

СОВРЕМЕННОЕ ВРАЧЕВАНИЕ: ОТ УПРАВЛЕНИЯ БОЛЕЗНЬЮ К УПРАВЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЕМ. РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Академик РАМН А.Ф. КРАСНОВ, профессор Б.Л. МОВШОВИЧ

*Самарский государственный медицинский университет,
Российская Федерация*

С позиций современной парадигмы врачевания показаны роль семейного врача и качества, которыми он должен обладать, чтобы обеспечить оптимизацию потенциала здоровья своих пациентов и здоровья семьи в целом.

Лечение больного человека — важная, но не единственная задача врача. Государство благополучно и самодостаточно лишь тогда, когда женщины рожают здоровых детей, люди живут долго, работают продуктивно, востребованы на рынке труда «до седых волос». Затем, к сожалению, наступает период болезней — он должен быть коротким, исчисляться месяцами, а не годами. И в силу закона убывающей физической сущности каждый человек умирает, уступая место следующему поколению.

Известная формула ВОЗ гласит: потенциал здоровья только на 10% определяется клинической медициной, остальные 90% распределяются примерно так: 50% — образ жизни; 20% — экология; 20% — наследственность (т. е. образ жизни плюс экология, преформированные через цепь поколений).

По нашему глубокому убеждению, сейчас наиболее востребованным должен быть врач, умеющий воздействовать на потенциал здоровья индивида, семьи, общины. Это единственно верный путь к улучшению параметров физического и психического здоровья нации в целом. Ещё в 1988 г. один из нас (А.Ф. Краснов) подошёл к необходимости воспитания в высшей школе и на последипломном уровне семейного врача — высокопрофессионального интерниста. Это должен быть терапевт-педиатр-гериатр с глубоким генетико-иммунологическим подходом к профилактике и лечению болезней; специалист, владеющий нужным объёмом знаний и навыков в области специализированных видов медицинской помощи; личность, способная решать медико-социальные и генетические проблемы семьи на базе прочной гуманитарной подготовки.

Ведущие направления подготовки и последующей работы такого врача, с нашей точки зрения, должны слагаться из ряда блок-систем, формирующих здоровье пациента и его семьи.

Врач-валеолог. Выбор образа жизни — следствие индивидуальной её значимости в шкале ценностей человека. К сожалению, цена жизни в российском общественном сознании низка, а потому обучить пациента и его семью навыкам здорового образа жизни — трудная задача. Врачу, во-первых, следует вникнуть в семейные стереотипы. Это возможно, если семья пустит врача в свой быт. Для этого он должен быть в семье «своим человеком». Многие семейные стереотипы приходится менять через систему психологической мотивации. Система ценностей в семьях разная, мотиваций — тоже.

Изменить образ жизни человека сразу невозможно. Процесс модификации состоит из преодоления ряда «ступеней». Последовательность их может быть такой: рациональное питание, двигательная активность, отказ от курения, исключение злоупотребления алкоголем, экология жилища и рабочего места, гигиеническая гармония в семье, экология души. Сложность валеологической работы состоит и в том, что рекомендации врача по каждой «ступени» не одинаковы для пациентов и семей разных типов. Понятие «еда» — совершенно разное для богатых и бедных. Физическая активность для одних — работа с тренажёрами и полёт в собственном дельтаплане, для других — работа в саду и на огороде. Не следует забывать о национальных и религиозных традициях. Если их не знать, можно дать рекомендации, оскорбляющие национальное достоинство, конфессиональные установки. Есть ли выход из этой сложной ситуации? Врач должен разбираться в социальных пластах общества, особенностях национальностей и конфессий. Иначе его рекомендации будут услышаны, но не исполнены. Валеологическое направление в работе врача — важнейшее, в нём — залог успеха или неуспеха за счёт модификации половины (!) потенциала здоровья человека. Если пациент и его близкие приняли и реализуют рекомендации врача, через какое-то время они должны убедиться в пользе этих рекомендаций. Лучшее тому доказательство — повышение качества жизни пациента и семьи в целом.

Врач-психолог. Всегда ли пациент выполняет врачебные рекомендации? В стационаре, как правило, выполняет. В амбулаторной практике далеко не всегда. Приверженность лечению зависит от многих факторов: тяжести болезни (с точки зрения больного), сложности лечебных программ (чем сложнее программа, тем меньше вероятность её реализации), авторитета врача и, самое главное, психологического статуса пациента. Высокий индекс кооперации (compliance) характерен для гармоничных, депрессивных, ипохондричных субъектов. Анозогносты (отрицающие болезнь), эргопаты (трудоголики), апатичные личности, неврастеники, дисфоричные пациенты плохо откликаются на врачебные рекомендации, лечатся, если им «совсем уж плохо».

Врач-соматик должен владеть элементами медицинской психологии, ориентироваться в типологии отношения пациента к болезни. При высоком compliance велика вероятность исполнения комплексных лечебных и реабилитационных программ, при низком — пациент ограничится купированием неотложных состоя-

ний и лечением при обострении заболевания. Психологический статус — обязательный компонент современного клинического диагноза. Без учёта психологической типологии пациента и его compliance реализация индивидуально приемлемых диагностических и лечебных программ невозможна. Психологические аспекты врачевания даются не каждому: шекспировская широта заинтересованности в человеке — добром и злом, богатом и бедном, героической личности и потерявшем себя бродяге, умение не отобрать у больного человека последнюю надежду доступны тому, кто умён и понимает, что врач не располагает мерой чужой боли, чужого счастья и несчастья. В нашем деперсонализованном «медицинском обслуживании» врач зачастую — единственная ниточка между больным и реальным миром, лишённым гуманизма, не способным окружить больного заботой, уважением и состраданием.

Врач-социолог. Миф о равенстве (в первую очередь имущественном) российских граждан развеян. Как и в других странах, у нас есть бедные (к сожалению, их большинство) и богатые, медленно формируется средний класс. Учебники и руководства излагают некий усреднённый вариант диагностических и лечебных программ, мало приспособленный к реалиям сегодняшнего дня. Формируются три типа медицины. Медицина для бедных: диагностика не выходит за рамки программ обязательного медицинского страхования, лечение укладывается в формулярную систему, причём в самый дешёвый вариант формуляра. Тщательно просчитывается коэффициент стоимость/эффективность. Медицина для богатых и «средних», если таковые готовы тратить деньги на своё здоровье, позволяет использовать дорогостоящие диагностические методы, а в лечении — препараты третьего поколения. Врач, ведущий больного, должен владеть достоверной информацией об имущественном статусе пациента, его желании или нежелании употребить часть бюджета (и какую) на восстановление своего здоровья. Социальный статус пациента — параметр, определяющий стоимостную меру вмешательства.

Врач-интегратор. В учебниках и руководствах болезни описываются «в чистом виде». На практике приходится сталкиваться с сочетанной патологией. Она бывает моносистемной, например, когда поражены верхние и нижние отделы респираторного тракта или, ещё чаще, когда у одного пациента выявляется патология желудочно-кишечного тракта на всём его протяжении («от зубов до ануса»). Собственный многолетний опыт врачевания позволяет нам утверждать, что монопатология в гастроэнтерологии — вообще исключение из правил. Ещё сложнее ситуация, когда у пациента имеется полисистемная патология, т. е. одновременно поражены разные системы, например сердечно-сосудистая, гастроинтестинальная, опорно-двигательный аппарат. В случаях сочетанной патологии очень сложно решить вопрос, составляющий вечную проблему клинической медицины: что это, конгломерат разнородных болезней или синдромы одного заболевания? Правильность диагностики в обозначенной ситуации — мерило клинической культуры врача. Трудности диагностики усугубляются тем, что мы живём в эпоху психосоматической патологии.

Душа и тело слиты нераздельно,
Так отчего же тесный их союз
Не оградил их от вражды смертельной?

(Гёте. Фауст, акт 2)

Невротизация современных пациентов, тревожно-депрессивный интеграл меняют привычный рисунок соматических недугов. Врачу-соматику приходится интегрировать весь комплекс болезней, решать проблему «нездоровья пациента» — где-то самостоятельно, переводя «чрезмерные тяготы невроза в обычные невзгоды повседневности» (З. Фрейд), а где-то прибегая к помощи «узких» специалистов. Координация всех видов медицинской помощи пациенту приносит в медицину ту меру индивидуальной ответственности и гармонии, которая оказалась во многом утраченной.

Врач-генетик. В идеале один врач должен вести пациента и его семью «от нуля до конца» — от рождения до смерти. Это невозможно, ибо врач сам не бессмертен. Интересную информацию даёт тщательное изучение генеалогии семьи, патологической поражённости предыдущих поколений, «сгущение» одного вида патологии в семьях. Велика роль осмотра пациента, изучения фенотипа бабушек, дедушек, обоих супругов, детей. Нельзя забывать о знаках дисэмбриогенеза, маркерах дизморфий. Нередки ясно видимые черепно-лицевые дизморфии: оттопыренные уши, приращение мочек ушей, высокая или низкая диспозиция ушей, гипертелоризм, «башенный» череп, сглаженный фильтр. На кого похож ребёнок? На мать, на отца? Ни на кого не похож, а, возможно, похож на свой аномальный ген? В кого дети?

Конституция по наследству зачастую передаётся вместе с определённым кругом болезней. Особенно часто это встречается при ишемической, гипертонической болезни, сахарном диабете, соединительнотканых дисплазиях. Без тщательного изучения генеалогии семьи семейную профилактику можно лишь декларировать. Только врач, владеющий элементами медицинской генетики, сможет грамотно проводить семейную профилактику как комплекс мер вторичной, иногда третичной профилактики болезни для пациента в сочетании с индивидуальной медицинской первичной профилактикой болезнью группы риска для членов семьи пациента (детей, подростков). За последние годы резко возросла актуальность перинатальной патологии. К сожалению, она не всегда нивелируется в раннем детском возрасте. Груз перинатальной патологии многие несут через всю жизнь. Педиатры это хорошо знают, врачи же, работающие со взрослыми, не затрудняют себя выяснением вопросов о течении беременности и родов у матери пациента, болезнях раннего детского возраста. Последствия перинатальной патологии могут маскироваться под неврологические, соматические, эндокринные болезни, патохарактерологическое развитие личности.

Врач — медицинский адвокат. Современный рынок медицинских услуг необъятен. За деньги вам предложат увеличить или уменьшить объём бюста, избавиться от целлюлита, морщин и, если угодно, сменишь пол. Это хирургия. Пищевые добавки «излечат» от язвы желудка, гипертонии, вегетативной дистонии,

остеохондроза (сразу от всего «букета»). Даже профессионалу сложно разобраться в панацеях XXI века. Со времён Мольера («Мнимый больной») и Доницетти (опера «Любовный напиток») в массовом сознании ничего не изменилось. Народ ждал и ждёт чуда. Кто избавит пациента от услуг навязчивых «обследователей» («Болят голова? Как, Вы до сих пор не сделали компьютерную томографию мозга?», «Боли в спине? Необходимо ЯМР исследование спинного мозга — найдём грыжи дисков!») и телевизионных «лекарей» (в каждой рекламе «препараты сертифицированы»)? Медики, в особенности «узкие» специалисты, злоупотребляют инструментальными и лабораторными методиками, а в лечении предпочитают препараты, предлагаемые представителями определённых фирм.

Появилась необходимость во враче, оберегающем пациента от ненужных медицинских услуг. Качества

такого специалиста: клиническое воспитание, врачебная культура — понимание соответствия меры обследования предполагаемому диагнозу и мере последующего вмешательства, адекватности патологического процесса; видение пациента как *больного человека* с учётом его психологии, социального статуса, семейного и общественного окружения. Третье качество врача — порядочность. Ампула медицинского адвоката не подойдёт врачу с психологией торгаша.

Со времён Экклезиаста известно, что красота суетна, а ум опасен. И, тем не менее, хочется надеяться, что современная парадигма врачевания, анализирующая потенциал здоровья и болезнь человека как самодостаточные «здесь и сейчас», реализуется без опоздания на жизнь нынешнего поколения.

Поступила 03.06.2003

MODERN HEALING: FROM DISEASE CONTROL TO HEALTH CONTROL. THE ROLE OF FAMILY PHYSICIAN

A.F. Krasnov, B.L. Movshovich

Summary

The authors describe from the position of modern healing paradigm the role of a family physician and the qualities necessary to him to optimize health potentials in his patients and family health as a whole.