



Заболевания пищевода и желудка: эволюция отношения врачей к психосоматическим аспектам клинических проявлений и лечения

Л.Д. Фирсова, д.м.н.

Адрес для переписки: Людмила Дмитриевна Фирсова, firsovald@gmail.com

Для цитирования: Фирсова Л.Д. Заболевания пищевода и желудка: эволюция отношения врачей к психосоматическим аспектам клинических проявлений и лечения. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (35): 68–72.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-35-68-72

В лекции обсуждаются этапы эволюции теоретических представлений о психосоматизации в развитии заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, рассматриваются практические вопросы диагностики и лечения пациентов с функциональными расстройствами.

Ключевые слова: *пищевод, желудок, психосоматика, психоэмоциональные нарушения, вегетативная нервная система*

Отношение к идее психосоматизации как одной из составляющих патогенеза гастроэнтерологических заболеваний является чрезвычайно значимым как в медицине в целом, так и в сознании отдельных специалистов. Оно формирует не только идеологическую основу, но и вектор практических действий: направленность диагностического обследования, выбор лекарственных препаратов, характер взаимодействия с пациентом. Эволюцию отношения гастроэнтерологов к психосоматическим аспектам заболеваний можно условно разделить на три периода. Переход от одного из них к другому происходил постепенно по мере того, как внутри устоявшихся мнений рождалось и набирало силу новое представление. Границы между обсуждаемыми периодами размыты, и временные рамки можно обозначить лишь условно. Целесообразность выделения некоторой этапности эволюции обоснована необходимостью анализа опыта прошлого с целью осознанного отношения к вектору развития современной гастроэнтерологии.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки как психосоматическое заболевание

Примерно пятьдесят лет назад внимание гастроэнтерологов в разделе заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта было сосредоточено на пациентах с язвенной болезнью, так как заболевание проявлялось сильными, особенно в ночное время, мучительными болями. В момент обострения болезни при наличии глубоких язвенных дефектов больших размеров течение болезни было чревато осложнениями (кровотечение, перфорация), что обуславливало необходимость экстренного оперативного вмешательства. Описаны случаи инвалидизирующих осложнений в виде нарушения

эвакуации пищи из желудка из-за стеноза привратника или грубой деформации луковицы двенадцатиперстной кишки [1].

Язвенная болезнь считалась психосоматическим заболеванием [2], более того, входила в так называемую Чикагскую семерку классических психосоматических заболеваний. В первую очередь это относилось к язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, обострения которой провоцировались эмоциональным перенапряжением в стрессовых ситуациях, особенно в весенне-осенний период с повышенной нагрузкой на адаптационные механизмы организма человека, в частности вегетативную нервную систему. Соответственно, лечебные мероприятия были направлены на купирование гастроэнтерологических симптомов через коррекцию вегетативной дисфункции и нормализацию психоэмоционального состояния.

Клинические проявления язвенной болезни двенадцатиперстной кишки формируются вегетативной дисфункцией по типу парасимпатикотонии, что означает повышенное напряжение блуждающего нерва (вагуса) и проявляется в желудочно-кишечном тракте гиперсекрецией желудочного сока и нарушением моторики по гиперкинетическому типу. В таких случаях в качестве базового лечения назначали холинолитики (метацин, платифиллин, при сильных болях – атропин), блокирующие медиатор парасимпатического отдела вегетативной нервной системы ацетилхолин и, как следствие, нормализующие активность блуждающего нерва. Результатом являлось снижение желудочной секреции и, как следствие, купирование болевого синдрома, нормализация моторики. Получаемый эффект нельзя назвать достаточным, но более сильных антисекреторных препаратов в тот период



не было. От безысходности в ряде случаев приходилось прибегать к кардинальной мере – снижению желудочной гиперсекреции оперативным путем (ваготомией или резекцией 2/3 желудка).

Воздействие на психический компонент патогенеза язвенной болезни осуществлялось назначением растительных седативных препаратов (отваров или настоев валерианы с добавлением других седативных трав). Психофармакологические препараты назначались реже. Это было «время бензодиазепинов», и вопрос привыкания к ним уже обсуждался открыто. Выбор препарата из группы нейролептиков фактически был ограничен эглонилом (сульпиридом), назначаемым чаще всего пациентам с трудно купируемыми ночными болями. Курсовое лечение психофармакологическими препаратами не практиковалось.

Стоит особо подчеркнуть, что признание нарушений адаптации как фактора патогенеза язвенной болезни было реализовано в нашей стране социальной поддержкой данной категории больных. На крупных предприятиях им предоставлялись бесплатные путевки в санатории гастроэнтерологического профиля, были организованы по месту работы профилактические курсы лечения весной и осенью, выдавались талоны на бесплатное диетическое питание, в ряде случаев решением медицинской комиссии больные освобождались от ночных смен. Проводимые мероприятия носили профилактический характер, обоснованный теоретическими взглядами на болезнь.

Если боль сопровождалась изжогой, отрыжкой воздухом, то такие симптомы относили к проявлениям язвенной болезни. Диагноза «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» (ГЭРБ) в тот период не существовало. Изменения слизистой оболочки пищевода при эндоскопическом исследовании выявляли нечасто, при этом степень их выраженности обычно была незначительной. Эрозии в пищеводе диагностировали редко, в основном у больных с большой грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Коррекция лечения в таких случаях заключалась в назначении масла облепихи и так называемых обволакивающих порошков с белой глиной. Нарушения моторной функции пищевода диагностировали крайне редко. В настоящее время трудно поверить, что пищевод мог когда-либо находиться вне поля зрения гастроэнтерологов. Но тем не менее это было так, все внимание в те годы уделялось пациентам с язвенной болезнью. К сожалению, вышеописанные методики лечения не привели к существенным результатам в терапии язвенной болезни и снижению интенсивности ее проявлений.

Кардинальному изменению ситуации способствовали два открытия конца прошлого века: первое – доказательство роли *Helicobacter pylori* (НР) в патогенезе язвенной болезни с последующей разработкой курсов антихеликобактерной терапии; второе – синтез эффективных антисекреторных препаратов с принципиально новым механизмом действия (блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, ингибиторы протонной помпы). Важность этих открытий, ознаменовавших начало нового периода в гастроэнтерологии, подтвердила гастроэнтерологическая практика – вышеописанная яркая клиническая кар-

тина язвенной болезни постепенно ушла в прошлое. На фоне данной динамики утратила свою силу и концепция психосоматизации, несмотря на то, что примерно 10% пациентов с язвенной болезнью имели заболевание, не ассоциированное с НР.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – болезнь XXI века

По мере снижения частоты и выраженности болевого синдрома у пациентов с язвенной болезнью постепенно набирал силу другой процесс – усиление интенсивности изжоги, возрастание ее частоты и значимости в клинической картине заболевания. Появившаяся примерно в это же время новая диагностическая методика (суточная рН-метрия) позволила детально изучить механизм развития изжоги [3]. Было не только доказано наличие гастроэзофагеального рефлюкса, но и обозначены параметры патологического рефлюкса (уровень кислотности рефлюктата, высота рефлюкса, его частота в сравнении с нормальными показателями), понятие клиренса очищения пищевода. Полученные результаты позволили обосновать введение ранее не существовавшего в гастроэнтерологии диагноза ГЭРБ. В рамках эволюции гастроэнтерологических представлений данный период можно охарактеризовать как перемещение фокуса внимания врачей на гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь.

Анализ картины в целом, сопоставление отдельных показателей суточной рН-метрии с клиническими проявлениями заболевания позволили сформировать дифференцированный подход к лечению. Успеху лечения способствовали новые антисекреторные препараты с различными механизмами действия, их назначение стало базовым лечением ГЭРБ. Соответственно, периферические холинолитики перешли в разряд симптоматической терапии для пациентов с нарушениями двигательной функции пищевода. Несмотря на то что подтвердить связь ГЭРБ с хеликобактерной инфекцией не удалось, идея психосоматизации в рамках этиопатогенеза данного заболевания не рассматривалась. Психофармакологические препараты не входили в стандарты лечения ГЭРБ и назначались преимущественно в случаях чрезмерных психоэмоциональных реакций на болезнь.

В заключение описания данного этапа следует еще раз подчеркнуть, что на рубеже веков гастроэнтерология была успешной в плане лечения основных заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта – язвенной болезни и ГЭРБ.

Фокус внимания на функциональных расстройствах пищевода и желудка

Со временем на фоне благополучия вышеописанного периода стала наблюдаться тенденция к возрастанию числа пациентов с отсутствием позитивного результата лечения, и возник термин «рефрактерная ГЭРБ» с частотой выявления, по данным разных авторов, 10–40%. Детальные исследования позволили определить особенности проявления этого заболевания. В первую очередь для данных пациентов было характерно описание изжоги как мучительного ощущения, зачастую определяемого образно как «горит», «печет», «огонь» и т.п.



Таблица 1. Спектр симптомов и их обозначение в рамках психиатрической терминологии

Симптом	Термин
Ощущение необычного вкуса (в том числе кислоты) во рту	Парагевзия
Жжение слизистой оболочки ротовой полости (языка)	Гиперестезия (глоссодиния)
Изнуряющее ощущение кома в горле	Globus
Осиплость голоса	Дисфония
Частая звучная отрыжка	Аэрофагия
Навязчивое ощущение неприятного запаха изо рта	Халитоз
Эпизодическое ощущение нехватки воздуха с неудовлетворенностью вдохом	Гипервентиляционный синдром

Заслуживают внимания данные, свидетельствующие о том, что показатели суточной рН-метрии у этих пациентов находились в пределах нормальных значений. Сопоставление клинических и инструментальных показателей легло в основу предположения о наличии нерефлюксного механизма изжоги.

Дальнейшие наблюдения выявили, что в данной группе чаще, чем у пациентов с ГЭРБ в целом, имели место клинические признаки нарушения двигательной функции пищевода, что подтверждалось данными манометрии пищевода. И наконец, самое необычное состояло в том, что впервые были отмечены симптомы, которые ранее в гастроэнтерологической практике не встречались, в то время как они были хорошо известны как одно из проявлений психических нарушений (табл. 1).

Заслуживает внимания и тот факт, что описываемая симптоматика появлялась на фоне имеющихся у пациентов психоэмоциональных нарушений (чаще всего тревожно-депрессивного спектра). Поскольку при комплексном обследовании органическая патология в пищеводе и желудке не была выявлена, эти проявления были отнесены исключительно к функциональным расстройствам.

Аналогичную картину можно наблюдать и при функциональных нарушениях в других отделах желудочно-кишечного тракта. Особенно ярко данная ситуация отображена в разделе заболеваний кишечника, где функциональные расстройства стали крайне актуальной проблемой.

Рост числа функциональных гастроэнтерологических заболеваний отмечался не только в нашей стране, но и за рубежом. С целью поисков выхода из данной ситуации была создана рабочая группа, состоящая из гастроэнтерологов разных стран. Результатом работы явился документ (Римские критерии), определяющий теоретические подходы к пониманию этиопатогенеза функциональных заболеваний и вектор теоретически обоснованного обследования и лечения. Римские критерии обновляются по мере изменения теоретических и практических взглядов на проблему функциональных заболеваний. Начиная с 2016 г. гастроэнтерологи руководствуются в своей работе Римскими критериями IV пересмотра [4]. В данном документе представлена наиболее полная классификация функциональных расстройств органов желудочно-кишечного тракта.

К числу расстройств функции пищевода (раздел А) отнесены следующие нарушения: функциональная загрудинная боль пищевого происхождения, функциональная изжога, гиперсенситивный пищевод, ком в пищеводе (globus), функциональная дисфагия. Гастроуденальные нарушения классифицированы в разделе В, наиболее распространенным из них в настоящее время считается функциональная диспепсия.

Центральная идея современного варианта Римских критериев заключена в обозначении сути патогенеза функциональных расстройств как нарушения взаимодействия на оси «орган – нервная система». Это означает официальное признание неразрывной взаимосвязи сомы и психики, подтверждение их единства. Из конкретно обозначенной теоретической предпосылки к пониманию развития функциональных расстройств вытекает столь же четкое понимание вектора необходимых лечебно-диагностических мероприятий, проводимых у данной категории пациентов. Данное направление наиболее показательно у больных с функциональными расстройствами пищевода.

Алгоритм диагностики и лечения функциональных заболеваний пищевода

В соответствии с Римскими критериями, диагностика (и, соответственно, лечение) должны идти в двух направлениях: оценка и коррекция нарушений в органах пищеварения и решение аналогичных задач в отношении функционирования нервной системы. При обследовании пациента стоит иметь в виду различную степень выраженности функциональных расстройств: от проявлений в одном органе, где изменения развиваются по типу *locus minoris resistencia* (психоэмоциональные нарушения при этом зависят от уровня личностной тревожности пациента), до функциональных нарушений в нескольких органах пищеварения или в органах других систем организма (психоэмоциональные нарушения в этих случаях всегда выражены в значительной степени).

Гастроэнтерологическое обследование и лечение

Современные инструментальные методы, рекомендуемые для обследования пациентов с заболеваниями пищевода, включают в себя суточную рН-метрию (желательно суточную рН-импедансометрию), манометрию пищевода, эндоскопическое и рентгенологическое исследования верхних отделов пищеварительного тракта. Сопоставление клинических данных с результатами различных методик решает следующие задачи:

- исключение органической патологии (злокачественные новообразования, язвенная болезнь, ахалазия кардии);
- оценка состояния с точки зрения наличия или отсутствия ГЭРБ;
- выявление возможных нарушений моторной функции пищевода и при их наличии оценка характера дискинезии пищевода;
- выявление признаков, свидетельствующих о гиперсенситивности слизистой оболочки пищевода.

Анализ ситуации в целом является основой дифференцированного подхода к лечению. Современная га-



строэнтерология обладает большими возможностями воздействия на функциональные симптомы: снижение гиперсекреции и агрессивности желудочного сока, коррекция моторных нарушений, снижение гиперчувствительности слизистых оболочек пищевода и желудка, инактивация агрессивного действия желчи. Имеющиеся в распоряжении гастроэнтерологов группы препаратов с различными механизмами действия представлены в табл. 2.

Разнообразие представленных препаратов различного механизма действия в сравнении с гораздо менее эффективными возможностями гастроэнтерологического лечения в конце прошлого века впечатляет. Однако при этом невольно возникает вопрос: почему при таких разносторонних возможностях мы можем только временно улучшить состояние пациентов и не можем излечить их полностью? Логично предположить, что ответ связан с недостаточным использованием ресурса второго направления лечения, рекомендуемого Римскими критериями, – коррекции нарушений в функционировании нервной системы. Действительно, лечение не может быть ограничено даже самыми современными и эффективными гастроэнтерологическими препаратами. Результат такого лечения может быть позитивным, но кратковременным, с возможным последующим усугублением симптоматики. Стойкий же результат лечения может быть достигнут только при действии на причины заболевания, которые связаны с нарушениями нервной системы как части сбоя адаптации к меняющимся условиям жизни.

Оценка состояния нервной системы пациента

Состояние нервной системы должно рассматриваться с двух точек зрения: определение психоэмоционального статуса пациентов и выявление нарушений вегетативной нервной системы с учетом их взаимосвязи [5, 6]. Действительно, не вызывает сомнения, что психоэмоциональные нарушения сказываются на общем самочувствии и работе внутренних органов и, наоборот, вегетативная нестабильность всегда влечет за собой ухудшение психоэмоционального состояния.

В идеальном варианте диагностикой психоэмоциональных нарушений и их коррекцией должны заниматься специалисты службы психического здоровья. К сожалению, в настоящее время такая возможность есть не во всех лечебных учреждениях. Однако стоит отметить, что в последнее время ситуация начинает меняться в лучшую сторону – в реестр медицинских специальностей введена должность медицинского психолога, регламентированы его должностные обязанности, увеличивается количество ставок медицинских психологов в учреждениях, особенно в первичном медицинском звене. В крупных учреждениях Москвы, в частности в Московском клиническом научном центре им. А.С. Логинова, разрабатываются вопросы психологического сопровождения пациентов с соматическими заболеваниями во время их стационарного лечения при тесном взаимодействии гастроэнтерологов и психологов [7].

Для изучения мнения врачей российского здравоохранения о роли и месте психолога в медицинском уч-

Таблица 2. Расширение возможностей гастроэнтерологического лечения заболеваний пищевода и желудка

Лечебное воздействие	XX век	XXI век
Антихеликобактерная терапия	–	Разработка наиболее эффективных курсов
Воздействие на гиперсекрецию желудочного сока	Холинолитики	H ₂ -блокаторы гистаминовых рецепторов Ингибиторы протонной помпы
Снижение агрессивного воздействия желчи	–	Препараты урсодезоксихолевой кислоты
Снижение гиперчувствительности слизистых оболочек	Антациды Обволакивающие порошки с кальцием и белой глиной	Антациды, альгинаты Гастро- и эзофагопротекторы
Нормализация моторики	Холинолитики Спазмолитики Прокинетики	Новые препараты данных групп + холинолитический эффект психофармакологических препаратов

реждении было проведено онлайн-анкетирование 600 врачей [8]. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что большинство (82%) врачей считают введение медицинского психолога в штат лечебных учреждений целесообразным и способным повысить эффективность их функционирования.

Аналогичные исследования были проведены и на начальных этапах интеграции психологов и врачей в медицине зарубежных стран. В частности, в исследовании, проведенном в Италии [9], только 46% врачей сочли это взаимодействие полезным, 7% обозначили его как затрудняющее работу, остальные врачи имели нейтральное мнение.

Одной из проблем взаимодействия врачей и психологов является недостаточное взаимопонимание из-за различий в терминологии, подходов к диагностике имеющихся нарушений, принципиально различных методов лечебного воздействия на пациента. Проблема взаимного обучения решается благодаря постоянному сотрудничеству и общению специалистов, а главное – взаимному интересу к повышению своей квалификации. Как вариант совместной работы стоит особо отметить проведение консилиумов в сложных диагностических случаях с обязательным сопоставлением результатов физического и психологического обследования в единое холистическое заключение о состоянии пациента и, как следствие, определение согласованного комбинированного лечения.

В соответствии с Римскими критериями, коррекция функциональных расстройств должна включать психофармакологическое лечение. У больных с функциональными нарушениями назначение психофармакологических препаратов решает две задачи: нормализацию психоэмоционального состояния и не менее важную задачу – вегетостабилизацию. В гастроэнтерологии используется холинолитический эффект психофармакологических препаратов, который значительно преобладает по силе в сравнении с применяемыми



ранее холинолитиками периферического действия. Холинолитическое действие присутствует у препаратов различных психофармакологических групп (небензодиазепиновые анксиолитики, нейролептики, антидепрессанты нового поколения – СИОЗС). Следует иметь в виду, что пациенты зачастую стараются уменьшить дозы принимаемого препарата, что мешает достижению клинического эффекта, и сократить продолжительность курса лечения, что, в свою очередь, может привести к скорому возобновлению симптоматики. Приверженность пациентов к психофармакологическому лечению – одно из важных условий, которое необходимо постоянно контролировать.

Заключение

Отношение гастроэнтерологов к идее психосоматизации в патогенезе заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта за несколько прошедших десятилетий претерпело значительные перемены. Эволюционное развитие можно представить как путь от представления о язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в качестве классического психосоматического заболевания до относительного забвения данной теории в период приоритета гастроэзофагеальной

рефлюксной болезни и, наконец, возврата к психосоматической идее в формате нарушений на оси «орган – нервная система» вследствие увеличения частоты и возникновения трудностей в лечении пациентов с функциональными расстройствами пищевода.

С позиций современного холистического подхода к оценке состояния пациента наличие функциональных нарушений в пищеварительной системе, сказывающихся на качестве жизни, свидетельствует о нарушении адаптации человека к меняющимся условиям его жизни. Деадаптация всегда имеет психофизиологические причины [10] и развивается одновременно по двум взаимосвязанным планам: психическая деадаптация (проявляется психосоматическими нарушениями (чаще всего тревожно-депрессивной симптоматикой), а сопровождающая ее физиологическая деадаптация заключается в нарушении нервно-эндокринной регуляции работы внутренних органов, приводящей к нарушению их функционирования. Соответственно, восстановление нарушенной адаптации должно также идти в двух направлениях, что может быть достигнуто благодаря взаимодействию врачей и специалистов службы психического здоровья. ●

Литература

1. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. М.: Медицина, 1987.
2. Дорохова Т.А. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в аспекте психосоматического подхода. Российский гастроэнтерологический журнал. 1998; 4: 111–112.
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Под ред. Л.Б. Лазебника. М.: Медпрактика-М, 2012.
4. Андреев Д.Н., Заборовский А.В., Трухманов А.С. и др. Эволюция представлений о функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта в свете Римских критериев IV пересмотра (2016 г.). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017; 27 (1): 4–11.
5. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. Под ред. А.М. Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 2003.
6. Фирсова Л.Д., Полякова В.В. Вегетативная дисфункция у гастроэнтерологических пациентов: вопросы диагноза и лечения. Эффективная фармакотерапия. 1922; 18 (42): 72–77.
7. Фирсова Л.Д., Ивашкина М.Г., Савиных А.О. и др. К вопросу о взаимодействии гастроэнтеролога и психолога при лечении пациентов с хроническими заболеваниями органов пищеварения. Эффективная фармакотерапия. 2023; 8 (19): 122–127.
8. Абросимов И.Н., Заева З.О., Втюрина М.Б., Суркова И.М. Роль психолога в системе здравоохранения: анализ мнения врачей. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022; 3 (29): 22–33.
9. Tomai M., Esposito F., Rosa V. Psychologists in Italian hospital settings: an exploratory analysis of hospital physicians' representations and demands of psychological intervention. Interdisciplinaria. 2017; 34 (1): 5–23.
10. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1980.

Diseases of the Esophagus and Stomach: Evolution of Doctors' Attitude to Psychosomatic Aspects of Clinical Manifestations and Treatment

L.D. Firsova, PhD

A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center

Contact person: Lyudmila D. Firsova, firsovald@gmail.com

The stages of the evolution of theoretical ideas about psychosomatization in the development of diseases of upper digestive tract and practical issues of diagnosis and treatment of patients with functional disorders are discussed.

Keywords: *esophagus, stomach, psychosomatics, psychoemotional disorders, autonomic nervous system, vegetative dysfunction*