасного курения не существует. В легкие ничего лишнего попадать не должно, только чистый воздух!

Кальян, которым увлекаются люди, – это тоже дым. Да, он проходит через воду, но это тоже дым. И в организм попадают продукты окисления. А еще там много ароматических веществ, которые тоже непредсказуемо могут повлиять на легкие. Ароматические молекулы и эфиры крайне плохо воспринимаются бронхами. Они не умеют перерабатывать и выводить жироподобные субстанции, в том числе эфиры. Формируются капли, и когда человека вскрывают после смерти, то эти капли находят в легких.

Кроме этого, кальян передает множество инфекций. Колба не стерилизуется, и из-за этого во влажной среде размножается и передается микобактерия – родственник туберку-

леза. Когда человек заражается ею, его состояние очень похоже на туберкулез. Но это не туберкулез. Лечение гораздо дольше. Человек пьет антибиотики 2–3 года, прежде чем выздоравливает.

О пневмонии

Ну и о пневмонии. Добром старом заболевании, от которого есть лекарства, но от него сегодня также умирают люди.

Начнем с определения – что же такое пневмония? Пневмония – острое инфекционное заболевание нижних дыхательных путей, которая характеризуется так называемой внутрилегочной инфильтрацией. Это определение старой, классической, типичной пневмонии, о которой писал еще Боткин.

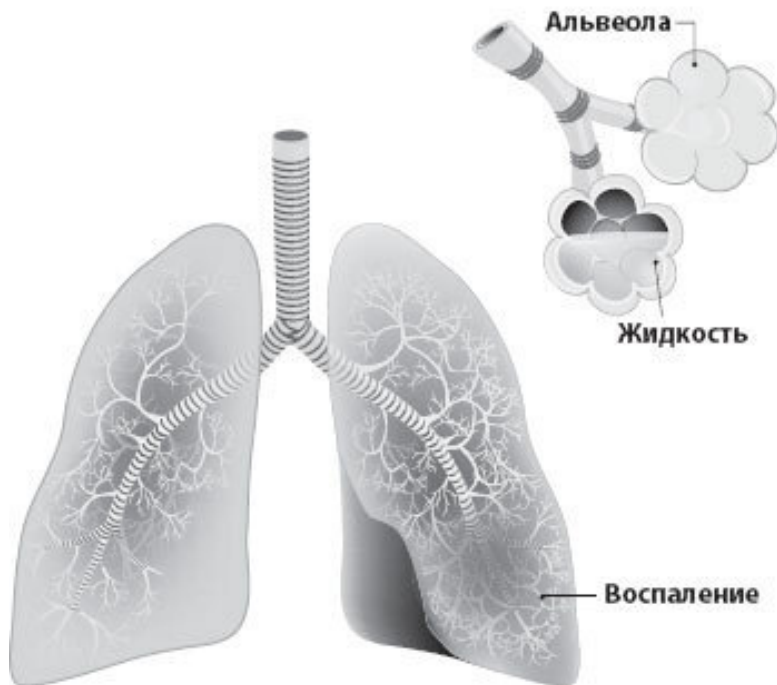
Вирусные пневмонии не требуют назначения антибиотиков. Бактериальная пневмония в легкой форме может быть бессимптомной и пройти самостоятельно, без лечения.

В легкие, которые представляют собой структуру воздушных мешочков, где происходит газообмен, приходят бактерии, и на этих бактерий набрасываются клетки воспаления. Это приводит к формированию инфильтрата, в результате чего клетки крови переходят внутрь альвеол. И во время борьбы с бактериями легкие в одном месте заполняются плотной жидкой средой.

Есть еще атипичная пневмония. Она была описана позже и была связана с инфекциями от попадания патогенов – хламидий, микоплазмы, легионеллы. Иногда воспаление вместо того, чтобы идти внутри альвеолы, идет снаружи ее. Это тоже

необычное течение. Ну и, наверное, к атипичной пневмонии можно отнести вирусную пневмонию.

ПНЕВМОНИЯ



Среди ученых всего мира шел долгий спор, существует ли вирусная пневмония или ее нет? Этот спор был разрешен

во время последней эпидемии гриппа H1N1, во время которой признали, что гриппозная пневмония существует. На мой взгляд, сегодня мы окончательно убедились, что пневмония бывает не только бактериальная, но и вирусная.

У нас нет сомнений, что коронавирусная инфекция тоже вызывает вирусную пневмонию. И она протекает совершенно иначе, с другими последствиями, нежели классическая.

Бактериальная пневмония чаще всего протекает в легкой форме, потому что люди начинают принимать антибиотики и легко выздоравливают. В современном мире даже идет дискуссия, а надо ли лечить такое заболевание (пневмонию легкой степени тяжести)? Есть специальные тесты, которые выявляют степень тяжести бактериальной пневмонии. И если результаты показывают минимальное воспаление, то антибиотики не дают, пациенты прекрасно выздоравливают и без них. Стоит сказать, что такой подход пока не нашел своего признания и не указывается ни в российских, ни в международных рекомендациях.

Одна из самых тяжелых пневмоний – пневмококковая, она же и самая частая у взрослых. Пневмококк может распространяться сквозь альвеолы и давать распространенную пневмонию с поражением вплоть до целого легкого. Особенно тяжело она проходит у людей в возрасте 65+, при наличии таких заболеваний, как астма, ХОБЛ, сердечная недостаточность, сахарный диабет, ожирение, почечная и печеночная недостаточность, аутоиммунное заболевание, иммунодефи-

цит. Любая патология осложняет течение пневмонии. А наличие нескольких патологий многократно утяжеляет, и может привести к летальному исходу.

Пневмококковая инфекция и вакцинация

Пневмококковая пневмония дает высокую температуру, красную мокроту, слабость, боль в груди, сильный кашель, интоксикацию. В ситуации с тяжелой пневмонией надо всегда искать конкретных возбудителей, лечить наобум здесь нельзя. И вот именно из-за того, что вовремя не находят возбудителя конкретной пневмонии, человек может умереть. Несмотря на банальность заболевания, бывают тяжелые пациенты с плохой микрофлорой, которая не всегда поддается лечению.

Вакцинация от пневмококка – один из способов снижения заболеваемости и смертности. Сегодня активно применяют 13-валентная и 23-валентная вакцины.

Первой появилась 23-валентная вакцина, в которой находятся 23 варианта пневмококка. А их всего живет на этом свете около 100. Для вакцины выбраны наиболее актуальные, патогенные, агрессивные штаммы пневмококка. 23-валентная вакцинация – полисахаридная, повторять ее надо раз в пять лет.

13-валентная вакцина – конъюгированная на дифтерийном токсине¹. Наличие конъюгата позволяет сформировать

¹ Конъюгат – искусственная молекула, которая состоит не менее чем из двух хи-

более мощный иммунный ответ, хотя там всего 13 штаммов. И считается, что если взрослому человеку лишь однажды ввести такую вакцину, то создается иммунитет на всю жизнь.

Самым тяжелым пациентам вводится 13-валентная вакцина и через год 23-валентная. И считается, что этого достаточно.

Показания к вакцинации – детский возраст, пожилой возраст, а также хронические заболевания легких, ХОБЛ, курение.

мически объединенных компонентов, часто различного происхождения. – *Прим. ред.*

Гриппозная пневмония

Следующая по популярности – гриппозная пневмония. Она обладает большими возможностями предотвращать осложнения. Но сейчас гриппозная пневмония отошла на второй план, так как менее агрессивна, чем коронавирусная. Хотя стоит помнить, что гриппозная пневмония – это всегда показание для госпитализации.

В отличие от коронавирусной пневмонии, при гриппозной в лечении не используются гормоны. При гриппе происходит присоединение вторичной инфекции, чаще всего стафилококковой. А вот коронавирус гораздо реже замечен во вторичной бактериальной инфекции.

От гриппа тоже есть вакцины, но к ним много вопросов, так как они не дают 100 % защиту. И хотя вокруг идет много споров, но врачебное сообщество склоняется к тому, что вакцинация все же должна проводиться. Сейчас создаются новые универсальные вакцины от гриппа. И лично я выступаю за вакцинацию от гриппа.

Коронавирус – это новая инфекция, но чем-то напоминает коронавирус 1 типа, который закончился в виде локальной вспышки в 2006–2008 годах в Китае. У него летальность была гораздо больше – 30 %.

Сегодняшняя коронавирусная пневмония – это родственник той пневмонии. Болезнь более коварная, она распро-

страняется от бессимптомных носителей, заражает большее количество людей, а летальность ниже – от 2 до 50 % в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний.

Самый главный фактор риска – возраст и наличие сердечно-сосудистых заболеваний. Дальше идет сахарный диабет. Астма не является фактором риска. У большинства пациентов-астматиков коронавирусная инфекция протекает в легкой форме, похожа на грипп. Однако бывает по-всякому. Иногда на вторую неделю пациент попадает в больницу с тяжелой одышкой, тогда это считается тяжелым течением болезни. Если совсем не повезет – подключают к ИВЛ. Летальный исход для тяжелых форм коронавирусной пневмонии – 50 %. Много? Безусловно. Но просто для сравнения: гриппозная пневмония дает точно такие же тяжелые летальные последствия, но, к счастью, встречается реже.

На сегодняшний день можно с уверенностью говорить о больших успехах в лечении и профилактике коронавирусной инфекции. Активно идет прививочная компания, вакцины широко доступны и просты в применении. В лечении также совершено несколько прорывов, которые позволяют снизить летальность от тяжелой коронавирусной пневмонии. Вот-вот ожидается выход на рынок серии лекарств, которые не только помогают бороться с воспалением, но действуют непосредственно на вирус, помогая его нейтрализовать и замедляя его размножение.

Раздел 3

Гастроэнтерология

Автор: Алексей Парамонов, гастроэнтеролог, терапевт, кандидат медицинских наук



Этот раздел про общую гастроэнтерологию – жизнь желудочно-кишечной трубки в организме.

На продолжительность жизни влияют преимущественно онкологические заболевания этих органов, способ уберечься от которых рассмотрен в соответствующей главе.

Здесь мы поговорим о том, как нашу долгую жизнь прожить еще и, по возможности, счастливо. Вы спросите: «Где счастье, а где – желудок? Сравнил!» Однако, уверяю вас, если в животе вечно что-нибудь болит, то голова думает не о прекрасном, а о качестве пищеварения. Это сильно мешает ощущению счастья.

Больше всего нарушают нам здоровье дисбактериоз, глисты и лямблии. Правда, в большей степени психическое, поскольку причиной недомоганий они бывают достаточно редко. Эрудированный читатель мне возразит, что дисбактериоза вовсе не бывает. Это не совсем так.

Дисбактериоз?! И это в доказательной-то медицине?

Он бывает. Но, конечно, не в качестве диагноза. И анализы на него сдавать смысла нет. Парадокс в этом утверждении есть только на первый взгляд. Если мы отойдем от «советского» восприятия «дисбактериоза», мы за этим термином увидим многое.

Итак, «советский дисбактериоз» – это состояние общей неудовлетворенности пищеварением с поносами, запорами, вздутием и другими симптомами, подтвержденный изменениями в «анализе на дисбактериоз». В нем может быть мало лакто- и бифидобактерий, кишечная палочка в нем оказывается гемолизирующей и неправильной, в худших случаях находят клебсиеллу и золотистый стафилококк. Проблема этого диагноза и анализа – в нулевой повторяемости результатов исследования кала на дисбактериоз. Анализ изучает примерно 20 бактерий из нескольких тысяч в кишечнике и отражает скорее температуру в лаборатории и питательность среды для роста бактерий. А симптомы? Они вызваны чем угодно, от целиакии до раздраженной кишки. Но «советский дисбактериоз» не так прост. Если классический анализ не работает, мы применим масс-спектрометрию по Осипову. Это анализ крови на «дисбактериоз». Анализ видит уже несколько сотен бактерий, но в крови. И стоит гораздо доро-

же анализа на дисбактериоз. Этим его достоинства исчерпываются. Метод высокотехнологичный, дорогой, одобрен Росздравнадзором, его выполняют в научных институтах. Недостаток один – этот набор полосочек в анализах не отражает ничего, что можно соотнести с клинической медициной. И место ему там же, где и предшественнику, – в архиве Остапа Ибрагимовича Бендера.



Снизить риск диареи при приеме антибиотиков можно, одновременно назначив препарат сахаромицетов (в России это энтерол).

Тем не менее, хотя дисбактериоза и не бывает, болезни, связанные с нарушением кишечной флоры, нередки и, случается, принимают затяжные и даже опасные для жизни формы.

В первую очередь, это антибиотикассоциированная диарея и ее более тяжелые варианты – антибиотикассоциированный колит и псевдомембранозный колит. Это нередкое явление. В момент приема антибиотиков и вскоре после него расстройства стула возникают почти у 10 % пациентов. В

большинстве случаев проблема решается сама.

Такая рекомендация, например, вошла в Европейский консенсус Маастрихт V – при лечении хеликобактерной инфекции антибиотиком следует добавлять сахаромиды. У небольшой части пролеченных антибиотиком диарея становится затяжной и иногда приобретает очень тяжелые формы, когда в кишечнике образуются язвы. Тяжелое течение болезни более вероятно у пожилых, при многократных курсах антибиотиков, у пациентов, ослабленных тяжелыми хроническими заболеваниями, после операций, например, после протезирования суставов. Такое развитие событий обусловлено тем, что большинство антибиотиков неселективно влияют на десятки разных бактерий, но не затрагивают *Clostridium difficile* – этот микроб в норме живет в кишечнике, и его вредоносный потенциал сдерживается остальными представителями кишечной флоры. Когда контроль над ним утрачен, клостридий производит токсины, повреждающие кишку. Токсины можно и нужно определять в анализе кала и помнить, что отрицательный результат не гарантирует отсутствия клостридиального колита, а посев на наличие клостридия так и вовсе не имеет смысла – микроб определяется в норме. Вот этот – всем дисбактериозам дисбактериоз. От него и умереть можно, если вовремя не распознать и не начать лечить. Обычно с ним удается справиться антибиотиками, активными против клостридия, – метронидазолом, ванкомицином, рифаксимидом, фидаксимицином. При

тяжелом рецидивирующем течении и неэффективности лекарств единственный действенный метод – трансплантация кала от здорового донора.

Избыточный рост бактерий в тонкой кишке, или СИБР

Близка к дисбактериозу ситуация избыточного роста бактерий в тонкой кишке (СИБР). Обычно в тонкой кишке бактерий очень мало, они все живут в толстой. В некоторых ситуациях они проникают туда и размножаются, сбраживая кишечное содержимое. Проявление – газообразование и понос. Лучшая питательная среда для бактерий – сахар, поэтому синдром избыточного роста можно провоцировать злоупотреблением углеводами – хлебом, сахаром, виноградом и т. д. К СИБР предрасполагают сахарный диабет и ожирение. Возможный механизм – обратный заброс содержимого толстой кишки в тонкую при функциональных заболеваниях толстой кишки. Для инструментальной диагностики синдрома используют несколько разновидностей дыхательных тестов – дают выпить раствор сахаров и смотрят прирост водорода в выдыхаемом воздухе. Тест не слишком точный. Точный – поместить трубку в тонкую кишку и взять ее содержимое. Сами понимаете, желающих получить такие ощущения немного. Поэтому диагностика чаще клиническая – ограничение углеводов, в крайнем варианте это FODMAP-диета, жестко ограничивающая некоторые углеводы, бобовые и ряд других продуктов. Долго применять ее неприятно и не полезно. Еще нередко назначают кишечный септик рифакси-

мин, и, если он дает значительное улучшение самочувствия, диагностируют синдром избыточного роста и лечат периодическими курсами рифаксимины дальше.



А как же глисты и лямблии?

Лямблиоз встречается чаще у детей. При расстройстве работы кишечника цисты лямблий определяют в кале. Но до сих пор неясно, патогенны ли они или все симптомы определяются синдромом раздраженной толстой кишки. Не следует делать анализы крови на «лямблии» и потом лечить эти анализы.

Глисты в городских условиях в европейской части России встречаются достаточно редко. При подозрении на гельминтоз делают анализ кала «с обогащением», например, Parasеп. Если анализ кала нормальный, – скорее всего, глистов нет. Делать анализы крови на антитела к гельминтам – почти всегда бессмысленный акт, приводящий к ненужному лечению. Плохая практика – «профилактически» принимать противоглистные препараты, если только вы не едете в эндемичную зону, будете пить там воду из лужи и есть сырую рыбу.

Риск умереть от токсического поражения печени противоглистными средствами намного выше риска получить червяка от домашней кошки или собаки.

Кстати, в местностях, где любят сырую речную рыбу, гельминтозы нередки. Обычно это Север и азиатская часть России. Но местные доктора обычно хорошо разбираются в небезобидных привычках своих земляков.

Если у вас дома живет кошка или собака – это также не повод регулярно глотать противоглистное. В 99 % «человеческие» и «кошкособачьи» глисты либо относятся к разным видам, либо им требуется промежуточный хозяин. Например, собака должна покакать яйцами глистов в пруд, а вы должны съесть зараженную улитку из этого пруда.

Злобный глютен и СРК

А почему же вы читаете уже не первую страницу, а я еще не запретил вам есть глютен ради вашего же блага?

Потому что глютен (белок клейковины, оболочки пшеницы, ржи, ячменя) вреден пациентам с целиакией. Их примерно 1–2% среди страдающих животом. Непереносимость глютена, не связанная с целиакией, просто невероятная редкость. Что касается целиакии (глютеновой энтеропатии), она чаще проявляется у детей, но мне приходилось диагностировать ее и у 70-летней пациентки. Типичные симптомы – вздутие живота, поносы или запоры, метеоризм, дефицит железа, анемия. Иногда поражается кожа. Типична задержка роста у детей. В недавнем прошлом единственным способом диагностировать целиакию была биопсия двенадцатиперстной кишки. Кишка лысеет – исчезают ворсинки, от этого и все проблемы. В большинстве случаев достаточно анализа крови на антитела к эндомизию, трансглутаминазе, дезаминированному глиадину. Если тесты отрицательны, – использовать безглютеновую диету никакого смысла нет. Обширный многостраничный анализ на «пищевую непереносимость и непереносимость глютена» путем определения IgG4 – бессмысленная трата денег и способ уморить себя голодом.

Теперь мы знаем, что многих болезней не существует или мы о них неправильно думали. Но живот болит, понос, за-

пор, вздутие, нужно искать туалет по дороге на работу, – что, я это все придумал?

Нет, конечно, это именно то, что мешает нашему счастью.

И при таких симптомах нужно убедиться, что у вас нет воспалительного заболевания кишечника (язвенного колита, болезни Крона, недифференцированного колита или при-мкнувших к ним эозинофильного колита и болезни Бехче-та). Как это сделать, не замучить себя, не потерять много времени и не разориться? Колоноскопия, конечно же. Хорошая новость: она нужна не всем. Нужна тем, у кого есть «красные флаги»: людям старше 45, если позывы на стул нарушают сон, если есть необъяснимая потеря веса, непонятные подъемы температуры, примеси крови или желтой гноевидной жидкости в кале. Остальным для полного спокойствия можем сделать анализ кала на кальпротектин и анализ кала на скрытую кровь точным (иммуннохимическим) методом. Кальпротектин – белок, выделяемый в просвет кишки воспалительными клетками.

Примерно в 80 % у пациентов с СРК находят тревогу или депрессию, или «астению».

Ничего не нашли в анализах, «красных флагов нет». Вам говорят: синдром раздраженной толстой кишки – диагноз исключения. И что? Колоноскопия? Не верьте. Используя тайное знание, данное нам рожденным в Италии, но признаваемым во всем мире консенсусом «Римские критерии IV», имеем право определить синдром раздраженной кишки

(СРК) или другое функциональное расстройство на основании диагностических алгоритмов.

Надо сказать, что статистически СРК встречается во много раз чаще, чем все остальные заболевания кишечника, вместе взятые. Кроме того, это одно из самых распространенных заболеваний на свете в принципе.

СРК – почти всегда причина хронических запоров, поносов, их чередования, хронической боли в животе, вздутия и еще 100 мелких недомоганий. От него не умирают, но жизнь он может портить с невероятной настойчивостью.

Откуда он берется и можно ли помочь?

Откуда берется – не совсем ясно. Но ясно многое. Например, нередко можно проследить начало СРК, особенно с диареей, от перенесенной кишечной инфекции. Более того, в США сейчас используют иммунологические тесты для диагностики СРК. Парадокс – это функциональное, чуть ли не «психологическое» расстройство, а для его диагностики создали высокоточные анализы. Это антитела к цитолетальному разрыхляющему токсину и антитела к кишечному винкулину. Они повышены при СРК с диареей и отражают раннюю историю болезни, когда бактериальный токсин повреждал нервные окончания в стенке кишки. Тем не менее иммунологические тесты не позволяют свести СРК к эпизоду воспаления. Продолженного воспаления при СРК нет, по крайней

мере, противовоспалительные средства при СРК бесполезны. При этом СРК хотя и не равнозначен психологическим неустойчивостям, но тесно с ними связан.

Когда мы задаем вопрос пациенту об ощущении тревоги, не все могут определенно на него ответить. Чаще тревога ощущается как чувство внутреннего напряжения. Нередки случаи, когда болезнь длительная, яркая эмоциональная окраска тревожных эпизодов теряется. Пациент ощущает приступы сердцебиения, «ком в горле», эпизоды «нехватки воздуха». Если его подробно расспрашивать, можно проследить, что ранее эти симптомы сопровождались страхом, тревогой, боязнью смерти. Потом переживания смягчились и позабылись, а реакция тела на тревогу осталась. Такой механизм может распространяться и на функционирование кишечника и желудка. Зачастую пациент на наш интерес к его эмоциональному состоянию реагирует сообщением «да все у меня отлично, лучше, чем когда-либо». Иногда такой ответ продиктован восприятием факта «стресса» как большого, неприятного, шокирующего психотравмирующего события. Это далеко не всегда так. Нередко фоном для СРК становятся повседневная суеда, однообразие быта, усталость, недостаточный сон, высокий уровень ответственности дома и на работе, необходимость отслеживать множество процессов (собрать детей в школу – забрать из школы – отвезти в музыкальную школу – пригласить репетиторов – купить продукты – успеть сдать статью в журнал сегодня ночью).

Депрессия. Про депрессию много сказано. Мы находим ее не так часто, как тревогу. Многие пациенты считают, что живот болит, поэтому настроение плохое. Чаще – наоборот. Кроме того, депрессия – не только настроение. Это и качество сна, и работоспособность, и желание что-либо делать, и уровень либидо, и «все болит». Но главное – при СРК может не быть ни депрессии, ни тревоги, ни любого другого психологического феномена. А антидепрессанты все равно помогают.

«Подари мне, Санта, антидепрессанты»²



Мы с вами уже поняли, что, за редким исключением, неприятности в кишечнике – это СРК. Как же его лечить? Поскольку симптомы СРК возникают у 30 % людей в разные периоды жизни, распространенность его огромна и внимание со стороны медицинской науки давнее и пристальное. Исследования исчислялись сотнями. Поскольку частый симптом СРК – боль, частично возникающая из-за спазма, спазмолитики применяют давно и разные. Кроме того, ими пытались сдерживать избыточную двигательную активность кишки, которая проявляется поносом. Ими же лечат и запоры при СРК, поскольку запор реализуется через спазм. Эффект есть от мебеверина, отилония, тримебутина и даже от капсул масла мяты перечной и других. Но эффект достаточно скромный и неустойчивый, он сохраняется, главным об-

² Фрагмент из песни «Антидепрессанты» группы «Ленинград». – Примеч. ред.

разом, в период приема препарата.

Поносы успешно лечили лоперамидом. Он позволяет сносно существовать при СРК с поносом, бояться этого препарата не нужно, но использовать следует только при обострении и при планируемых ответственных мероприятиях, дальних переездах. Однако это решение на один день. Сегодня пережили, а завтра видно будет.

СРК с запорами лечат сочетанием спазмолитика и объёмдающего слабительного (макроголь, псилиум, лактулоза). Слабительные без спазмолитика приводят при СРК к болезненному вздутию живота. И в начале лечения нередко потребность в дополнительном слабительном другого типа. Частая причина отказа от такого лечения – живот раздуло. Это говорит о том, что нужна коррекция лечения, но никак не отказ от него. При стойких запорах отлично себя показал линаклотид – слабительное нового типа, заставляющее кишку продуцировать жидкость в свой просвет. Но в России его нет. Увы.

Все, написанное выше про лечение СРК, эффективно. Но эффективность и особенно устойчивость эффекта – невелики.

Результатами терапии в течение десятилетий были довольны и врачи, и пациенты. Все ведущие научные центры мира занимаются исследованиями СРК, но особое место все же занимает Римский фонд исследований <https://theromefoundation.org/> – международная организация, объ-

единяющая ученых разных стран на почве изучения функциональных расстройств пищеварения. Десятилетия исследований разных препаратов, для оценки которых роль фонда стала кристаллизующей, позволили назвать способы существенно улучшить качество жизни пациентов с СРК, иногда эту жизнь просто развернуть в русло комфорта и радости восприятия мира. Изучались разные подходы, но оптимальное решение на сегодня – это сочетание «гастроэнтерологических средств», о которых я писал выше, с антидепрессантами и психотерапией. Причем подчеркну, что мы не лечим депрессию. У большинства пациентов с СРК ее нет, а эффект от антидепрессантов есть. И только такой подход позволил получать периоды ремиссии – благополучия без непрерывного лечения. Наиболее исследованы старые трициклические антидепрессанты, такие как амитриптилин. Они хорошо работают, но плохо переносятся. Поскольку наш пациент – человек деятельный, активный, работающий, мы используем препараты группы ингибиторов обратного захвата серотонина – эсциталопрам, сертралин и другие. Эффективность та же, переносимость несопоставимо лучше. Следует отметить, что все антидепрессанты, зарегистрированные в России, не вызывают зависимости. Назначаться они должны строго врачом, использование их безопасно, если назначение делает квалифицированный специалист, учитывающий все нюансы: от риска суицида у подростков до риска аритмий у пожилых.

Сопоставима с антидепрессантами по эффективности оказалась когнитивно-поведенческая психотерапия. Этот вид психотерапии лучше всего изучен при функциональных расстройствах ЖКТ. Но на основании последних исследований Римский фонд включил в рекомендации по лечению СРК также гипноз и медитацию.

Эффективность других психотропных препаратов существенно ниже. Анксиолитики, нейролептики, антиконвульсанты, нормотимики тоже применяются, но их роль скорее вспомогательная, они не способны индуцировать ремиссию.

С ног на голову, с кишечника на желудок.

Мы обсудили синдром раздраженной кишки, хотя в медицине есть древний обычай описывать органы сверху вниз. Я сознательно выбрал СРК как наиболее известное заболевание функциональной природы, чтобы на его примере рассмотреть механизмы, дающие сбой и при расстройстве работы других органов.

Желудок и пищевод

Пара слов про *Helicobacter pylori*. Эта бактерия – главный фактор развития язвы желудка, двенадцатиперстной кишки, гастрита. Кроме хеликобактера, можно назвать такие провокаторы болезни, как нестероидные обезболивающие и курение.

Хеликобактер и курение – основные факторы риска рака желудка.

Об этом подробно написано в «онкологическом» разделе.



Мы часто слышим: «У меня гастрит – болит желудок» или «При гастроскопии у меня нашли причину моего чувства переполнения в животе – гастрит». В действительности га-

стрит (воспаление слизистой желудка, инфильтрация ее воспалительными клетками), судя по всему, служит причиной дискомфорта и боли в животе не более чем в 10 % случаев. Именно эту долю симптомов можно устранить, уничтожив хеликобактер антибиотиками. В 90 % случаев после уничтожения (эрадикации) хеликобактера боль и прочие неприятности останутся. Значит ли это, что в устранении хеликобактера смысла нет или он невелик? Нет. Не значит. Дело в том, что истинный гастрит (воспаление) можно диагностировать только при биопсии слизистой желудка. При этом желудок обычно не болит. Но эрадикацию проводят, чтобы снизить риск язвы, желудочных кровотечений, улучшить всасывание железа и предотвратить у предрасположенных к нему пациентов рак. Боль тут почти ни при чем.

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.