

≈ 25 мин

«Медицина есть наука о лечении людей. Так оно выходило по книгам, так выходило и по тому, что мы видели в университетских клиниках. Но в жизни оказывалось, что медицина есть наука о лечении одних лишь богатых и свободных людей. По отношению ко всем остальным она являлась лишь теоретической наукой о том, как можно было бы вылечить их, если бы они были богаты и свободны; а то, что за отсутствием последнего приходилось им предлагать на деле, было не чем иным, как самым бесстыдным поруганием медицины».

Викентий Вересаев. «Записки врача». 1895–1900 годы.

«В какой момент система здравоохранения превратилась в конвейер по оказанию медицинских услуг?» — вопрос, которым в последнее время всё чаще задаются врачи. Противостояние между пациентами-клиентами и врачами постоянно нарастает, выражаясь во всё новых случаях нападения на медперсонал и возрастающем количестве судебных исков¹.

Так называемый синдром эмоционального выгорания в таких обстоятельствах оказывается весьма распространённым явлением². В ответ психологи всех сортов предлагают всевозможные аутотренинги, долженствующие непременно

обеспечить нам душевное равновесие в этих нечеловеческих условиях, что по эффективности равносильно смазыванию твёрдого шанкра зелёной.

Наиболее эффективным методом избежания эмоционального выгорания в невыносимых условиях, по мнению многих «психологов», является смена места работы. Вот только хватит ли всем врачам места под солнцем? Безусловно, наиболее подготовленная их часть сможет устроиться на работу в престижных местах, где нагрузка будет в разы меньше таковой в городских клинических больницах, а заработная плата может быть даже больше. Но что с остальными, и как быть врачам в провинции? Им придётся или довольствоваться тем, что у них есть, или уйти из медицины, внося свой вклад в отток кадров, активно происходящий в России.

Впрочем, сказать, что врачам живётся плохо — значит по меньшей мере лукавить. Если сравнить заработные платы врачей в РФ на 2019 год, то, в соответствии с данными Росстата³, зарплаты людей, занятых в «специальной врачебной практике», то есть врачей-специалистов (в среднем в РФ 55859 ₺), находятся на 6 месте из 21 сферы деятельности. Зарплаты же врачей общей практики находятся на 10 месте (49304 ₺ в среднем в РФ). То есть жить можно, а при особом везении (проживании в Москве, где средняя заработная плата врачей-специалистов составляет 94 115 ₺, а врачей общей практики — 83 557 ₺ и т. д.) — и очень даже неплохо.

Но опять и опять хочется спросить у врачей: неужели все мы за этим шли в медицину? Неужели мечтали просто хорошо устроиться и зарабатывать деньги для себя и своей семьи? Разве не грезили мы когда-то тем, чтобы помогать

людям, искать причины и условия развития болезней, выяснять механизмы их развития? Так почему же прошло уже более 100 лет, а выдержки из «Записок врача» Викентия Вересаева остаются до боли актуальными?

«Ко мне приходит прачка с экземой рук, ломовой извозчик с грыжею, прядильщик с чахоткою; я назначаю им мази, пелоты и порошки — и неверным голосом, сам стыдясь комедии, которую разыгрываю, говорю им, что главное условие для выздоровления — это то, чтобы прачка не мочила себе рук, ломовой извозчик не поднимал тяжестей, а прядильщик избегал пыльных помещений. Они в ответ вздыхают, благодарят за мази и порошки и объясняют, что дела своего бросить не могут, потому что им нужно есть».

Почему же сегодня, при наличии куда более развитых производственных мощностей с возможностью обеспечить всем людям адекватный режим труда и отдыха, миллионы людей по-прежнему вынуждены проводить на работе бóльшую часть своей жизни, боясь увольнений, страдая всевозможными невротами, депрессией? Почему они вынуждены подавлять симптомы болезней, которых можно было бы избежать, небезвредными антидепрессантами? Уровень потребления антидепрессантов в развитых странах постоянно растёт⁴, во многом за счёт расширения списка показаний к их назначению, происходящего не без содействия фармфирм. Почему сегодня, в век развитых молекулярных технологий, каждый год жизни 1,5 миллиона человек⁵ по-прежнему уносит вдоль и поперёк изученный туберкулёз? И по какой причине все развитые страны, среди которых ведущая экономика мира — США, — продолжают сотрясаться от коронавирусной пандемии?

«Грубая, громадная и могучая жизнь непрерывно делает свою слепую, жестокую работу, а где-то далеко внизу, в её ногах, копошится бессильная медицина, устанавливая свои гигиенические и терапевтические „нормы“».

И действительно, нормы — нормами, ГОСТы — ГОСТами, а в жизни — бесконечные переработки, сверхурочные, малоподвижный образ жизни и постоянные стрессы. Но раз ГОСТы существуют только на бумаге, то, возможно, они только мешают стране развиваться, да, Дмитрий Анатольевич?

ПРИЧИНУ ПРОИСХОДЯЩЕГО СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ НЕ В САМОЙ МЕДИЦИНЕ, А В ТОМ, У ПОДНОЖИЯ ЧЕГО «КОПОШИТСЯ» ТА САМАЯ МЕДИЦИНА — В ЭКОНОМИКЕ.

Людам сложно представить, как работает экономическая система, порождающая людей, образы которых нам так противны. Мы стремимся к упрощениям, к тому, чтобы сделать абстрактное зло более осязаемым, более понятным нам, подобно тому как древние люди воображали себе антропоморфных божеств для объяснения природных явлений. Пусть воплощением всего плохого будет Путин, или Голикова, или ещё кто-то из высокопоставленных лиц. Однако такие упрощения недопустимы, если мы хотим разобраться, как работает человеческое общество.

Здесь будет уместна следующая медицинская аналогия. Когда мы смотрим гистологические препараты лёгкого при туберкулёзе, то наблюдаем на обычной

окраске (гематоксилином и эозином) гигантские многоядерные клетки Пирогова — Лангханса. Выглядят они весьма «патологично», и несведущий человек мог бы сказать, что именно эти гигантские клетки вызывают туберкулёз. Но стоит окрасить срезы того же препарата по Цилю — Нельсену, и мы обнаруживаем истинного виновника торжества — микобактерий туберкулёза. Что примечательно, гигантские многоядерные клетки действительно были описаны задолго до того, как Роберт Кох открыл возбудителя туберкулёза. Более того, другой современник Коха — Рудольф Вирхов, — даже сомневался в инфекционной природе туберкулёза.

Выходя за рамки своей врачебной специальности и рассуждая о болезнях общества, мы зачастую оказываемся настолько замороженными видом «гигантских клеток», что не видим за ними бурной деятельности неприметных микроорганизмов.

Политические игры, смена лиц у власти, проводящих популярные и непопулярные реформы, — всё это так просто и так захватывает... Однако это лишь поверхность явления, сущность которого — в экономическом базисе.

Когда люди обсуждают систему ОМС и говорят об откровенном вреде, который она наносит здравоохранению, они правы; но наивно было бы думать, что ОМС можно взять и отменить в рамках существующих экономических отношений. Крупнейшей страховой компанией по данным ЦБ РФ от 1 января 2019 года являлась ВТБ-МС с количеством застрахованных 24,2 млн человек, прекратившая свою деятельность 26 марта 2020 года путём присоединения к АО «СК „СОГАЗ-Мед“»⁶. Акционерами АО «СОГАЗ» с уставным капиталом в 30,1

млрд ₺ и совокупным доходом за 2019 год в размере 56 млрд ₺ являются такие гиганты, как Газпром, Банк «Россия», Газпромбанк, Газпром Капитал, Газпром Экспорт, Росатом, Ростех, Объединённая авиастроительная корпорация, Объединённая судостроительная корпорация, Россети, ИНТЕР РАО ЕЭС, Русгидро, Роскосмос, EuroChem, СУЭК, Металлоинвест, Северсталь, ФОСАГРО⁷. Стоит ли всерьёз надеяться на упразднение страховой системы, зная о таких фактах? Пока страховые компании приносят прибыль, они будут функционировать. Немалая часть и самих медработников оттекает из медицины на работу в страховые медицинские организации с меньшей нагрузкой и более высокой заработной платой.

Закономерным процессом преобразования для системы здравоохранения, вставшей на рыночные рельсы, является и так называемая «оптимизация», горячо «любимая» всеми врачами. Сама по себе оптимизация — это не плохо, и происходит она не только в медицинской сфере. В условиях дефицита ресурсов она призвана минимизировать издержки и увеличить доход предприятия или государства. Однако в результате происходит неизбежное укрупнение производства с разорением большого числа более мелких и, как правило, менее эффективных предприятий. Кроме того, содержание большого числа маленьких предприятий всегда обходится гораздо дороже, нежели одного крупного. Как следствие, целые города лишаются градообразующих предприятий, и миллионы людей остаются без работы. Покупательная способность населения в небольших населённых пунктах падает, бизнесу становится невыгодно производить свои услуги и товары для тех, кто не способен их оплачивать, и происходит отток капитала и людей в крупные города, например, в Москву. Вместе с этим разорительным становится содержание большого количества городских

больниц, поликлиник, доля платных услуг в которых никогда не сможет быть достаточной для самообеспечения из-за низкой покупательской способности населения. Особенно невыгодно содержание инфекционных стационаров, туберкулёзных и психоневрологических диспансеров, которые в принципе не могут приносить прибыли ввиду специфики своей деятельности. Именно они страдают первыми, перестают финансироваться и закрываются. Следствием этого является, например, настоящая эпидемия туберкулёза в РФ, особенно у людей с ВИЧ-инфекцией, число которых также пугающе велико⁸. Туберкулёз, конечно, вызывает коллапс системы здравоохранения не так быстро, как COVID-19, но в долгосрочной перспективе он ведёт к преждевременной утрате трудоспособности сотен тысяч людей. Вроде бы хотели сэкономить, оптимизировали систему... Но на выходе получили рост заболеваемости и новые издержки. Виток оптимизации можно запускать снова. *Circulus vitiosus*, не иначе.

Именно из логики существующей экономической системы следует закономерная необходимость развития страховой медицины, которая способствовала бы выживанию лишь немногих медицинских организаций, наиболее эффективных с точки зрения рынка. При этом оказание первичной медико-санитарной помощи оплачивается по ОМС куда хуже, чем оказание высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи, которую можно получить только в крупном многопрофильном центре большого города. Кроме того, сами тарифы оплаты устанавливаются ТФОМСами (территориальными фондами обязательного медицинского страхования) отдельных регионов самостоятельно и зависят главным образом от размеров регионального бюджета, который, в свою очередь, формируется из налогов от предприятий. Очевидно, что в

крупных городах, таких как Москва, тарифы значительно выше, а, значит, и медицинские учреждения там «богаче». Кроме того, «бедные» учреждения, оказывающие «дешёвые» виды услуг, продолжают беднеть за счёт того, что немалая доля населения предпочитает сразу обращаться в крупные региональные центры, а в иных случаях люди едут за медицинской помощью даже в другие регионы, в том числе в столичный (принцип ОМС «деньги следуют за пациентом» в этом благоприятствует). В результате происходит снижение числа оказанных «бедными учреждениями» услуг за отчётный период, что приводит к урезанию финансирования на последующий год. Таким образом, снова возникает тот самый *circulus vitiosus*.

Немалая часть целевых средств, выделяемых медицинским учреждениям оседает в страховых компаниях, которые штрафуют медицинские организации за неправильное оформление медицинской документации, которой становится всё больше, несмотря на информатизацию. В ответ на штрафы растёт количество приписок и различных хитростей, которыми не брезгают практически нигде. Доходит до того, что тарифы оплаты заболеваний вынуждают врачей ставить в графу основного заболевания не то, с которым обратился пациент, а то, что оплачивается дороже.

Амбулаторные учреждения, больницы, диспансеры — все они превратились из медицинских учреждений в цехи по производству определённого количества медицинских услуг, оплачиваемых определённым образом по определённым тарифам. При этом ни низкое качество оказанной услуги, ни её бессмысленность и неполноценность без всего комплекса других взаимосвязанных манипуляций зачастую никого не интересует. Так,

формальные профилактические осмотры, проводимые ежегодно на многих предприятиях, не приносят никакой пользы здоровью работников, а иногда даже наносят вред тем, что создают у человека ложную видимость благополучия. Это не мешает им существовать в том виде, в каком они существуют, оплачиваться соразмерно с качественно оказанной услугой подобного рода и приносить деньги осуществляющим медосмотры медицинским организациям.

Патологоанатомическая служба также не остаётся в стороне. Вскрытия оплачиваются поштучно, причём дороже стоят те из них, на которых, например, ведётся фотофиксация, поэтому патологоанатомы стараются наделать побольше фотографий, чтобы больница смогла заработать больше денег. При этом патологоанатомические отделения, являясь подразделениями стационаров, не заинтересованы критиковать услуги, оказанные их коллегами-клиницистами. Оттого и число расхождений между клиническим и патологоанатомическим диагнозами из года в год неизменно уменьшается⁹. Здесь полезно вспомнить бывшего главного патологоанатома Волгоградской области Вадима Колченко, подменившего образцы печени умершей роженицы на печень мужчины, страдавшего гепатитом, дабы не портить статистику по материнской смертности¹⁰.

Способна ли организованная таким образом патологоанатомическая служба выполнять свои прямые функции по обучению клиницистов (которые зачастую не имеют возможности даже дойти до секционной), по сбору статистики заболеваемости и причин смерти, по выявлению проблем профилактики, недообследованности населения? Вопросы риторические.

Давно патологическая анатомия потеряла свои позиции и в деле выяснения патогенеза болезней. Конвейер по оказанию услуги с наименованием «вскрытие» не может останавливаться и замедляться всякий раз, когда какому-нибудь «самому умному» патологоанатому приспичит покопаться подольше над телом умершего, ведь время, как известно, — деньги. Да и у самого патологоанатома со временем не очень, ведь он в среднем работает на 4,58 ставки (впрочем, по переработкам до клиницистов ему далеко). Прижизненная диагностика для патологоанатома представляется более важным занятием, ведь здесь ошибка может стоить жизни. Однако мало кто задумывается о том, что ошибки в постановке патологоанатомических диагнозов влияют на всю систему здравоохранения и стоят благополучия и жизней миллионам людей. Спасая единицы, мы теряем тысячи.

Симптоматичным стало и громкое дело Элины Сушкевич и Елены Белой¹¹, которых обвиняли в убийстве недоношенного ребенка, совершённого с целью улучшения статистических показателей. В этой борьбе за место под солнцем едва ли находится место нравственным мукам. И всё же морально-этические проблемы не могут не заботить врачей, и они ищут ответы на вопросы, в частности, о том, зачем их вынуждают спасать младенцев массой 500 граммов, обрекая их родителей на вечные страдания. Так, даже в «Клинических рекомендациях по оказанию медицинской помощи детям, родившимся в сроках гестации 22–27 недель» от 2016 года авторы задаются следующими вопросами:

«Не стали ли зависеть мы в своих решениях от корпораций, производящих препараты для лечения болезней недоношенных? Оборудования, заставляющего ради расширения рынка всё больше и больше отодвигать

„жизнеспособный гестационный возраст“?»¹²

Статистика по детям, имевшим при рождении экстремально низкую массу тела, несмотря на повышение их выживаемости, неутешительная. Если говорить о детях, родившихся с массой 500–749 граммов, то примерно 27% из них¹³ имеют тяжёлые неврологические нарушения. Что касается детей, рождённых даже не на 22, а на 23–24 неделях гестации, то к 10 годам 49% из доживших до этого возраста имеют хотя бы одно из таких серьёзных заболеваний нервной системы, как церебральный паралич, эпилепсия, аутистическое расстройство и другие нарушения когнитивной сферы¹⁴. Но едва ли производителей медицинского оборудования и медикаментов в гонке за прибылью будут волновать судьбы родителей этих глубоких инвалидов, а также врачей-перинатологов и акушеров-гинекологов, которых будут призывать за это к ответу. Прикрываясь чисто гуманистическими соображениями, компании-производители так и будут продолжать калечить судьбы детей, родителей и врачей.

Давно уже ни для кого не является откровением поистине беспрецедентное продвижение фармкомпаниями своих интересов. Об этом написано немало статей, книг (например, книга Петера Гётше «Смертельно опасные лекарства и организованная преступность»), это явление зачастую находит своё отражение и в кино (кинофильм «Беглец» (1993), 17-я серия 1 сезона «Доктора Хауса»). О проблемах здравоохранения в США снят документальный фильм «Здравозахоронение» Майкла Мура (2007). Впрочем, многим врачам это не мешает продолжать пение хвалебных од «доказательной медицине». Оно и понятно, ведь единственным источником статистических данных об эффективности и безопасности лекарств являются результаты соревнующихся в

своей доказательности клинических испытаний. Проблема состоит лишь в том, что многие из них спонсируются основными выгодоприобретателями — фармфирмами, для которых существует лишь их прибыль, а игры со статистикой ещё никто не отменял. Big pharma не щадит ни женщин, ни детей: стоит только вспомнить, сколько судеб искалечило назначение беременным женщинам Талидомида и антидепрессанта Паксила (Пароксетин) детям:

«Внутренний неопубликованный отчёт об исследовании, который стал доступен в судебном порядке, показал, что по меньшей мере восемь детей совершили суицид при приёме паксила, против одного ребёнка, получавшего плацебо. Это серьёзный и статистически достоверный вред паксила ($p = 0,035$)»¹⁵.

Кризис в медицине, как «первой науке о человеке»¹⁶, низвёл её в лучшем случае до раздела биологии. И действительно: практически всеми современными достижениями и прорывами в лечении медики обязаны биологам, участвующим в разработке новых препаратов, занимающимся выяснением тонких механизмов развития болезней, поиском молекул и молекулярных путей, на которые можно воздействовать, чтобы разорвать патогенетическую цепочку. Оттого биологи пренебрежительно относятся к представителям медицинских профессий, а врачи тешат своё уязвлённое самолюбие тем, что «спасают жизни».

На самом же деле понятие «медицина» гораздо шире и глубже, чем представление о ней, имеющееся у большинства биологов и медиков. Медицина изучает человека в его становлении, в его развитии, физическом и духовном. А

потому люди, выбравшие путь служения медицинской науке, не должны и не могут довольствоваться оказанием того или иного количества услуг: их должен прежде всего волновать человек. «Как формировался этот человек? Почему возникло его заболевание, какие причины его вызвали, какие факторы и условия сделали возможным его возникновение? Каковы обстоятельства, благоприятствующие прогрессированию болезни, и как он может их изменить? А если он сам не в силах их преодолеть? Что, если объективные условия диктуют необходимость каждый день сталкиваться с этими усугубляющими болезнью факторами? Значит нужно менять сами объективные условия. А как это сделать? Как, в конце концов, преобразовать общество так, чтобы снизить вредные влияния на людей?» — вот какими вопросами должен задаваться настоящий врач.

Не назначение пилюль по новейшим международным клиническим рекомендациям, не слепая вера в доказательную медицину, не повторение рекламных заявлений представителей фармкомпаний делают врача врачом. Человек любой специальности становится человеком только тогда, когда, познавая этот мир, начинает преобразовывать его, становится его творцом. Неужели мы шли в медицину лишь за тем, чтобы быть последним рубежом на пути человека к смерти? Неужели не горели мы благой целью улучшить жизнь человека, свести к минимуму вредные влияния на его организм, обеспечить своевременное выявление рисков развития заболеваний? Почему мы не то что оказываемся неспособными уберечь чье-то здоровье, но даже не можем как следует позаботиться о себе, работая сменами, превышающими порой 24 часа? Отчего возникает наше эмоциональное выгорание? Не оттого ли, что мы чувствуем свою беспомощность, неспособность по-настоящему помочь

человеку?

Проблемы доступности и качества медицинской помощи волнуют врачей самых разных уголков мира уже давно, а ВОЗ (вместе с ВОЗом) и ныне там.

Невозможность применять весь комплекс современных знаний о человеке, полученный в университетах, на практике приводил в уныние не одно поколение врачей. Среди них и Викентий Викентьевич Вересаев (Смидович), и Поль Лафарг, и Николай Александрович Семашко. Все они чувствовали себя связанными по рукам в рамках существовавшей системы. Острое осознание подчинённой роли медицины по отношению к экономическим условиям толкало в былые времена многих врачей в ряды революционеров.

Опыт СССР позволил коренным образом изменить ситуацию в сфере охраны здоровья. Была сделана полностью оправдавшая себя ставка на профилактику болезней. Развитие гигиены и эпидемиологии находило своё применение во всех сферах жизни человека: строящиеся в большом количестве детские сады и школы проектировались в соответствии с санитарными нормами, а распорядок дня в детских учреждениях учитывал физиологические особенности растущего организма; то же касалось и производств, на многих из которых обеспечивались обязательные перерывы на физические упражнения и обед, а часы рабочего времени строго регламентировались трудовым законодательством. Различные любительские спортивные секции и соревнования, культурно-массовые мероприятия (фактически аналог современного «тим-билдинга») были также в ходу на многих предприятиях. Смысл всех этих мероприятий состоял в том, чтобы на каждом этапе жизни человека снизить до минимального влияние вредных факторов среды, участвующих в развитии заболеваний, а также

способствовать социализации, которая необходима для психического благополучия человека.

Сегодня развитие науки шагнуло далеко вперёд, и медицина могла бы дать человеку ещё больше. Что же мешает нам воплотить наши знания в жизнь? Ответ есть, но он не лежит на поверхности. Этиотропная терапия болезней общества возможна, стоит лишь обнаружить возбудителя. Однако для этого нужно преодолеть врачебный снобизм, перестать по-бытоватски рассуждать о глупых и продажных чиновниках, коллегах-«фармпроститутках» и начать серьёзное и вдумчивое изучение того, что обуславливает жизнь общества, а именно экономического базиса.

Примечания

1. [Лечебное дело: всё больше врачей в России идут под суд // Известия.](#) ↩
2. Brečka, T. A., Vňuková, M., Raboch, J. et al. [Burnout Syndrome Among Medical Professionals: Looking for Solutions. Act Nerv Super 60, 33–39 \(2018\).](#) ↩
3. [Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата на одного работника по полному кругу организаций с 2017 г. // ЕМИСС — Государственная статистика.](#) ↩
4. [Strategies to reduce use of antidepressants // BPS Journals.](#) ↩
5. [Tuberculosis: overview // World Health Organization.](#) ↩
6. [О прекращении деятельности ООО ВТБ МС путем присоединения к АО «СК „СОГАЗ-Мед“» // МГФОМС.](#) ↩
7. [Отчётность по российским стандартам // СОГАЗ.](#) ↩
8. [ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ СРЕДИ ЛИЦ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В](#)

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ // *Туберкулёз и болезни лёгких*. ↵

9. Состояние и основные задачи развития патолого-анатомической службы Российской Федерации: Отраслевое статистическое исследование за 2019 год / Под ред. Франка Г. А. / Минздрав России — М., 2020. — 96 с. ↵
10. Обвинение требует для патологоанатома 14 лет колонии за подмену образца печени и взятки // *Медицинская Россия*. ↵
11. Дело врачей. Как судили калининградских медиков, обвиняемых в убийстве младенца // *Медиазона*. ↵
12. Д. О. Иванов, О. Г. Капустина, Т. К. Мавропуло, А. И. Оболонский, Д. Н. Сурков. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям, родившимся в сроках гестации 22–27 недель (2016). ↵
13. Improved Survival Rates With Increased Neurodevelopmental Disability for Extremely Low Birth Weight Infants in the 1990s. Deanne Wilson-Costello, Harriet Friedman, Nori Minich, Avroy A. Fanaroff and Maureen Hack *Pediatrics* April 2005, 115 (4) 997–1003. ↵
14. Rachel G. Hirschberger, Karl C. K. Kuban, Thomas M. O’Shea, Robert M. Joseph, Tim Heeren, Laurie M. Douglass, Carl E. Stafstrom, Hernan Jara, Jean A. Frazier, Deborah Hirtz, Julie V. Rollins, Nigel Paneth, ELGAN Study Investigators. *Co-occurrence and Severity of Neurodevelopmental Burden (Cognitive Impairment, Cerebral Palsy, Autism Spectrum Disorder, and Epilepsy) at Age Ten Years in Children Born Extremely Preterm* // *PubMed*. ↵
15. П. Гётше. «Смертельно опасные лекарства и организованная преступность», с. 322. ↵
16. В. Д. Жирнов «Медицина — первая наука о человеке». URSS. 2016. 256 с. ISBN 978-5-9710-3025-6. ↵