

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев Г. П. Социальная коммуникация и интернет: Теоретические основы. — М., 2004. — С. 292—294.
2. Горелик А. С. // Информ. общество. — 2010. — № 1. — С. 6—7.
3. Ирхин Ю. В. // Социол. исслед. — 2006. — № 1. — С. 73—74.
4. Кастельс М. Информационная эпоха. Экономика, общество, культура: Пер. с англ. — М., 2000. — С. 43.
5. Либо М. Г., Кошелева С. В. // Вестн. Санкт-Петербург. ун-та. — 2004. — Вып. 3. — № 24. — С. 128.
6. Луценко Е. Л. Информационные технологии как средство социокультурной реабилитации инвалидов. — Биробиджан, 2008. — С. 106—107.
7. Мкртумова И. В. // Имидж библиотеки в условиях интеграции в мировое информационное пространство. — Казань, 2008. — С. 58.
8. Никольский А. Е. // Имидж библиотеки в условиях интеграции в мировое информационное пространство. — Казань, 2008. — С. 59—61.
9. Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. — М., 2002.
10. Сафаргалеев Н. И. Республиканская специальная библиотека для слепых — центр чтения и доступа к информации инвалидов по зрению на региональном и межрегиональном уровнях. — Казань, 2007. — С. 78.
11. Современная энциклопедия социальной работы. — М., 2008. — С. 8.
12. Урсул А. Д. Путь в ноосферу: Концепция выживания и безопасного развития цивилизации. — М., 1993. — С. 63.
13. Хэддон Л., Силверстоун Р. // Информ. общество. — 2009. — № 6. — С. 8—10.
14. ICT for Government and Public Services. Best online public services in Europe awarded today (http://ec.europa.eu/information_society/activities/egovernment/index_en.htm).

Поступила 27.08.10

© А. С. ДИМОВ, Н. И. МАКСИМОВ, 2012
УДК 614.2:616-058

А. С. Димов, Н. И. Максимов

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ "СБЕРЕЖЕНИЯ НАРОДА" В РОССИИ (обзор)

Ижевская государственная медицинская академия

Политические решения государственного масштаба, как правило, имеющие социальную окраску, больше отражают желание "управлять" социальными процессами при одновременном игнорировании объективных закономерностей развития общества, в частности имеющих отношение к медицинской отрасли. Например, это просматривается в попытке решения демографической проблемы в РФ, где вместо системного анализа и подхода производятся манипуляции частного, фрагментарного и одностороннего, преимущественно "биологизаторского" плана (следователя, метафизического), и потому сомнительного характера. Активное "педалирование" рождаемости превращается почти в самоцель.

Если смотреть чуть глубже и шире, то наиболее самоочевидной и актуальной медико-социальной проблемой в Российской Федерации является сверхсмертность. В силу ее глобальности она требует не только специального медицинского, но и философского понимания. Для России явление сверхсмертности стало неуправляемым, специфическим и не имеющим аналогов в мире [61]. При сравнении динамики показателей смертности, по данным центра профилактической медицины РФ, мужчин трудоспособного возраста с 1965 по 2000 г. [46], показателей смертности населения России от болезней системы кровообращения (БСК) с 1980 по 2001 г. [61] и показателей смертности в США с 1970 по 2002 г. [14] приходится констатировать, что они имеют в основном противоположные направления. В частности, динамика стандартизованной по возрасту смертности от 6 ведущих причин смерти в США в этот период показала ее снижение вдвое от болезней сердца, инсультов и несчастных случаев и ее сохранение на прежнем уровне (нет роста) для рака и сахарного диабета (СД). То есть, несомненно, имеющиеся круп-

нейшие достижения медицины XX века [35] используются по-разному. В частности, это видно по показателю смертности в стационарах, который в целом по стране в 2006 г. был 15,5%, в Москве — 18,7%, Санкт-Петербурге — 19%, а в США и Европе — 8%, в Австралии — 4%, Мексике — 10% случаев [63].

Предпринимаемые в РФ для решения этой проблемы необычайно большие усилия в значительной мере носят биологический характер и во многом сводятся к фармакологическому контексту (где больше просматривается эксплуатация бизнесом человеческих страданий, чем забота о них) и, по нашему представлению, никак не соответствуют другой, противоположной составляющей — социальной стороне дела. По крайней мере, значение вердикта, вынесенного в докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г. [19], что "бедность и болезни — порочный круг", не стало аксиологическим и доминирующим в нашем обществе. И это несмотря на то, что исследования в РФ показали долю распространенности хронических заболеваний в группе лиц (30—49 лет) с высоким экономическим положением 46,7%, со средним — 60,3%, плохим — 76,3% [67].

Основной причиной смертности во всем мире считаются БСК, где почти в половине случаев смерть наступает от патологии сердца. Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, Минздрава России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме смертности от основных БСК в России от 2004 г. показал, что они занимают ведущее место в структуре смертности в России — 55% [55]. Ранее в СССР доля сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в общей смертности составляла в 1939 г. 11%, в 1959 г. 36%, в 1972 г. 48%, в 1982 г. 52% [58].

Смертность с 1990 по 2002 г. в среднем возросла на 48%, а среди больных, страдающих ССЗ, где основной причиной смерти является ишемическая болезнь сердца (ИБС) на 48,1% [56]. По Государственному докладу о состоянии здоровья населения РФ в 2004 г. смерт-

А. С. Димов — д-р мед. наук, проф. каф. (dimov1940@yandex.ru); Н. И. Максимов — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (3412-68-69-98).

ность от БСК, включая ИБС и конкурирующие с ней цереброваскулярные заболевания (в основном мозговой инсульт — МИ), составила 84,1% [15].

Существует понятие и преждевременной смертности, имеющей место в трудоспособном возрасте. Так, например, медико-социальная оценка водителей локомотивов (1999—2004 гг.) в среднем возрасте 45,8 года показала, что смертность от травм и насильственная смерть составила 55,8% случаев, а от заболеваний 44,2%, в том числе ССЗ — 28,7% случаев [28]. В целом по РФ потери от преждевременной смертности в 4,5 раза выше, чем в США [67].

Особенностью сверхсмертности в РФ является факт, что в 23% случаев смерть от ССЗ связана с алкоголизмом. Реальное употребление алкоголя следует считать не 8,3 л (2001), а 15,0 л, и годовой шаг в целом от алкоголизма составляет 15,13% [25]. И, несмотря на то, что по критериям ВОЗ мы по этому показателю давно перешагнули рубеж, определяющий деградацию нации, дальше констатации факта дело не идет. Таков разрыв между диалектикой познавательного и преобразовательного процесса по данному вопросу.

Социальный аспект как результат нервно-психического перенапряжения, трактуемого как "истощение жизненных сил", стоит и за ростом числа самоубийств в период 1990—2000 гг. с 39 150 до 56 934 случаев [61].

На примере Свердловской области с помощью математических моделей была рассчитана оценка силы каждого из блоков факторов риска (ФР), влияющих на ССЗ в РФ. Их структура следующая: социально-экономический — 28%, экологический — 27%, демографический — 27%, кардиологическая служба — 18% [7]. Несколько иначе это выглядит по данным ВОЗ. Здоровье нации зависит на 50% от жилищно-бытовых условий и образа жизни, 20% от окружающей среды, 20% от генетических данных и 10% от услуг здравоохранения [51].

Как бы то ни было, за исключением генетической и отчасти экологической составляющих совершенно очевидно, что остальные блоки ФР находятся в сфере влияния и ответственности любого государства, социальные функции которого по определению и исторически лежат в основе его создания и существования. Как считают наши философы, здоровье — высшая ценность социалистического общества [57], и, надо полагать, не только его. По философским меркам здоровье как дар природы одно из важнейших прав человека и как общественная ценность является, по существу, капиталом для государства, и, таким образом, медицина приобретает производительный характер [29, 66], и, по мнению экспертов ВОЗ, по отношению к здоровью как ценности при формировании политики здравоохранения можно судить о зрелости государства [66].

В США еще в 1974 г., несмотря на успехи медицинского обслуживания, вопреки протестам частных врачей государство стало вводить контроль над медицинскими учреждениями. Это оправдывалось тем, что на лечение в 19% случаях влияют немедицинские факторы — социальные, материальные и др. [70].

Комплексный анализ в РФ ФР основного источника смерти — ИБС — методом распознавания образов, показал, что из 16 признаков наибольший вклад имели следующие факторы: генетические — 34%, социальные — 29%, алкоголизм — 15%, биологические — 10%, профессиональные — 10%, курение — 9% и др.

[8]. Как видно, доля управляемых "биологических" моментов равна 10%, а управляемых социальных — 64%. Далее, конкурентный по смертности МИ, по данным исследования в РФ 937 больных, имел риск развития в 8 раз выше у проживающих в плохих, чем в хороших жилищных условиях [22].

В США показатели распространения заболеваний у лиц с низкими и высокими доходами для ССЗ различаются до 4,5 раза, для психозов — в 8 раз, у детей из неполных семей — в 4 раза [34].

Мораль не оправдывает экономических расчетов, когда дело касается здоровья и жизни человека. Тем не менее отношение экономического блока бюрократии страны к здоровью нации определяется по остаточному принципу, где расходы на здравоохранение в РФ (в проценте от ВВП) находятся на 71-м месте в мире, а консолидированный бюджет упал с 1995 по 2004 г. с 2,9 до 2,2%, и треть этого отдается "ведомственной" (читай элитной) медицине [36]. Такой односторонний (метафизический) настрой, когда человек рассматривается только как элемент товарно-производственных отношений — отражение медико-философской и, возможно, экономической некомпетентности, не говоря уже о моральной стороне вопроса. По существу, имеет место сознательное игнорирование чиновниками государственного масштаба проблем медицины [61].

В свое время крупный советский экономист С. Г. Струмилин [54] рассчитал, что смерть человека до 15 лет приносит чистый ущерб государству, если же человек доживает до 40 лет, то успевает дать прибыль государству, при доживании им до 65 лет — двойную прибыль. По его мнению, в целом 1 единица затрат в здравоохранении дает 2,2 единицы национального дохода [65]. К сожалению, в настоящее время подобные исследования не в моде и не востребованы.

С философской точки зрения ни одну проблему (в данном случае демографическую) невозможно решить односторонним путем, как это реально происходит, только количественным "механическим" способом за счет повышения рождаемости, методом также односторонним (финансовая провокация к деторождению) и неэтичным при дефиците морально-психологической составляющей. При этом безнравственна и недооценка "противоположной" части этой сложнейшей проблемы — "сверхсмертности", что, в частности, видно из "экономного" подхода к здоровью пожилых, а также вообще отношения к "бесперспективным" больным, например по отсутствию хосписов и т. д.

Но и в сугубо медицинской части борьбы со сверхсмертностью также немало проблем. В 2002 г. в РФ было 682,4 тыс. врачей, из них терапевтов — 158,8 тыс., а кардиологов (физических лиц) 9997, или 1,46% от всех врачей [56]. Можно ли при этом говорить о каком-то паритете количества кардиальных заболеваний и смертности от них (более 50%) и числе кардиологов среди врачей. Результаты российской научно-практической программы АРГУС-2 свидетельствуют в частности, что это привело к проблеме доступности кардиологической помощи пациентам [26]. Опрос 400 человек подтвердил, что постоянно наблюдались и лечились у кардиологов только 52,7—53,8% нуждающихся больных [48].

Это создает очередную проблему, усугубляющую течение заболеваний, — самолечение. По данным социологического мониторинга, при заболевании всегда обращаются к врачу 14% пациентов, в том числе

62% в тяжелых случаях. Самолечение свойственно 1/3 мужской популяции и оно имеется в "жесткой" форме (полный отказ от врача в 1/3 случаев) и "мягкой" форме (в 2/3 случаев), когда при тяжелой болезни они все-таки используют рекомендации врача [12, 39, 52].

В области кардиологии имеются значительные накопления информации, и на нее были затрачены огромные интеллектуальные, временные и материальные ресурсы. Издаваемые кардиологическими ассоциациями Европы и Америки и периодически пересматриваемые рекомендации, например, в РФ по ИБС (2008) [42], ХСН (2009) [43], являясь итогом передовой мысли по соответствующей "смертельной" патологии.

Однако с философских позиций мысль даже самая передовая, хотя и может быть доказанной и истиной в настоящее время, как таковая является бессмысленной и бесплодной. Диалектика материи и сознания такова, что одно без другого не существует. Тезис одного из теоретиков Октябрьской революции о том, что мысль, овладевшая массами, становится материальной силой, весьма диалектичен и подходит к нашей ситуации. Известно, что информированность врачей о методах лечения БСК недостаточна. Более того, дело в том, что знание (информированность) и осознание (убежденность) — разные явления. Первое — это преимущественно пассивное, а второе — преимущественно активное явление. Исследования показывают, что специальную медицинскую литературу не в состоянии выписывать 48,2—31% терапевтов стационаров и 63,3% "узких" специалистов [37]. По данным специальных исследований, положительное отношение к первичной профилактике артериальной гипертензии (АГ) имеется только у 69% врачей [9], и только 45% врачей готовы опираться в своей работе на клинические рекомендации, и из них 87% верят в успех своих лечебных мероприятий при ИБС [2]. Иначе говоря, даже специалисты-кардиологи, владея информацией по современным методам лечения, не считают с ней, недооценивают ее, не всегда доверяют ей и не используют ее в деле. Например, при анализе качества диагностики хронической сердечной недостаточности (ХСН) по данным эпидемиологического обследования ЭПОХА-ХСН (2003), т. е. по опыту 25 лет применения ЭхоКГ, простой, но очень важный показатель работы сердца — фракция выброса — определялся всего в 30% случаев исследований [4]. Таков консерватизм врачей и их отношение к профессиональной информации и методам.

Итог всех заболеваний сердца — сердечная недостаточность (СН). В Национальных рекомендациях ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2009) [43] указано, что только от ХСН умирают ежегодно 880—986 тыс. человек. Основываясь на нейрогуморальной теории патогенеза ХСН, считается обязательными в лечении ХСН применение семи групп лекарственных средств (ЛС), и в первую очередь иАПФ и БАБ. Однако БАБ назначаются амбулаторно только в 14—18% случаях. При лечении ХСН при АГ 40% россиян принимают нерекомендуемый атенолол, вместо таких ЛС, доказанно влияющих на продолжительность жизни, как беталок зок, карведилол, бисопролол [38].

Подобная ситуация по ХСН наблюдается не только в РФ, но и в США, Европе, когда в амбулаторных условиях 1/3 больных не получали адекватной терапии [53], т. е. становится очевидным тот факт, что даже передовые достижения современной медицины в лечении ХСН остаются нереализованными на практике [69].

Одна из важнейших философских доктрин гласит, что изучение и понимание любого явления и предмета необходимо с диалектических позиций, т. е. изучения его со всех сторон, а их, в свою очередь, в их взаимосвязи. И при этом каждая сторона, каждый предмет и явление представляет собой единство многообразия. Именно потому проблема, изложенная выше, — недостаточное качество врачевания, также должна рассматриваться как единство ее разносторонних составляющих: и психологической (консерватизм, недостаточный интеллект, упрощенческие установки и т. д.), и педагогической (плохая обучаемость, недостаточная грамотность и даже невежество и т. д.), и медико-организационной (нет мотиваций со стороны руководства, стимулов, условий в реализации знаний и т. д.), и экономической (отсутствие материального стимулирования, затратность обучения и т. д.), и деонтологической (недостаточная гуманность, нет удовлетворения своей профессией и т. д.), и правовой (безответственность, безнаказанность и т. д.), и других сторон.

Так или иначе, речь идет о личности врача как целостного обладателя всех указанных выше сторон его деятельности. В формировании личности (и/или коллектива личностей) с позиций диалектики существуют два предельно широких и противоположных фактора воздействия: убеждение и принуждение. Более известен жаргонный вариант этих факторов — "кнул и пряник". Третьего не дано, точнее оно состоит в той или иной доле из 1-го и 2-го вариантов. По нашему мнению, если в нашей действительности первый способ используется весьма слабо, то второй вообще не применяется. Если продолжить эту тему, то, основываясь на законах диалектики, указывающих, что все явления противоположны, следует понимать, что убеждение и принуждение могут и должны быть не только материальными, но и идеальными (духовными, моральными, интеллектуальными) и быть в неразрывном единстве. Именно исходя из этого, и фактор убеждения может и должен быть представлен одновременно и материально (например, оплата труда), и морально (награды, почести, уважение), и фактор принуждения проявляться в наказаниях моральных и материальных.

Мы в свое время выступили в печати, утверждая, что взаимоотношения больного и врача следует рассматривать как диалектику антиподов [17, 18]. Именно с этой позиции следует понимать, что информированность одной стороны — врача — не решает проблемы, так как должна быть информированность и другой стороны.

Специальные исследования показали, что информированность больного, например о раке, приводит к тому, что при первом обращении по поводу него больного к врачу он встречается в 5 раз реже, т. е. проявилась настороженность у больных [58]. А отсутствие таковой — важный компонент в блоке причин смертности от острого ИМ на догоспитальном этапе, встречающийся в 34—41% случаев [55]. Информированность больного есть база для его приверженности к определенным действиям, она не возникает стихийно и требует значительных интеллектуальных усилий. Однако информированность о ССЗ низка даже среди наиболее образованной части общества — учителей [9].

Даже в США, стране, добившейся значимых результатов по снижению смертности от БСК, анализ качества знаний пациентов определил, что 97% не имели правильного понимания СН. Только 42% сумели на-

звать назначенные им препараты, 17% лиц взвешивались регулярно, т. е. еженедельно [13]. Приверженность к терапии ХСН в среднем имела только у 18—27% больных [20], выше она была у пожилых — 50% и, по некоторым данным, достигала 90% [69].

Более полувека обсуждается в обществе эпидемиически самая масштабная патология человечества — АГ. Тем не менее при сравнении данных крупных исследований по РФ в 1979 г. и спустя 20 лет в 1999 г. почти ничего не изменилось в этой проблеме. О наличии повышенного АД знали 59% женщин и 37% мужчин, регулярно лечились 46 и 21%, а эффективно 17,5 и 5,7% соответственно. В США эффективность лечения выше — 27%, во Франции — 24%, Канаде — 22%, Италии — 9%, Египте — 8%, Великобритании — 6%, Китае — 3%, Польше — 2% больных АГ [64].

Известна низкая приверженность российских больных к ЛС, в особенности к статинам. К последним это как-то понятно, поскольку они не дают немедленного эффекта. Причинами отказа в их приеме назывались: стоимость — 24,4%, плохая переносимость — 17,9%, улучшение самочувствия (или самодеятельность) больного — 15,6%, решение врача (!) — 30,1% [1]. Непонятно поведение больных с бронхиальной астмой (БА), когда они почти постоянно испытывали дыхательный дискомфорт и, тем не менее, проявляли недисциплинированность в лечении. Так, 106 больных с БА (средний возраст 44 года), как правило, занижали и/или завышали дозы ЛС, а в 24—58% случаев вообще не принимали ЛС; в 24% случаев они не контролировали себя пикфлоуметрией. После прохождения курсов обучения выяснилось, что через год 60% пациентов не использовали полученные знания [45].

По данным европейского эпидемиологического исследования (включая Россию), в течение 12 нед после выписки из стационара повторно госпитализируются 24% больных. Самой частой (64%) причиной являлось невыполнение медикаментозных назначений по причинам: забывчивости — 40%, "лекарственных капризов" — 27%, недостатка денег — 25%, опасения побочных явлений — 5%. 80% больных после бесед исправлялись, а 20% — нет [40].

Анализ 833 случаев госпитализации с ХСН (Москва) свидетельствовал, что 349 из них были повторны, где ее причиной в 34,25% было основное заболевание, вызвавшее ХСН, в 55,1% — сопутствующее (СД 2-го типа, хроническая обструктивная болезнь легких — ХОБЛ, пневмония и т. д.). Эти больные дома выполняли назначения врача по ЛС в 82% случаях нерегулярно, в 50% не знали доз ЛС, в 40% не соблюдали рекомендованный режим и диету, в 16% случаев не контролировали АД и массу тела. По их представлению в этом были "виноваты" врачи в 58%, так как не было контроля с их стороны; в 40% были трудности в связи со стоимостью ЛС и потому покупались дешевые, в 14% случаев они вообще не покупались. Все больные знали об основном заболевании (АГ, ИБС), но не знали степени ХСН [30].

В связи с этим возникает проблема обучения и образовательных систем для другой стороны лечебно-профилактического процесса — больного. Установлено, что обучение в стационаре снижает повторность госпитализации на 0,8%, а обучение после стационара (дистанционное, видео-кассетами, интернет-сайтами и интерактивное) при сочетании с телефонным способом контроля дают эффект уже в 10% случаев [20, 69].

История образовательных программ для больных в течение 20 лет на опыте, накопленном у больных с ХСН, СД-2, БА, АГ, ревматическими и другими заболеваниями, показала, что в итоге они приводят к улучшению гемодинамики и качества жизни [68].

Использование электронных средств ежедневного контроля по бесплатному телефону или голосовой системой компьютера, когда из дома больными постоянно вводились цифры АД, ЧСС, массы тела и некоторые основные симптомы (жалобы), показало, что в течение 9 мес повторная госпитализация в группе вмешательства составила 37%, а в контрольной — 50% [13].

Самолечение и самоконтроль становятся неотъемлемой частью программ лечения пациентов на грани XX—XXI века, тем более что, с одной стороны, повышается образовательный уровень пациентов, с другой — стоимость госпитализаций. Стоимость мультидисциплинарного наблюдения кардиологом, фармакологом, диетологом, медицинской сестрой и социальным психологом составляет 3000 у. е. на 1 больного за 6 мес, а его госпитализация (7—10 дней) — 10 000 у. е. [13].

Приверженность к лечению обуславливается не только информированностью, но и ответственностью за свое здоровье как за свою собственность. Ответственность — это способ принуждения либо со стороны самого себя, либо со стороны общества, способного "выбросить" больного за борт достойной жизни. Возможно, ее отсутствие дает разрыв между получением и усвоением информации, что сопровождается не соблюдением предписанного [20]. По крайней мере, значительная часть популяции (до 49%) отказывалась от профилактических осмотров, в том числе в возрасте 35—59 лет в 5—22% случаев, и это при том, что именно у них чаще (в 52%) встречалась ИБС [9, 68].

У врачей капиталистического общества выработалась доктрина весьма демократического и диалектического характера. Ее суть — "пациенты становятся равными с теми, кто их лечит", т. е. имеется партнерство [13]. В этом случае согласие увеличивает (и ускоряет) эффект ЛС, например антидепрессивных, на 64% [31]. Со всех позиций, и в особенности деонтологической, это наиболее зрелая модель отношений [17].

В анализируемой нами проблеме сверхсмертности прослеживается выраженный односторонний (метафизический) подход в решении проблемы, заключающийся в преимущественном видении врачебным сообществом ее решения с помощью фармакотерапевтического ключа. Однако, во-первых, разработка и получение ЛС — только возможность, но не реальность (действительность) воздействия на болезнь, поскольку есть еще 2 реальных психолого-деонтологических барьера — врач и больные и у последних "терапевтическая" резистентность наблюдается в 30—70% случаях, а назначение большого количества ЛС прямо и в несколько раз снижает их употребление [49]. Оставим за рамками обсуждения полифармакотерапию (от 5 до 32 ЛС) при интенсивной терапии, в которой они до 80% случаев несовместимы [50].

Кроме того, на сегодня оказалось, что фармакология находится в тупике эффективности и переносимости больными таких лекарственных нагрузок. Как указывалось выше, при ХСН необходимо применение 7 обязательных групп. При АГ, особенно рефрактерной, — 5 ЛС. А если у одного больного есть еще и ИБС, и СД, и ХОБЛ, и остеопороз, и метаболический синдром? 20 лет назад частота потребления медикаментов среди

50% госпитализированных больных была в среднем 6,5 ЛС, у 8% — более 10 ЛС, и это связывалось лишь с полиморбидностью [27, 32, 47]. Сейчас при лечении одной только ХСН, по рекомендации ВНОК и ОССН (2009), основанной на европейских исследованиях, прямо показана полипрагмазия, когда большинству больных назначается от 6—7 до 14 ЛС. Результаты эпидемиологического исследования ЭПОХА показывают, что при амбулаторном приеме их число снижается до 2,4 [43]. Это, по-видимому, тот оптимальный уровень числа ЛС для их психологической переносимости в обычной практике в лечении хронической патологии.

С другой стороны, столь обширного списка ЛС с доказанной способностью улучшать прогноз с ХСН нет ни для одной нозологии ССЗ, тем не менее за 5 лет умирают половина больных ХСН [23]. Более того, 4 эпидемиологических исследования, оценивающие летальность больных ХСН как до широкого введения иАПФ, так и на фоне их применения, не выявили за 40 лет достоверных изменений летальности [13].

В редакционной статье о рекомендациях по вторичной профилактике ССЗ [11] подчеркивается, что, несмотря на большое количество стратегий, для которых доказана способность ограничивать последующие сердечно-сосудистые события (ССС), показатели контроля над главными ФР ССЗ в США оказались неудовлетворительными. А приближающееся к идеальному снижение рецидивов ССС на 88% удается достичь лишь при комплексе из 6 ЛС: статинов, диуретиков, иАПФ, БАБ, фолиевой кислоты и аспирин. И все равно, несмотря на комбинированную терапию ЛС (БАБ, БМКК, нитраты и миоцитопротекторы), у 2/3 больных в среднем в неделю сохраняются 2 приступа стенокардии [24]. Весьма диалектично заявление, что, по-видимому, "... иАПФ и β -блокаторы — это тот максимум, которого можно добиться блокируя нейрогуморальные системы организма, и дальнейшие попытки в этом направлении будут не только неэффективны, но и вызывать ответные защитные реакции организма" [6]. Помимо этого вообще происходит нарастание частоты побочных реакций ЛС, в том числе опасных, число которых опережает число новых ЛС [41].

По данным зарубежных авторов, эффективность лечения заболеваний с потерей части работоспособного миокарда (ИБС, ИМ, стабильная стенокардия) ограничивается только 30—35% снижения риска смерти, т. е. в остальных случаях смерть неминуема. Стало ясно, что ни одно из современных достижений медицины: нейрогуморальные модуляторы, тромболитики, ангиопластика, аортокоронарное шунтирование, не стало панацеей. Максимум снижения риска смерти при применении иАПФ, БАБ не превышает 35%, а эффективность оперативного лечения — 50%, но и она при исходной тяжести заболевания резко падает [3].

Таким образом, в ставке современной медицины на медикаментозное и хирургическое лечение ССЗ достигнут "предел" в эксплуатации этих методов. По законам диалектики этого и следовало ожидать, ибо односторонний подход не состоятелен.

С философской точки зрения в преобразовании причинно-следственных связей заболеваний в принципе есть только два пути одновременно единых и противоположных по своей сути. Это профилактический, или превентивные действия в отношении причин, что называется в медицине первичной профилактикой, и лечебный, т. е. исправление, коррекция

возникших последствий, т. е. заболеваний, чем в значительной мере, может даже в 99% случаях, занимаются практические врачи.

Заметим, что использование профилактического пути — это задача с долгосрочным эффектом и во многом зависит от базы — культуры, истории и образования нации, качества и устройства государства. Какова культура в стране, если известный на всю страну режиссер множества популярных картин с экрана телевизора заявляет о "демократии" в области табакокурения и собирается курить, как и его дед, до 100 лет? В нашей стране курят в 2 раза больше людей, чем в Западной Европе или США, а доля курящих мужчин трудоспособного возраста составляет 63,2—70,5%. В США в 1949 г. курило 60% врачей, а в 1991 г., как и в Финляндии, — 7% [44], в РФ среди мужчин-врачей курят 47,4%, а среди женщин-врачей — 25,99% [3].

Роль руководства страны, которое, несмотря на факты, что табакокурение в 10 раз увеличивает смертность больных ИБС и АГ [60], следует оценить как беспомощную перед процессом деградации нации по основным ФР, как названные табакокурение и потребление алкоголя. На этом фоне говорить об аккуратном применении в превентивных целях клинически здоровыми лицами статинов, не имеющих клинически ощутимых эффектов, — бессмысленно.

В обзоре литературы по соотношению биологических и социальных ФР ИБС нами был показан преимущественно "биологизаторский" уклон в их изучении [33]. В целом убедительная клиническая польза от модификации глобальных ФР несомненно доказана лишь при вторичной профилактике, когда у больных возникает "биологическая" установка в результате физических страданий и/или в виде снижения качества их жизни [11]. И в этом случае (в плане первичной, а не вторичной профилактики) принудительная (и в частности, даже репрессивная) воспитательная функция государства должна быть. Достаточно вспомнить, что всего несколько лет при министре здравоохранения РФ Е. И. Чазове (1985—1987) государством был введен явно немодный и не соответствующий ментальности РФ сухой закон, но такой "кнут" при всей его недемократичности все же привел к позитивным результатам по снижению смертности [67]. На сегодня известно, что от числа всех больных с поражением миокарда 23—40% связаны с алкогольной кардиомиопатией [21].

Старая медицинская (и одновременно философская) истина, что одна унция профилактики равна фунту лечения, пренебрегается. Заново познается забытый опыт человечества и наследие великих российских умов (М. Я. Мудрова, Н. И. Пирогова и др.) о важности медицины предупредительной [60], хотя и с прагматических позиций "это рациональнее и эффективнее" [23].

И в то же время в профилактике возможности самой медицины ограничены. Дело в том, что причины и механизмы большинства заболеваний четко не очерчены, нет конкретных представлений о ФР внешней среды, нет концепции и понятия здоровья, и того, кто отвечает за профилактику [58]. В основном и в большей степени это относится к проблеме ССЗ.

Нарушение диалектики усматривается и в коррекции ситуации с уже имеющимися заболеваниями у больных. Лечебные мероприятия в принципе также могут иметь только два пути одновременно единых и

противоположных по своей сути. Это — патогенетический и саногенетический пути терапии. Некоторые исследователи в связи с этим требуют перехода от "болезнецентристской" к "здоровьесцентристской" установке в преподавании [10]. Саногенетический вариант терапии как естественный (природой данный) и приводящий к ауторегуляции процессов в организме мало применяется на практике, а плановое санаторно-курортное лечение исчезло из практики. С 1990 по 2000 г. число санаторно-курортных учреждений сократилось в 2 раза, а число отдыхающих с 32,7 до 8,9 млн [60]. Санаторно-курортное дело и ранее не использовалось в полной мере [59], а на сегодня пущено на самотек и из благотворительного и лечебно-профилактического превращается в коммерческое и малонаучное.

Саногенетические (валеологические) мероприятия могут быть использованы в регуляции и профилактике двух составляющих человеческого организма — физической (соматической) и психической (умственной, эмоционально-психологической). К сожалению, если первой (физической культуре) отдается сдержанное должное, то второй составляющей (оздоровление социального климата в государстве и нации) уделено внимание преимущественно только в форме обещаний.

Бедственность второй составляющей подтверждается данными совокупного анализа ряда исследований, показавших, что уровень смертности больных, страдающих депрессией и перенесших острый коронарный синдром в 3—6 раз выше, чем больных без депрессии. Она, в частности, имела у 57% больных ИБС и 52% — АГ. По прогнозу ВОЗ, ИБС и депрессия к 2020 г. займут 1-е и 2-е места по распространенности [62].

Таким образом, на сегодня в медицине имеет место такое парадоксальное явление, как "поражение от успехов". Но это парадокс с точки зрения не подготовленного диалектически и обывательского "здорового смысла". В действительности это понятие, высказанное крупнейшими зарубежными специалистами-кардиологами, не имеющими никакого отношения к философии, исключительно диалектично. Успехи в лечении ИБС, ИМ, пороков сердца, проведение операций на сердце и другие "прорывы" имеют и обратную, отрицательную сторону — приводят к старению человечества, увеличению явлений полиморбидности и доживанию до СН. На сегодня от СН (по сравнению с 1968 г.) общее число летальных исходов увеличилось в 4 раза [4, 13].

Об этих отрицательных, в частности и экономических, следствиях деятельности здравоохранения в свое время предупреждали социологи и философы [65]. Уже тогда им было понятно, что к этому приведет увеличение прослойки лиц, которые в силу ущербности своего здоровья не смогут заниматься полноценной трудовой деятельностью и целиком или частично будут находиться на иждивении общества при удлинении сроков их жизни. С одной стороны, объективно происходит рост капиталоемкости здравоохранения: дорожает аппаратура, растет потребность в ЛС, зарплата в здравоохранении составляет 50% от затрат, повышается потребность в комфортабельности лечебных учреждений, с другой — ряд достижений медицины привел к возможности вмешиваться в относительно редкую, но сложную патологию. Например, стоимость лечения с болезнью Дауна приравнивается к таковой по борьбе с гриппом. Кроме того, не оце-

нен ущерб активного вмешательства ЛС в естественные процессы организма на длительных промежутках времени [65]. Так только ли это буржуазная проблема, как утверждал философ Г. И. Царегородцев [57], что биологическая структура человека не выдерживает натиск социальных нагрузок?

Таким образом, философская слепота обезоруживает руководство государства и здравоохранения, не настраивая их на более серьезное отношение к здоровью нации. По крайней мере, известно, что рост суммарных затрат на здравоохранение в большинстве экономически развитых стран обеспечивается государством [67].

Заключение

В медицине имеется диспропорция и дисбаланс многих проблем и их решений как проявление одностороннего метафизического мышления коллективной врачебной и "вневрачебной" мысли. Под последней мы понимаем отражение идей, доминирующих в обществе и государстве в целом. Преобладающий тенденцией мы видим имеющийся между ними больше антагонизм, чем синергизм. Если в борьбе за здоровье нации "верхи" не могут управлять и объективно попустительствуют деградации нации, а "низы" не хотят жить по-старому, то врачам следует самим начинать действовать.

В медицинском сообществе назрела необходимость осмыслить глобальные проблемы здоровья нации российского государства, реальная оценка которых с позиций практики во многом не соответствует провозглашаемой, что и показано в настоящем медико-философском (социологическом) обзоре литературы.

Ключевые слова: *смертность, врач, больной, факторы риска, социальные факторы, биологические факторы*

The medical sociological aspects of "the Nation preservation" in Russia: a review

A.S. Dimov, N.I. Maksimova

The Izhevsk state medical academy, Izhevsk

The article notes that in medical community a need to comprehend the global issues of nation health in the Russian state is taken shape. The present medical philosophical and sociological review of research publications demonstrates that in the assessment of population health in Russia the real practical evaluation and the official appraisal differ drastically.

Key words: *mortality, physician, patient, risk factor, social factor, biological factor*

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев Ф. Т., Аверин Ю. П. // Сердце. — 2008. — № 5. — С. 311—314.
2. Аронов Д. М., Ахмеджанов Н. М., Соколова О. Ю. и др. // Сердце. — 2006. — № 6. — С. 288—291.
3. Бабанов С. А. // Тер. арх. — 2008. — № 1. — С. 69—73.
4. Беленков Ю. Н. // Сердеч. недостат. — 2003. — № 1. — С. 9—11.
5. Беленков Ю. Н., Агеев Ф. Т., Мареев В. Ю. и др. // Сердце. — 2003. — № 4. — С. 168—173.
6. Беленков Ю. Н. // Сердеч. недостат. — 2004. — № 2. — С. 77—80.
7. Беляев О. В., Казанцев В. С. // Перспективы российской кардиологии: Тезисы докладов Российского нац. конгресса кардиологов. 18—20.10.2005. — М., 2005. — С. 38.
8. Беляев О. В., Ползик Е. В. // Перспективы российской кардиологии: Тезисы докладов Российского нац. конгресса кардиологов. 18—20.10.2005. — М., 2005. — С. 38.

9. Ботнарь В. И., Мартынюк К. И. Осведомленность населения и медперсонала в вопросах профилактики и контроля артериальной гипертензии // Тер. арх. — 1991. — № 11. — С. 148—153.
10. Вебер В. Р., Швецов А. Г., Рубанова М. П. // Здоровоохр. Рос. Федерации. — 2005. — № 1. — С. 10—13.
11. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Редакционная статья. // Сердце. — 2007. — № 1. — С. 4—24.
12. Гаджиев Р. С. // Здоровоохр. Рос. Федерации. — 2003. — № 1. — С. 27—30.
13. Гиляревский С. Р., Орлов В. А., Серединова Е. М. // Сердеч. недостат. — 2002. — № 5. — С. 237—244.
14. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2007): Пер. с англ. под ред. А. Г. Чучалина. — М., 2008.
15. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 г. // Здоровоохр. Рос. Федерации. — 2006. — № 3. — С. 3—23; 2006. — № 4. — С. 3—24.
16. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации ВНОК (второй пересмотр), 2008. // Кардиоваск. тер. и профилактик. — 2008. — Т. 7, № 6, прил. 4.
17. Димов А. С. // Клин. мед. — 2008. — № 12. — С. 4—7.
18. Димов А. С. // Клин. мед. — 2009. — № 4. — С. 71—73.
19. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия № 97. — Копенгаген, 2002.
20. Евзерихина А. В., Торон П. В., Дианкина М. С. // Сердеч. недостат. — 2005. — № 5. — С. 213—216.
21. Жиров И. В., Сарбалинова Г. К. // Сердеч. недостат. — 2004. — № 6. — С. 308—310.
22. Иерусалимский А. П., Фейган В., Альперин Л. Б. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1988. — № 1. — С. 44—48.
23. Карпов Ю. А. // Сердеч. недостат. — 2004. — № 2. — С. 81—83.
24. Карпов Ю. А. // Сердце. — 2007. — № 6. — С. 102—104.
25. Киселёв А. С., Шестаков М. Г., Сошников С. С. // Развитие информационных технологий и проблемы управления здоровьем и здравоохранением: Труды Российской науч.-практ. конф. — Ижевск, 2006. — С. 44—49.
26. Кобалава Ж. Д., Старостина Е. Г., Котовская Ю. В. и др. // Тер. арх. — 2008. — № 3. — С. 76—81.
27. Комаров Ф. И., Сумароков А. В. // Тер. арх. — 1983. — № 4. — С. 14—19.
28. Кудрин В. А., Краевой С. А. // Развитие информационных технологий и проблемы управления здоровьем и здравоохранением: Труды Российской науч.-практ. конф. — Ижевск, 2006. — С. 317—321.
29. Куприянов В. В., Куприянова Н. В. // Тер. арх. — 1987. — № 5. — С. 145—148.
30. Лазебник Л. Б., Дроздов В. М., Русская Л. В. и др. // Сердеч. недостат. — 2005. — № 1. — С. 19—22.
31. Лапин И. П. // Клин. мед. — 1999. — № 11. — С. 15—18.
32. Лецинский Л. А., Димов А. С. // Клин. мед. — 1984. — № 7. — С. 138—143.
33. Лецинский Л. А., Димов А. С., Максимов Н. И. // Клин. мед. — 2006. — № 10. — С. 11—16.
34. Лисицин Ю. П. // Тер. арх. — 1983. — № 9. — С. 4—14.
35. Лисицин Ю. П. // Здоровоохр. Рос. Федерации. — 2000. — № 2. — С. 23—27.
36. Люсов В. А., Харченко В. И., Горбанченков А. А. и др. // Рос. кардиол. журн. — 2009. — № 1. — С. 4—17.
37. Максимова Т. М. // Здоровоохр. Рос. Федерации. — 2004. — № 3. — С. 35—38.
38. Мареев В. Ю., Даниелян М. О. // Сердце. — 2005. — № 6. — С. 251—257.
39. Медик В. А., Осипов А. М. // Здоровоохр. Рос. Федерации. — 2005. — № 5. — С. 28—31.
40. Митрофанова И. С., Коц Я. И., Вдовенко Л. Г. // Сердеч. недостат. — 2008. — № 4. — С. 164—166.
41. Мухин А. А., Моисеев С. В., Фомин В. В. // Клин. мед. — 2005. — № 8. — С. 13—19.
42. Национальные рекомендации ВНОК по диагностике и лечению стабильной стенокардии (второй пересмотр), 2008. // Кардиоваск. тер. и профилактик. — 2008. — Т. 7, № 6, прил. 4.
43. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр). // Сердеч. недостат. — 2009. — № 2. — С. 64—106.
44. Нестеров Ю. И., Солодовник А. Г., Полтавцева О. В. и др. // Сердце. — 2009. — № 2. — С. 96—97.
45. Овчаренко С. И., Смулевич А. Б., Дробижев М. Ю. // Тер. арх. — 2001. — № 3. — С. 9—14.
46. Оганов Р. Г. // Кардиоваск. тер. и профилактик. — 2002. — № 1. — С. 5—9.
47. Петров М. Н., Шатнева Г. П. // Здоровоохр. Рос. Федерации. — 1987. — № 2. — С. 27—29.
48. Петрова А. В., Фрейдлин М. С. // Российский нац. конгресс кардиологов "Повышение качества и доступности кардиологической помощи". 07—09.10.2008. Москва. — М., 2008. — С. 287.
49. Померанцев В. П. // Клин. мед. — 1989. — № 11. — С. 3—8.
50. Померанцев В. П. // Тер. арх. — 1991. — № 9. — С. 146—148.
51. Попова И. П. // Здоровоохр. Рос. Федерации. — 2006. — № 3. — С. 23—27.
52. Решетников А. В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. — М., 2003.
53. Ситникова М. Ю., Нестерова И. В., Иванов С. Г. и др. // Сердеч. недостат. — 2005. — № 3. — С. 105—106.
54. Струмилин С. Г. Очерки экономической истории России. — М., 1960.
55. Тищенко О. В. // Здоровоохр. Рос. Федерации. — 2002. — № 5. — С. 23—25.
56. Харченко В. И., Какорина Е. П., Корякин М. В. и др. // Рос. кардиол. журн. — 2005. — № 1. — С. 5—15.
57. Царегородцев Г. И. // Тер. арх. — 1989. — № 1. — С. 110—116.
58. Чазов Е. И. // Тер. арх. — 1983. — № 12. — С. 3—7.
59. Чазов Е. И. // Тер. арх. — 1985. — № 10. — С. 3—6.
60. Чазов Е. И. // Тер. арх. — 2002. — № 9. — С. 5—8.
61. Чазов Е. И. // Тер. арх. — 2003. — № 9. — С. 11—18.
62. Чазов Е. И., Оганов Р. Г., Погосова Н. В. и др. // Сердце. — 2007. — № 1. — С. 44—48.
63. Чазов Е. И. // Тер. арх. — 2008. — № 8. — С. 11—16.
64. Чазова И. Е. // Сердеч. недостат. — 2002. — № 1. — С. 14—16.
65. Щепин В. О., Белов В. Б. // Probl. соц. гиг., здравоохр. и истории мед. — 2007. — № 3. — С. 3—5.
66. Щепин В. О., Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г. Медицина и общество. — М., 1983.
67. Щепин В. О., Филатов В. Б., Чудинова И. Э. и др. // Здоровоохр. Рос. Федерации. — 2000. — № 2. — С. 9—12.
68. Эльштейн Н. В. // Тер. арх. — 1992. — № 12. — С. 104—108.
69. Якушин С. С., Никулина Н. Н., Зайцева Н. В. и др. // Сердеч. недостат. — 2004. — № 5. — С. 240—243.
70. Schicke R. K. // Krankenhausarzt. — 1974. — Bd. 47, N 10. — S. 572—587.

Поступила 18.01.11