

УДК 1.122:616-008

DOI: 10.15372/PS20220109

В.А. Карпин, В.Д.Соколов**ПРОБЛЕМА «ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ» БОЛЕЗНЕЙ
В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ:
ФИЛОСОФСКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ КРИТИЧЕСКИЙ
АНАЛИЗ**

Разделение болезней на органические и функциональные имеет свою длительную историю и, несмотря на значительно возросшие технические возможности изучения структурных и функциональных особенностей жизнедеятельности как в норме, так и при различных патологических процессах, все еще продолжает разделять ученых на два противоположных лагеря. В статье проведен краткий исторический и философский анализ изучаемой проблемы в попытке доказать несостоятельность функциональной концепции общей патологии человека. В качестве примера рассмотрены наиболее часто встречающиеся функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта, при которых структурные нарушения локализуются в центральной нервной системе.

Ключевые слова: структура и функция; функциональные болезни; философско-методологический анализ; несостоятельность функционализма

V.A. Karpin, V.D. Sokolov**THE PROBLEM OF "FUNCTIONAL" DISEASES IN MODERN
CLINICAL MEDICINE: PHILOSOPHICAL AND
METHODOLOGICAL CRITICAL ANALYSIS**

The division of diseases into organic and functional has its own long history and, despite the significantly increased technical capabilities of studying the structural and functional features of vital activity both in normal and in various pathological processes, still continues to divide scientists into two opposite camps. The article provides a brief historical and philosophical analysis of the problem under study in an attempt to prove the inconsistency of the functional concept of general human pathology. As an example, the most common functional diseases of the gastrointestinal tract are given, in which structural disorders are localized in the central nervous system.

Keywords: structure and function; functional diseases; philosophical and methodological analysis; failure of functionalism

Проблема взаимоотношений структуры и функции является одной из центральных в медико-биологических науках. В практической медицине прочно укрепилось разделение внутренних болезней на органические и функциональные. Однако дискуссии вокруг правомерности такого принципиального подхода не затихают до настоящего времени. Ошибочность диагностического заключения в такой ситуации неизбежно приводит к недостаточной эффективности осуществляемых лечебно-профилактических мероприятий.

Чтобы решить эту важнейшую клиническую проблему, необходимо начать с рассмотрения философских категорий и законов.

Наиболее часто при анализе понятий структуры и функции рассматривают философские категории формы и содержания, определяя форму как структуру, а содержание как функцию. Действительно, утверждается их единство, однако они противопоставляются друг другу. Содержание более динамично, чем форма, оно изменяется раньше и воздействует на форму, которая изменяется вторично. Такое заключение безусловно предполагает примат функции над структурой, а также относительную самостоятельность функциональных изменений. Ошибочность такого отождествления заключается в том, что и структура, и функция суть проявления формы объекта. В качестве структуры выступают внутренние связи объекта, это его внутренняя форма. Внешняя форма – функция – проявляется устойчивыми связями объекта с внешним миром, через которые реализуется взаимодействие объекта с окружающей средой. Таким образом, структура и функция – это внутренний и внешний элементы системы [1, с. 470–473; 3, с. 108–112; 7, с. 9–25; 13, с. 227–233].

Философия так определяет взаимосвязь категорий содержания и формы: в их единстве главенствующая роль отводится содержанию. Изменение и развитие объекта вначале затрагивает содержание, вследствие чего в дальнейшем происходит изменение формы. Когда содержание отождествляется с функцией, тогда и получается ложный вывод о том, что функция не только не определяется изменением структуры, но сама формирует структуру. Здесь причина и следствие явно меняются местами.

Если уж и проследить аналогию общенаучных понятий с философскими категориями, то понятия структуры и функции можно сравнить скорее с такими категориями, как материя и движение: структура ассоциируется с материей, а функция – с движе-

нием. Сразу становится очевидным примат структуры над функцией, которую, в свою очередь, можно определить как атрибут структуры.

Но наиболее отчетливо взаимосвязь структуры и функции прослеживается при обсуждении философской категории причинности. Глубокий анализ причинности представил еще Аристотель в «Метафизике», и он еще до конца не осознан современной философской мыслью. Аристотель выделял четыре вида причин: материальную, формальную, действующую и целевую причины. Не вдаваясь в подробности этого подхода и исходя из поставленных нами задач, можно выделить две важнейшие причины организации и развития материальных объектов: материальную (внутреннюю) и действующую (внешнюю). С позиции системного подхода любая материальная система, в том числе биологическая (живой организм), обладает внутренней и внешней активностью, причем внутренняя активность (материальный субстрат) является определяющей, а внешняя активность (функция) представляет собой ее производную. Здесь явно прослеживается примат структуры над функцией. Недостаток существовавших ранее философских систем Аристотель видел прежде всего в том, что они объясняли мир, не учитывая действия отмеченных им четырех причин. Однако и в последующем философы и ученые вплоть до настоящего времени обсуждали и анализировали преимущественно действующую причину, что значительно обедняет и сужает проблему [10].

Чтобы понять, откуда возникла проблема выделения органических и функциональных болезней, необходим краткий исторический анализ развития морфологии и физиологии за последние столетия.

Процесс познания морфологических изменений организма в развитии медицины отставал от познания его физиологических проявлений. Более того, прогресс общей патологии человека связывали исключительно с достижениями патологической физиологии. Иногда общую патологию даже отождествляли с последней, утверждали, что патологическая физиология вообще должна заменить общую патологию. Причиной было недостаточное техническое оснащение морфологических исследований. Действительно, вначале патологическая анатомия могла выявлять структурные изменения только на надклеточном (органном и тканевом) уровне. Более глубокие нарушения были скрыты от глаз исследователей, и это укрепляло представление о том, что существуют более тонкие, «чисто

функциональные» изменения, не поддающиеся морфологическому анализу, что функциональные изменения шире морфологических.

Это был первый, *макроскопический*, период развития морфологии. С появлением в середине XIX в. клеточной теории Т. Шванна и клеточной патологии Р. Вирхова начался второй, *микроскопический* (клеточный), период. Элементарной структурной единицей на многие годы стала клетка. Но она считалась далее неделимой, просто заполненной бесструктурным аморфным веществом – протеином (протоплазма). Поэтому морфология продолжала отставать от физиологии. Настоящий расцвет патологической анатомии начался в 50-е годы XX столетия, когда получила развитие электронная микроскопия, ознаменовавшая собой начало третьего, *ультрамикроскопического*, периода развития морфологии. Оказалось, что клетка очень сложно структурирована. Стало доступным изучение многочисленных внутриклеточных органелл и их связей в норме и при различных патологических процессах.

Казалось бы, окончательно утвердился примат морфологии в общей патологии человека. Однако до сих пор распространены мнения о большей изменчивости функции по сравнению с большим консерватизмом структуры, о том, что функция изменяется гораздо быстрее, чем малоподвижные структуры. Подобные суждения являются не более чем наследием прошлого, за границы которого современная наука давно перешагнула. Чисто функциональных расстройств не существует, структурные изменения должны предшествовать функциональным. Ученые, продолжающие утверждать примат физиологии над морфологией, стоят на позиции стихийного идеализма [12, с. 11–24; 14, с. 9–20].

Таким образом, существует *единый материальный субстрат* проявлений жизнедеятельности, в котором представлен весь диапазон уровней организации – от молекулярного до организменного, и никакие, даже тончайшие функциональные изменения не могут возникнуть или исчезнуть, не отразившись в соответствующих структурных изменениях на молекулярном или ультраструктурном уровне.

Следовательно, сохраняющееся до настоящего времени понятие функциональных болезней требует отдельного специального анализа. Наиболее часто в клинике внутренних болезней фигурируют так называемые функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта (ФЗ ЖКТ), чаще всего – синдром функциональной диспепсии (СФД) и синдром раздраженного кишечника (СРК).

Функциональные заболевания ЖКТ. В «Римских критериях» 2006 г. ФЗ ЖКТ определяются как «вариабельная комбинация хронических или рецидивирующих симптомов, не объясняемых структурными или биохимическими изменениями». Их происхождение во многом остается неясным. Заслуживает внимания тот факт, что эти заболевания становятся, по существу, *междисциплинарной* проблемой. Такие больные нередко попадают не только к терапевтам, но и к невропатологам, психотерапевтам и даже к психиатрам. В ряду наиболее возможных причин ФЗ ЖКТ также рассматривают нарушения нейрогуморальной регуляции, инфекцию *Helicobacter pylori*. Долгое время патогенетической основой ФЗ ЖКТ считали различные нарушения моторики желудочно-кишечного тракта, а клинические симптомы полагали следствием желудочно-кишечной дискинезии. Тем не менее специфических двигательных расстройств выявить не удалось: их наблюдали не только при органических поражениях ЖКТ, но даже у здоровых людей. Нередко у больных на передний план выходят негастроэнтерологические симптомы.

Многие авторы обращают внимание на несоответствие между большим количеством жалоб и симптомов и общим удовлетворительным состоянием пациентов. Нередко устанавливается связь между ухудшением состояния и воздействием различных экстремальных внешних факторов, особенно перенесенных нервных стрессов. Исследования последних лет все больше акцентируют внимание на состоянии центральной нервной системы (ЦНС) у данной категории больных. Отмечается, что на передний план выходит активация нервно-моторного кластера. В пользу такой связи свидетельствуют следующие факты: наличие симптомов, характерных для патологии ЦНС; отсутствие симптомов ФЗ ЖКТ во время сна; определенная эффективность психотерапии и гипноза, а также лекарственных препаратов центрального действия. Медикаментозная терапия, обычно применяемая при этих заболеваниях, не устраняет причины заболевания, а оказывает преимущественно *симптоматическое* действие, поэтому, как правило, является недостаточно эффективной. У таких больных нередко выявляются признаки тревожно-депрессивного и ипохондрического синдромов, различные вегетативные нарушения. Отмечается положительный эффект при применении наряду с симптоматической терапией психотропных препаратов и антидепрессантов [4; 6; 8, с. 412–423, 442–450; 9].

Дисбактериоз кишечника. В качестве одной из возможных причин развития желудочно-кишечных расстройств обсуждается состояние кишечной микрофлоры, различные нарушения которой объединяются под названием «дисбактериоз кишечника». Этот клинико-лабораторный синдром признается далеко не всеми научными школами. Независимо от индивидуальных различий в составе кишечной микрофлоры, этот микробиоценоз функционирует как целая экосистема, гомеостаз которой имеет огромное значение для нормального функционирования организма, а его нарушения не могут не отразиться на кишечной физиологии. Среди наиболее частых причин дисбактериоза выделяют различные стрессовые ситуации, перенесенные кишечные инфекции, антибактериальную терапию, которые приводят к снижению колонизационной резистентности, смене кишечной микробиоты [2; 5; 15].

При обсуждении проблемы дисбактериоза чаще всего используют данные о микрофлоре толстого кишечника, легко доступной для исследования. По сути, вся концепция о дисбактериозе построена на изучении фекалий, являясь частью копрологии. Однако микрофлора фекалий – лишь приблизительная копия пристеночной, особенно «глубинной» (криптовой), микрофлоры кишечника. Всю микрофлору кишечника можно разделить на облигатную и факультативную, причем именно облигатная микрофлора играет главенствующую роль в микробном гомеостазе, в то время как фекальный анализ отражает преимущественно состояние факультативной микрофлоры. Наконец, при анализе фекалий не учитывается микрофлора тонкого кишечника, изменения которой (прежде всего повышение бактериальной обсемененности тонкой кишки) играют существенную роль в патологии пищеварительного тракта.

Перечисленные моменты говорят о противоречиях широко практикуемого анализа на «дисбактериоз» кишечника, о его невысокой эффективности. Практически все представители нормальной микрофлоры обладают потенциальной болезнетворностью. Поэтому появление в фекалиях различных представителей патогенной микрофлоры не обязательно влечет за собой развитие патологического процесса. Неприятности можно ожидать от сапрофитов, постоянно содержащихся в кишечнике. Патология кишечника предрасполагает к нарушениям микрофлоры, но они, в свою очередь, могут негативно влиять на функции кишечника. Дисбактериоз – заболевание всегда вторичное в том смысле, что зависит от состояния макроорга-

низма (различные нарушения макрогомеостаза могут привести к нарушениям микрогомеостаза). Поэтому, очевидно, нужно искать причину в патологии макроорганизма. Нормализация общепатологических (общесистемных) сдвигов в организме должна привести к нормализации микробиотического гомеостаза. Общепринятое лечение дисбактериоза кишечника может не привести к желаемому результату, если не нормализовать внекишечные (системные) патогенные факторы. Дисбактериоз – болезнь организма, а не микрофлоры [11, с. 264–281].

* * *

Проведенный философско-методологический анализ позволяет утверждать несостоятельность функционального подхода к заболеваниям внутренних органов, протекающим без местных структурных патологоанатомических нарушений.

Представленные так называемые функциональные заболевания внутренних органов относятся к группе психосоматических расстройств. Здесь этиологическим (причинным) фактором являются различные патологические процессы в центральной нервной системе. Ось «головной мозг – кишечник» хорошо известна в клинической практике. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта являются симптомами нарушения нервно-моторного кластера. Поэтому терапия развившихся желудочно-кишечных расстройств, как правило, сопровождается незначительным или непродолжительным эффектом. Добиться выраженной эффективности предпринимаемых лечебно-профилактических мероприятий можно только применением комплексной психоневрологической и симптоматической гастроинтестинальной терапии при сотрудничестве врачей-терапевтов, психотерапевтов и психиатров. По сути дела, эти психофизиологические расстройства необходимо расценивать как своеобразные неврозы, при которых структурные изменения локализуются в различных зонах головного мозга.

Эффективность лечения заболеваний во многом определяется реальным пониманием этиологических факторов, и здесь ключевую роль должно играть рациональное применение соответствующих философско-методологических оснований и принципов, особенно диалектических категорий.

Литература

1. *Алексеев П.В., Панин А.В.* Философия. М.: Проспект, 2007. 608 с.
2. *Ардатская М.Д., Бельмер С.В., Добрица В.П. и др.* Дисбиоз (дисбактериоз) кишечника: современное состояние проблемы, комплексная диагностика и лечебная коррекция // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2015. № 5. С. 13–50.
3. *Афанасьев В.Г.* Основы философских знаний. М.: Мысль, 1977. 336 с.
4. *Бабаева А.Р., Родионова О.Н.* Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта: современное состояние проблемы // Вестник ВолГМУ. 2006. № 2. С. 3–12.
5. *Бакумов П.А., Козыренко Ю.В., Скиндер О.А. и др.* Проблема дисбактериоза кишечника: Основные подходы к коррекции // Лекарственный вестник. 2015. № 2. С. 38–43.
6. *Буторова Л.И., Токмулина Г.М.* Синдром раздраженного кишечника: основные принципы диагностики и лечения в поликлинической практике: Учеб. пособие. – М.: Прима Принт, 2014. 96 с.
7. *Воложин А.И., Субботин Ю.К.* Болезнь и здоровье – две стороны приспособления. М.: Медицина, 1998. 480 с.
8. *Гастроэнтерология: национальное руководство.* М.: ГОЭТАР-Медиа, 2008. 704 с.
9. *Гончарик Т.А.* Синдром раздраженного кишечника. Минск: БГМУ, 2009. 16 с.
10. *Карпин В.А.* Очерки теории научного знания: Введение в медицинскую науку. М.: Спутникплюс, 2017. 134 с.
11. *Маянский А.Н.* Микробиология для врачей. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1999. 400 с.
12. *Саркисов Д.С.* Очерки истории общей патологии. – М.: Медицина, 1993. – 512 с.
13. *Спиркин А.Г.* Основы философии. М.: Политиздат, 1988. 592 с.
14. *Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций /* Под ред. Д.С. Саркисова. М.: Медицина, 1987. 446 с.
15. *Тетерина Л.А., Приходько Е.М., Селиверстов П.В. и др.* Дисбиоз кишечника: Значение нормальной микробиоты кишечника в организме человека // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2016. № 1–2. С. 15–18.

References

1. *Alekseev, P.V. & A.V. Panin.* (2007). *Filosofiya* [Philosophy]. Moscow, Prospekt Publ., 608.
2. *Ardatskaya, M.D., S.V. Belmer, V.P. Dobritsa et al.* (2015). *Disbioz (disbakterioz) kishechnika: sovremennoe sostoyanie problemy, kompleksnaya diagnostika i lechebnaya korrektsiya* [Dysbiosis (dysbacteriosis) of the intestine: current state of the problem, complex diagnostics and therapeutic correction]. *Ekspierimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya* [Experimental and Clinical Gastroenterology], 5, 13–50.
3. *Afanasyev, V.G.* (1977). *Osnovy filosofskikh znaniy* [Fundamentals of Philosophical Knowledge]. Moscow, Mysl Publ., 336.

4. *Babaeva, A.R. & O.R. Rodionova.* (2006). Funktsionalnye zabollevaniya zheludochno-kishechnogo trakta: sovremennoe sostoyanie problemy [Functional diseases of the gastrointestinal tract: current state of the problem. Vestnik VolGMU [Bulletin of the Volgograd State Medical University], 2, 3–12.
5. *Bakumov, P.A., Yu.V. Kozyrenko, O.A. Skinder et al.* (2015). Problema disbakterioza kishhechnika: Osnovnye podkhody k korrektsii [The problem of intestinal dysbiosis: Basic approaches to correction]. Lekarstvennyy vestnik [Medicinal Bulletin], 2, 38–43.
6. *Butorova, L.I. & G.M. Tokmulina.* (2014). Sindrom razdrzhennogo kishhechnika: osnovnye printsipy diagnostiki i lecheniya v poliklinicheskoy praktike: Ucheb. posobie [Irritable bowel syndrome: basic principles of diagnosis and treatment in outpatient practice: Manual]. Moscow, Prima Print Publ., 96.
7. *Volozhin, A.I. & Yu.K. Subbotin.* (1998). Bolezn i zdorovye – dve storony prispobleniya [Disease and Health – Two Sides of Adaptation]. Moscow, Meditsina Publ., 480.
8. *Gastroenterologiya: natsionalnoe rukovodstvo* [Gastroenterology: National Guide]. (2008). Moscow, GOETAR-Media Publ., 704.
9. *Goncharik, T.A.* (2009). Sindrom razdrzhennogo kishhechnika [Irritable Bowel Syndrome]. Minsk, Belorussian State Medical University Publ., 16.
10. *Karpin, V.A.* (2017). Ocherki teorii nauchnogo znaniya: Vvedenie v meditsinskuyu nauku [Essays on the Theory of Scientific Knowledge: Introduction to Medical Science]. Moscow, Sputnikplyus Publ., 134.
11. *Mayanskiy, A.N.* (1999). Mikrobiologiya dlya vrachey [Microbiology for Physicians]. N. Novgorod, Nizhny Novgorod State Medical Academy Publ., 400.
12. *Sarkisov, D.S.* (1993). Ocherki istorii obshchey patologii [Essays on the History of General Pathology]. Moscow, Meditsina Publ., 512.
13. *Spirkin, A.G.* (1988). Osnovy filosofii [Fundamentals of Philosophy]. Moscow, Politizdat Publ., 592.
14. *Sarkisov D.S.* (Ed.). (1987). Strukturnye osnovy adaptatsii i kompensatsii naru-shennykh funktsiy [Structural Foundations of Adaptation and Compensation of Disordered Functions]. Moscow, Meditsina Publ., 446.
15. *Teterina, L.A., E.M. Prikhodko, P.V. Seliverstov et al.* (2016). Disbioz kishhechnika. Znachenie normalnoy mikrobioty kishhechnika v organizme cheloveka [Intestinal dysbiosis. The importance of normal intestinal microbiota in the human body]. Gastroenterologiya Sankt-Peterburga [Gastroenterology of St. Petersburg], 1–2, 15–18.

Информация об авторах

Карпин Владимир Александрович – доктор медицинских наук, доктор философских наук, профессор, Сургутский государственный университет (628412, Сургут, пр. Ленина, 1)

kafter57@mail.ru

Соколов Владислав Денисович – Медицинская академия Крымского федерального университета (295006 Россия, Республика Крым, Симферополь, бульвар Ленина, 5/7)

sokolovvlad77@mail.ru

Information about authors

Karpin, Vladimir Aleksandrovich – Doctor of Sciences (Medicine; Philosophy), Professor, Surgut State University (1, Lenin av., Surgut, 628412, Russia).
kafter57@mail.ru

Sokolov, Vladislav Denisovich – Medical Academy of Crimean Federal University (Lenin Boulevard, 5/, Simferopol, 7295006, Republic of Crimea, Russia)
sokolovvlad77@mail.ru

Дата поступления 16.12.2021