

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

© ДИМОВ А.С., 2014
УДК 616-092.11-058

Димов А.С.

О СОЦИАЛЬНОЙ ДОМИНАНТЕ В ПРОИСХОЖДЕНИИ БОЛЕЗНИ

ГБОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия" Минздрава России,
426034, Ижевск, Россия

Для корреспонденции: Димов Анатолий Сергеевич (dimov1940@yandex.ru)

Современное состояние медицины показывает, что биомедицинская модель болезни себя исчерпала. Социология медицины предлагает рассматривать болезнь как биосоциальное явление. В данной статье с клинико-методологической позиции обосновывается биопсихосоциальная модель болезни человека.

Ключевые слова: болезнь; этиология; патология; личность; социальное; биологическое; социология медицины; философия медицины.

Для цитирования: Социология медицины. 2014; 13 (2): 30—6.

Dimov A.S.

ON THE ISSUE OF SOCIAL DOMINANT IN ORIGIN OF DISEASE (POSITION OF CLINICIAN)

The Izhevsk state medical academy of Minzdrav of Russia, 426034, Izhevsk, Russia

The actual condition of medicine demonstrates that biomedical model of disease has exhausted itself. The sociology of medicine proposes to consider disease as a biosocial occurrence. The article substantiates biopsychosocial model of human disease from the clinical methodological position.

Key words: disease; etiology; pathology; personality; social; biological; sociology of medicine; philosophy of medicine.

For citation: Sociologia meditsini. 2014; 13 (2): 30—6.

В журнале "Социология медицины" рассматривались несколько типов моделей болезни [1]. Однако оптимального и общепринятого представления по этой проблеме не сформировано. Это предполагает необходимость продолжить усилия в данном направлении с использованием всего опыта медицинской науки, в частности российской, с учетом уникальных работ В.М. Бехтерева [2], которые были забыты в советский период развития медицины и до сих пор не оценены должным образом.

1. Обоснование проблемы

В дискуссии по проблеме болезни человека, длившейся почти весь XX век, медицинская общественность почти исключительно сосредоточилась на познании ее медико-биологической стороны. Среди крупнейших работ, включая монографические, в руководствах по внутренним болезням и других академических изданиях виднейших деятелей отечественной медицины (в ранге академиков) истекшего столетия: Г.А. Захарьина [3], Г.Ф. Ланга [4], М.П. Кончаловского [5], Е.М. Тареева [6], А.Л. Мясникова [7], А.Д. Адо [8] и др. социальная сторона болезни либо вообще не рассматривалась, либо имелось лишь упоминание об этом как о весьма абстрактном явлении, либо она подменялась иным содержанием, что, возможно, диктовалось политической обстановкой в стране. Так, в представлении М.П. Кончаловского [5], социологическая сторона дела отождествлялась с профессиональными болезнями, а А.Л. Мясникова [9] — с эпидемиологией инфекционных заболеваний и соблюдением норм гигиены.

Значительное преобладание биологизаторского подхода в представлении о болезни сохраняется до сих пор, что нашло отражение в трудах наших современников, как отечественных академиков — Ф.И. Комарова [10], В.И. Маколкина и соавт. [11], В.А. Люсова [12], В.С. Моисеева и соавт. [13], так и зарубежных — Т. Харрисона [14], Д. Нобеля [15] и др. Так, например, тезис: "Больной — лишь особь в популяции" [10; с. 10] — верен, но он лишь часть истины, притом меньшая. Следует отметить как редчайшее исключение появление ранее таких работ, как "Ревматизм — социальная болезнь" П.М. Кончаловского [5] или "Здоровье и социальное благополучие" Н.И. Гращенко. В текущей медицинской литературе среди множества медицинских журналов имеются лишь единицы тех, где обсуждаются проблемы социального плана. Ранее это была сфера интересов таких разделов медицины, как социальная гигиена и организация здравоохранения. В СССР социология вообще долго не признавалась официально [16]. Лишь в начале XXI века она была признана в качестве 52-й сферы познания (по числу утвержденных ВАК научных направлений), и уже как 10 лет выпускается соответствующий журнал. Журналы медико-экономического и медико-психологического порядка также мало касаются непосредственно проблемы болезни как социального явления.

2. О переоценке биологической составляющей заболевания человека

Одним из следствий указанной проблемы является то, что в настоящее время нет четкого представления, что такое социальное заболевание. Имеются различ-

ные его обозначения: болезни экологии [17], болезни цивилизации [18, 19], социальная патология [1], социальный патогенез [20] и т. д. В государственных отчетах по состоянию здоровья населения России за период 2001—2010 гг. [21] сохраняется политизированная и идеологизированная, а отнюдь не медицинская и тем более не объективная философская оценка группы болезней, имеющих социально значимый характер. Ранее под ними подразумевался круг патологических состояний, в этиологии которых ведущую роль играли, как полагали, социальные факторы. Это алкоголизм, наркомания, венерические заболевания, туберкулез и т. д. [1]. В советское время из политических соображений считалось, что в нашей стране в принципе не должно быть социальных условий или причин для болезней вообще и тем более для такого рода, как перечисленные выше. Но сохранение такого рода "атавизма" в современной политике здравоохранения и теории медицины абсурдно.

Во-первых, общеизвестно, что в человеческой (социальной) среде самыми распространенными заболеваниями (по данным ВОЗ) являются: артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет и хроническая обструктивная болезнь легких [22], а 30% населения планеты имеют повышенный индекс массы тела [23], чего в животном (досоциальном) мире нет. Тем не менее эти и другие заболеваний внутренних органов изучаются медицинской наукой как преимущественно биологическое явление природы человека. По И.В. Давыдовскому [24; с. 81], "очевидно, что именно в самой деятельности человека, в его образе жизни, в условиях жизни, в экологии и физиологии человека заложены основы, имеющие непосредственное отношение к артериосклерозу, гипертензии, раку и т. д., так как у животных эти болезни или вовсе не известны, или они встречаются редко".

Во-вторых, надо полагать, что абсолютно любое заболевание человека независимо от факта утраты трудоспособности всегда социально значимо, хотя бы потому, что ограничивает качество и количество жизненного потенциала личности. Кроме того, здоровье — общественная ценность и капитал для государства и его состояние приобретает производительный характер [1, 25].

В-третьих, отношение к болезни как биологическому событию позволяет некоторым философам, "вникающим" в проблемы медицины [26—28], всю ответственность за возникновение заболеваний перекладывать либо на врачей, либо на самого человека: "...врачи призваны осознать всю полноту (курсив наш) ответственности за укрепление здоровья людей..." [27; с. 86], и при этом "современный человек несет персональную ответственность за состояние своего внутреннего мира" [27; с. 84]. По такой метафизической идее получается, что государство и общество в целом устраняются от этих проблем. Это во многом поддерживается чиновниками в медицине, занимающимися более ее "коммерциализацией" и "экономизацией" за счет больных, чем ее модернизацией в интересах больных. Однако такая позиция не соответствует специальным исследованиям в Европе и РФ, где влияние здравоохранения на здоровье нации оценивается лишь в 10—18% [29—30].

3. О недооценке социальных детерминант болезни

3.1. Об абсолютизации биологического компонента в этиологии заболеваний

Несмотря на различие методологий в познании причинности заболеваний (монокausalизм, кондициона-

лизм, полиэтиологичность, система факторов риска — ФР и т. д.), как правило, они демонстрируют изучение в основном ее биологического спектра, что было показано нами на примере ИБС [31]. И это направление расширяется. Только при двух нозологиях, "обеспечивающих" 2/3 случаев смерти от болезней — ИБС и мозговом инсульте (МИ), известно уже более 300 ФР подобного плана [32]. Так, указывается, что в развитых странах около 1/3 всех сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) обусловлено 7 ФР: курением (12,2%), злоупотреблением алкоголя (9,2%), АГ (10,9%), повышенным уровнем холестерина (7,6%), ожирением (7,4%), недостаточным употреблением фруктов и овощей (3,9%) и низкой физической активностью — НФА (3,3%) [32].

А чем обусловлено возникновение остальных 2/3 случаев ССЗ?

Международные исследования о причинах возникновения преждевременной смертности показывают примерно такую же картину по 7 ведущим ФР: АГ (35,5%), гиперхолестеринемии (23%), курению (17,1%), нездоровому питанию (12,9%), ожирению (12,5%), злоупотреблению алкоголем (11,9%) и НФА (9%) [33].

В представленных данных имеется полное отсутствие социально-психологической составляющей жизни человека.

3.2. Об относительно всесторонней оценке компонентов в этиологии заболеваний

В более объективных исследованиях (учитывающих не только спектр биологических сторон жизнедеятельности человека) просматривается иная картина.

Оказалось, что среди самых частых ФР МИ (еще в советское время) имели примерно равное положение (по относительному риску — ОР) такие как: наследственность — 3,9; АГ (САД ≥ 160 мм рт. ст.) — 3,9; статус домохозяйки — 3,8 раза (!). И при этом у лиц, проживающих в плохих жилищных условиях, ОР был в 8 раз выше, чем у проживающих в хороших [34]. Комплексный анализ ФР ИБС методом распознавания образов показал, что из 16 наибольший вклад имели такие факторы: генетические — 34%, социальные — 29%, алкоголизм — 15%, биологические — 10%, профессиональные — 10%, курение — 9% и др. [35]. Из этого видно, что доля биологических моментов (включая генетические) составляет лишь 44%.

Современное определение (с помощью математических моделей) оценки негативного влияния каждого блока ФР в происхождении заболеваемости по ССЗ показало, что таковыми были: социально-экономического характера — 28%, экологии — 27%, демографической структуры — 27%, кардиологической службы — 18% случаев [29]. По данным ВОЗ, здоровье нации зависит на 50% от жилищно-бытовых условий и образа жизни, на 20% — от окружающей среды, на 20% — от генетических данных и на 10% — от услуг здравоохранения [30].

Итог полувекowego эмпиризма в изучении ФР привел (вынужденно!) к мысли, что все дело в "образе жизни" человека, который состоит из психосоциального стресса, привычек питания, злоупотребления алкоголем, курения, НФА, употребления наркотиков [36]. Следует заметить, что это открытие есть повторение пройденного, так как это понималось еще более 100 лет назад российской терапевтической школой в лице Г.А. Захарьина. Он писал: "Измени обстановку, измени деятельность, измени образ жизни, если хочешь быть здоровым" [37; с. 13].

Таким образом, по-видимому, эффективность биологического направления в научной медицине переоценена. Как показал опыт последнего столетия (в частности, в США), высокотехнологические вмешательства как средство первой линии не оправдались [36], а выделение крупных ресурсов на медицинские технологии привело к уменьшающейся их отдаче [1]. При этом фармакотерапевтическое направление оказалось неэффективным у 30—60% больных [38]. Достигнутое в западных странах снижение смертности в большей степени связывают с питанием, гигиеной и моделями воспроизводства (т. е., по существу, социальными направлениями), чем с вакцинацией, лечением или другими видами медицинского вмешательства [1]. Так, анализ причин уменьшения смертности за рубежом показал, что вклад от изменения образа жизни и уменьшения роли ФР составляет 44—60%, а от лечения — 23—47% [33].

Заключая данный раздел, подчеркнем, что методологически правильнее в этиологии болезни видеть взаимодействие негативных социально-психологических и социально-экономических влияний с индивидуальными "классическими" ФР [32].

Становится очевидным, что в целом биомедицинская модель болезни не учитывает социального неравенства населения и связанные с ним психологические факторы [1]. Специалистам понятны наиболее общие детерминанты здоровья и болезней человека: богатство и бедность, качество питания (и воды), образовательный и культурный уровень, положение женщины в обществе [39] и др. и что чем выше социальный класс, тем лучше здоровье его представителей [40].

4. О структуре и характере социальных (и психологических) детерминант болезни человека

За последние 50—100 лет произошло резкое снижение уровня физических нагрузок у человека, сочетающееся с экспоненциальным ростом психических нагрузок [18]. Увеличение психоэмоциональной напряженности, в частности, объясняется высокими темпами урбанизации, роста социальной мобильности населения и трансформации его биологических ритмов жизнедеятельности [41], увеличением информационной нагрузки различного спектра и другими составляющими развития цивилизации. Однако роль психосоциальных факторов в возникновении болезни изучена мало.

В "Психологической энциклопедии" [42] (под редакцией зарубежных авторов) приводится несколько десятков разнообразных психосоциальных характеристик, но их трактовка как источника соматической патологии не дана. Тем не менее специальный обзор литературы по изучению социальных детерминант, влияющих на здоровье, показал их обширный перечень [43], но не классификацию. Попытка систематизировать их на примере одной нозологии (ИБС) [44] также выразилась в прямолинейном и узком наборе весьма неравнозначных параметров: беспокойство, депрессия, уровень образования и дохода, характер занятости, семейное положение, воспитание в неполной семье и т. д.

Несмотря на нарушение элементарных правил классифицирования, приводим, как нам кажется, наиболее полный по сравнению с другими источниками их перечень. Они таковы: профессиональная деятельность, характер и условия питания, жилищные условия, состояние и доступность системы здравоохранения, со-

циально-демографическая государственная политика, уровень общей и индивидуальной культуры, возможности и условия быта, уровень образования, установки воспитания (в отношении здоровья), экологическая обстановка, законодательная защищенность здоровья, информированность о здоровье, количество и качество стрессовых ситуаций, семейные отношения, государственная социальная политика, физическая и социальная окружающая среда, уровень доходов, социально-экономический статус, техногенные и природные катаклизмы [43].

5. О тройной — биопсихосоциальной модели болезни человека и обосновании классификации социальных (и психологических) детерминант болезни человека

По К. Марксу, человек — продукт окружающей его среды, в том числе и социальной. Ее часть, трактуемая как биосфера (определение, введенное биологом Ж.Б. Ламарком), и человек в ней всегда были основным предметом медицины в изучении сущности и этиологии заболеваний. Следуя же философским идеям В.И. Вернадского [45] о трансформации биосферы в ноосферу, которую он рассматривал как итог человеческого труда и "царство человеческого разума", следует полагать (вопреки утопическим идеям автора), что эта "реконструированная" или "денатурированная" среда не стала частью прогресса человечества в плане сохранения его здоровья [20].

В целом в этих воззрениях обнаруживается "фетишизация" среды и ее метафизическая акцентуация в рамках как медицинского подхода (биосферы), так и социологического подхода — воздействия внешних, объективных условий жизнедеятельности личности и социальных групп [46].

Среда и человек (как личность) в ней составляют противоречивое единство. Именно в этом взаимодействии (точнее в диссоциации) общего (объективного) и частного (субъекта) возникают истоки изменений того и другого. В контексте болезней человека следует рассматривать обе стороны и также видеть их структуру, т. е. иметь четкую классификацию взаимодействующих элементов этих сторон. В настоящее время, как было показано выше, ее нет, и, следовательно, не может быть и целенаправленного и научного изучения болезни как социального явления человека. Исходя из идей В.М. Бехтерева [2] о биопсихосоциальной модели болезни и в соответствии с логикой соотношения объективных и субъективных событий, следует понимать, что человек живет в двух мирах: внешнем (многообразии вещей, явлений и их взаимосвязях и отношениях) и внутреннем — духовном (отражающем первый мир на рациональном и иррациональном уровнях). Если о первом мире имеется значительная часть исследований в виде ФР, инициирующих патологию человека, и представлены классификации, например Ю.П. Лисицына [47], то второй мир как источник (и соучастник) в детерминации заболеваний практически не изучен. В этом отношении представляется возможным использовать предложенную К.К. Платоновым [48] структуру личности, которая адаптирована нами в ракурсе ее отношения к своему здоровью (болезни).

Исходя из законов диалектики и правил формальной логики, можно предложить следующий вариант подобной классификации, которая предполагает дальнейшую ее детализацию (но уже вне рамок данной статьи).

Классификация социальных детерминант (начиная с п. 1.1.2.) возможного возникновения и развития болезни человека и ее место в системе среда—человек

Общая диспозиция:

диссоциация объективного (среды) [1] и субъективного (личности, индивида) [2].

1. **Объективная сторона** (среда или ноосфера) и ее структура:

1.1. Внесоциальная (вне общества)

1.1.1. Внесоциальная естественная (природа)

1.1.1.1. Живая природа (биосфера)

1.1.1.1.1. Мир растительный

1.1.1.1.2. Мир животный

1.1.1.2. Неживая природа (гравитационные, электромагнитные, тектонические, временные и иные геофизические и галактические ее параметры)

1.1.2. Внесоциальная искусственная в результате преобразовательной деятельности человечества (собственно экологическая обстановка)

1.1.2.1. Позитивная материально-производственная и необходимая для обеспечения жизни человека (урбанизация, индустриализация, энергообеспечение, возделывание почвы и мирового океана, вмешательство в животный и растительный ареалы, утилизация иных природных ресурсов и т. д.)

1.1.2.2. Негативная — издержки преобразования природы (истощение и загрязнение глобального биосферы человека)

1.2. Социальная как таковая (в зависимости от выбранных существенных критериев имеет значительное разнообразие факторов и возможность их влияния на личность индивида в плане его установок (потребностей) в отношении здоровья и болезни)

1.2.1. Структурная составляющая общества (популяции как таковой) или субструктуры общества по критериям: профессиональному, национальному, материально-экономическому, бюрократическому, классовому и другому, включая и иные реально существующие группы сообщества, в том числе гомосексуального, криминального и другого характера

1.2.2. Функциональная составляющая общества (продукт общества — институты его организации, саморегуляции и развития) в виде сформировавшегося уровня его культуры, образования, науки, медицины, демократии, религии, морали, права, быта, отдыха, устройства государства и его социальной политики и др.

2. **Субъективная сторона** (личность) и диалектика рационального и иррационального в ее структуре (по К.К. Платонову)

2.1. Подструктура направленности (**итог воспитания**)

Имеет полностью социальное содержание, проявляется направленностью отношений и моральных черт личности (**установки**, ставшие свойством личности, в том числе **по сбережению здоровья**), т. е. это общественное сознание, сформированное путем воспитания.

2.2. Подструктура опыта (**итог обучения**)

Имеет содержание социальное (2/3) и биологическое (1/3). В результате обучения происходит получение индивидуальной культуры — знаний, навыков, умений, привычек. Они приобретены в личном опыте, но уже с заметным влиянием и биологически обусловленных свойств личности. Все эти **навыки и умения** есть способы объективизации личности, в том числе в

контексте **качества здоровья и качества жизни**. Этим личность реализует свое существование, иначе личности, индивидуума нет.

2.3. Подструктура форм отражения (**итог упражнения**). Имеет содержание социальное (1/2) и биологическое (1/2). Это индивидуальная особенность отдельных психических процессов (как форм отражения окружающей действительности), где биологические особенности влияния организма значительны (настойчивость, целеустремленность, работоспособность, импульсивность), в том числе **по самоорганизации здорового образа жизни** (стереотипа физиологических отклонений)

2.4. Подструктура типологических свойств личности. Полностью биологически обусловленная: пол, возраст, свойства темперамента и др. (например, типы высшей нервной деятельности по И.П. Павлову, включая истощаемость, возбудимость и т.д.)

Социология изучает только рациональные стороны в действиях человека, а психология — и иррациональные [49]. То и другое в различной мере контролирует культурологическое поведение человека (ценностно-ориентированные действия), касающееся его здоровья, и является отражением определенного уровня исторического развития данного общества и человека. Этот уровень и есть потенциал социальной приспособленности человека в плане соматического здоровья.

6. О социальной доминанте в понимании сущности этиологии заболеваний

И.В. Давыдовский [50; с. 6] в своем заключительном (опубликованном после его смерти) труде "Философские основы патологии" утверждал, что *"этиология в основном и прежде всего — это воздействие внешнего мира, т. е. царство случайностей. Патогенез ...является царством необходимости, царством закона"*. К этому пониманию диалектики этиологии и патогенеза привнесем нижеследующее.

Мы смеем утверждать, что если болезнь человека есть социально-биологическое явление, то заключается оно в том, что по содержанию, по сущности патогенеза оно, безусловно, всегда биологическое, а по этиологии — всегда (!) имеющее социальный сегмент детерминант, занимающий в большинстве случаев преимущественное положение (вплоть до тотального). Даже в случае, казалось бы, явного биологического начала болезни, например при инфекционной патологии — клещевом энцефалите, следует видеть две стороны процесса. С одной стороны, укус конкретным клещом (носителем вируса) тела человека — это его (клеща) естественный (закономерный) способ существования, с другой — в "пострадавшем" человеке видеть осознанное (целенаправленное) поведение, степень разумности которого была обусловлена очень многими социальными факторами, например, неосведомленностью о данной болезни вообще или ее наличии в данном регионе, непредусмотрительностью в выборе места и времени посещения очага клещей, недооценкой соотношения необходимости и безопасности посещения этого очага, отказом от прививки от данной инфекции, переоценкой своих защитных мероприятий, в том числе в плане одежды и т. д. Встреча "двух сторон" — случайность, но она и есть причинность (этиология), т. е. без взаимодействия этих двух противоположных сторон (по закону диалектики) нет конкретного заболевания.

В итоге биологический компонент в этиологии так называемых болезней грязных рук и других инфекционных (даже высоко контагиозных) заболеваний возникает всегда как результат непредусмотрительности (т. е. социальной неприспособленности) и как следствие пренебрежительности правилами санитарии и гигиены, допущенной личностью с тем или иным уровнем образования или условий жизни. Таким образом, суть социального компонента — это перmissive (permissive — позволяющий) акт. В этом узком плане позиция, возлагающая ответственность за болезнь на конкретную личность, обоснована.

Заключение

Если же рассматривать проблему шире (философски), то в действительности картина иная. В своей заключительной статье по концепции болезни В.Х. Василенко, напомнив нам опыт медицины Германии на примере знаменитого отчета об эпидемии тифа в Верхней Силезии в 1847 и 1848 гг., сделанного R. Virchow, выразил свою твердую позицию. Он писал: "Р. Вирхов — человек, весьма далекий нам по своему мировоззрению... заявил еще в 1848 г.: "Медицина — социальная наука... свет, хлеб и свобода — вот условия народного здоровья" [51; с. 116]. Оценка отчета R. Virchow в целом позволила заключить, что проблемы здоровья общества могут быть решены только в результате комплексных радикальных полномасштабных социально-экономических мер, а не лишь путем преобразования здравоохранения [1].

Недальновидность биологизаторского направления в отечественной медицине особо выпукло проявилась после политических авантур в государстве во второй половине 80-х годов и экономических авантур в 90-е годы прошлого века. Индикатор здоровья нации ответил всплеском кризисных явлений. Достаточно упомянуть основной и интегративный параметр. В нашей стране с 1952 г. (после ухода от демографического "провала" военных лет) впервые в 1992 г. прекратился рост населения [52]. Так как в этот период и по настоящее время существенного роста других ФР не было, то резкие колебания смертности от ССЗ считаются обусловленными именно психосоциальными факторами [33, 53], что подтверждается и ростом числа самоубийств в период 1990—2000 гг. [54]. Значение экономики не национальная особенность. Во всем мире в 2008 г. от неинфекционных заболеваний (НИЗ), среди которых лидирующее место занимают ССЗ, умерли 57 млн человек, из которых 36,1 млн (63,1%) — от НИЗ, причем значительная доля умерших (78%) приходится именно на страны со средним и низким уровнем доходов [33]. В нашей стране распространенность хронических заболеваний (от 46,7 до 70,3%) прямо зависит от экономического положения пациентов [55]. В России почти 40% населения страдают АГ, а уровень ее распространенности обратно пропорционален уровню экономического развития субъекта РФ [56], перепады которого между ними достигают 15-кратной разницы [57].

Очевидно, что в обязанность любого государства, а тем более заявляющего о себе как о социальном, входит защита и развитие нации во всех отношениях и заключается, в частности (по законам социологии и диалектики), в использовании **воспитательной (при- нудительной)** функции в формировании моральной и физически здоровой личности и общества. Пока, напротив, Россия держит первенство среди цивилизо-

ванных стран по блоку самых значимых ФР (курение, алкоголизм, социально-психологическая депрессия и бескультурье — неправильный образ жизни), который вопреки политической эквилибристике и косметическим преобразованиям фактически культивируется и сохраняется все последние 20 лет. Разрушительный шлейф этих ФР будет ощущаться столетиями. Уже сейчас, как это видно из представленных материалов и прогнозов ВОЗ [52], мы вступаем в этап штопорообразного (необратимого) развития событий, которое обеспечивается, согласно вердикту ВОЗ [30], диалектикой порочного круга — бедности и болезней населения.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А.В. Медико-социологические представления о моделях болезни и здоровья. *Социология медицины*. 2003; 2: 3—18.
2. Бехтерев В.М. *Избранные работы по социальной психологии*. М.: Наука; 1994.
3. Захарьин Г.А. *Клинические лекции и избранные статьи*. М.: Изд. Е.П. Захарьиной, печатня А.П. Сангиревой; 1909.
4. Ланг Г.Ф. *Учебник внутренних болезней*. Л.: Медгиз; 1938.
5. Кончаловский М.П. *Избранные труды*. М.: Медгиз; 1961.
6. Тареев Е.М. *Внутренние болезни*. М.: Госмедиздат; 1951.
7. Мясников А.Л. *Внутренние болезни*. М.: Медицина; 1967.
8. Адо А.Д. *Вопросы общей нозологии. Историко-методологические этюды*. М.: Медицина; 1985.
9. Мясников А.Л. *Основы диагностики и частной патологии (пропедевтика) внутренних болезней. Второе изд. исправ. и доп.* М.: Медгиз; 1952 — 680 с.
10. Комаров Ф.И., ред. *Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей в 3 томах. 2-е изд.* М.: Медицина; 1999; т. 1—3.
11. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. *Внутренние болезни*. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
12. Люсов В.А., ред. *Госпитальная терапия: курс лекций*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
13. Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А., ред. *Внутренние болезни*. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012.
14. *Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону / Ред. Фаучи Э., Браунвальд Ю., Иссельбахер К., Уилсон Дж., Маритн Дж., Каспера Д. и др.* М.: Практика; 2002; кн. 1—2.
15. Нобель Дж., ред. *Общая врачебная практика по Джонсу Нобелю*. М.: Практика; 2005; т. 1—4.
16. Решетников А.В. Эволюция социологии медицины. *Социология медицины*. 2012; 2: 4—10.
17. Дильман В.М. *Четыре модели медицины*. Л.: Медицина, Ленинградское отделение; 1987.
18. Хитров Н.К., Салтыков А.В. Болезни цивилизации и нозологический принцип медицины с позиции общей патологии. *Клиническая медицина*. 2003; 1: 5—12.
19. Фролов В.А., Рапопорт С.И., Чибисов С.М., Халберг Ф. Экологический стресс и биологические ритмы (по материалам международного конгресса "Здоровье и образование в XXI веке. Концепции болезней цивилизации", РУДН, 2007). *Клиническая медицина*. 2008; 7: 73—4.
20. Давыдовский И.В. *Общая патология человека*. М.: Медицина; 1969.
21. *Здравоохранение в России. 2011: Статистический сборник*. М.: Росстат; 2011.
22. Чучалин А.Г. Актуальные вопросы пульмонологии (белая книга). *Русский медицинский журнал*. 2004; 2: 53—8.
23. Чазова И.Е. Особенности артериальной гипертензии у пациентов с метаболическим синдромом. *Актуальные вопросы артериальной гипертензии*. 2007; 15: 6—9.
24. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине. *Этиология*. М.: Медицина; 1962.
25. Куприянов В.В., Куприянова Н.В. Гуманизм медицины. *Терапевтический архив*. 1987; 5: 145—8.
26. Царегородцев Г.И. Медицина и общество. *Терапевтический архив*. 1989; 1: 110—6.
27. Хрусталев Ю.М. Философия — интеллектуальная и моральная основа здоровья (социально-гуманитарный концепт здоровья). *Терапевтический архив*. 2006; 1: 83—7.

28. Хрусталев Ю.М. Терапия — основа укрепления здоровья нации. Вопросы медицинской этики. *Терапевтический архив*. 2008; 8: 78—80.
29. Беляев О.В., Казанцев В.С. Системный анализ в эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Свердловской области. В кн.: *Перспективы российской кардиологии: Тезисы докладов Российского национального конгресса кардиологов 18—20.10.2005*. М.; 2005: 38.
30. Попова И.П. Динамика состояния здоровья, измеряемого на базе GHQ: тенденции и социальные факторы (опыт анализа данных лонгитюдного опроса). *Здравоохранение Российской Федерации*. 2006; 3: 23—7.
31. Лещинский Л.А., Димов А.С., Максимов Н.И. Клинические и методологические аспекты этиологии ишемической болезни сердца (обзор). *Клиническая медицина*. 2006; 10: 11—6.
32. Александровский А.А., Усанова А.А., Колпаков Е.В., Люсов В.А., Порунова Л.П. Распространенность вариантов ишемической болезни сердца в Мордовии. *Российский кардиологический журнал*. 2011; 3: 66—72.
33. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2012; 1: 5—10.
34. Иерусалимский А.П., Фейган В., Альперин Л.Б. Опыт прогнозирования и факторы риска мозгового инсульта в Новосибирске. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1988; 1: 44—8.
35. Беляев О.В., Ползик Е.В. Комплексный анализ факторов риска ишемической болезни сердца. В кн.: *Перспективы российской кардиологии: Тезисы докладов Российского национального конгресса кардиологов 18—20.10.2005*. М.; 2005: 38.
36. Оганов Р.Г., Герасименко Н.Ф., Погосова Г.В., Колтунов И.Е. Кардиоваскулярная профилактика в действии. *Кардиология*. 2011; 1: 47—8.
37. Тареев Е.М. *Внутренние болезни. 3-е изд.* М.: Медгиз; 1957.
38. Дедов И.И., Тюльпаков А.Н., Чехонин В.П., Баклаушев В.П., Арчаков А.И., Мошковский С.А. Персонализированная медицина: современное состояние и перспективы. *Вестник РАМН*. 2012; 12: 4—12.
39. Щепин О.П., Филатов В.Б., Чудинова И.Э., Погорелов Я.Д. О роли ценностей в формировании политики здравоохранения. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2000; 2: 9—12.
40. Решетников А.В. Институциональные изменения в социокультурном паттерне здоровья и болезни. *Социология медицины*. 2005; 2: 3—25.
41. Изуткин Д.А. Зарубежные теории человеческого поведения в контексте взаимосвязи образа жизни и здоровья. *Социология медицины*. 2010; 2: 12—5.
42. Корсини Р., Аурбах А., ред. *Психологическая энциклопедия. 2-е изд.* СПб.: Питер; 2003.
43. Карташов И.Г. Многофакторная обусловленность здоровья населения: теоретико-методологические подходы к изучению социальных детерминант здоровья. *Социология медицины*. 2007; 2: 17—23.
44. Шаробаро В.И., Женчевская Ю.В., Иванова Т.М., Соцердотова А.Г. Роль психосоциальных факторов риска возникновения и прогрессирования ишемической болезни сердца. *Клиническая медицина*. 2011; 6: 22—6.
45. В.И. Вернадский и современность. М.: Наука; 1986.
46. Вязьмин А.М., Санников А.Л., Варакина Ж.Л., Микляева Е.В. Качество жизни как категория социологии медицины. *Социология медицины*. 2012; 2: 28—9.
47. Лисицын Ю.П., ред. *Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения*. М.: Медицина; 1987; т. 1.
48. Платонов К.К. *О системе психологии*. М.: Мысль; 1972.
49. Решетников А.В., ред. *Социология медицины: Учебник*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007.
50. Давыдовский И.В. Философские основы патологии. *Архив патологии*. 1969; 6: 3—9.
51. Димов А.С. Кризис деонтологии: методологические аспекты. *Клиническая медицина*. 2008; 12: 4—7.
52. Стародубов В.И., Михайлова Ю.М., Иванова А.Е., ред. *Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы*. М.: Медицина; 2003.
53. Чазов Е.И. Пути снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. *Терапевтический архив*. 2008; 8: 11—6.
54. Чазов Е.И. Сегодня и завтра кардиологии. *Терапевтический архив*. 2003; 9: 11—8.
55. Щепин О.В., Белов В.Б. Роль здравоохранения в формировании общественного здоровья. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2007; 3: 3—5.
56. Фомин И.Е. Артериальная гипертензия в Российской Федерации — последние десять лет. Что дальше? *Сердце*. 2007; 3: 120—6.
57. Потапов А.И. Только здоровая Россия может стать сильной. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2009; 2: 3—7.
58. Василенко В.Х. К дискуссии о концепции болезни и сопутствующих вопросах. *Клиническая медицина*. 1976; 12: 114—24.

Поступила 05.11.2013

REFERENCES

1. Reshetnikov A.V. *Medico-sociological ideas of illness and health models*. *Sotsiologiya meditsiny*. 2003; 2: 3—18. (in Russian)
2. Bekhterev V.M. *The Chosen Works on Social Psychology [Izbrannyye Raboty po Sotsial'noy Psikhologii]*. Moscow: Science; 1994. (in Russian)
3. Zakharyin G.A. *Clinical Lectures and Chosen Articles [Klinicheskie Lektsii i Izbrannyye Stat'i]*. Moscow: Izdatel'stvo E.P. Zakhari'noy, pechatnya A.P. Sangirevoy; 1909. (in Russian)
4. Lang G.F. *Textbook of Internal Diseases [Uchebnik Vnutrennikh Bolezney]*. Leningrad: Medgiz; 1938. (In Russian)
5. Konchalovskiy M.P. *The Chosen Works [Izbrannyye trudy]*. Moscow: Medgiz; 1961. (in Russian)
6. Tareev E.M. *Internal Diseases [Vnutrennie Bolezni]*. Moscow: Gosmedizdat; 1951. (in Russian)
7. Myasnikov A.L. *Internal Diseases [Vnutrennie Bolezni]*. Moscow: Meditsina; 1967. (in Russian)
8. Ado A.D. *Questions of the General Nosology. Historical and methodological Etudes [Voprosy Obshchey Nozologii. Istoriko-metodologicheskie Etyudy]*. Moscow: Meditsina; 1985. (in Russian)
9. Myasnikov A.L. *Diagnostics bases and Private Pathology (Propaedeutics) of Internal Diseases [Osnovy Diagnostiki i Chastnoy Patologii (Propedevtika) Vnutrennikh Bolezney]*. Second Prod. Moscow: Medgiz; 1952. (in Russian)
10. Komarov F.I., ed. *Diagnostics and Treatment of Internal Diseases. The Management for Doctors [Diagnostika i lechenie Vnutrennikh Bolezney]*. 2-rd ed. Moscow: Meditsina; 1999. (in Russian)
11. Makolkina V.I., Ovcharenko S.I., Sulimov V.A. *Internal Diseases [Vnutrennie Bolezni]*. 6-rd ed. Moscow: GEOTAR-Media; 2011. (in Russian)
12. Lyusov V.A., ed. *Hospital Therapy: Course of Lectures [Gospital'naya Terapiya; kurs lektsiy]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
13. Moiseev V.S., Martynov A.I., Mukhin N.A., eds. *Internal Diseases [Vnutrennie Bolezni]*. 3-rd ed. Moscow: GEOTAR-Media; 2012. Vol. 1—2. (in Russian)
14. *Internal Diseases According to Tinsli R. Harrison [Vnutrennie Bolezni po Tinsli R. Harrisonu] / Faushy E., Braunvald Ya., Is-selbakher K., Wilson J., Maritn J., Casper J. et al., eds*. Moscow: Praktika; 2002. (in Russian)
15. Nobel J., ed. *The General Medical Practice According to John Nobel [Obshchaya Vrachebnaya Praktika po Johnu Nobelyu]*. Moscow: Praktika; 2005. (in Russian)
16. Reshetnikov A.V. *Evolution of sociology of medicine. Sotsiologiya meditsiny*. 2012; 2: 4—10. (in Russian)
17. Dil'man V.M. *Four Models of Medicine [Cheture Modeli Meditsiny]*. Leningrad: Meditsina, Leningradskoe otdelenie; 1987. (in Russian)
18. Khitrov N.K., Saltykov A.V. Diseases of a civilization and the nosological principle of medicine from a position of the general pathology. *Klinicheskaya meditsina*. 2003; 1: 5—12. (in Russian)
19. Frolov V.A., Rapoport S.I., Chibisov S.M., Khalberg F. Ecological stress and biological rhythms (on materials of the international congress "Health and education in 21 centuries. Concepts of diseases of a civilization", RUDN, 2007). *Klinicheskaya meditsina*. 2008; 7: 73—4. (in Russian)
20. Davydovskiy I.V. *General pathology of the person [Obshchaya Patologiya Cheloveka]*. Moscow: Meditsina; 1969. (in Russian)

21. *Health Care in Russia. 2011: Statist. Collect [Zdravookhranenie v Rossii. 2011: Statisticheskiiy sbornik]*. Moscow: Rosstat; 2011. (in Russian)
22. Chuchalin A.G. Topical issues of pulmonology (the white book). *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2004; 2: 53—8. (in Russian)
23. Chazova I.E. Features of arterial hypertension at patients with a metabolic syndrome. *Aktual'nye voprosy arterial'noy gipertenzii*. 2007; 15: 6—9. (in Russian)
24. Davydovskiy I.V. *Problemy of Causality in Medicine. Etiology [Problemy Prichinnosti v Meditsine. Etiologiya]*. Moscow: Meditsina; 1962. (in Russian)
25. Kupriyanov V.V., Kupriyanova N.V. Humanity of medicine. *Terapevticheskiy arkhiv*. 1987; 5: 145—8. (in Russian)
26. Tsaregorodtsev G.I. Medicine and society. *Terapevticheskiy arkhiv*. 1989; 1: 110—6. (in Russian)
27. Khrustalyev Yu.M. Philosophy — an intellectual and moral basis of health (a social and humanitarian concept of health). *Terapevticheskiy arkhiv*. 2006; 1: 83—7. (in Russian)
28. Khrustalyev Yu.M. Therapy — a basis of strengthening of health of the nation. Questions of medical ethics. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2008; 8: 78—80. (in Russian)
29. Belyaev O.V., Kazantsev V.S. The system analysis in epidemiology of cardiovascular diseases in Sverdlovsk region. In *Prospects of the Russian Cardiology: Tezisy Rossiyskogo natsional'nogo kongressa kardiologov. 18—20.10.2005*. Moscow: 2005: 38. (in Russian)
30. Popova I.P. Dynamics of the state of health measured on the basis of GHQ: tendencies and social factors (experience of the analysis of data of longitudinal poll). *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2006; 3: 23—7. (in Russian)
31. Leshchinskiy L.A., Dimov A.S., Maksimov N.I. Clinical and methodological aspects of an etiology of coronary heart disease (review). *Klinicheskaya meditsina*. 2006; 10: 11—6. (in Russian)
32. Aleksandrovskiy A.A., Usanova A.A., Kolpakov E.V., Lyusov V.A., Porunova L.P. Prevalence of options of coronary heart disease in Mordovia. *Rossiyskiy kardiologicheskiiy zhurnal*. 2011; 3: 66—72. (in Russian)
33. Oganov R.G., Maslennikova G.Ya. Demographic tendencies in the Russian Federation: contribution of diseases of system of blood circulation. *Kardiologicheskaya terapiya i profilaktika*. 2012; 1: 5—10. (in Russian)
34. Ierusalimskiy A.P., Feygan V., Alperin L.B. Experience of forecasting and risk factors of a brain stroke in Novosibirsk. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 1988; 1: 44—8. (in Russian)
35. Belyaev O.V., Polzik E.V. Complex analysis of risk factors of coronary heart disease. *Prospects of the Russian Cardiology: Tezisy Rossiyskogo natsional'nogo kongressa kardiologov 18—20.10.2005*. Moscow: 2005: 38. (in Russian)
36. Oganov R.G., Gerasimenko N.F., Pogossova G.V., Koltunov I.E. Cardiovascular prevention in operation. *Kardiologiya*. 2011; 1: 47—8. (in Russian)
37. Tareev E.M. *Internal Diseases [Vnutrennie Bolezni]*. 3-rd ed. Moscow: Medgiz; 1957. (in Russian)
38. Dedov I.I., Tyul'pakov A.N., Chekhonin V.P., Baklaushev V.P., Archakov A.I., Moshkovskiy S.A. The personalized medicine: current state and prospects. *Vestnik RAMN*. 2012; 12: 4—12. (in Russian)
39. Shchepin O.P., Filatov V.B., Chudinova I.E., Pogorelov Ya.D. About a role of values in formation of policy of health care. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2000; 2: 9—12. (in Russian)
40. Reshetnikov A.V. Institutional changes in a sociocultural pattern of health and illness. *Sotsiologiya meditsiny*. 2005; 2: 3—25. (in Russian)
41. Izutkin D.A. Foreign theories of human behavior in a context of interrelation of a way of life and health. *Sotsiologiya meditsiny*. 2010; 2: 12—5. (in Russian)
42. Korsini R., Aurbakh A., eds. *Psychological Encyclopedia [Psikhologicheskaya entsiklopediya]*. 2-nd ed. Peterburg: Piter; 2003. (in Russian)
43. Kartashov I.G. Multiple-factor conditionality of health of the population: teoretiko-methodological approaches to studying social a health determinant. *Sotsiologiya meditsiny*. 2007; 2: 17—23. (in Russian)
44. Sharobaro V.I., Zhenchevskaya Yu.V., Ivanova T.M., Sotserdotova A.G. Role of psychosocial risk factors of emergence and coronary heart disease progressing. *Klinicheskaya meditsina*. 2011; 6: 22—6. (in Russian)
45. *V.I. Vernadsky and Present [V.I. Vernadskiy i sovremennost']*. Moscow: Nauka; 1986. (in Russian)
46. Vyaz'min A.M., Sannikov A.L., Varaksina Zh.L., Miklyaeva E.V. Quality of life as category of sociology of medicine. *Sotsiologiya meditsiny*. 2012; 2: 28—9. (in Russian)
47. Lisitsyn Yu.P., ed. Guide to Social Hygiene and Health Care Organization [Rukovodstvo po Sotsial'noy Gигiene i Organizatsii Zdravookhraneniya]. Moscow: Meditsina; 1987; т. 1. (in Russian)
48. Platonov K.K. *About System of Psychology [O Sisteme Psikhologii]*. Moscow: Mysl'; 1972. (in Russian)
49. Reshetnikov A.V., ed. *Medicine Sociology: Textbook [Meditsinskaya Sotsiologiya: Uchebnik]*. Moscow: GEOTAR-MEDIA; 2007. (in Russian)
50. Davydovskiy I.V. Filosofskiye of a pathology basis. *Arkhiv patologii*. 1969; 6: 3—9. (in Russian)
51. Dimov A.S. Deontologiya crisis: methodological aspects. *Klinicheskaya meditsina*. 2008; 12: 4—7. (in Russian)
52. Starodubov V.I., Mikhaylova Yu.M., Ivanova A.E., eds. *Health of the Population of Russia in a Social Context of the 90th years: Problems and Prospects [Zdorov'e Naseleniya Rossii v Sotsial'nom Kontekste 90-kh godov: Problemy i Perspektivy]*. Moscow: Meditsina; 2003. (in Russian)
53. Chazov E.I. Ways of decrease in mortality from cardiovascular diseases. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2008; 8: 11—6. (in Russian)
54. Chazov E.I. Today and tomorrow cardiology. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2003; 9: 11—8. (in Russian)
55. Shchepin O.V., Belov V.B. Health care role in formation of public health. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2007; 3: 3—5. (in Russian)
56. Fomin I.E. Arterial hypertension in the Russian Federation — the last ten years. What's next? *Serdts*. 2007; 3: 120—6. (in Russian)
57. Potapov A.I. Only healthy Russia can become strong. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2009; 2: 3—7. (in Russian)
58. Vasilenko V.Kh. To discussion about the concept of an illness and sopushtvuyushchikh questions. *Klinicheskaya meditsina*. 1976; 12: 114—24. (in Russian)

Received 05.11.2013