

# ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

УДК 67.616-007

## КРИЗИС СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ВЫХОДА ИЗ НЕГО

А.П. Васильев, Н.Н. Стрельцова

Филиал НИИ кардиологии "Тюменский кардиологический центр"  
E-mail: sss@cardio.tmn.ru

## CRISIS OF MODERN MEDICINE AND POSSIBLE WAYS OF RECOVERY

A.P. Vasiliev, N.N. Streltsova

Tyumen Cardiology Center, Branch of RI Cardiology

Основываясь на анализе развития современной (западной) медицины, продемонстрированы закономерные факторы формирования ее характерных особенностей, являющихся в свою очередь почвой для возникновения кризиса. Показаны основные проявления кризиса медицины и его следствия. Обозначено возможное направление выхода из кризиса, которым является развитие интегральной медицины, объединяющей аналитические принципы классической (западной) медицины и положительные врачебные тенденции Востока, а также некоторые комплементарные традиции Запада.

**Ключевые слова:** особенности современной медицины, причины, проявления и следствия кризиса, возможные пути выхода из кризиса.

Based on the analysis of the advances in modern (western) medicine, characteristic factors for its development are demonstrated suggesting that they are the basis of the onset of the crisis. Main aspects of the manifestation of crisis in medicine and its consequences are demonstrated. Possible ways for overcoming the crisis are proposed with an emphasis on the development of integrative medicine combining the analytical principles of classic (western) medicine, positive medical tendencies of the East, and some complementary traditions of the West.

**Key words:** modern medicine characteristics, causes of crisis, manifestations and consequences of crisis, possible ways for overcoming the crisis.

Несмотря на бесспорные успехи современной официальной медицины, прежде всего в лечении и предупреждении опасных инфекционных заболеваний, оказании помощи в urgentных ситуациях, внедрение в клиническую практику высокотехнологических методов диагностики и лечения, а также значительное расширение наших знаний в различных областях медицины и биологии, мы не стали более здоровыми. Более чем столетние усилия по изучению атеросклероза с позиций холестериновой теории, к сожалению, не принесли желаемых результатов. Еще в XX веке в России были разработаны крупные кооперативные эпидемиологические и профилактические программы, была развернута специализированная кардиологическая служба: создано 18 НИИ кардиологии во главе с Всесоюзным кардиологическим научным центром АМН СССР, организован 51 кардиологический диспансер, 880 кардиологических отделений в больницах. Это дало ощутимые результаты: значительно улучшилась диагностика, госпитализация, лечение, ре-

билитация больных кардиологического профиля. Однако ни заболеваемость, ни смертность от сердечно-сосудистой патологии не снизились. И сегодня эти заболевания занимают передовые позиции в структуре общей смертности.

Анализ состояния здоровья населения, проведенный комиссией Конгресса США в начале XXI века, показал удручающую картину. Все шире распространяется детский диабет, который был исключительно редким заболеванием 2–3 десятилетия назад [38]. Было обнаружено, что почти у 20% американских детей и подростков коронарные артерии поражены атеросклеротическими бляшками [37]. В Шотландии за последние 10 лет заболеваемость школьников и молодежи студенческого возраста аутоиммунными болезнями увеличилась вдвое [30]. В России дела обстоят, по-видимому, еще хуже. По данным НЦ здоровья детей РАМН, среди младших школьников по-настоящему здоровых не более 12%, а среди старшеклассников – 5%. Больше половины детей имеют хронические забо-

левания. За последние 10 лет на 80% увеличилось количество подростков с сахарным диабетом (СД), на 30% – больных астмой. Общая заболеваемость детей до 15 лет возросла на 15%, патология нервной системы регистрируется у 23%, количество детей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), возросло более чем в 1,5 раза [9, 13, 17, 18]. Чрезвычайно остро стоит проблема СД, особенно если учесть, что число больных диабетом каждые 12–15 лет удваивается [12]. Заболеваемость СД 2-го типа, теснейшим образом связанная с сердечно-сосудистой патологией, в настоящее время приняла характер эпидемии. По данным ВОЗ, количество больных СД за 10 лет увеличивается на 46%. Для России предполагаемый рост их количества может достичь 57% за те же 10 лет [16]. И, к сожалению, все усилия современной медицины не в состоянии остановить этот процесс. Многие десятилетия во всем мире продолжается непрерывный рост онкологической заболеваемости. В России за последние 17 лет (1991–2007 гг.) количество больных с впервые установленным диагнозом рака возросло на 23% [1, 2]. Следует признать, что сегодня мы бессильны бороться с хроническими заболеваниями. Медицина нередко лишь пытается помочь пациенту правильно болеть; она не занимается здоровьем, она занимается болезнями.

Довольно показательно то обстоятельство, что, несмотря на успехи в развитии официальной медицины, интерес к народной медицине не только не уменьшается, но и растет. Так, в США 42% пациентов обращаются за услугами неконвенциональной (комплементарной, альтернативной, народной) медицины, 70% населения Канады хотя бы один раз прибегали к использованию таких методов, в Великобритании – 20%. Процентный показатель для населения, обращающегося за услугами нетрадиционной медицины, достигает 75% во Франции, 48% – в Австралии, 38% – в Бельгии [22, 32, 36]. При этом расходы жителей США на альтернативную медицину только за 7 лет возросли с 13 до 38 млрд. долларов в год [39]. Важно отметить, что в России 95% народных целителей не имеют медицинского образования, а 40% из них нуждаются в лечении психических отклонений [21].

Одной из причин представленных фактов, по-видимому, является разочарование в ортодоксальной медицине, оснащенной точными, высокотехнологичными методами диагностики и лечения и имеющей огромный арсенал фармакологических средств, однако не способной оказать реальную эффективную помощь при многих заболеваниях. Миф о всеисилии современной медицины несколько потускнел.

Внедрение в практическую медицину передовых достижений научно-практического прогресса привело, как ни парадоксально на первый взгляд, к обострению социальных проблем, поскольку сопровождается удорожанием всех видов врачебной помощи и снижением ее доступности, особенно в специализированной сфере.

Подобная ситуация требует глубокого анализа основополагающих тенденций развития медицины и характерных ее особенностей, закономерно сформировавшихся к настоящему времени.

С незапамятных времен люди оказывали друг другу помощь при болезнях. Необходимость выделила из люд-

ской среды представителей, наделенных особым даром целительства. Тысячелетний опыт научил их использовать в лечении самые разнообразные природные средства растительного, животного, минерального происхождения, а также физические факторы, часто на фоне суггестивного воздействия в виде заклинаний, заговоров, ритуальных действий. Эффект подобного рода лечебной практики основывался большей частью на мобилизации защитных сил самого организма. Великая “Жизненная сила” залечивает рану, действуя с поразительной мудростью и точностью. При переломе кости, например, нужно только правильно сложить ее фрагменты и зафиксировать их, а организм сам завершит всю оставшуюся работу.

В средние века в Европе по мере усиления материалистических тенденций в познавательном процессе представления о так называемой “Жизненной силе” стали отходить на задний план. С появлением в XVII веке работ Рене Декарта и Джованни Борели, объясняющих процессы, происходящие в организме человека и животных законами гидравлики и механики, медицинская наука стала строиться на принципах научного рационализма, отвергающего все “параматериальное”. Позднее работы Луи Пастера окончательно обозначили идеологические рамки современной биологии и медицины. В содружестве с естественными науками медицина довольно быстро по меркам мировой истории добилась ощутимых успехов: исчезли страшные эпидемии, уменьшилась смертность от ряда заболеваний, расширились терапевтические возможности, увеличилась продолжительность жизни.

В настоящее время медицина базируется на принципах объективного изучения биологических процессов с использованием всего современного научно-технического потенциала. Понимание происходящих в организме событий предполагает реальную возможность воздействия на отдельные звенья патогенеза и обеспечивает широкую доступность для населения. В то же время для современной, академической модели медицины характерна изолированная сосредоточенность на конкретной болезни, патологическом процессе с его четко очерченными признаками, углубленный анализ локальных биологических отклонений, происходящих в больном организме. Медицина сегодняшнего дня рассматривает человека как средоточие множества болезней, ставит задачей изучение специфических качеств каждой из них. Это способствует все более узкой специализации. В настоящее время актуально звучат слова И.В. Давыдовского: “Современная медицина ушла почти целиком в анализ, синтез отстает, отстают обобщающие представления, на которых только и можно построить более или менее стройное учение о болезнях” [10].

В своей фундаментальной работе “Общая патология человека” Д.С. Саркисов с соавт. [20] подчеркивают, что “... жизнь человека проходит в постоянно высоком, а подчас и крайнем напряжении его защитных сил, направленных на ликвидацию отрицательного влияния разнообразных патогенных факторов, на то, чтобы это их действие не вылилось в болезнь. И вполне естественно, что эта скрытая, но тяжелая борьба не может не сопровождаться не только незначительными структурными изме-

нениями тканей, но и более серьезными нарушениями, требующими для своей ликвидации участия компенсаторных реакций, т.е. вовлечения в процесс более широкого круга органов, чем только поврежденный”. Из этого высказывания можно сделать важные выводы: во-первых, грань между здоровьем и болезнью весьма условна; во-вторых, организм отвечает на повреждающие факторы как единое целое; в-третьих, как указывалось выше, человек располагает огромными защитно-компенсаторными возможностями, позволяющими ему противостоять натиску различных по числу и силе воздействия патогенных факторов, и имеет в своем арсенале мощные механизмы саногенеза. Именно эти уникальные свойства, выработанные в процессе эволюции и закрепленные генетически, обеспечивают ему продолжительное существование в наполненном опасностями мире. “Все предусмотрено в организме человека для его защиты от нападения на него как диких зверей, так и микробов” [26].

Для обозначения сложнейшей системы адаптации и координации физиологических функций, обеспечивающих единство организма, был предложен термин “гомеостаз” [27]. В обычных условиях изменения в окружающей среде не сопровождаются большими отклонениями в физиологических процессах благодаря тому, что саморегуляция ограничивает возникающие в организме колебания в сравнительно узких пределах (состояние эустресса по терминологии Г. Селье [35]). Основная задача системы гомеостаза в данном случае сводится к обеспечению оптимальных условий для выполнения видовых биологических функций. При воздействии фактора, по мощности превышающего некий критический для данного индивидуума уровень, жизнедеятельность организма может обеспечиваться лишь в результате глубокой перестройки интегративной системы, ответственной за координацию и поддержание единства внутренней среды организма. А поскольку генеральным направлением данной реорганизации является обеспечение необходимого для выживания уровня биоэнергетических процессов, а отнюдь не сохранение комфортности существования субъекта, она, естественно, сопровождается более или менее тягостными субъективными ощущениями. Именно эти ощущения (жалобы) и отклонения показателей объективных методов исследования (лабораторных и инструментальных) от “нормальных” значений свидетельствуют о большей частью рациональных по своей направленности перестроечных процессах в организме. В то же время данные изменения (клинические симптомы) в совокупности составляют то, что называется болезнью. То есть, болезнь – не что иное, как более или менее адекватная, биологически целесообразная, поскольку направлена на сохранение основных жизненных функций, реакция организма на неблагоприятные условия его существования (по крайней мере, на начальном, наиболее ответственном этапе ее развития). Другими словами, болезнь – естественная форма жизнедеятельности в условиях действия патогенных факторов, механизм приспособления организма в особой ситуации, в то время как здоровье – форма жизнедеятельности в нормальных, физиологических условиях.

Таким образом, существование биологического объек-

та в условиях действия неблагоприятных факторов предполагает наличие трех основных элементов: патогенного агента, специфической и неспецифической адаптивной реорганизации гомеостатической системы и внешних проявлений этой реорганизации. В зависимости от преимущественного направления активного воздействия в процессе лечения на ту или иную составляющую предложенной схемы будет зависеть терапевтическая тактика.

На первый взгляд, кажется, было бы логичным сосредоточить основные усилия на первопричине болезни. Безусловно, подобные тенденции должны присутствовать в лечебной практике – так называемый этиологический подход. Однако, за исключением некоторых форм инфекционных заболеваний, в большинстве случаев она не позволяет добиться ощутимых результатов. Дело в том, что на современном этапе медицины существует немало заболеваний, при которых отсутствуют эффективные методы воздействия на их этиологический фактор (например, вирусы). Нередко приходится сталкиваться с принципиальной невозможностью воздействия на первопричину болезни (социально-экономические, генетически обусловленные, географические, климатические, врожденные аномалии и другие факторы). Иногда патогенный фактор имеет триггерное значение, то есть обеспечивает лишь начальный, пусковой момент с дальнейшей патофизиологической его трансформацией, которая и определяет характер течения и прогноз болезни (например, ревматизм). Наконец существует немалая группа заболеваний с невыясненной этиологией. Другими словами, этиологический подход в практической деятельности врача нередко является лишь теоретической декларацией и представляет больше профилактический интерес, нежели лечебный.

Биологическая целесообразность реорганизации интегративных функциональных структур в условиях действия патологического агента ставит под сомнение необходимость активных действий против манифестации болезни как основного лечебного направления, поскольку это может ослабить естественные защитные усилия организма. Более всего это относится к хронически протекающим процессам. Именно с этих позиций следует трактовать призыв Гиппократов: “Primum non nocere”. На практике подобный подход, улучшая качество жизни больных, нередко приводит к сокращению ее количества. В качестве примера можно привести результаты мультицентровых исследований CAST и CAST II, показавших, что использование антиаритмических препаратов IC класса может привести к увеличению смертности у больных ишемической болезнью сердца [29].

И, тем не менее, именно это направление следует считать доминирующим в современной медицине. Основная особенность его заключается в фармакологическом принципе. В практической деятельности врача используется огромное количество лекарственных препаратов для “коррекции нарушенных функций”. Безусловно, нельзя отрицать огромной роли лекарственной терапии при инфекционной патологии, особенно острой, в urgentных ситуациях, при оказании симптоматической помощи. В этих аспектах лекарственная медицина дос-

тигла больших успехов. Однако фармакотерапия, по-видимому, не в состоянии обеспечить полноценного лечения хронических, длительно текущих заболеваний, когда в патологический процесс вовлекается весь организм, поскольку в данном случае трудно рассчитывать на полное излечение. С этих позиций трансформация бытовавшего ранее наименования лечебница (место, где лечат) в больницу (место, где болеют) весьма символична, т.к. отражает истинное положение дел на подсознательном уровне.

Попытка коррекции патогенеза на все более тонком, интимном уровне ведет к прогрессирующей дифференциации медицины и способствует появлению сильнодействующих (и нередко высокотоксичных) лекарственных препаратов. К сказанному следует добавить то обстоятельство, что мы не можем претендовать на исчерпывающее понимание всего многообразия биологических процессов, происходящих в больном организме. Следовательно, лекарственная терапия, направленная на отдельные звенья патогенеза, в нашем, современном представлении о нем, не в состоянии оказать воздействие на патологический процесс в целом. Кроме того, при медикаментозном лечении невозможно в полной мере учесть индивидуальные особенности развития болезни. Итогом терапии нередко является лишь улучшение переносимости болезни. Лечение становится неполноценным, незавершенным, все более утверждая врачей и больных в мысли о неизлечимости болезни.

Назначение фармакологических препаратов, вызывающих возмущение в уже переформированной и активизированной системе защиты организма в результате изменившихся условий его существования, вынуждает гомеостатический аппарат вносить соответствующие коррективы, требующие дополнительных энергозатрат. Нарушая естественный ход выстроенных организмом компенсаторно-адаптивных сдвигов, медикаменты, несмотря на видимость улучшения состояния, могут способствовать хронизации болезни. Лекарственная терапия с этой точки зрения представляется как компромисс между естественными механизмами защиты и попыткой искусственно исправить “нарушенные функции”. При этом удачный компромисс характеризуется улучшением качества жизни пациента и течения заболевания. Появление побочных эффектов свидетельствует о несостоявшемся компромиссе. По данным ряда исследований [25, 33, 40], побочные реакции лекарственных средств развиваются у 10–30% госпитализированных больных и у 41% амбулаторных пациентов. В США они ежегодно приводят к 3,5–8,8 млн госпитализаций, что составляет от 11,3 до 28,2% от их общего количества и обходятся здравоохранению более 5 млрд. долларов [31].

Сегодня умереть от лечения столь же реально, как от болезни. Если в условиях прогрессирующей дифференциации медицины различные “узкие” специалисты выявят у пациента “свои” заболевания и одновременно назначат “свое” лечение, то шансов выжить у него практически нет.

Влияние на процесс реорганизации гомеостаза может выражаться в виде снижения его активности – тогда это форма симптоматического или патогенетического

воздействия, об особенностях которого говорилось выше. Вторая форма предполагает биостимулирующее действие, в ходе которого происходит наиболее полная мобилизация защитно-приспособительных механизмов, рациональное использование резервного потенциала энергетических ресурсов и более эффективное включение специфических и неспецифических компонентов адаптации.

В основе первой лечебной тактики, доминирующей в современной медицине, лежит иллюзия о нашем исчерпывающем понимании механизмов развития патологии и возможности “точечного” медикаментозного воздействия на то или иное патогенетическое звено (звенья) с целью коренным образом изменить ход событий в нужном направлении. Такая убежденность порождает агрессивность в деятельности врача. Помимо фармакологической агрессии следует назвать все более широкое внедрение в терапию хирургических методов лечения, целью которых является устранение локальных проявлений болезни. Эта форма лечебного воздействия, как правило, имеет паллиативное значение, способное лишь улучшить качество жизни на определенное время.

Кардинальное отличие второго направления заключается в том, что оно основано на использовании уже готового мощного инструмента защиты организма, достигшего в процессе эволюции высокого уровня специфичности и располагающего огромными потенциальными возможностями. Терапия в данном случае должна быть направлена не на подавление защитных механизмов, а на их формирование и оптимальную реализацию по возможности без ущерба для организма.

Одним из важных приобретений последних лет можно назвать внедрение в медицину принципов доказательности, которое, безусловно, имеет прогрессивное значение. Медицина, основанная на доказательствах, – это такой подход к медицинской практике, при котором решение о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимают, исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности [8]. Сегодня не вызывает сомнений тот факт, что эпоха эмпиризма в медицине “канула в Лету”. Однако следует подчеркнуть, что данный подход предполагает выявление закономерности при построении некой модели, удовлетворяющей определенным условиям. Прежде всего – это однородность по целому ряду признаков достаточно многочисленной группы исследуемых лиц, т.е. по возможности максимальное нивелирование индивидуального различия. Это дает возможность изучать тот или иной биологический процесс, патологию или влияние на них тех или иных методов лечебного воздействия, абстрагируясь от индивидуального своеобразия протекания патологии у конкретного ее обладателя.

Но поскольку лечить приходится конкретного больного, а не популяцию, установленные закономерности в клинической практике можно применять с некоторыми оговорками, принимая во внимание нестандартность, своеобразие пациента, т.к. конкретный пациент по своей природе имеет право не укладываться в рамки популяционных закономерностей. *Медицина остается искусством и лишь опирается на научно-технические дости-*

жения. Другими словами, принцип доказательной медицины построен на обезличивании, на допущении, которое нельзя безоговорочно распространять на конкретного человека (больного). Подобный подход дает объективное представление о том, как *лечить болезнь*, и лишь направление, которым врач должен руководствоваться в *лечении больного*. В то же время внедрение этих тенденций в медицину с позиций упрощенного, вульгарного их понимания стало стимулом к популяционному подходу к врачебной деятельности. Это в свою очередь инициировало разработку инструкций, врачебных стандартов, отступление от которых требует строгого обоснования. Данное обстоятельство является еще одной иллюстрацией, отражающей характерные свойства современной медицины – *лечить болезнь, но не больного*. Предостережение о возможности такой трактовки доказательств мы находим в работах одного из основоположников и популяризаторов медицины, основанной на доказательствах: “Без клинической квалификации, практика рискует подавляться доказательствами, поскольку даже превосходное внешне обоснованное доказательство может быть неприменимым или несоответствующим отдельному пациенту” [34].

Характеризуя современную медицину, нельзя обойти такой важный ее аспект, как функциональный характер диагностики. Ранее подчеркивалось, что организм располагает большим резервом компенсаторно-адаптивных возможностей. Поэтому появлению характерных и стойких клинических и лабораторно-инструментальных изменений, свидетельствующих о нарушении функции, а нередко и структуры органа, предшествует более или менее продолжительный период, в течение которого болезнь неуклонно развивается, прогрессирует. Стабильное нарушение функции – это уже далеко зашедший, нередко необратимый процесс. *Диагностика должна строиться на иных принципах*.

Изложенные данные убедительно свидетельствуют о кризисе современной медицины, говорить о котором начали уже в XX столетии (кризис – поворотный пункт, состояние, при котором существующие средства достижения целей становятся неадекватными, в результате чего возникают непредсказуемые ситуации [6]). Основные проявления кризиса можно свести к нескольким взаимосвязанным положениям [4, 11, 14, 15, 25]:

1. Узкая специализация и все продолжающаяся дифференциация клинической медицины; утрата представлений о целом организме, как объекте познания болезни.
2. Фетишизация лабораторных и инструментальных методов исследования.
3. Фармакологическая направленность.
4. Популяционные тенденции в практической деятельности врача и как следствие деперсонализация пациента.
5. Органо-нозологический принцип медицины, при котором основные усилия направлены на диагностику и лечение конкретной болезни, а не на поиски ее причины и предупреждение.

К числу следствий кризиса медицины следует отнести

нижеприведенный, далеко не полный перечень:

- растущая дороговизна всех видов медицинской помощи, снижение ее доступности;
- возрастающая диспропорция между возможностями диагностики и эффективным лечением;
- прогрессирующее сужение кругозора врачей в результате их узкой специализации;
- изменение течения ряда заболеваний (патоморфизм);
- увеличение числа хронических неинфекционных заболеваний;
- полиморбидность;
- полипрагмазия;
- рост числа побочных реакций лекарственных средств и развитие осложнений фармакотерапии;
- “разочарованность” в эффективности официальной (академической) медицины и обращение к представителям альтернативной медицины.

Было бы наивно полагать, что медицина может эволюционировать лишь по единственному пути и к тому же оптимальному во всех отношениях. Весь исторический ход формирования и смены теоретических основ медицины подтверждает возможность различной ее ориентации. В процессе развития медицины как системы знаний основные ее направления формировались в зависимости от отношения к факту способности живого организма оказывать сопротивление патогенным факторам, оценки значимости аутоаногенеза. Таковы врачебные традиции Востока (в частности Древнего Китая), которые с незапамятных времен и до сих пор включают элементы мифологии, философии и собственно медицины. Основной принцип восточной медицины, сформировавшейся в глубокой древности, базируется на положении: “Болезнь излечивается больше за счет восстановления сил организма, чем за счет медикаментов” (Хуан Ди “Ней Цзин”).

Этот принцип можно назвать системно-кибернетическим. Человеческий организм рассматривается как “черный ящик”: то есть, не игнорируя детали устройства конкретных органов, организм представляется как единая сложная саморегулирующаяся инфрасистема, находящаяся в динамическом равновесии с внешней средой. Основопологающей концепцией является представление о том, что нарушение сбалансированности полярных регулирующих начал (ян – инь) вызывает развитие заболеваний, а восстановление баланса приводит к выздоровлению. При этом выделяется 12 основных систем (каналов) и 8 подсистем, которые взаимодействуют между собой по определенным законам. Задача медицины – обеспечить равномерное движение энергии по этим каналам, поскольку болезнь выражается в затруднении такого движения. Методы профилактики и лечения включают самые разнообразные воздействия: иглоукалывание, прижигание, точечный массаж, лекарственные настои (из минералов, органов экзотических животных, растений), дыхательная гимнастика, йоговские асаны, гимнастика цигун, использование психотехник, приемов рейки и др. Цель этих причудливых на первый взгляд приемов – поддержать нормальное функционирование организма. Разработаны методы диагностики основных систем, способ-

Таблица

**Основные различия западной и восточной медицины [15]**

Запад	Восток
1. Преобладание аналитических подходов, морфо-функциональное исследование составляющих организма – от отдельных органов до отдельных тканей, клеток, вплоть до органических молекул.	1. Преобладание синтеза, методов индукции и аналогии в построении медицинских теорий; взгляд на человека как микрокосмос. Невысокий уровень анатомио-физиологических познаний.
2. Редукционизм, приводящий к разделению психического и соматического в человеке; как следствие концентрированность на телесности человека в отвлечении от его духовности.	2. Стремление к целостному видению человека, объединяющее психическое и соматическое, внешнее и внутреннее.
3. Сосредоточенность на болезни и способах ее лечения.	3. Превентивный, профилактический характер медицины, акцент на сохранение здоровья, методы поддержания активного долголетия.
4. Демократизм медицины, относительно широкая социальная доступность.	4. Наличие большого количества эзотерических, тайных методов врачевания.

ности организма к саморегуляции и способы гармонизации биологических процессов в тех или иных системах с учетом их взаимоотношений. Отсутствие четких материалистических представлений о структурно-функциональной организации объекта придает данному методу врачевания некий трансцендентальный оттенок, что, однако, не сказывается на его эффективности и все возрастающей популярности.

Как следует из представленной таблицы, основное отличие восточной медицины характеризуется стремлением к целостному психо-физическому восприятию человека с подчеркнуто индивидуальной оценкой его жизнедеятельности, что, безусловно, имеет ярко выраженные позитивные тенденции. Слабой стороной этой модели является эмпиризм, окутанный метафизическими представлениями, отсутствие материального субстрата лечебного воздействия и четкой доказательной базы. Это ограничивает широкое распространение данного вида врачевания и препятствует его развитию.

Вместе с тем прогрессивные мировоззренческие тенденции восточной медицины и некоторые комплементарные (дополнительные, неконвенционные) традиции Запада в диагностике и лечении способны “перебросить мост между современной наукой и древней мудростью, примирить западный материализм с восточной духовностью” [11]. Осознание необходимости смены основополагающих принципов развития современной медицины как стратегического направления выхода из кризиса, а также понимание того, что решение этой проблемы возможно лишь на основе синтеза обеих вышеуказанных традиций в единую концепцию медицины очевидно. Почва для сближения теоретических основ западной и восточной концептуальных моделей медицины подготовлена фундаментальными исследованиями У. Кеннона (учение о гомеостазе), Г. Селье (адаптационный синдром), И. Сеченова – И. Павлова (концепция невризма), Р. Вирхова (целлюлярная патология), И. Мечникова (фагоцитарная теория иммунитета) и др.

В конце 1990-х годов в научный обиход стал входить термин “интегральная медицина” – медицина, объединяющая классическую современную (западную) медицину со всеми видами неофициальной (комплементарной) медицины. Это современное направление науки и практической деятельности, сочетающее в себе передовые достижения науки и тысячелетнюю мудрость врачей и

древних целителей. Главный инструмент интегральной медицины – системный подход, позволяющий лечить человека строго в соответствии только с его проблемами, а не по стандартным схемам. Следует отметить, что интерес к данному направлению все более возрастает, на что указывают многочисленные публикации [3–5, 7, 11, 19, 23, 24, 28]. Исследованиями в области интегральной медицины занимается ряд крупных научных центров, включая Национальный институт рака (США), Национальный Центр комплементарной и альтернативной медицины (США), MDAnderson, Институт комплементарной медицины (Великобритания). Весьма характерно, что в последние годы повысилось качество научных исследований, посвященных неконвенционной (альтернативной) медицине, а их количество возросло почти в 2 раза [41].

Надо надеяться, что интегральная медицина выведет из кризиса академическую медицину, и XXI век откроет новую эру, призванную решить фундаментальные проблемы, связанные с пониманием единства материального и духовного в человеке.

**Литература**

1. Аксель Е.М. Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России // Информационный бюллетень “Первичная профилактика рака”. – 2008. – № 1. – С. 7–8.
2. Антипова С.И., Антипов В.В., Шебеко Н.Г. Гендерные проблемы онкологии в Белоруссии // Медицинские новости. – 2013. – № 3. – С. 31–41.
3. Астафьев Н.Г., Кобзев Д.Ю. Между верой и знанием: официальная, альтернативная, комплементарная медицина в лечении астмы и аллергии // Лечащий врач. – 2012. – № 6(8). – С. 59–63.
4. Башмакова Н.В., Башмакова Л.В., Кароха С. и др. Интегральная медицина: направление выхода из кризиса? // Украинский гомеопатический журнал. – 2012. – Т. 5. – С. 2–8.
5. Боброва М.И. Онтологические аспекты и стратегические горизонты медицинского знания XXI века // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Гельмгольца. – 2009. – Вып. 177. – С. 134–138.
6. Большой Российский энциклопедический словарь. – РМГ Мультимедиа, 2003.
7. Васильев А.П., Стрельцова Н.Н. Медицина на пути к интеграции // Сибирский мед. журнал (Томск). – 2014. – Т. 29, № 2. – С. 7–14.
8. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: Ме-

- диаСфера, 2001. – 392 с.
9. Волосовец А.П. Оптимизация фармакотерапии астении в практике современной педиатрии // Медицина сегодня. – 2007. – № 4(208). – С. 13–16.
  10. Давыдовский И.В. Общая патология человека. – М.: Медицина, 1969. – 612 с.
  11. Дарибазарон Э.Ч. Интегральная медицина: социально-философский анализ сущности, концептуальных оснований и перспектив: автореф. дис. ... докт. философ. наук. – Улан-Удэ, 2012. – 48 с.
  12. Дедов И.И. Сахарный диабет: развитие технологий в диагностике, лечении и профилактике (пленарная лекция) // Сахарный диабет. – 2010. – № 3. – С. 6–13.
  13. Дьяченко С.В., Слободенюк Е.В., Дьяченко В.Г. Организация антибактериальной терапии распространенных заболеваний. – Изд. центр ГОУ ВПО ДВГМУ, 2010. – 475 с.
  14. Камруззаман С., Плутницкий А.Н., Авакян А.А. и др. Кризис показателей здоровья и смертности в России, и возможные пути его преодоления (обзор литературы) // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2009. – № 2. – С. 14–19.
  15. Кондратьев В.П. Философия и медицина: учебное пособие. – Тула: Тульский государственный университет, 2005. – 75 с.
  16. Майоров А.Ю. Конгресс IDF-2011: представлен новый алгоритм лечения больных с СД 2 типа // Эффективная фармакотерапия. – 2012. – № 1. – С. 2–4.
  17. Милушкина О.Ю. Динамика состояния здоровья детей и санитарно-эпидемиологическое благополучие детских учреждений Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 2. – С. 18–22.
  18. Назаров А.А. Долголетие на страже здоровья. – М.: Открытое решение, 2008. – 152 с.
  19. Петленко В.П. Интегральная медицина XXI века // Медицинские Ведомости. – 1998. – № 7(10). – С. 13–17.
  20. Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К. Общая патология человека: учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1997. – 608 с.
  21. Слета М. Альтернативная медицина: чего больше – пользы или вреда? [Электронный ресурс]. – URL: medpulse.ru.
  22. Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2002–2005 гг. Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ. – 2001.
  23. Эльштейн Н.В. Современные терапевтические болезни: общие клинические особенности // Русский медицинский журнал. – 1997. – Т. 5, № 6. – С. 344–352.
  24. Казначеев В.П., Петленко В.П., Петленко С.В. Этюды интегральной медицины и валеологии: Основы теории и практики медицины XXI века / Междунар. институт валеологии и косм. сознания. – СПб., 1997. – 432 с.
  25. Brennan T.A., Leapel L. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients // N. Engl. J. Med. – 1991. – Vol. 324. – P. 370–376.
  26. Cannon W.B. The wisdom of the body. – New York: W.W. Norton, 1932. – 312 p.
  27. Cannon W.B. Organization for physiological homeostasis // Physiol. – 1929. – Vol. 9. – P. 399–431.
  28. Editorials integrated medicine // BMJ. – 2001. – Vol. 322. – P. 119–120.
  29. Flaker G., Blackshear J., McBride R. et al. Antiarrhythmic drug therapy and cardiac mortality in atrial fibrillation: The Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators // J. Am. Coll. Cardiol. – 1992. – Vol. 20. – P. 527–523.
  30. Hunter I., Greene S.A., MacDonald N.V., Morris F.D. Prevalens and aetiology of hypothyroidism in the young // Arch. Dis. Child. – 2000. – Vol. 83. – P. 207–210.
  31. Johnson J.A., Bootman J.L. Drug-related morbidity and mortality: a cost-of-illness model // Archives of Internal Medicine. – 1995. – Vol. 155. – P. 1949–1956.
  32. Pelto G.H., Armar-Klemesu M. Balancing nurturance, cost and time: complementary feeding in Accra, Ghana // Matern Child Nutr. – 2011, Oct. 7. – Suppl. 3. – P. 66–81.
  33. Pirmohamed M., Breckenridge A.M., Kitteringham N.R. et al. Adverse drug reactions // BMJ. – 1998. – Vol. 316. – P. 1295–1298.
  34. Sackett D.L. et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't // BMJ. – 1996. – Vol. 312. – P. 71–72.
  35. Selye H. Experimental evidence supporting the conception of “adaptation energy” // Am. J. Physiol. – 1938. – Vol. 123. – P. 758–765.
  36. Sood N., Burger N., Yoong J. et al. Film-level perspectives on public sector engagement with private healthcare providers: survey evidence from Ghana and Kenya // Plos One. – 2011. – Vol. 6(11). – P. e27194.
  37. Tutar E., Kapadia S., Ziada K.M. et al. Heart disease begins at a young age // Am. Heart Assoc. meeting. – 1999, Nov. 9. – P. 1234–1241. – (Abstract #2760).
  38. Variation and trends in incidence of childhood diabetes in Europe. Eurodiab Ace Study Group // Lancet. – 2000. – Vol. 355(9207). – P. 873–876.
  39. Vickers A.J. Bibliometric analysis of randomised trials in complementary medicine // Complement Ther. Med. – 1998. – Vol. 6. – P. 185–189.
  40. Wilson R.M., Runciman W.B., Gibberd R.W. et al. The quality in Australian health care study // Med. J. Aust. – 1995. – Vol. 163. – P. 458–471.
  41. Wilt T., Ishani G., MacDonald R. et al. Serenoa repens for benign prostatic hyperplasia // Cochrane Collaboration / Cochrane Database Syst Rev. – 2000. – Issue 2.

Поступила 15.09.2015

### Сведения об авторах

**Васильев Александр Петрович**, докт. мед. наук, главный научный сотрудник отделения артериальной гипертензии и коронарной недостаточности научного отдела клинической кардиологии Филиала НИИ кардиологии “Тюменский кардиологический центр”.  
Адрес: 625026, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 111.  
E-mail: sss@cardio.tmn.ru.

**Стрельцова Нина Николаевна**, научный сотрудник отделения артериальной гипертензии и коронарной недостаточности научного отдела клинической кардиологии Филиала НИИ кардиологии “Тюменский кардиологический центр”.  
Адрес: 625026, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 111.  
E-mail: sss@cardio.tmn.ru.