

**Андрей
Харитонов**

kharitonov_ag

**ДИЕТА
№5
ЛЕЧИТ**

**ГОНИ
ЖЕЛЧЬ**

**НЕ ЕШЬ
ВСУХОМЯТКУ**

МИФЫ И ЛЕГЕНДЫ гастроэнтерологии

**Гастрит не болит
и другие разоблачения**



**Екатерина Мартинович
Андрей Харитонов
Мифы и легенды
гастроэнтерологии. Гастрит не
болит и другие разоблачения
Серия «Все грани здоровья (КП)»**

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=70206751

*Мифы и легенды гастроэнтерологии. Гастрит не болит и другие
разоблачения. / Андрей Харитонов: Комсомольская правда; Москва;*

2023

ISBN 978-5-4470-0658-7

Аннотация

Книга развенчивает популярные заблуждения, связанные со здоровьем желудка и кишечника. Например, что суп улучшает пищеварение, нет яда страшнее чипсов, глютен -зло, а желчь необходимо гнать. Гастроэнтеролог, кандидат медицинских наук Андрей Харитонов знает, как мифы снижают качество жизни: приводят к запретам в еде, ненужным ритуалам с пищей, бесполезным обследованиям и лечению состояний, которые являются нормой. Легко и понятно, опираясь на современные научные данные, доктор развеивает заблуждения про гастрит и

панкреатит, синдром раздраженного кишечника и дисбактериоз, колит и атрофию. Легендарные лечебные столы – так ли они действенны? Чем полезен кофе и как киви поможет при запорах? Что делать, если в желчном пузыре появились камни? Когда лечение действительно необходимо, а когда бесконечные анализы – трата времени и денег? Наконец, как не попасть на удочку к шарлатанам от медицины? В книге много юмора и примеров из врачебной практики.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

Содержание

Предисловие	7
Введение	10
Глава 1	12
Мозаика из факторов риска	17
Четырьмя широкими мазками	25
Глава 2	27
Запивайте на здоровье!	35
Конец ознакомительного фрагмента.	39

Андрей Харитонов
Мифы и легенды
гастроэнтерологии.
Гастрит не болит и
другие разоблачения

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
КОМСОМОЛЬСКАЯ
ПРАВДА

© Харитонов А., текст, 2023

© Мартинович Е., иллюстрации, 2023

© Оформление обложки, АО «Издательский дом «Ком-
сомольская правда», 2023



Предисловие



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

Эти воспоминания оживило не какое-то одно событие, скорее, цепочка случаев, с которыми я сталкивался в своей врачебной практике. Будучи гастроэнтерологом с некоторым стажем, который старается следить за современной медицинской наукой, я с удивлением узнавал от своих пациентов новые, ранее неизвестные мне факты. Эти сведения мои больные черпали на форумах и в блогах. А кое-кто просто передавал слова других докторов, делился мнением родственников, знакомых или друзей. Речь, например, о легендарных лечебных столах, которые назначаются всем подряд уже много десятилетий. Или о новых диетах с мифическими свойствами. Или о несуществующих болезнях, ненужных анализах и исследованиях, которые ни на шаг не приближают к решению проблемы пациента.

То, что я слышал, сперва вызывало недоумение: ну не могут люди в XXI веке всерьез так думать! И ладно бы па-

циенты: они не имеют медицинского образования и порой с трудом представляют, где расположены органы пищеварения и зачем они нужны. Но гастроэнтерологи, мои коллеги?! Врачи, которым доступно огромное количество рекомендаций и статей по гастроэнтерологии, только и ждущих, чтобы их прочитали и применили на практике! Недоумение постепенно приводило к некоему разочарованию. Нет, не в своей специальности – я очень люблю гастроэнтерологию. Мои эмоции относились к общему уровню гастроэнтерологических знаний в нашей стране – как у врачей, так и у пациентов. Мне захотелось эту ситуацию изменить. Начать с самого простого – с информирования: готовить статьи, записывать видеолекции, наконец, опубликовать книгу. Конечно, даже тщательно проверенная информация может легко затеряться в мутном потоке противоречивых и нередко недостоверных сведений. Однако это не оправдание для ничегонеделания. *Viam supervadet vadens*, что означает «Дорогу осилит идущий», – так говорили древние римляне. Кроме того, я не одинок: многие мои коллеги также стараются донести до читателей современные представления о том, как устроен и работает наш желудочно-кишечный тракт и есть ли необходимость многолетнего соблюдения щадящих диет.

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

Введение

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

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

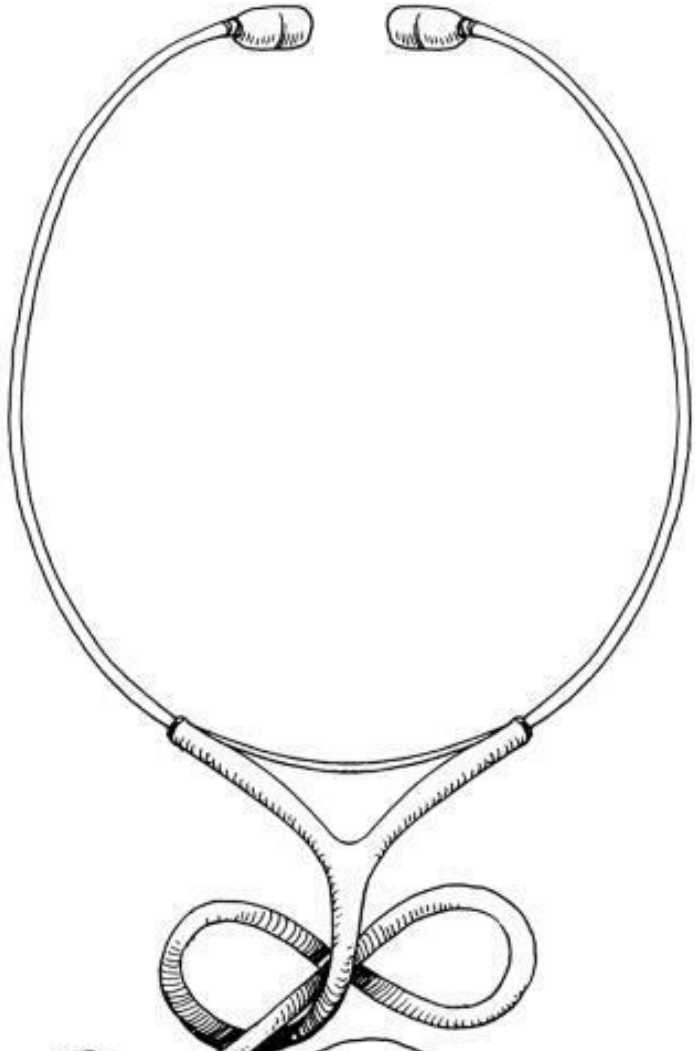
Мифов в отношении болезней желудочно-кишечного тракта в нашей стране – как блох на собаке. Многие из них исходят из далекого прошлого, поэтому порой расцениваются как истина: «Так всегда было», «Так еще моя бабушка говорила». Некоторые из них – довольно свежие – порождение ненаучного подхода, псевдомедицины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

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

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

Глава 1

Гастрит не болит



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

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

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

Современная гастроэнтерология считает хронический гастрит болезнью, протекающей бессимптомно.

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

оболочки желудка.

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

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

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

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

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

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

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

Еще раз повторю: высока вероятность, что такому паци-

енту выставят диагноз «функциональная диспепсия».

Мозаика из факторов риска

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

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

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

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

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

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

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

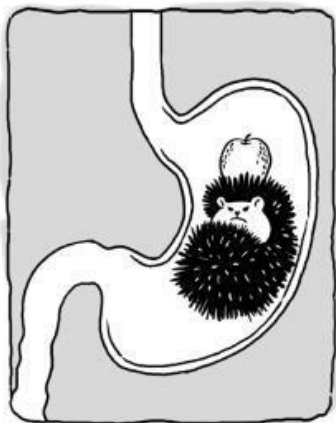
Функциональная диспепсия – это мозаика из факторов риска, которая в конце концов сложилась в болезнь. А вы-то, поди, хотели от меня услышать о ПРИЧИНЕ болезни, чтобы на нее подействовать и вылечиться? Увы, не выйдет: хроническая болезнь – и все тут.

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

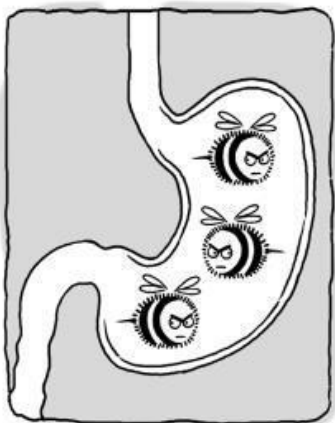
Например, о нарушенной работе мышц желудка и о проблемах с эвакуацией пищи и жидкости из этого органа в двенадцатиперстную кишку. У большинства лиц с функциональной диспепсией эта эвакуация замедлена, однако у некоторых она слишком скорая.

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

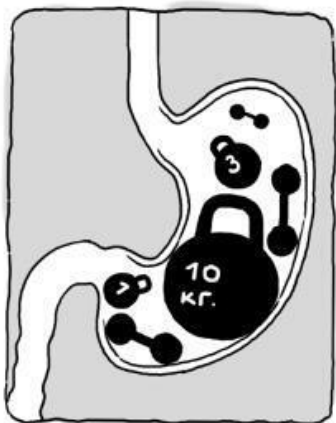
ратурным перепадам.



БОЛЬ



ЖЖЕНИЕ



ТЯЖЕСТЬ



**БЫСТРОЕ
НАСЫЩЕНИЕ**

В результате этой повышенной чувствительности нервов (на медицинском – висцеральной гиперчувствительности) сигналы из просвета желудка начинают ощущаться как сильные и парадоксально болевые. Казалось бы, что может случиться от выпитого стакана воды? А он может вызвать растяжение стенок желудка, которое ощущается как внезапная боль. Или соляная кислота натошак может восприниматься не как в норме (мы ее не чувствуем), а как обжигающая лужица на парте в кабинете химии.

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

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

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

В момент усиления тревоги, при стрессе желудочные симптомы могут усилиться. А в

день, когда головной мозг не высыпался, желудок становится более чувствительным.

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

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

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

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

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

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

методичек и учебных пособий небольшую книжечку, которая называлась «Функциональная диспепсия». Год выпуска не то 2000-й, не то 2001-й. Обнаружил, прочитал и... продолжил ставить диагноз «хронический гастрит» всем пациентам с типичными симптомами совсем другой болезни.

То же происходит с гастроэнтерологами по всей стране: у нас имеются рекомендации, составленные высокими чинами в званиях академиков, но функциональную диспепсию как диагноз пациентам ставят редко, притом что это очень распространенная болезнь, о чем я уже упоминал.

Ежегодно в мире выходят одно-два руководства различных научных сообществ по лечению функциональной диспепсии.

Кстати, подобная диагностика людей с жалобами на боли в эпигастрии наблюдается не только у нас: некоторые зарубежные источники отмечают склонность врачей к более привычному диагнозу «хронический гастрит» там, где есть типичные признаки функциональной диспепсии.

Возможно, кто-то из читателей пороеется в толстой папке своих обследований и с торжеством победителя вытащит пожелтевший листок с заключением врача-морфолога, а в нем написано: «Признаки хронического гастрита».

«Ага, Андрей Геннадьевич, а вот тут опять нестыковочка!

У меня есть и типичные симптомы, которые вы описали, и гастрит по биопсии из желудка.

Значит, болит-таки гастрит?»

И на этот вопрос есть ответ. Все мы знаем, что у человека может быть не одна болезнь, верно? Тот же гастроэнтерологический пациент нередко ходит по врачам с «букетом» диагнозов: холецистопан-креатит, дисбактериоз кишечника, спастический колит. Да, я знаю, что это не существующие в современной гастроэнтерологии заболевания (об этом в следующих главах), но все же, все же... У одного пациента болезней может быть несколько.

И у читателя вполне может оказаться в наличии и подтвержденный диагноз «хронический гастрит» по биопсии из желудка (бессимптомный), и функциональная диспепсия, которая донимает его всей яркостью своей симптоматики. То есть гастрит не болит, а диспепсия – может.

Четырьмя широкими мазками

Описывать лечение заболевания как-то не принято: а вдруг все займутся самолечением? Но я обозначу крупными мазками основные направления помощи таким пациентам.

Мазок первый. Следует рассказать страдальцу о том, что с ним происходит, что болит и почему вообще к нему привязалась эта болезнь. Ведь хуже нет, когда не понимаешь, откуда берутся симптомы. Тревожные люди к тому же склонны к катастрофизации: они представляют самые страшные диагнозы, боятся, вдруг врачи что-то пропустили. Хотя на гастроскопии все хорошо, а болит! Понимание происхождения симптомов помогает немного успокоиться.

Мазок второй. Необходимо выявить триггеры обострений болезни и попытаться с ними справиться. Функциональная диспепсия – заболевание хроническое, которое характеризуется периодами обострений (есть жалобы) и ремиссий (нет симптомов). Мы знаем о таких факторах-триггерах, как острый стресс, депрессия, тревожное расстройство, нарушение сна. Именно на них врач старается воздействовать, чтобы управлять течением хронического заболевания.

Мазок третий. Стоит рекомендовать пациенту изменить образ жизни. Регулярная физическая активность, сбалансированное питание, отказ от табакокурения, минимизация

или полный отказ от алкоголя способствуют снижению частоты обострений функциональной диспепсии.

Мазок четвертый. Нужно подобрать адекватное лечение. Существуют разные препараты от функциональной диспепсии, начиная с тех, которые снижают кислотопродукцию в желудке и регулируют моторику, и заканчивая антидепрессантами.

«Вот вы и попались, док!

Сами говорите, что функциональная диспепсия не от головы, и тут же рассказываете про антидепрессанты».

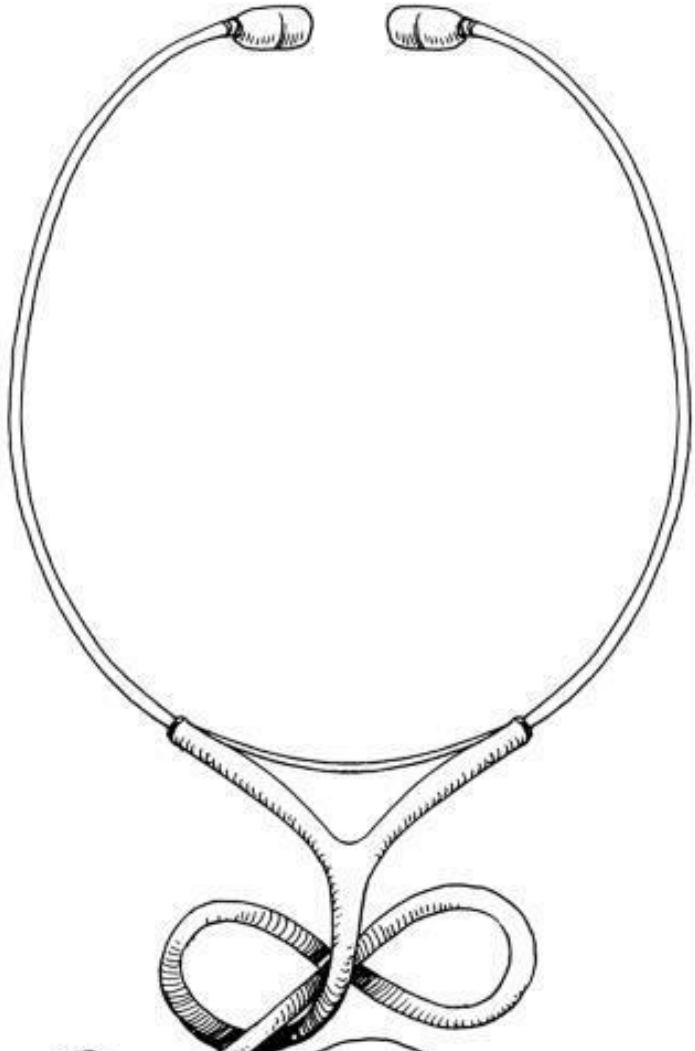
А вот и не попался! Антидепрессанты назначаются при функциональной диспепсии для того, чтобы снизить повышенную чувствительность нервов в желудке. Когда у пациента к тому же тревожное расстройство или депрессия, то антидепрессанты помогут и в этом отношении.

– Так-так-так, доктор. А где же раздел про диету? Все врачи при болезнях желудка назначают лечебные столы. Даже если болит не от гастрита, диета-то нужна!

Диета, а точнее, характер питания при функциональной диспепсии действительно важна. Однако все несколько иначе, чем нам внушали долгие годы и продолжают внушать до сих пор. О пище и ее мифическом вреде для желудка поговорим в следующих главах.

Глава 2

Нужно ли есть суп?



Далекое прошлое

Мама строго посмотрела на НЕЕ: «Опять ты ешь всухомятку! Я же тебе говорила: для здорового желудка необходимо каждый день есть суп! Я в твоём возрасте гастрит заработала из-за неправильного питания, но тогда-то голод был».

ОНА давилась, но ела ненавистный суп.

Много лет назад

Постаревшая мать с укором смотрит на пакет с чипсами.

– Ма-а-ам, ну я же так редко их покупаю, ничего же не будет плохого, – предвосхищая недовольное замечание матери, ОНА пытается открыть яркий шуршащий пакет с солеными картофельными ломтиками.

– Ты и так уже посадила желудок неправильной едой, хочешь еще и язву заработать?

Чипсы летят в мусорную корзину.

Несколько лет назад

Последние месяцы желудок болел ежедневно, стоило только проснуться. Открыла глаза, и почти сразу под ложечкой – в эпигастрии, ОНА уже выучила это слово за бесчисленные визиты к разным гастроэнтерологам – зажгло кипятком. Еда на время облегчала жжение, но через несколько минут приходила другая боль, ноющая, тупая, НЕРВИРУЮЩАЯ своей постоянностью.

Все гастроэнтерологи были непреклонны: гастрит! Бесконечные обследования, таблетки с минимальной пользой, диеты. «Не будете соблюдать диету, станет еще хуже!» А что есть? Она и так почти все исключила – и вредное и полезное, но болело по-прежнему.

Наши дни

В клинике неподалеку принимала новая гастроэнтеролог. Молодая, но, по словам соседки, неглупая.

«Схожу, попрошу чего-нибудь от гастрита», – подумала ОНА. Да и по диете уточню, что можно, чего нельзя. Желудок мучает регулярно, ничего не помогает.

Врач с интересом выслушала получасовой рассказ о бесконечных гастроскопиях, анализах и таблетках.

– Я понимаю, это гастрит у меня обостряется, но почему-то диета не помогает, хотя я не ем жареного, жирного, вредного, только протертое и приготовленное на пару. Что мне можно есть? – спросила ОНА, ожидая услышать про предмет мебели для еды и письма № 5.

– У вас не гастрит болит, – эти слова врача были полной неожиданностью. ОНА узнала, что гастрит не болит, что ЕЕ боли вызваны функциональной диспепсией, что нет вредной еды, что не нужно соблюдать столы 1, 5 и любые другие.

– И. Можно. Не. Есть. Суп!

Узнали себя? Начав главу с этой выдуманной истории, я постарался показать, с одной стороны, обилие существую-

щих мифов о еде, с другой – типичный путь, который приводит человека к функциональной диспепсии. Давление матери в детстве, формирование страха перед едой, наверняка еще и тревожное расстройство – налицо факторы риска развития болезни.

Давайте разберемся, насколько вообще обоснованы привычные нам с детства пищевые ограничения или рекомендации.

Не секрет, многим из нас с молодых ногтей внушались представления о том, что желудок можно испортить едой, напитками, характером питания: не есть всухомятку, не запивать пищу

Или, наоборот, призывали защитить этот важный орган какими-то пищевыми танцами с бубнами. Скажем, обязательно есть суп.

Вот с супа и начнем. В чем суть мифа? Для здоровья желудка и пищеварения необходимо есть суп. Наверняка вы слышали эту фразу в разных интерпретациях. Я тоже слышал, а поскольку мой желудок с детства плохо переносил супы и другие первые блюда, слышал не один раз.

Все же помнят, что такое суп? Жидкая часть, представленная водой, в которой плавают овощи с добавлением в зависимости от рецепта крупы, макаронных изделий и иногда мяса. Если съесть овощное рагу и запить его стаканом воды, в желудке окажется практически тот же суп. И здоровому желудку абсолютно все равно, как вы назовете блюдо. Ему

важны химический состав пищи, ее объем, температура, но не название. Консистенция блюда, кстати, тоже важна (о чем я скажу позже), но она никак не влияет на состояние здоровья желудка.

Включение супов и других жидких первых блюд в рацион все же не всегда бесполезно. Например, суп может содержать немало овощей, которые являются источником пищевых волокон. Тех самых волокон, которых катастрофически недостает в нашем рационе. Жидкие первые блюда – хороший источник воды, которую некоторые почти не пьют в течение дня. Наконец, суп может обеспечить чувство насыщения, обладая при этом довольно низкой калорийностью [1].

— У МЕНЯ НАШЛИ ВЫСОКУЮ
КИСЛОТНОСТЬ ЖЕЛУДКА...

— ЭТО ЖЕ
НОРМА



С другой стороны, в мире множество наций, в кухне которых нет или почти нет места супам. Супы как обязательный компонент здорового рациона не включены ни в одни международные рекомендации по питанию. Если в вашем рационе пищевые волокна обеспечиваются другими блюдами, если вы пьете достаточно жидкости в течение дня, никаких преимуществ супа для вас нет. Нравится – ешьте борщ, щи и другие первые блюда. Не любите – не ешьте. Никакой пользы для желудка от супов нет. Так же, как нет вреда.

Запивайте на здоровье!

Еще один популярный миф запрещает нам запивать пищу. Якобы вода разведет соляную кислоту в желудке до невообразимо низкой концентрации, мы потеряем способность нормально переваривать пищу, а это грозит проблемами. Что произойдет, почему произойдет, по каким механизмам – не говорится, но страх уже засел в сознании встревоженных людей.

Что мы знаем о соляной кислоте (HCl) в желудке? Эта кислота синтезируется особыми клетками желудка, которые называются париетальными, или обкладочными. HCl нужна для активации некоторых пищеварительных ферментов (например, пепсина), она денатурирует пищевой белок, обладает способностью уничтожать патогенные бактерии и участвует в регуляции опорожнения желудка.

Какова концентрация HCl в желудочном соке? Уже почти 100 лет назад было известно, что эти значения составляют 0,4–0,5 % [2]. Даже такая низкая концентрация соляной кислоты обеспечивает высокие цифры кислотности (pH) желудочного сока, в норме варьирующие от 1,0 до 2,5 [3]. Это позволяет защитить наш организм от возможных бактериальных возбудителей, попавших в желудок с пищей, и обеспечить начальные процессы переваривания.

Высокая кислотность желудка, которая имеется у челове-

ка в норме, по мнению некоторых ученых, не так уж и необходима. Она значительно выше таковой у травоядных, плотоядных и всеядных животных. Вообще-то по уровню pH желудка мы близки к таким падальщикам, как грифы: высокая кислотность защищает их от большого количества потенциально патогенных микроорганизмов в добыче. Человек давно не питается необработанными продуктами питания, поэтому сформировавшаяся в ходе эволюции высокая кислотность в желудке нам по сути уже и не нужна.

Поскольку желудочный сок и так представляет собой крайне низкопроцентный раствор HCl, нет никаких оснований запрещать запивать пищу водой или другими напитками. К тому же стимуляция выработки HCl происходит не в виде однократного выброса всего объема кислоты, а довольно равномерно – в ответ на поступление пищи в желудок. И даже если представить, что стакан воды во время обеда или ужина разводит нашу соляную кислоту, ничего страшного не происходит.

Кстати, суп – тоже вода с кусочками пищи, но почему-то его нужно есть, а запивать водой вредно. Не логично, правда?

Все сказанное касается здорового или условно здорового желудка. Однако для лиц, имеющих желудочное заболевание, существуют все-таки некоторые ограничения.

– Ага, доктор, все же что-то сейчас запретите! – наверняка подумает кто-то из вас, прочитав эти строки. Ну невозможно

представить отечественную гастроэнтерологию без запретов в питании!

Возможно-возможно, отвечу я. Но все должно быть разумно и подчиняться целесообразности. Например, я знаю, что лица с описанной ранее функциональной диспепсией могут быть очень чувствительны к дополнительному объему пищи или жидкости, попавшему в желудок. Обычное блюдо средних размеров для них ОК, а выпитый сразу после еды напиток может вызвать неприятные симптомы. Обязан я предупредить пациента о такой вероятности? Несомненно! Означает ли это запрет для всех пациентов с функциональной диспепсией запивать пищу? Вовсе нет. Болит желудок при запивании – не запивайте. Нет неприятных симптомов – пейте на здоровье!

Интересный факт: ученые провели несколько исследований, которые оценивали скорость опорожнения желудка в зависимости от консистенции пищи. Что быстрее попадает из желудка в тонкую кишку – твердая или жидкая пища? Внимание, спойлер: жидкая. Или, например, различается ли эта скорость, если съесть суп-пюре или дать человеку те же продукты и попросить запить их водой? Ответ: супы, особенно протертые или супы-пюре, обладая более гомогенной консистенцией, эвакуируются из желудка медленнее [4]. Собственно говоря, именно поэтому суп у здорового человека вызовет более выраженное чувство насыщения, а у некоторых пациентов с патологией желудка может усилить чув-

ство тяжести и боль после еды. Я сам тому яркий пример: моя функциональная диспепсия с детства плохо переносила супы.

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.