

СВЕРХСМЕРТНОСТЬ В РОССИИ КАК МЕДИКО-ФИЛОСОФСКАЯ ПРОБЛЕМА

Димов А.С.*, Максимов Н.И.

Ижевская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной терапии

Резюме

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 обзоре литературы.

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

Актуальность проблемы сверхсмертности в Российской Федерации самоочевидна и, в силу ее глобальности, требует не только специального медицинского, но и философского понимания. Для России явление сверхсмертности стало неуправляемым, специфическим и не имеющим аналогов в мире [1]. При сравнении динамики показателей смертности, по данным Центра профилактической медицины РФ, мужчин трудоспособного возраста с 1965 по 2000 гг. [2], показателей смертности населения России от болезней системы кровообращения (БСК) с 1980 по 2001 гг. [1] и показателей смертности в США с 1970 по 2002 гг. [3], приходится констатировать, что она в основном, противоположна направлена. В частности, динамика стандартизированной по возрасту смертности от 6 ведущих причин смерти в США в этот период показала снижение последней в 2 раза от болезней сердца, инсультов и несчастных случаев и сохранение на прежнем уровне (нет роста) по раку и сахарному диабету (СД). То есть, несомненно, имеющиеся крупнейшие достижения медицины XX века используются по-разному [4]. В частности, это видно по показателю смертности в стационарах, который в целом по стране в 2006 был 15,5%, в Москве – 18,7%, С-Петербурге – 19%, а в США и Европе – 8%, в Австралии – 4%, Мексике – 10% случаев [5].

Принимаемые 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 людях) 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. [6], что «бедность и болезни – порочный круг», не стало аксиомой, доминирующей в нашем обществе. И это несмотря на то, что исследования в РФ показали долю распространенности хронических заболеваний в возрастной группе 30-49 лет у лиц с высоким экономическим

положением в 46,7%, со средним – в 60,3%, плохим – в 76,3% [7].

Основной причиной смертности во всем мире считаются болезни системы кровообращения (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 за 2004 г., показал, что БСК занимают ведущее место в структуре смертности России – 55% [8]. Ранее в СССР доля сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в общей смертности составляла: в 1939 – 11%, в 1959 – 36%, в 1972 – 48%, в 1982 – 52% [9].

Смертность с 1990 по 2002 гг., в среднем, возросла на 48%, а среди больных, страдающих ССЗ, где основной причиной смерти является ишемическая болезнь сердца (ИБС), – на 48,1% [8]. По Государственному докладу о состоянии здоровья населения РФ в 2004 г. смертность от БСК, включая ИБС и цереброваскулярные заболевания (в основном, мозговой инсульт – МИ), составила 84,1% [10].

Существует и понятие преждевременной смертности, имеющей место в трудоспособном возрасте. Так, например, медико-социальная оценка водителей локомотивов (в 1999-2004 гг.) среднего возраста (45,8 лет) показала, что смертность от травм и насильственная смерть составила 55,8% случаев, а от заболеваний – 44,2%, в том числе от ССЗ – 28,7% случаев [11]. В целом по РФ потери от преждевременной смертности в 4,5 раза выше, чем в США [7].

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 (2001г.), а 15,0 и годовой шаг в целом от алкоголизма составляет 15,13% [12]. 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 39150 до 56 934 случаев [1].

На примере Свердловской области с помощью математических моделей была рассчитана оценка силы каждого из блоков факторов риска (ФР), влияющих на ССЗ в РФ. Структура этих блоков следующая: социально-экономический — 28%, экологический — 27%, демографический — 27%, кардиологическая служба — 18% [13]. Несколько иначе это выглядит по данным ВОЗ: здоровье нации зависит на 50% от жилищно-бытовых условий и образа жизни, на 20% — от окружающей среды, на 20% — от наследственности и на 10% — от услуг здравоохранения [14].

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 [15], и, надо полагать, не только его. По философским меркам, здоровье, как дар природы, — одно из важнейших прав человека и, как общественная ценность, является капиталом для государства, т. е. медицина приобретает производительный характер [16,17] и, по мнению экспертов ВОЗ, по отношению к здоровью, как ценности, при формировании политики здравоохранения можно судить о зрелости государства [17].

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, по их данным, на лечение в 19% случаях влияют немедицинские факторы — социальные, материальные и др. [18].

Комплексный анализ в РФ основной причины смерти — ИБС — методом распознавания образов, показал, что из 16 ФР наибольший вклад имели следующие: генетические — 34%, социальные — 29%, алкоголизм — 15%, биологические — 10%, профессиональные — 10%, курение — 9% и др. [19]. Как видно, доля управляемых «биологических» ФР равна 10%, а управляемых социальных — 64%. Далее, МИ, по данным исследования 937 больных, имел риск развития в 8 раз выше у лиц проживающих в плохих жилищных условиях, нежели у живущих в хороших [20].

В США показатели распространенности заболеваемости по ССЗ у лиц с низкими и высокими доходами различаются до 4,5 раз, по психозам — в 8 раз, у детей из неполных семей — в 4 раза [21].

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 % от ВВП) находятся на 71 месте в мире, а консолидированный бюджет упал с 1995 по 2004 гг. с 2,9 до 2,2%, и треть этого отдается «ведомственной» (элитной) медицине [22]. 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 [1].

В свое время крупный советский экономист С.Г. Струмилин [23] 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 на здравоохранение дает 2,2 единицы национального дохода [24]. 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 — например проблема, повышения рождаемости, решается также односторонне (финансовая провокация к деторождению), что такое и не этичное 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 общего 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 в РФ было 682,4 тыс. врачей, из них терапевтов — 158,8 тыс., а кардиологов — 9997 или 1,46% от общего числа всех врачей [8]. 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 недоступности кардиологической помощи пациентам [25]. Опрос 400 человек подтвердил, что постоянно наблюдались и лечились у кардиологов только 52,7 — 53,8% нуждающихся больных [26].

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

в том числе 62% — в тяжелых случаях. Самолечение свойственно 1/3 мужской популяции, причем в «жесткой» форме (полный отказ от врача в 1/3) случаев и 2/3 — в «мягкой» форме, когда при тяжелой болезни они все-таки используют рекомендации врача [27,28].

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) [29], ХСН (2009) [30] являются итогом передовой мысли по соответствующей «смертельной» патологии.

Однако с философских позиций, мысль, даже самая передовая, хотя и может быть доказанной и истинной в настоящее время, тем не менее, как таковая, является бессмысленной и бесплодной. Диалектика материи и сознания такова, что одно без другого не существует. Лозунг одного из теоретиков Октябрьской революции, 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 явление преимущественно пассивное, а второе — преимущественно активное. Исследования показывают, что специальную медицинскую литературу не в состоянии выписывать 48,2-31% терапевтов стационаров и 63,3% «узких» специалистов [31]. По данным специальных исследований, положительное отношение к первичной профилактике АГ имеется только у 69% врачей [32], и только 45% врачей готовы опираться в своей работе на клинические рекомендации и из них 87% верят в успех своих лечебных мероприятий при ИБС [33]. Иначе говоря, даже специалисты-кардиологи, владея информацией по современным методам лечения, не считаются с ней, недооценивают ее, не всегда доверяют ей и не используют ее в деле. Например, при анализе качества диагностики ХСН по данным эпидемиологического обследования ЭПОХА-ХСН (2003 г.), т. е. по опыту 25 лет применения ЭхоКГ, простой, но очень важный показатель работы сердца — фракция выброса — определялась всего в 30% случаев исследований [34]. 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 (2007, 2009) [30,35] указано, что только от хронической сердечной недостаточности (ХСН) умирает ежегодно 880-986 тыс. человек. Основываясь на нейрогуморальной теории патогенеза ХСН, считается обяза-

тельным в лечении ХСН применение 5 групп лекарственных средств (ЛС), а по третьему пересмотру — 7, и, в первую очередь, иАПФ и БАБ. Однако БАБ назначаются амбулаторно только в 14-18% случаев. При лечении АГ 40% россиян принимают не рекомендуемый атенолол, вместо таких ЛС, доказанно влияющих на продолжительность жизни, как Беталок Зок, карведилол, бисопролол [36].

Подобная ситуация по ХСН имеется не только в РФ, но и в США, Европе, когда в амбулаторных условиях 1/3 больных не получала адекватную терапию [37], т. е. становится очевидным тот факт, что даже передовые достижения современной медицины в лечении ХСН остаются нереализованными на практике [38].

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 и 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 его 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 — «кнут и пряник». 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 находиться в неразрывном единстве. Именно исходя из этого, фактор убеждения может и должен быть представлен одновременно и материально (например, оплата труда) и морально (награды, почести, уважение), так и принуждение проявляться в наказаниях моральных и материальных.

Мы в свое время выступили в печати, утверждая, что взаимоотношения больного и врача следует рассматривать как диалектику антиподов [39,40]. 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 больного к врачу последний встречается в 5 раз реже, то есть проявилась настороженность у больных [9]. А отсутствие таковой — важный компонент в блоке причин смертности от острого ИМ на догоспитальном этапе (от 34 до 41% случаев) [41]. 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 [32].

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 назвать прописанные препараты, 17% лиц взвешивались регулярно, т. е. еженедельно [42]. Приверженность к терапии ХСН, в среднем, имела только у 18-27% больных [43]; выше она была у пожилых — 50%, и, по некоторым данным, достигала 90% [38].

Более полувека в обществе обсуждается самая масштабная патология человечества — артериальная гипертензия (АГ). Тем не менее, при сравнении данных крупных исследований по РФ в 1979 г. и, спустя 20 лет, в 1999 г., здесь почти ничего не изменилось. 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 АГ выше — 27%, во Франции — 24%, Канаде — 22%, Италии — 9%, Египте — 8%, Великобритании — 6%, Китае — 3%, Польше — 2% [44].

Известна низкая приверженность российских больных к ЛС, в особенности к статинам. Относительно последних это как-то понятно, поскольку они не дают немедленного эффекта. Причинами отказа в их приеме называли: стоимость — 24,4%, плохая переносимость — 17,9%, улучшение самочувствия (или самодеятельность) больного в 15,6%, решение врача (!) — 30,1% [45]. 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 уже через год 60% пациентов не использовали полученные знания [46].

По данным европейского эпидемиологического исследования (включая Россию) в течение 12 недель после выписки из стационара повторно госпитализируются 24% больных. Самая частая причина (64%) — невыполнение медикаментозных назначений, по: забывчивости — 40%, “лекарственных каникул” — 27%, недостатка денег — 25%, опасения побочных явлений — 5%; 80% больных после бесед исправлялись, а 20% — нет [47].

Анализ 833 госпитализаций с ХСН (г. Москва) свидетельствовал, что 349 из них были повторны, где причиной их в 34,25% было основное заболевание, вызвавшее ХСН, в 55,1% — сопутствующее (сахарный диабет 2 типа, хроническая обструктивная болезнь легких — ХОБЛ, пневмония и т. д.). Эти больные дома выполняли назначения врача по ЛС в 82% случаев нерегулярно, в 50% — не знали доз ЛС, в 40% — не соблюдали рекомендованный режим и диету, в 16% случаев не контролировали АД и вес тела. По представлению больных, 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 степень ХСН [48].

В связи с этим, возникает проблема обучения и образовательных систем для другой стороны лечебно-профилактического процесса — больного. Установлено, что обучение в стационаре снижает повторность госпитализаций на 0,8%, а обучение после стационара (дистанционное, видео-кассетами, интернет-сайтами и интерактивное) при сочетании с телефонным способом контроля дает эффект уже в 10% [38,43]. История образовательных программ для больных в течение 20 лет на опыте, накопленном у больных с ХСН, СД-2, БА, АГ, ревматических и других заболеваний, показала, что в итоге они приводят к улучшению гемодинамики и качества жизни [38].

Использование электронных средств ежедневного контроля по бесплатному телефону или голосовой системе компьютера, когда из дома больными постоянно вводились цифры АД, ЧСС, вес тела и некоторые основные симптомы (жалобы), показало, что в течение 9 мес. повторная госпитализация в группе вмешательства составила 37%, а в контрольной — 50% [42].

Самолечение и самоконтроль становятся неотъемлемой частью программ лечения пациентов на грани XX-XXI века. Тем более, что, с одной стороны, повышается образовательный уровень пациен-

тов, с другой — дороговизна госпитализаций. Стоимость мультидисциплинарного наблюдения кардиологом, фармакологом, диетологом, м/сестрой и социальным психологом составляет 3000 у.е. на 1 больного за 6 мес, а его госпитализация (7-10 дн.) — 10000 у.е. [42].

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 несоблюдением предписанного [43]. По крайней мере, значительная часть популяции (до 49%) отказывалась от профилактических осмотров, в том числе и лица в возрасте 35-59 лет (от 5 до 22% случаев), и это притом, что именно у них чаще всего (в 52%) встречалась ИБС [32,49].

У врачей капиталистического общества выработалась доктрина весьма демократического и диалектического характера. Ее суть — “пациенты становятся равными с теми, кто их лечит”, т. е. имеет место партнерство [42]. В этом случае, согласие увеличивает (и ускоряет) эффект ЛС, например, антидепрессивных — на 64% [50]. Со всех позиций и, в особенности, деонтологической, это — наиболее зрелая модель отношений [39].

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 больной, и у последних “терапевтическая” резистентность наблюдается в 30-70% случаев, а назначение большого количества ЛС прямо и в несколько раз снижает их употребление [51]. Оставим за рамками обсуждения полифармакотерапию (от 5 до 32 ЛС) при интенсивной терапии, в которой они до 80% случаев несовместимы [52].

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 [53,54,55].

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 [30]. Это, по-видимому, тот оптимальный уровень числа ЛС по их психологической переносимости в обычной практике при лечении хронической патологии.

С другой стороны, столь обширного списка ЛС с доказанной способностью улучшать прогноз ХСН нет ни для одной нозологии ССЗ. И, тем не менее, за 5 лет умирает половина больных с ХСН [56]. Более того, четыре 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 [42].

В редакционной статье о рекомендациях по вторичной профилактике ССЗ [57] 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 неудовлетворительны. А приближающееся к идеальному снижение рецидивов ССС на 88% удастся достичь лишь при комплексе из 6 ЛС: статины, диуретики, иАПФ, БАБ, фолиевая кислота и аспирин. И, несмотря на комбинированную терапию ЛС (БАБ, БМКК, нитраты и миоцитопротекторы), у 2/3 больных, в среднем, в неделю сохраняются 2 приступа стенокардии [58]. 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 могут вызвать ответные защитные реакции организма” [59]. Помимо этого, происходит нарастание частоты побочных реакций ЛС, в том числе, опасных, число которых опережает число новых ЛС [60].

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, АКШ — не стало панацеей. Максимум снижения риска смерти при иАПФ, БАБ не превышает вмешательства 35%, а эффективность применений оперативного — 50%, но и она при исходной тяжести заболевания резко падает [61].

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 следствий, т. е. заболеваний, чем почти в 99% случаев занимаются практические врачи.

Заметим, что использование профилактического пути — задача с долгосрочным эффектом и во многом зависит от базы: культуры, истории и образования нации, качества и устройства государства. В нашей стране, к сожалению, курят в 2 раза больше, 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, как и в Финляндии, — 7% [62], в РФ среди мужчин-врачей курят 47,4%, а среди женщин-врачей — 25,99% человек [63].

Роль руководства страны, которое, несмотря на факты, что табакокурение в 10 раз увеличивает смертность больных ИБС и АГ [64], следует оценить как беспомощную перед процессом деградации нации по табакокурению и алкоголю. На этом фоне говорить об аккуратном применении в превентивных целях клинически здоровыми лицами статинов, не имеющих ощутимых эффектов — бессмысленно.

В обзоре литературы по соотношению биологических и социальных ФР ИБС нами был показан, преимущественно, этиологический уклон в их изучении [65]. 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 [57]. 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 гг.) государством был введен явно не модный и не соответствующий ментальности РФ сухой закон, но такой “кнут”, при всей его недемократичности, все же привел к позитивным результатам по снижению смертности [7]. На сегодня известно, что у всех больных с поражением миокарда в 23-40% случаев это связано с алкогольной кардиомиопатией [66].

Старая медицинская (и одновременно философская) истина, что одна унция профилактики равна фунту лечения, игнорируется. Заново познается забытый опыт человечества и наследие великих рос-

сийских умов (М.Я. Мудрова, Н.И. Пирогова и др.) о важности медицины предупредительной [64], хотя и с прагматических позиций “это рациональнее и эффективнее” [56].

И, в то же время, в профилактике возможности самой медицины ограничены. Дело в том, что причины и механизмы большинства заболеваний четко не определены, нет конкретных представлений о ФР внешней среды, нет концепции и понятия здоровья и ответственных за профилактику [9]. В основном, и в большей степени, это относится к проблеме ССЗ.

Нарушение диалектики усматривается и в коррекции ситуации с уже имеющимися заболеваниями. Лечебные мероприятия в принципе также могут иметь только два пути одновременно единых и противоположных по своей сути. Это — патогенетический и саногенетический путь терапии. Некоторые исследователи, в связи этим, требуют перехода от “болезнецентристской” к “здоровьесцентристской” установке в преподавании [67]. 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 гг. число санаторно-курортных учреждений сократилось в 2 раза, а число отдыхающих — с 32,7 до 8,9 млн. [64]. Санаторно-курортное дело и ранее не использовалось в полной мере [68], а на сегодня пущено на самотек и из благотворительного и лечебно-профилактического превращается в коммерческое и не научное.

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) уделяется внимание только в форме обещаний.

Бедственность второй составляющей подтверждается данными совокупного анализа ряда исследований, показавших, что уровень смертности у больных, страдающих депрессией и перенесших острый коронарный синдром (ОКС) в 3-6 раз выше, чем у больных без депрессии. Последняя имела место у 57% больных с ИБС и у 52% — с АГ. По прогнозу ВОЗ, ИБС и депрессия к 2020 году займут 1 и 2 места по распространенности [69].

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 специали-

стами-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 постарению 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 [42,61].

Об этих отрицательных и экономических, в частности, следствиях деятельности здравоохранения в свое время предупреждали социологи и философы [24]. Уже тогда им было понятно, что к этому приведет увеличение прослойки лиц, которые, в силу ущербности своего здоровья, не смогут вести полноценную трудовую деятельность и целиком или частично будут находиться на иждивении общества при удлинении их сроков 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 болезни Дауна приравнивается к таковой при борьбе с гриппом. Кроме того, не оценен ущерб активного

вмешательства ЛС в естественные процессы организма на длительных промежутках времени. [24]. Только ли это буржуазная проблема, как утверждал философ Г.И. Царегородцев [15], 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, хотя известно, что рост суммарных затрат на здравоохранение в большинстве экономически развитых стран обеспечивается государством [7].

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. Преобладает тенденция между ними больше антагонистическая, нежели синергическая. 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.

Литература

1. Чазов Е.И. Сегодня и завтра кардиологии. Тер. арх. 2003; 9: 11-18.
2. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2002; 1: 5-9.
3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2007). Пер. с англ. (ред.) Чучалин А.Г. М: Издательский дом “Атмосфера”; 2008.
4. Лисицин Ю.П. Десять выдающихся достижений медицины XX века. Здрав. Росс. Федер. 2000; 2: 23-27.
5. Чазов Е.И. Пути снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Тер. арх. 2008; 8: 11-16.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия № 97. Копенгаген. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002.
7. Щепин О.В., Белов В.Б. Роль здравоохранения в формировании общественного здоровья. Проблемы соц. гигиены, здрав. и истории медицины 2007; 3: 3-5.
8. Харченко В.И., Кокорина Е.П., Корякин М.В. и др. Смертность от основных болезней системы кровообращения в России (Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, Минздрава России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме). Росс. кардиол. журнал 2005; 1: 5-15.
9. Чазов Е.И. Охрана здоровья населения и ее роль в социально-экономическом прогрессе. Тер. арх. 1983; 12: 3-7.
10. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 г. Здрав. Росс. Федер. 2006; 3: 3-23 и 2006; 4: 3-24.
11. Кудрин В.А., Краевой С.А. Медико-социальная и информационно-аналитическая оценка преждевременной смертности водителей локомотивов. В: Развитие информационных технологий и проблемы управления здоровьем и здравоохранением. Труды Росс. науч.-практ. конф. Ижевск, 2006. 317-321.
12. Киселев А.С., Шестаков М.Г., Сошников С.С. Динамика уровня жизни и здоровья населения. Алкоголизм. В: Развитие информационных технологий и проблемы управления здоровьем и здравоохранением. Труды Росс. науч.-практ. конф. Ижевск, 2006. 44-49.
13. Беляев О. В., Казанцев В.С. Системный анализ в эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Свердловской области. В: Перспективы российской кардиологии: Тез. докл. Росс. нац. конгр. кард. 18-20.10.2005. — М., 2005. 38.
14. Попова И.П. Динамика состояния здоровья, измеряемого на базе GNQ: тенденции и социальные факторы (опыт анализа данных лонгитюдного опроса). Здрав. Росс. Федер. 2006; 3: 23-27.
15. Царегородцев Г.И. Медицина и общество. Тер. арх. 1989; 1: 110-116.
16. Куприянов В. В., Куприянова Н.В. Гуманизм медицины. Тер. арх. 1987; 5: 145-148.
17. Щепин О.П., Филатов В.Б., Чудинова И.Э., Погорелов Я.Д. О роли ценностей в формировании политики здравоохранения. Здрав. Росс. Федер. 2000; 2: 9-12.
18. Schicke R.K. Die Bewertung gesundheitlicher Leistungen in den USA. Trends und Problematik. Krankenhausarzt 1974; 47 (10): 572-587.
19. Беляев О. В., Ползик Е.В. Комплексный анализ факторов риска ишемической болезни сердца. В: Перспективы российской кардиологии: Тез. докл. Росс. нац. конгр. кард. 18-20.10.2005. — М., 2005. 38.
20. 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: 44-48.
21. Лисицин Ю. П. Здоровье как функция образа жизни. Тер. арх. 1983; 9: 4-14.
22. Люсов В.А. Харченко В.И., Горбаченков А.А., Гордеев И. Г. и др. Рациональные рыночные отношения в современном российском здравоохранении на основании опыта практического врача (дискуссионная статья, часть I). Росс. кардиол. журнал 2009; 1: 4-17.
23. Струмилин С.Г. Очерки экономической истории России. М: Соцгиз; 1960.

24. Щепин О.П., Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г. Медицина и общество. М: Медицина; 1983.
25. Кобалава Ж.Д., Старостина Е.Г., Котовская Ю.В. и др. О приверженности пациентов антигипертензивной терапии и препятствия к ее улучшению. Результаты российской научно-практической программы АРГУС-2. Тер. арх. 2008; 3: 76-81.
26. Петрова А.В., Фрейдлин М.С. Доступность кардиологической помощи пациентам. В: Российский национальный конгресс кардиологов "Повышение качества и доступности кардиологической помощи". 07-09.10.2008. Москва, 287.
27. Медик В.А., Осипов А.М. Взаимодействие населения с учреждениями здравоохранения (по данным социологического мониторинга). Здрав. Росс. Федер. 2005; 5: 28-31.
28. Гаджиев Р.С. Мнение городского населения об амбулаторно-поликлинической помощи. Здрав. Росс. Федер. 2003; 1: 27-30.
29. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации ВНОК (второй пересмотр), 2008. Приложение 4 к журналу "Кардиоваскулярная терапия и профилактика" 2008, 7 (6).
30. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр). Сердечная недостаточность 2009; 2 (52): 64-106.
31. Максимова Т.М. Социальное расслоение в среде медицинских работников как проблема охраны здоровья населения. Здравоохранение Российской Федерации, 2004; 3: 35-38.
32. Ботнарь В.И., Мартынюк К.И. Осведомленность населения и медперсонала в вопросах профилактики и контроля артериальной гипертензии. Тер. арх. 1991; 11: 148-153.
33. Аронов Д.М., Ахмеджанов Н.М., Соколова О.Ю., Тхостов А.Ш., Первичко Е.И. Факторы, влияющие на осведомленность врачей первичного звена в вопросах вторичной профилактики КБС и их готовность к реализации. Сердце 2006; 6: 288-291.
34. Беленков Ю.Н. Хроническая сердечная недостаточность в России — опыт 25 лет: где мы находимся и куда должны идти? Сердечная недостаточность 2003; 1: 9-11.
35. Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). Сердечная недостаточность 2007; 1: 4-41.
36. Мареев В.Ю., Даниелян М.О. Оптимизация применения Беталока Зок у больных ХСН в повседневной врачебной практике. Дизайн и результаты исследования БЕЗЕ. Сердце 2005; 6: 251-257.
37. Ситникова М.Ю., Нестерова И.В., Иванов С.Г., Титова И.Э., Селиверстова Н.Н. Роль специализированной клиники хронической сердечной недостаточности в реализации рекомендаций по лечению больных с ХСН. Сердечная недостаточность 2005; 3: 105-106.
38. Якушин С.С., Никулина Н.Н., Зайцева Н.В. и др. Эффективность терапевтического обучения и амбулаторного наблюдения больных с ХСН III-IV ФК: клинические и инструментальные доказательства. Сердечная недостаточность 2004; 5: 240-243.
39. Димов А.С. Кризис деонтологии: методологические проблемы. Клин. мед., 2008; 12: 4-7.
40. Димов А.С. Роль личности врача в его профессиональной деятельности. Часть 1. Обзор литературы. Клин. мед. 2009; 4: 71-73.

Составными источниками литературы (41-69) можно ознакомиться в редакции РКЖ.

Abstract

The medical community has to address global problems of Russian population health. There is a discrepancy between the magnitude of claimed and practically assessed population health problems, which has been demonstrated in this review of medical and philosophical literature.

Key words: Mortality, doctor, patient, risk factors, social factors, biological factors.

Поступила 18/04 — 2010

© Коллектив авторов, 2011
тел. (3412) 52-62-01, факс 65-81-67

[Димов А.С. (*контактное лицо) — д.м.н. профессор кафедры, Максимов Н.И. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой].

ЭЛЕКТРОННЫЙ СПРАВОЧНИК ДЛЯ ВРАЧЕЙ «MEDI.RU — ПОДРОБНО О ЛЕКАРСТВАХ»

- Досье по фармацевтическим препаратам для профессионалов здравоохранения — подробные иллюстрированные описания, подборки статей, монографии по препаратам.
- Избранные полнотекстовые статьи из 40 медицинских журналов.
- Материалы докладов на конференциях, конгрессах и симпозиумах.
- Монографии.
- Актуальная информация о медицинских выставках и конференциях.

*Справочник MEDI.RU распространяется среди врачей бесплатно!
Его можно без ограничений копировать с компьютера на компьютер.*

Справочник MEDI.RU доступен:

- в сети Интернет на сайте medi.ru
- в виде архива для скачивания с сайта medi.ru
- на компакт-диске

Для того, чтобы заказать бесплатный компакт-диск или получить ссылку для скачивания архива, зайдите на сайт MEDI.RU или отправьте нам запрос:

по электронной почте —	1@medi.ru
по почте —	117279, Москва, а/я 170
по факсу / телефону —	(495) 721-80-66

Чтобы выслать Вам бесплатный справочник, мы должны знать: ФИО, точный почтовый адрес с индексом, специальность, место работы, должность, рабочий и контактный телефоны, адрес электронной почты.