



С чего начинается гастроэнтерология

А.А. Стремоухов, Н.В. Топчий

Адрес для переписки: Наталия Владимировна Топчий, gprmanpro@yandex.ru

Рассмотрены вопросы анатомической и функциональной целостности пищеварительной системы. Обозначена зона профессиональной ответственности врача-гастроэнтеролога в диагностике и лечении болезней органов пищеварения. Аргументирована патогенетическая роль заболеваний полости рта и глотки в развитии патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: *гастроэнтерология, верхние отделы желудочно-кишечного тракта, ротовая полость, глотка, пищевод, эзофагит*

Гастроэнтерология не только одна из самых интересных, но и, пожалуй, одна из самых емких областей клинической медицины, поэтому зона профессиональной ответственности врачей-гастроэнтерологов чрезвычайно велика.

Анатомическая и физиологическая уникальность желудочно-кишечного тракта, его немалая протяженность и огромная суммарная поверхность, наличие собственного нервного, иммунного, эндокринного аппарата и каскада экзокринных желез – все ориентировано на осуществление главной функции: обеспечение и поддержание жизнедеятельности организма. Именно поэтому пищеварительная система столь высоко специализирована и именно поэтому она имеет столь выраженные морфологические и функциональные особенности. Ведь каждый отдел этой системы выполняет свои очень конкретные и весьма сложные обязанности: ротовая полость ответственна за измельчение пищи и смачивание ее

слюной, глотка – за проглатывание пищевого комка, а пищевод – за его прохождение, желудок отвечает за накопление и начальное переваривание пищи, тонкая кишка – за ее дальнейшее переваривание и всасывание питательных веществ, толстая и прямая кишка обеспечивают формирование и удаление каловых масс [1].

Однако любая сложная система подразумевает возможность срывов в нормальной работе и функционировании. Не является исключением и система пищеварения. Ее срывы – это патологические состояния и заболевания, которые могут развиваться (и развиваются) на любом из участков желудочно-кишечного тракта. Своевременная диагностика и лечение возникающих заболеваний (а еще лучше – их профилактика) и являются основными задачами врача-гастроэнтеролога. Готов ли гастроэнтеролог к решению этих задач? Принято считать, что да, готов. И это абсолютная правда, подтвержденная научными и практическими успе-

хами отечественной гастроэнтерологии. Однако некоторые сомнения все же остаются, и основное из них – все ли аспекты функционирования пищеварительной системы учитываются гастроэнтерологами при осуществлении ими своих профессиональных обязанностей, не ускользает ли часть проблем из зоны профессиональной ответственности, снижая тем самым эффективность диагностических, лечебных и профилактических мероприятий? Попробуем взглянуть на это внимательнее и зададимся вопросом: с чего начинается гастроэнтерология?

Замечательная книга «Болезни органов пищеварения», вышедшая в 1966 г. под редакцией С.М. Рыса, открывается статьей «Болезни пищевода», продолжается главами, описывающими патологию желудка и кишечника, и завершается статьями о болезнях печени и поджелудочной железы, определяя, таким образом, зоны ответственности гастроэнтерологии как таковой, а соответственно и зоны ответственности врача-гастроэнтеролога [2]. Следует отметить, что статья о болезнях пищевода по объему информации значительно уступает остальным разделам руководства, отдавая «лидерство» болезням желудка и кишечника, которые, кстати сказать, определяют и сам термин «гастроэнтерология». Отчасти это справедливо. Но лишь отчасти, ибо на практике вклад верхних отделов желудочно-кишечного тракта в патологию пищеварительной системы достаточно велик.



Справедливости ради надо отметить, что внимание врачей к заболеваниям пищевода демонстрирует неуклонный рост, особенно на волне интереса к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, лет пятнадцать-двадцать назад несколько пафосно объявленной «болезнью двадцать первого века». Ну что ж, такое внимание можно только приветствовать, ибо это благотворно отражается на своевременной диагностике и профилактике немалого числа заболеваний. Но только ли пищеводом можно ограничиться, говоря о верхних отделах пищеварительной системы? Ротовая полость, глотка, язык, зубы, слюнные железы – все то, с чего начинается процесс пищеварения, не рассматривается в руководстве (!). Но может быть, это проблема только упомянутой нами книги? Нет, не только. В современном Национальном руководстве по гастроэнтерологии пищеварительная система также «дебютирует» пищеводом [3].

Однако корни проблемы еще глубже. Например, М.М. Губергриц в своей книге «Клиническая диагностика» (1939) о пищеварительной системе говорит лишь в разделе «Диагностика заболеваний органов брюшной полости», который начинается с главы «Диагностика болезней пищевода» (хотя анатомически сам пищевод к органам брюшной полости имеет минимальное отношение), искренне полагая, что этой информации для практикующих врачей будет вполне достаточно, а все внимание следует сосредоточить на болезнях желудка, кишечника, печени и поджелудочной железы [4]. А в современной учебной литературе для студентов медицинских вузов (в разделе «Гастроэнтерология») патология пищевода не рассматривается вообще [5]. Но всегда ли было так? Заглянем в недавнюю историю практической медицины.

Глава «Болезни органов пищеварения» в руководстве Г. Шмидта и Л. Фридгейма – настольной книге российских докторов, вышедшей в 1917 г. уже седьмым изда-

нием с предисловием профессора В.П. Образцова (!), – открывается статьей «Болезни рта и зева», которая начинается главой «Stomatitis. Воспаление рта», а продолжается главами «Soor. Молочница», «Noma. Водяной рак», «Parotitis», «Angina. Воспаление миндалин», «Гипертрофия миндалевидных железок», «Воспаление шейных желез», «Заглоточный нарыв», и лишь затем идут главы, посвященные патологии пищевода, желудка и кишечника [6].

«Repetitorium» доктора Эгона Вернера (1891) еще более подробно в описании патологии рта и глотки. Раздел «Болезни органов пищеварения» содержит главы «Stomatitis», «Stomacea», «Aphthae», «Soor», «Glossitis acuta», «Noma», «Parotitis idiopatica s. epidemica», «Parotitis metastatica», «Angina (вообще)», «Angina catarrhalis», «Angina parenchymatosa», «Angina lacunaris», «Angina necrotica», «Хроническая гипертрофия миндалин», «Catarrhus retronasalis chronicus», «Pharyngitis sicca», «Гипертрофический катар глотки и носоглоточного пространства», «Abscessus retropharyngialis». И лишь затем автор переходит к рассмотрению вопросов, связанных с воспалением пищевода, его дивертикулами, стенозами и проч. [7]. Видно, какое пристальное внимание уделяли ведущие европейские и российские клиницисты теме болезней полости рта, зева и глотки как неотъемлемой и очень важной части пищеварительной системы. Патология зубов и десен, языка, слюнных желез, зева и миндалин не только нарушает процесс измельчения пищи, ее увлажнения и проглатывания, но и является непосредственной причиной развития воспалительных и инфекционных заболеваний пищевода и желудка.

Что же произошло в этот небольшой по историческим меркам период, отделяющий взгляды на гастроэнтерологию профессоров Шмидта и Фридгейма от точки зрения профессора Губергрица? Произошла специализация, «разъязвляющая» клиническую медицину на составные части, практически и юридически разграничившая полномочия и зо-

ны ответственности врачей, работающих с пациентом. Является ли специализация благом? Да, является, ибо ее необходимость продиктована нарастающими требованиями науки, совершенствующимися диагностическими методами и все более усложняющимися подходами к лечению заболеваний. Специализация – дитя прогресса, но у каждой медали две стороны. Применительно к рассматриваемой нами проблеме оборотной стороной медали является в первую очередь ускользание одного из важных разделов заболеваний пищеварительной системы от взгляда гастроэнтеролога и следующее за этим сужение зоны профессиональной ответственности врача, что не может не отразиться на объеме и качестве проводимых им лечебно-диагностических мероприятий.

Действительно, говоря о заболеваниях пищевода, мы всегда обращаем внимание на разнообразие патологической симптоматики, которая может отмечаться у пациентов. Это одинофагия и фагофобия. Это globus hystericus и аэрофагия. Это знакомые всем отрыжка, изжога и рвота. Это довольно частая руминация и нечастый мерицизм. Это боль, сопровождающая и эзофагиты, и гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь. Это и кашель, и икота, и возможные кровотечения разной степени выраженности. Но основным симптомом всегда была и остается дисфагия, характеризующаяся как расстройство или затруднение глотания, а также ощущение застревания или препятствия прохождению пищи через полость рта, глотку или пищевод. В соответствии с этим дисфагия подразделяется на ротоглоточную и пищеводную. Пищеводная дисфагия (как двигательная, так и механическая) привычна пониманию большинства гастроэнтерологов, а вот ротоглоточная нередко ускользает от внимания врача. А ведь за симптомом ротоглоточной дисфагии скрывается масса заболеваний, порой очень грозных.

Сосудистая патология головного мозга, рассеянный и боковой амиотрофический склероз, паркинсонизм, бульбарный паралич,

гастроэнтерология



ботулизм, полиомиелит, сирингомиелия, миастения и миопатия, сахарный диабет и алкоголизм (как «поставщики» полинейропатии), дерматомиозит и полимиозит вызывают нарушение иннервации мышц полости рта, языка и глотки, что приводит в результате к расстройству акта глотания и иногда сопровождается забросами жидкости, слюны и пищи в полость рта и носа. А такая частая и «обыденная» патология, как риниты, фарингиты, ангины, глоситы, стоматиты, чаще всего вообще не рассматривается в качестве возможной причины заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Все эти болезни официально «отданы» другим специалистам, например стоматологам, оториноларингологам, неврологам, которые работают с пациентами в рамках своих профессиональных полномочий и своего понимания проблем патологии полости рта, зева и глотки. Организационная невозможность действовать «на чужой территории» в известной степени снижает эффективность работы

врача-гастроэнтеролога с этой категорией пациентов. Вместе с тем хорошо известно, что в большинстве случаев неспецифический эзофагит является осложнением воспаления ротовой полости или верхних дыхательных путей [2]. Путь распространения патологического процесса при этом нисходящий, эзофагит развивается *per continuitatem*, а это значит, что его успешное лечение будет иметь свои особенности, главной из которых является необходимость лечения заболеваний полости рта, придаточных пазух и миндалин как вероятных источников инфицирования пищевода, и арсенал гастроэнтеролога в плане лабораторных, инструментальных методов диагностики и способов фармакотерапевтической коррекции выявленной патологии должен быть увеличен. Привычная антисекреторная, прокинетическая и антихеликобактерная терапия в этих случаях оказывается вторичной. На передний план могут выйти, например, местные и системные противовоспалительные и антибактериальные препараты, причем последние назначаются не с целью эрадикации

хеликобактерной инфекции, которой может и не быть, а с целью санации инфекционных очагов в полости рта и зева.

Зона профессиональной ответственности врача-гастроэнтеролога гораздо шире, чем это принято полагать в настоящее время, ибо гастроэнтерология начинается не с желудка и даже не с пищевода. Весь пищеварительный тракт, включая зубы, десны, язык, ротовую полость и зев, миндалины и слюнные железы, является единым целым, а это значит, что гастроэнтеролог должен (если не *de jure*, то по крайней мере *de facto*) восстановить границы своей специальности. Никакая «рамочная» специализация не должна мешать врачу быть широко и последовательно мыслящим клиницистом, улавливающим и прослеживающим строгую анатомическую, физиологическую и патогенетическую взаимосвязь всех отделов пищеварительной системы и процессов, происходящих в ней. Только это может быть залогом успешной диагностической и лечебной деятельности. ●

Литература

1. Орлов Р.С., Ноздрачев А.Д. Нормальная физиология: учебник. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 832. [Электронный ресурс] // <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416624.html>.
2. Болезни органов пищеварения / под ред. С.М. Рысса. Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1966. С. 591.
3. Гастроэнтерология: Национальное руководство: краткое издание / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 480. [Электронный ресурс] // <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>.
4. Губергриц М.М. Клиническая диагностика. Руководство для врачей и студентов. Киев: Государственное медицинское издательство УССР, 1939. С. 852.
5. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни: учебник. 6-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 768. [Электронный ресурс] // <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>.
6. Шмидт Г., Фридгейм Л., Ламгофер А., Донат И. Диагностика и терапия. Краткое руководство для врачей и студентов. Петроград – Киев: Сотрудник, 1917. С. 420.
7. Вернер Э. Спутник терапевта. Repetitorium по частной патологии и терапии для врачей и студентов. СПб.: издание Н.П. Петрова, 1891. С. 149.

Where is the Starting Point of a Gastroenterology

A.A. Stremoukhov, N.B. Topchy

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education

Contact person: Nataliya Vladimirovna Topchy, gprmanpo@yandex.ru

Problems of the anatomical and functional integrity of the digestive system were examined. Scope of professional responsibilities of a gastroenterologist in the diagnosis and treatment of diseases of the digestive system was specified. The pathogenetic role of oral and pharynx diseases in the evolution of pathology of the upper gastrointestinal tract was argued.

Key words: gastroenterology, upper gastrointestinal tract, oral cavity, pharynx, esophagus, esophagitis