

# КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А. Д. Трубецков

Медицина среди других областей культуры занимает уникальное место. С одной стороны, она, очевидно, связана с теоретическими и технологическими достижениями естественных наук. Примеров можно приводить бесчисленное множество, наиболее наглядно это проявилось в бурном развитии медицины после совершенствования оптической техники в конце XIX века, появления микробиологии и клеточной патологии Р. Вирхова.

С другой стороны, медицина обладает многими чертами, сближающими ее с гуманитарным знанием. Она по-прежнему близка к речевым практикам. Медицина всегда считала себя не только (или не столько) наукой, но и искусством. Общение врача и пациента признается неповторимым творческим процессом, где врач сродни актеру, а пациент должен испытать что-то близкое к катарсису. Широкою известность имеет высказывание, что если больному не стало лучше после самого визита к врачу, то это не врач. Более того, представители искусства с удовольствием поддерживали эту метафору, рассматривая свою деятельность как врачевание души. Даже если не принимать близость медицины к гуманитарному знанию, несомненна связь медицины и отношения к человеку, к гуманистическим ценностям в обществе. Когда Генрих II получил ранение копьем в глаз на турнире, для изучения ранения аналогично ранили 4 пленников. Первым высказал мысль о невозможности проведения экспериментов на человеке К. Бернар в 1869 году.

В связи с вышесказанным представляется интересным рассмотреть некоторые тенденции в сегодняшней медицине, с одной стороны, и в естественных и гуманитарных науках — с другой. Начнем с крайне простого и, вероятно, всем знакомого примера. Врач поликлиники — по поводу ОРВИ — предлагает Вам принимать ремантадин, афлубин, а также делать массаж рефлексогенных зон вокруг носа. Ситуация крайне банальная, но в нее имеет смысл взглянуть более пристально. Делая такие назначения, врач, сам не отдавая себе в том отчета, одновременно поддерживает три абсолютно разные, не согласующиеся друг с другом (и даже враждебные) медицинские концепции. Ремантадин — аллопатический препарат, созданный на основании европейского естественнонаучного знания, на представлениях о патогенезе вирусной инфекции. Афлубин — комплексный гомеопатический препарат. Гомеопатия базируется на положении, что подобное следует лечить подобным. О лженаучности гомеопатии мне говорили двадцать лет назад на первой лекции по фармакологии в медицинском институте, и рационального объяснения гомеопатии до сегодняшнего дня не существует, объяснения строятся на принципах, заложенных еще С. Ганеманом в начале XIX века. Что касается того, что, следуя традициям советской науки, называется рефлексотерапией (слово «рефлекс» здесь — лишь вежливый жест в сторону великого И. П. Павлова, используемый для легализации направления), то она до настоящего времени основывается на циркуляции жизненной энергии *чи* по каналам *инь* и *янь*, которые никто никогда не видел, несмотря на бесконечные разрешающие возможности сегодняшней аппаратуры.

С чем же связано то, что мы даже не замечаем противоречивости подобных назначений? Прежде всего, вероятно, с отсутствием единой концепции более или менее строгой *теоретической* медицины, сомнениями в собственной системе ценностей, эпистемологической неуверенностью и связанной с этим столь модной сегодня толерантностью — в медицине стал господствовать постмодернистский принцип нонселекции (1).

Ассоциации с *постмодернизмом* в этом контексте — не просто слова. В США, о которых говорят как о стране победившего постмодернизма, вышла монография (2), где, среди

прочего, приводится пример того, как левая критика сотрудничает с альтернативной медицинской практикой и выполняет функцию своеобразного троянского коня. В штате Колорадо группа граждан высказала сомнение в целесообразности преподавания для медсестер на деньги налогоплательщиков врачебной техники, основанной не на научных данных, а на современной религиозной практике, а именно — бесконтактного массажа. К аналогичному мнению пришла и комиссия, созданная по инициативе университета и порекомендовавшая отказаться от преподавания целительства на ближайшие 20 лет: до подтверждения валидности методики. Один из критиков тут же назвал это мужским врачебным доминированием, ущемляющим женское доминирование медсестер. По его мнению, факты не столь важны, как те, кто эти факты интерпретирует, и что только 15% медицинских вмешательств имеют основу в виде *evidence based medicine* (см. далее — *А. Т.*). В конце концов, преподавание было продолжено.

Примеров коллажевого сочетания различных подходов можно привести достаточно много. Я, к сожалению, не знаком с содержанием книги «Синдром хронической усталости, сглаз и порча» (3), но заголовок уже сам по себе весьма показателен. Из Интернета удалось почерпнуть информацию врача-гомеопата И. Долининой о возможности использования гомеопатического подхода при прогнозировании развития профессиональных заболеваний и профессиональном отборе. Вполне вероятно, что отдельные работодатели вполне могут принять подобную методику профессионального отбора, но это, без сомнения, расходится с существующим законодательством и будет ограничивать права рабочих. Еще один пример коллажевого принципа в медицинской литературе — монография Г. А. Зубовского, состоящая из двух практически независимых разделов, один из которых основывается на ультразвуковой и радионуклидной диагностики патологии органов брюшной полости, второй — принципов электроakupunkturной диагностики по методике Фоля (4).

Существует множество и более грубых примеров толерантности в медицине, которые выглядят как типичные постмодернистские коллажи. Я имею в виду ситуацию, когда под лозунгом сближения различных видов знания, привлечения народной мудрости и т. п. появляются крайне своеобразные монстры, вроде уже упомянутой иглорефлексотерапии, объединенные на уровне метафоры: «энергетический обмен — биоэнергетика», «резонанс — информационное воздействие — КВЧ-терапия — гомеопатия», «биоритмология — Чижевский — астрология» и пр. Мне встречалось описание прибора, который активно работает и приносит доход, где одновременно встречались слова «нелинейная динамика» и «реинкарнация». Синергетика, учитывая ее сейчас популярность и авторитет, часто становится жертвой и участвует во всем этом — тоже на уровне метафоры — в виде фрагментов бриколажа, для легализации какого-либо нового и часто «альтернативного» учения.

Медицина сдалась практически без боя под натиском *неомифологизма*. По крайней мере, такого демарша, какой предпринял участник сандинистского движения, затем физик А. Сокал, в медицине раньше не бывало. Напомню, что после активного участия в работе знаменитого журнала «*Social text*», публикации резкой левой критики в адрес научного знания, проведения эффектных параллелей между достижениями естественных и гуманитарных наук, легкой игрой постмодернистской терминологией Сокал выступил в открытой печати с саморазоблачением и выпустил впоследствии книгу «Интеллектуальные обманы» (5).

Таким образом, можно говорить, что и на медицинское знание, несомненно, распространяется кризис европейских наук (6). Для современного ее состояния характерны сомнения в системе легализации знания, недоверие к собственному *метарассказу*. Добавим, что фоном для медицинской эклектики явился окончательный кризис позитивизма, полный отказ от привычных картезианских представлений о человеке как сложном и пока недостаточно изученном механизме, склонном к постоянным поломкам. Стремительно пришедшие на смену представления нелинейной динамики (что в столь сложной системе как человек в большинстве случаев не соблюдается принцип суперпозиции, законы носят вероятностный

характер, достоверное прогнозирование весьма сомнительно и др.) пока что внесли в медицинскую практику еще большую смуту. Реакцией на это состояние, по-видимому, стало появление такого авторитетного направления, как клиническая эпидемиология, доказательная медицина, медицина, основанная на фактах — того, что за рубежом называется *evidence based medicine*.

Традиционная схема доказательства, например, эффективности воздействия лекарства, исходит из представлений о патогенезе патологии. К примеру, известно, что при ишемической болезни сердца отмечается рост холестерина в сыворотке крови, а атеросклеротическое поражение сосудистой стенки связано с отложением в ней липидов. Значит, целесообразно назначить препарат, который будет снижать концентрацию холестерина. Снижение будет критерием эффективности лечения. С точки зрения *evidence based medicine* эффективность такого препарата — еще не *факт*. Фактом станет только результат большого статистически выверенного исследования с двойным «слепым» контролем, с гарантией случайного распределения пациентов в основную и контрольную группы, с одинаковыми критериями диагноза и методами контроля, современной статистической обработкой материала и, особенно важно, с ориентацией не на промежуточный, а на конечный результат — увеличение среднего срока жизни пациентов, безинфарктный промежуток и т. д. Только на такой *факт* можно опираться при назначении лечения. Обзоры по различным специальностям, проведенные с точки зрения доказательной медицины, формируются в Кокрейновской библиотеке (по фамилии инициатора подобных исследований) и пользуются возрастающей популярностью.

Такого типа исследования явились толчком к разнообразным ревизиям уже почти канонизированных представлений. Например, оказалось, что, несмотря на эффективность противоаритмических препаратов (т. е. их способность снимать аритмии), в ряде случаев их назначение укорачивает жизнь пациентов. Или достигаемый гипотензивный эффект мочегонных препаратов у молодых женщин при гипертензии и связанное с этим снижение риска инсульта менее значимо, чем повышение риска рака почки.

При всей несомненной ценности подхода *evidence based medicine*, нельзя не заметить его ограниченности. Например, многократно возрастает цена, затрачиваемая на получение факта, при том, что сам факт становится очень малоинформативным и нет однозначного механизма его интерполяции. Например, если получена достоверная информация на группе мужчин от 30 до 40 лет, встает вопрос, можно распространить данную информацию и на женщин, или на другую возрастную группу? Все это уже снова не является фактом при отсутствии единой теории (вертикали), и медицина превращается в горизонталь — плоскость, на которой есть небольшие островки твердой почвы доказанного знания, среди общего болота недостоверностей. Знание становится фрагментарным. Это заставляет вспомнить и т. н. «*постмодернистскую чувствительность*», под которой понимают видение мира как хаоса, лишённого причинно-следственных связей — «децентрированный мир» с иерархически неупорядоченными фрагментами. Заметим особо, что для доказательной медицины не принципиально объяснение феномена, метарассказ, понимание патогенеза и механизма эффективности вмешательства. В частности, в отношении некоторых гомеопатических препаратов уже проводилось рандомизированное исследование.

Между прочим, вопрос о причине и следствии можно здесь развернуть и в обратном направлении. То, что огромный пласт информации не вписывается в систему ценностей доказательной медицины, может уравнивать между собой давно применяющийся препарат, для которого не проводилось рандомизированное исследование, сбор лекарственных трав, используемых в народной медицине, и какой-нибудь бесконтактный массаж с «биоэнергетикой». Для доказательной медицины это все в одинаковой степени не *факты*, что добавляет аргументов в пользу толерантности. Медицинское знание становится крайне неповоротливым. Здесь уместно вспомнить Р. Тагора: «Если мы закроем дверь перед заблуждением, то как же тогда войдет Истина?»

Интересно, что в данной ситуации меняется и образ врача-исследователя. Для набора достаточной для статистической обработки группы пациентов проводятся многоцентровые международные исследования. Реальным их автором становятся некие супернаблюдатели — координаторы проектов, которые составляют дизайн исследования. То, что исследователи на местах только собирают материал, а результат смогут прочесть вместе со всеми в научном журнале, даже повышает достоверность исследования. Можно провести аналогию с появлением режиссера в театре в конце VIII века и появление в конце XX века такой фигуры, как куратор проектов в визуальных искусствах. (например, Марат Гельман, который, несомненно, активно самостоятельно влияет на художественный процесс, используя художников с их произведениями в качестве исходного материала, сырья.)

Для перехода к следующему важному моменту в современной медицине еще раз отметим уже звучавшие положения: крайне высокая цена отдельных видов лечения, высокая цена легализации знания, большое количество информации, не носящей категории *факта*, равноправное существование разнообразных объяснительных систем. В этой ситуации врачу становится все сложнее взять на себя ответственность за выбор метода лечения в каждой конкретной ситуации. Традиционно общение врач — пациент придерживалось *патерналистической* модели, которая восходит еще к Гиппократу. При этом врач берет на себя всю полноту ответственности за жизнь и здоровье пациента и делает все возможное, исходя из своих представлений об истинной науке, — делает пациенту добро, но добро, исходя из своих представлений об этом добре. Неоднозначность подобных представлений многократно описана и в теоретической, и в художественной современной литературе (вспомним пелевинские слова о том, что «силы ночи, силы дня» не представляют собой бинарной оппозиции и являются инвариантами третьего состояния) (9).

Таким образом, только мнение самого пациента становится *решающим* в выборе лечения. Эти вопросы входят в круг интересов современной биоэтики, интенсивно развивающейся отрасли медицинского знания (где-то с 80-х годов). По современной постоянно пропагандируемой коллегиальной модели общения, пациент должен принять информированное решение, а врач — предоставить всю полноту данных о состоянии его здоровья, возможных последствиях, перспективах, ценах лечебного вмешательства.

Законодательно такая модель уже поддерживается. Самый наглядный пример связан с активной деятельностью секты «Свидетели Иеговы». Согласно их принципам, категорически запрещено производить любую пересадку тканей, в частности, переливать кровь. Несколько лет назад в массовой печати обсуждался факт, когда врач был осужден после того, как по жизненным показаниям перелил кровь умирающей сектантке, находившейся уже в бессознательном состоянии, зная о ее несогласии с проведением процедуры, и спас ей жизнь.

Отметим особо, что смена модели общения влечет за собой и дальнейшие изменения языка. Если раньше международным и кастовым языком медицины и науки вообще была латынь, то для того, чтобы достичь понимания с пациентом, предоставить ему информацию в понятном виде, необходима дальнейшая профанизация медицинского языка и, возможно, медицинского знания.

Если сопоставить отношения «врач — пациент» и «писатель — читатель/зритель», то перемещение ответственности в принятии лечебной тактики с врача на пациента оказывается близким к таким понятиям, как *интерактивность* в различных жанрах и произведениях. Прежде всего, это касается М. Павича и авторов его круга. Писатель отказывается от «патерналистической» модели общения с читателем и предлагает ему в определенной степени соавторство — направление чтения, порядок фрагментов и пр. В «Пейзаже, нарисованном чаем» оставлены пустые страницы, на которых каждый может написать свой вариант окончания романа в собственном экземпляре книги. Сильно упростив проблему, отметим, что нечто похожее предстоит сделать пациенту в ситуации, в которой он оказывается при общении с «Павичем в белом халате»: врач-автор рассказы-

вает о сущности проблем со здоровьем, предлагает методы лечения и оставляет за пациентом право выбора.

Между прочим, доказательная медицина во многих вопросах находит общие точки с *биоэтикой*. Например, пациент, разумеется, обязан быть предупрежден, что медицинское вмешательство не относится к категории факта и, как говорится, незнание этого самим врачом не освобождает его от ответственности. При проведении научного исследования пациент должен быть предупрежден, что эффективность, например, лазеротерапии, не является фактом и он участвует в научном исследовании. «Слепой» контроль подразумевает, что пациент дает согласие на то, что он не будет знать, что ему назначают — пустышку (плацебо) или исследуемый препарат.

Считаю необходимым оговориться — автор не является безусловным адептом сугубо рационального познания, исключаяющим все, что лежит за пределами естественнонаучного знания. Но автора удивляет его собственная эпистемологическая неуверенность в современной медицине и толерантность к альтернативным парадигмам. После описания некоторых тенденций современной медицины я не могу дать их оценку и, тем более, не в состоянии предложить выход из сложившейся ситуации. Нынешнюю эпоху неоднократно сравнивали с александрийской, когда казалось, что все уже сделано в классический античный период, а поэты соревновались в знании легенд и источников прошлых веков, и никто не мог предположить начала эры христианства. Сейчас различные авторы находят признаки пост-пост-модерна, все чаще отношение к практическим выводам из работ Дерриды, Лиотара и других становится ироничным. Вполне возможно, что мы находимся на пороге создания новой парадигмы и пытаемся угадать ее черты.

Применительно к медицине, на это хочется еще и надеяться.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ильин И. Постмодернизм. Словарь терминов. М.: Интрада, 2000.
2. *Dónal O'Matúna*. Postmodernism and You. 1996.
3. Савельев И. В. Синдром хронической усталости, сглаз и порча. М.: Фаир-пресс, 2000.
4. Зубовский Г. А. Ультразвуковая диагностика и электроакупунктура. М., 1992.
5. Sokal A., Breamont J. Intellectual Impostures. London: Picador, 1998.
6. Гуссерль Э. Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология // Вопросы философии. 1992, №7, с. 136–176.
7. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. М.: Медиа Сфера, 1998.
8. Ильин И. Постмодернизм. Словарь терминов. М.: Интрада, 2000.
9. Пелевин В. О. Чапаев и Пустота. М.: Вагриус, 2000, с. 261.
10. Бартко А. Н., Бартко Е. П. Михалковска-Карлова Биомедицинская этика. Теория, принципы и проблемы. Часть 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. Москва. 1999.
11. Павич М. Пейзаж, нарисованный чаем. СПб.: Азбука, Амфора. 1998.