

СЯРГЕЙ КАНДРИЧИН,
*PhD із соціології, незалежний дослідник, Вища школа соціальних досліджень
Польської академії наук (00-330, Варшава, вул. Нові Свят, 72)*

SIARHEI KANDRYCHYN,
*PhD in Sociology, autonomous scholar, Graduate School for Social Research,
Polish Academy of Sciences (72, Nowy Świat St., Warsaw, 00-330)
kandrych02@yahoo.com
<https://orcid.org/0000-0001-8509-2554>*

**Здоров'я поза рамками клінічного протоколу:
інституційні пастки та обмеження сучасної
медицини**

Стан суспільного здоров'я в Україні (або національного інституту здоров'я в найширшому розумінні) слід вважати незадовільним. Найпоказовішим у цьому аспекті є парадоксально висока смертність у групі чоловіків середнього та старшого віку. Парадоксальність цього явища полягає в тому, що показники смертності серед чоловіків працездатного віку не можуть досягти історичного мінімуму, який був зареєстрований у 1964 році, а аналогічні показники смертності серед жінок не можуть цей мінімум подолати і залишаються на рівні 1960-х (табл. 1, 2)¹.

Таблиця 1

**Вікові коефіцієнти смертності серед чоловіків
(1964–2020, на 1 тис. осіб відповідного віку)**

Роки	Вік							
	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
1964	2,3	2,8	3,6	4,6	6,1	9,9	14,1	23,9
1990	2,6	3,5	4,7	6,6	10,6	14,8	21,2	30,5
2018	2,0	3,5	5,5	8,0	10,4	14,7	21,1	31,0
2020	1,9	3,3	4,9	7,7	10,4	14,9	21,6	33,3

¹ За даними: Лібанова, Е.М. (ред.). (2007). *Смертність населення України у трудоактивному віці* (монографія). Київ: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України; *Таблиці народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя 2020*. Статистичний збірник. (2021). Київ: Державна служба статистики України.

Цитування: Кандричин, С. (2023). Здоров'я поза рамками клінічного протоколу: інституційні пастки та обмеження сучасної медицини. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 3, 90–115, <https://doi.org/10.15407/sociology2023.03.090>.

Таблиця 2

**Вікові коефіцієнти смертності серед жінок
(1964–2020, на 1 тис. осіб відповідного віку)**

Роки	Вік							
	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
1964	1,0	1,2	1,7	2,5	3,3	5,3	7,6	12,3
1990	0,7	0,9	1,4	2,2	3,6	5,3	8,2	12,9
2018	0,6	1,1	1,9	2,6	3,5	4,8	6,8	10,8
2020	0,6	1,1	1,7	2,6	3,8	5,2	7,5	11,8

Стан здоров'я населення є інтегральною характеристикою, яка має багатофакторний характер і демонструє спосіб функціонування цілої сукупності соціальних інститутів, а також моральний клімат у суспільстві. Відповідно рівень і динаміка смертності є одним із показників сучасного стану суспільства та визначає потенціал його розвитку.

У 1960-х роках рівень смертності в СРСР був подібним до показників у Західній Європі. Пізніше тенденції змінилися: у країнах Заходу показники смертності продовжували знижуватися, а в країнах колишнього СРСР почали зростати. У період перебудови в СРСР спостерігалось зниження смертності, але ця тенденція була короточасною й після розпаду СРСР ці показники знову почали зростати (Meslé et al., 1996; Brainerd, Cutler, 2005).

Загалом така динаміка свідчить про якісні соціальні та політичні перетворення в суспільстві. Найпоказовіший приклад успішної політики надає Польща, де у 1960–1970-х роках показники смертності були схожими, а іноді навіть вищими, ніж в Україні, але вже наприкінці 1980-х у Польщі вони почали знижуватися і впродовж наступних десятиліть наблизилися до показників західних країн (відповідно в цей період вони дуже відрізнялися від українських) (Лібанова, Красько, 2007).

Іншим прикладом історичної (або системної) зумовленості актуального стану суспільного здоров'я в Україні є його схожість із ситуацією в Білорусі. Історичні тренди та рівень смертності в Україні й Білорусі дуже схожі. Навіть сам період (початок 1960-х років), коли були зареєстровані мінімальні показники смертності, в обох країнах був однаковий, і 56 років по тому смертність в обох країнах істотно знизилася лише в групі дітей і молоді, натомість у чоловіків середнього і старшого віку показники 1964 року залишаються недосяжними (тобто дані, наведені в таблицях 1 і 2, не є суто українським явищем (Романова, 2018).

А як же досягнення сучасної медицини? Може, якщо її повернути до рівня 1964 року, принаймні тієї її частини, яка відповідальна за обслуговування дорослого населення, то ситуація була б кращою? Це питання, напевне, здається абсурдним, але претензії до сучасної медицини справді є, і їх обговорення виходить за межі вузькопрофільної дискусії.

Чиновники від медицини вже майже повсюдно користуються висновками експертів ВООЗ про те, що діяльність медицини визначає лише 10% чинників, відповідальних за формування здоров'я населення, оскільки головна частина

(близько 50%) залежить від умов та способу життя, решта залежить від спадковості та стану довкілля (по 20%). Проте витрати на медицину зростають, а результати державного управління сферою охорони здоров'я важко назвати задовільними. Крім того, сучасна медицина (яка сьогодні існує переважно як транснаціональний інститут) створює певні обмеження на шляху поліпшення здоров'я. У ній діють окремі інституційні пастки¹, які ускладнюють надання медичної допомоги.

Стан здоров'я (тут і далі йдеться про здоров'я осіб працездатного віку) поряд із біологічними факторами визначається впливом чинників соціальної, культурної та економічної сфери, вписується в загальну канву розвитку суспільства, і, по суті, це суспільний продукт. Від актуального стану суспільства, культурної традиції та духовного клімату залежить формування мотивації поведінки, що відповідає за збереження здоров'я.

Багато людей з низьким рівнем доходів, повсякденне існування яких залежить від важкої фізичної праці та несприятливих умов життя, явно випадають із дискурсу про оздоровлення. У цьому напрямі видно окремі завдання для державної політики, адже ніяка робота не має шкодити здоров'ю людини, руйнувати його.

Однак роль економічного чинника може перебільшуватися. Чимало молодих людей навіть не відчують потреби дбати про своє здоров'я, а інші не бачать особливого сенсу бути здоровими (такий стан байдужості до власного життя прихований за різноманітними культурними та психологічними установками, які мають патологічний характер).

Не буде перебільшенням стверджувати, що поліпшення громадського здоров'я вимагає системних змін у суспільстві, істотних зрушень у суспільній свідомості. Однак такі загальні тези (декларації історичних завдань) залишаються лише тезами, якщо не дістають практичних шляхів реалізації.

Маємо всі підстави сподіватися, що сучасне українське суспільство не повернеться до екстенсивного розвитку системи охорони здоров'я і що сьогодні в суспільній свідомості відбувається цивілізаційний зсув, який забезпечить цей перехід. Демографічні наслідки війни будуть трагічними, але вільний дух, віра та повага до життя кожної людини зможуть подолати їх. І потім, як під час оборони країни, знадобляться «смілива агентність та масові рухи» (Винницький, 2022).

Система охорони здоров'я vs індивідуальні оздоровчі практики

Для розуміння суті проблеми необхідно провести розмежування між цими інститутами. Слід підкреслити, що попри синергізм (бо вони обидва мають бути спрямовані на збереження здоров'я особистості) в їх дії існує певний

¹ Інституційна пастка (ІП) — це неефективна, проте стійка норма, підтримувана агентами соціальної взаємодії, які отримують певні дивіденди за умов наявної ситуації. На відміну від дисфункції соціального інституту, ІП має більш прихований характер і відповідне «приховане» соціальне обґрунтування. Дію ІП забезпечують психологічні, соціальні та економічні механізми, але кожна ІП у підсумку є економічною пасткою (Arthur, 1988, North, 1990, Polterovich, 2007).

антагонізм, уґрунтований як на фізіологічному, так і на ідеологічному протиставленні.

Найбільш показово зазначену проблему окреслюють відомі слова академіка Амосова: «Не сподівайтесь на медицину. Вона непогано лікує багато хвороб, але не може зробити людину здоровою. Поки вона навіть не може навчити людину, як стати здоровою. Більше того, бійтеся потрапити в полон до лікарів! Часом вони схильні перебільшувати слабкість людини та могутність своєї науки, створюють у людей уявні хвороби й видають векселі, які не можуть оплатити... Щоб бути здоровим, потрібні власні зусилля, постійні та вагомі. Замінити їх нічим не можна» (Амосов, 1987).

Розуміння цієї проблеми є ключовим моментом в оцінці окремих сфер інституційного контролю за здоров'ям людини, тобто усвідомлення самого факту існування поділу цих сфер, а також існування між ними інституційного конфлікту. І це — предмет комплексного аналізу: соціологічного та медико-біологічного. Враховувати необхідно й те, що такий аналіз перебуває поза сферою інтересів сучасної медичної науки (вона навіть не здатна в цьому побачити проблему і предмет дослідження).

Навіть більше, сучасна медицина, націлена на розвиток фармацевтичної та медичної промисловості та на просування високотехнологічної продукції, вбачає певні загрози в «неконтрольованих» оздоровчих заходах. Маніпулюючи людськими слабкостями та страхами (на підставі концепції ризику), сучасна медицина поширює свій вплив далеко за межі своєї безпосередньої компетенції. Влада клініки (Foucault, 1973), або «влада сучасної медицини» (Arney, Bergen, 1984), поширюється на суспільну свідомість і не підпадає під зовнішній контроль. Справжньою альтернативою цьому тотальному впливу стає звернення до самостійних практик оздоровлення або до комплексу натуральних методів лікування¹, які забезпечують здоров'я людини.

Щоб визначити проблему (медицина лікує лише деякі хвороби, а не займається здоров'ям пацієнтів), необхідно провести межу між різними сферами інституційного контролю. Мабуть, нікого не здивує твердження, що медицина повинна допомагати там, де вона в змозі реально допомогти, і обсяг цієї допомоги насправді великий. Необхідно підкреслити, що наведені вище слова Амосова стосуються осіб працездатного віку, здатних самостійно працювати над власним здоров'ям та активізувати певні фізіологічні механізми компенсації, особливо у випадках, коли з'являються перші симптоми хронічних захворювань (так званих хвороб цивілізації). Це дуже велика частина популяції, яка економічно і політично активна й, по суті, визначає актуальний потенціал суспільства. Очевидно, що діти та люди похилого віку зі зрозумілих причин не можуть допомогти собі самі; те саме стосується й невідкладної медичної допомоги.

¹ Ідеться про самостійні практики оздоровлення або натуральні та фізіологічні методи лікування, використання яких може мати терапевтичний ефект (фізичні вправи, лікувальне голодування, дихальна гімнастика та ін.). Ці практики пов'язані з формуванням певних поведінкових установок, які не суперечать відомим вимогам здорового способу життя, а посилюють їх, наповнюють конкретним змістом.

Сучасні методи обстеження і діагностики дають підстави практично кожну людину розглядати як потенційного пацієнта. Як захворювання розглядаються анатомічні чи фізіологічні особливості організму, які в певних випадках можуть сприяти розвитку захворювання (наприклад, деякі особливості структури серця або судин, відомі як малі аномалії). Лікарі спроможні не просто «створювати у людей уявні хвороби», але заряджати їх страхом, збільшуючи відчуття несподіваної загрози. Досягти такого стану можна по-різному, зокрема й за допомогою процедури скринінгу і фізіологічного моніторингу (наприклад, пропозиції щодо скринінгу колоректального раку або аневризм судин головного мозку). Аргументація на користь необхідності проведення скринінгових досліджень сьогодні видається переконливою, й надалі ця сфера тільки розширюватиметься. Однак без диференційованого підходу тут теж не обійтися, і неприпустимо, щоб ці процедури перетворювалися на засіб психологічного тиску.

А тим часом «влада клініки» проникає в розум особистості, породжує стійке відчуття небезпеки («головне не пропустити хворобу», «щоб потім не сказали: а де ви раніше були?»). Звідси й нескінченні та необґрунтовані обстеження, які самі пацієнти розглядають як еквівалент турботи про здоров'я або як свого роду психотерапію («тепер мені відомо, що там у мене»). При цьому втрачається розуміння того, що результати багатьох досліджень актуальні тільки на момент проведення і можуть не мати значення вже кілька місяців по тому.

Найкращий прогноз щодо збереження здоров'я має людина, яка перевіряє себе за допомоги відповідних зусиль, тобто регульованого фізіологічного стресу, що дає змогу визначити функційний резерв організму (через свою дистанцію в басейні чи на біговій доріжці тощо), а також за допомоги простих засобів контролю, таких як вимірювання ваги та артеріального тиску. Паралельно, в рамках диспансерного спостереження, має виконуватися набір стандартних лабораторних та інструментальних обстежень (зазвичай щорічно), при цьому медичний контроль має другорядне значення.

Усіх людей за здатністю працювати над власним здоров'ям можна поділити на сильних і слабких. До групи «слабких», недисциплінованих осіб, не здатних самостійно працювати над своїм здоров'ям і, відповідно, не здатних взяти на себе відповідальність за своє здоров'я, належить велика група людей зі шкідливими звичками (надуживання алкоголю, куріння, переїдання), люди з певними фізичними чи психологічними обмеженнями.

На цьому базується дія однієї з головних інституційних пасток сучасної медицини, схильної розглядати все населення як «слабке», не спроможне до відповідальної та ефективної роботи над власним здоров'ям. У результаті «на державному рівні пересічна людина розглядається як об'єкт реалізації лікувальних технологій, а не як суб'єкт, який здатний творити своє здоров'я і відповідати за нього» (Міхеєнко, 2017).

Ігнорування зазначеної диференціації закладено в методологічні та ідеологічні засади доказової медицини, а всі її докази побудовані на дослідженнях, що порівнюють ефективність нових засобів лікування з уже наявними або з плацебо; це означає, що в дослідженні залучаються тільки особи, «здатні» приймати таблетки. Альтернативу, що передбачає використання відомих методів немеди-

каментозного лікування, адепти сучасної медицини навіть не розглядають. Стосовно такого лікування слід використовувати специфічний методологічний інструментарій, оскільки тут не існує можливості проведення типової рандомізації чи використання «сліпого» методу (а іншим дослідженням автоматично приписують нижчий рівень доказовості).

Відповідно, якщо в дослідженні навіть не враховуються психологічні та фізіологічні здатності людини (зокрема, готовність до самостійного використання оздоровчих практик), відбуваються певні спотворення у формуванні генеральної вибірки, бо люди, які самостійно знаходять шляхи до оздоровлення, не беруть участі в дослідженнях ефективності фармакологічних препаратів.

Принципи функціонування і методологічний інструментарій доказової медицини спрямовані на застосування нових засобів фармакотерапії й навіть не розраховані на дослідження ефективності натуральних методів лікування та методів самостійного оздоровлення, які є суто індивідуальними й завжди підбираються під конкретну особу, з урахуванням її фізіологічних та психологічних особливостей, і тому фактично не підлягають формальній стандартизації.

Отже, відсутність можливості формалізації методу також унеможливорює вимірювання його ефективності на підставі статистичного апарату. Однак у методологічному арсеналі залишається індивідуальний досвід та експеримент. Так, найнадійніший науковий інструментарій стає найпереконливішим засобом доведення, проте цей доказ залишається персональним і оцінюється залежно від власного досвіду і ставлення.

Сьогодні немедикаментозні методи лікування, які медицина використовувала тисячоліттями (фізичні вправи, лікувальне голодування, загартовування водою та деякі інші), виявилися поза її офіційними «інтересами». Ці класичні, базові методи лікування навіть не мають відповідного термінологічного визначення (їх називають методами альтернативної медицини або нетрадиційної, комплементарної чи просто народної). В рамках цієї публікації вони визначаються як самостійні практики оздоровлення. При цьому треба наголосити, що з усього набору таких методів слід вибирати ті, що доступні для самостійної роботи над здоров'ям і не потребують використання спеціальних засобів (тобто мають бути безкоштовними).

Незважаючи на термінологічні та інші труднощі, кількість прихильників натуральних методів лікування (або тих людей, які самостійно вже провели експеримент і отримали позитивний результат) сьогодні вимірюється десятками й сотнями тисяч. Такою є наразі кількість учасників груп у Facebook з приводу лікувального голодування — Intermittent fasting with fastic app 228 417 учасників; Fasting for a purpose — 36 480; Fasten/Heilfasten — 14 689; Dry fasting — 15 312; Fani głodówek — 11 696 (на 08.09.2022).

Водночас для більшості лікарів та їхніх пацієнтів залишається незрозумілим, чому лікування хронічних хвороб необхідно починати з доступних засобів натурального (базисного) лікування і лише в разі неефективності їх звертатися до фармакологічних засобів (можливі й варіанти поєднання методів). На практиці частіше спостерігається протилежна тенденція — люди зазвичай вдаються

до натуральних методів лікування, коли бачать неефективність фармакологічних методів.

Виходить, що ширма з написом «доказова медицина» приховує низку інституційних пасток сучасної медицини. Відмова від простих і доступних натуральних засобів на користь медикаментозного або високотехнологічного способу лікування суперечить не тільки звичайній логіці оздоровлення, а й принципам функціонування доказової медицини, насамперед її економічної ефективності (cost-effectiveness). Здається очевидним, що більш витратні та складні (вони ж і небезпечніші) методи лікування належить використовувати лише тоді, коли доступні методи натурального лікування не дали ефекту або їх з якихось причин неможливо застосувати, наприклад внаслідок вікових чи фізичних обмежень. Однак на практиці цей принцип не дотримується. Пацієнти молодого і середнього віку починають лікування хронічних хвороб (артеріальна гіпертонія, бронхіальна астма, артрози) одразу з набору фармакологічних засобів, а доступні практики оздоровлення або повністю ігнорують, або виконують не в повному обсязі.

Щоб зрозуміти значення натуральних методів лікування, як у плані ефективної роботи над власним здоров'ям, так і з огляду на запобігання фінансовим витратам, потрібно визначити деякі патофізіологічні та патогенетичні передумови формування хронічних захворювань:

1. Більшість хронічних захворювань слід розглядати як ланцюг взаємозалежних патологічних станів (більш складної стадії розвитку хвороби). Цей патологічний ланцюжок відомий як патологічний континуум серцево-судинної системи (Dzau et al., 2006), або просто як патологічний континуум у розвитку окремого захворювання. Наприклад: збільшення ваги — гіпертонія — діабет — інфаркт (або інсульт) — серцева недостатність. Повний розвиток такого перебігу зазвичай займає десятиліття.

Звісно, якщо не виправити ситуацію на початкових стадіях — не нормалізувати масу тіла, не підібрати режим фізичної активності, не відмовитися від куріння, — то патологічний процес прогресуватиме. Натуральні методи спрямовані саме на ці основні патологічні механізми, тоді як лікарі починають одразу з фармакологічного впливу на симптоми захворювання і швидше й з меншими зусиллями досягають нормалізації деяких проявів хвороби (знижують тиск, усувають біль), але такий успіх лише тимчасовий. Згадаймо молоду, «але дуже заклопотану» людину, яка успішно лікує свою гіпертонію комбінацією трьох таблеток і нічого не робить зі своїм фізичним станом загалом.

Однак сучасна медицина не обмежується лише ліками. Часто пацієнт за рекомендацією лікаря намагається домогтися швидкого поліпшення стану за допомогою хірургічного втручання (наприклад, хірургічне лікування варикозного розширення вен або геморою). Уявлення хірургів про можливості застосування оздоровчих практик у разі цих хвороб зазвичай недостатні, тим паче, що вони зацікавлені у виконанні відносно простої операції.

Тут хірурги пропонують ефективне і просте розв'язання проблеми, до того ж самі пацієнти найчастіше залишаються задоволеними результатом. Вони заплющують очі на те, що хвороба вен була першим сигналом тривоги організму, а хірурги фактично вимкнули цей сигнал.

Це був момент, коли дисфункція або біль могли стати найкращими мотиваторами й підштовхнути до роботи над здоров'ям, утім медична технологія надає зручніше, але насправді помилкове рішення. У результаті зберігається попереднє патологічне тло і підвищується ризик виникнення наступного патологічного стану (наприклад, розвитку через кілька років гіпертонії або цукрового діабету).

А в разі розвитку нового захворювання пацієнт зазвичай не пов'язує його з попереднім, бо він начебто вже розв'язав цю проблему (а пошук причинних зв'язків не вважається його першочерговим завданням), внаслідок чого кількість діагнозів буде поступово збільшуватися, і він буде надійніше прив'язаний до клініки. Так, сучасна медицина активно породжує додаткові ризики для здоров'я пацієнта. Відмова від простого фізіологічного рішення в стратегії лікування є способом технологічного маскування фундаменту хвороби.

2. Багато відомих захворювань і патологічних станів формуються не тільки послідовно, а й паралельно, оскільки в їхньому розвитку діють одні й ті самі патогенетичні механізми й ті самі чинники ризику.

Одним з аргументів є подібність і чинників ризику, і заходів профілактики раку, серцево-судинних захворювань та діабету (Eyre et al., 2004). Отже, методи фізіологічного або натурального лікування мають холістичний (цілісний) захисний ефект. Це означає, що ефективне лікування натуральними методами застосовно до одного захворювання має захисну дію і перешкоджає розвитку й застосовно до інших (супутніх) патологічних станів (або досягнутий терапевтичний ефект у разі однієї хвороби є надійним засобом профілактики інших).

Відповідно загальна цінність використання фізіологічних методів лікування незмірно підвищується (хоча цей ефект важко виміряти, адже ми в цьому випадку навіть не досягаємо стану хвороб, якими могли б захворіти). Зрозуміло, що офіційна медицина, а тим паче медична промисловість готові лікувати ці патологічні стани ізольовано один від одного.

3. Здоров'я слід розглядати як процес, що має кілька складових. У психологічному аспекті ми сподіваємося бути здоровими "і завтра" й багато робимо задля того, інакше наш сьогоdnішній стан втрачає сенс.

Проте найбільшій увазі заслуговує патофізіологічний аспект здоров'я, який визначається як сфера взаємодії протилежних процесів — патогенезу та саногенезу (салютогенезу); це динамічний стан відмирання та відновлення, розвитку хвороби й одужання (Павленко, 1967). І натуральні методи та практики оздоровлення орієнтовані саме на розширення саногенетичних ресурсів організму.

4. Слід підкреслити складний характер залежності між розвитком хронічної хвороби та патологічними змінами, що відбуваються в психіці людини. На початку хвороби людина має більше сил, щоб активно з нею боротися, в цей момент вона найбільш здатна до самостійної роботи над своїм організмом, має (або може мати) найвищу мотивацію до самооздоровлення. Отже, використання засобів офіційної медицини на початковій стадії захворювання створює лише тимчасову ілюзію успіху, натомість відбуваються незворотні зміни в психіці, формується залежність від хвороби та ліків.

Обмеження сучасної медицини краще розглядати на конкретних клінічних прикладах (деякі буде наведено далі).

Захисний характер сучасної медицини

Значний вплив на роботу медиків справляють стійкі обмеження соціопсихологічного та юридичного змісту, відповідальні за формування її «захисного» характеру (defensive medicine) (Tancredi, Barondess, 1978; Raposo, 2019). Лікар завжди повинен бути готовий до того, що його робота може стати предметом судового розгляду, тому всі його дії та рекомендації мають відповідати чинним клінічним нормативам і національним протоколам лікування. Протоколи стають його справжнім щитом, а відхилення від них одразу викликають питання у юриста. Очевидно, що коли методи натурального оздоровлення не входять до переліку передбачених протоколом заходів, то рекомендації, які надаються пацієнту, не мають містити формулювань щодо їх виконання.

Вважають, що збільшення кількості судових процесів, у яких бере участь медичний персонал, призводить до формування дієвих «захисних» механізмів, що, своєю чергою, призводить до зниження ефективності медичної допомоги (Kessler, McClellan, 2002). При цьому вирізняють «позитивну захисну медицину», пов'язану з практикою проведення надлишкових діагностичних і лікувальних заходів, і «негативну захисну медицину», спрямовану на уникнення проведення заходів високого ризику (Summerton, 1995). У практичній діяльності обидва різновиди «захисної» позиції можуть поєднуватися.

У механізмів «захисної» медицини мають очевидне значення психосоціальні чинники. «Навіть ті лікарі, які ніколи не брали участі в судових процесах, відчують, що дамоклів меч занесений над їхньою головою» (Shapiro et al., 1989). Тож важливо розуміти, що лікарі у своїй практиці намагаються уникати будь-яких, нехай навіть необґрунтованих претензій і критичних зауважень на свою адресу, а про судові розправи годі й говорити, бо незалежно від їхніх результатів це є серйозним стресогенним чинником, емоційно пригнічує, вимагає витрат часу, може завдати шкоди репутації тощо.

Крім того, «захисні» механізми в медицині відповідають за надмірну кількість рекомендацій і досліджень, більшість з яких є зайвими, бо зводяться до надмірної обережності й мають збитковий характер (це є іншою версією інституційної пастки, яка є радше соціокультурною, ніж медико-біологічною, а її наслідки мають чітку економічну складову).

На думку шеругу дослідників, проблема «захисної» медицини не зводиться суто до запобігання юридичним позовам з боку пацієнтів та їхніх родичів й не обмежується пошуком шляхів зниження економічного навантаження від надмірних рекомендацій. У підґрунті це є проявом глибоких інституційних механізмів, вираженням соціокультурних і морально-етичних засад та цінностей, що домінують у суспільстві (Kessler, McClellan, 1996).

Формування захисних механізмів залежить і від того, що вся медицина є «зоною ризику». Водночас прояв цього ризику неможливо передбачити, а діапазон можливих випадків справді великий: від несподіваної алергічної реакції до важкої травми в результаті падіння пацієнта на підлогу в лікарні.

Робота лікаря та його стосунки з пацієнтом здійснюються під тиском культурної традиції або під впливом певних психологічних установок та уявлень про «правильне» лікування, які зазвичай формуються в публічному просторі. Так, у лоні радянської медицини склалася своєрідна традиція, коли пацієнт, щоб поправити своє здоров'я, «повинен» двічі-тричі на рік «зробити крапельниці для підтримки» (йдеться про відомий набір препаратів, які потенційно діють на метаболізм і впливають на систему кровообігу). Якщо лікар суперечить цій традиції, він ризикує наразитися на скаргу й зажити поганою репутації.

Парадоксально, що методики, які в більшості випадків не мають ніякого наукового доказу, а іноді можуть завдати шкоди здоров'ю, слугують повсюдним засобом соціальної драматургії (певну роль відіграє фізіологія, бо спочатку такого лікування людина відчуває «приплив сил», проте цей ефект тимчасовий і не має довготривалої клінічної перспективи). Варто наголосити, що така практика і навіть багато препаратів для її впровадження існують лише в межах території колишнього СРСР.

Проблема вибору

Уже після першого контакту з лікарем для пацієнта запускається цілий ланцюжок послідовних виборів — він повинен погодитися або відмовитися від госпіталізації, лікування, операції, реабілітації тощо. Зазначимо, що характер подальшого вибору не завжди логічно впливає з попереднього (на нього впливає низка причин, таких як вік, наявність інших захворювань, конкретна життєва ситуація).

Очевидно, що в невідкладних ситуаціях, пацієнт або його близькі не в змозі прийняти слушне рішення самостійно і мусять довіритися пораді лікаря (відповідно діє інституційний локус контролю). Класичний патерналістський підхід має діяти у більшості випадків гострих захворювань і навіть у ситуації, коли ми разом з лікарем вирішуємо, лікувати хворий зуб чи видаляти його.

Однак після виходу з кризової ситуації (після гіпертонічного кризу або нападу бронхіальної астми) перспективи самостійного вибору видаються зовсім інакшими. Це саме той момент, коли локус контролю за станом власного здоров'я має переходити до самої людини (Пахолок, 2012). Часто людина не усвідомлює важливості цього вибору і свідомо чи підсвідомо намагається його уникнути (знову ж таки, перекласти відповідальність на лікаря).

Ситуація вибору можлива лише тоді, коли людина має уявлення про сам факт існування та практичну можливість реалізації альтернативних підходів (у нашому випадку, це вибір на користь медикаментозного чи немедикаментозного лікування і відповідних змін способу життя). Пріоритетом тут є досвід і досягнення інших людей. У такому стані в людини є висока мотивація до пошуку шляхів оздоровлення, проте формальний підхід і «старання виконання лікарських рекомендацій» можуть її знизити або повністю перевести в пасивне річизе (режим приймання таблеток і постійних досліджень).

Забезпечення доступу до публічної інформації про позитивний досвід інших осіб є однією з ключових передумов розширення сфери індивідуальних

практик оздоровлення. Тому соціальні групи та інтернет-спільнота сьогодні стають ледь не головою формою соціальної організації.

Крім того, можливість альтернативного вибору визначається рівнем розвитку інституту натуропатії. У деяких країнах (Німеччина, США) рівень структурної організації цього інституту досить високий: створено відповідні асоціації, кафедри університетів, профільні центри та клініки. Більшість відомих шкіл природного лікування доходять висновку про ключову роль самого пацієнта в його оздоровленні і необхідність комплексної роботи над здоров'ям або поєднання ефектів фізичних вправ, дієтичних заходів та організації способу життя. Сфера самостійних практик оздоровлення відповідає постулатам натуропатії, проте відрізняється індивідуальністю і незалежністю від деяких інституційних рамок (зокрема економічною незалежністю). Разом з тим з історії США та СРСР відомі випадки, коли на ґрунті ідей оздоровлення створювалися громадські рухи та релігійні секти.

Індивідуальні шляхи до оздоровлення: думки лікарів

Завдання дослідження полягає, зокрема, в тому, щоб з'ясувати, як лікарі ставляться до практик оздоровлення, які методи вони знають і які вважають ефективними. З цією метою було проведено бесіду у формі нестандартизованого опитування експертів — 27 лікарів (чоловіків) терапевтичних спеціальностей зі стажем роботи в медицині понад 10 років. Лікарів було об'єднано у дві групи. Першу становили 14 лікарів, які почали працювати в медицині вже в новому столітті (і зараз вони віком 30–40 років, зі стажем роботи до 20 років), а другу групу становили 13 лікарів, які працювали за фахом ще у 80–90-ті роки минулого століття (зі стажем роботи понад 25 років і віком старше 50 років, з них 8 лікарів були вже пенсійного віку). Відповіді лікарів заставлялися з повідомленнями про роботу над здоров'ям представників інтернет-спільноти (в групах Facebook за відповідною тематикою).

Під час бесіди особливу увагу було приділено питанням, які, з погляду автора, найбільш виразно свідчать про проблеми сучасної медицини.

1. Застосування практик лікувального голодування, особистий і клінічний досвід. На думку шерегу фахівців, використання методик лікувального голодування може бути корисним для досягнення стійкої компенсації в разі багатьох хронічних захворювань, а також для профілактики онкологічних захворювань. Певні обмеження щодо використання методу зумовлені індивідуальними фізіологічними та психологічними особливостями.

2. Використання методів дихальної гімнастики для лікування артеріальної гіпертензії й особливо в комплексному лікуванні пароксизмальної форми миготливої аритмії (група хворих віком 50–70 років). Методи дихальної гімнастики, пропонувані Бутейко і Стрельниковою, широко відомі, проте практичне виконання їх для більшості людей є проблематичним. Утім проблема розв'язується за допомоги простого дихального тренажера (наприклад, тренажера «Самоздрав» або його аналогів). Офіційна медицина демонструє нехтування цим методом, тоді як наполегливі пацієнти повідомляють про його ефективність (на

відміну від методу голодування, для цього методу немає ніяких фізіологічних перешкод, потрібно лише докласти певних зусиль).

Під час бесіди з молодими лікарями виявлено, що в них дуже низький інтерес до теми використання натуральних методів оздоровлення загалом¹.

Ніхто з них не зазначив, що стикався з випадками використання практик лікувального голодування або дихальної гімнастики в клініці, а отже, ніхто не радив їх виконувати пацієнтам. Лише один лікар (не маючи змоги деталізувати випадок) згадав про негативний досвід, коли пацієнт внаслідок голодування потрапив у відділення інтенсивної терапії.

Уявлення молодих лікарів про роботу над здоров'ям можна схарактеризувати як дуже поверхневі, або «косметичні»: «потрібно займатися фізичними вправами, менше вживати калорійної їжі, не курити, не зловживати алкоголем».

Імовірність виникнення проблем із власним здоров'ям молоді лікарі переносять на далеку перспективу або приховують за ширмою фаталізму, в тому числі й генетичного: «все одно хвороби не уникнути, ... ці проблеми у нас у генах».

Проте чимало молодих лікарів періодично займаються своєю фізичною формою: біг, плавання, заняття у фітнес-центрі чи фізичні вправи в домашніх умовах.

Практично всі молоді лікарі мають певні знання про методи дихальної гімнастики (Бутейко і Стрельникової), однак ніхто з них не рекомендував використання таких методів у випадках лікування гіпертонії або пароксизмальної форми миготливої аритмії: «зараз ці методи не модні», «ми повинні працювати по протоколу», а в клінічних протоколах їх взагалі немає.

Деякі з цих лікарів пропонували звернутися за інформацією до старших колег, які повинні мати такий досвід.

Справді, лікарі старшої вікової групи були більше схильними до розмови й мали більший обсяг інформації щодо натуральних засобів оздоровлення. Так, 7 лікарів серед 13 опитаних у групі згадали хороші результати застосування лікувального голодування в їхній попередній клінічній практиці (80–90-х років). У такий спосіб вони лікували бронхіальну астму, алергію та артеріальну гіпертензію.

Троє лікарів з цієї групи повідомили, що самі раніше практикували цей метод, і відзначили досягнення позитивного ефекту для свого здоров'я (проте вони не зробили цю практику регулярною). А один лікар повідомив, що регулярно практикує голодування по 32–36 годин, і це покращує його фізичний стан.

Серед старших лікарів також були прихильники використання дихальної гімнастики, двоє лікарів зазвичай рекомендують своїм пацієнтам користуватися дихальним тренажером для лікування пароксизмальної форми миготливої аритмії.

¹ «Про яке оздоровлення з ними можна взагалі розмовляти, якщо половина з них курить!?!», — висловився старший лікар про своїх колег. Така оцінка щодо поширеності куріння серед молодих лікарів близька до реальної (здебільшого вони використовують електронні сигарети).

Відмінності в поглядах між лікарями різних поколінь багато в чому виправдані. Ці лікарі працювали за різних соціальних та економічних умов, у різній психологічній та культурній атмосфері. Фахівці пенсійного віку працювали в той час, коли проводилася певна робота з поширення досвіду лікувального голодування в клініці, а лікарі, які почали свою практику на початку 2000-х, були вже орієнтовані на уніфіковані протоколи лікування й на використання медикаментозних методів лікування.

Крім того, потрібно враховувати, що старші лікарі мали можливість набути відповідного позитивного досвіду не тільки в роботі з пацієнтами, а й опікуючись власним здоров'ям (до практики голодування вони вдавалися, будучи віком понад 45 років). Деякі з лікарів пройшли певний шлях від стану, коли можна було ігнорувати проблеми зі здоров'ям, до розуміння необхідності над ним працювати. Переломним для них був період певних життєвих випробувань (важка хвороба або травма) — «коли розумієш, що далі так продовжуватись не може... бо, як раніше, більше не зможеш жити».

Ключове значення мав сам процес вибору конкретної практики оздоровлення, бо частіше людина намагається обмежуватися «напівзаходами» (відмовитися від куріння, більше рухатися, організувати здорове харчування), але ці заняття є радше передумовами здоров'я, а не власне оздоровчими практиками, завдяки яким відбувається істотне і тривале поліпшення стану. І це важливо, бо лікарі частіше були не здатні визнати, що натуральні методи є ефективним засобом лікування, а не тільки профілактикою.

Навіть такий базовий і ефективний метод лікування, як фізичні вправи, для багатьох лікарів залишається справжньою *terra incognita* (або його розглядають як додатковий засіб, до якого вдаються за відсутності необхідних препаратів і засобів хірургічного втручання).

Щоб зрозуміти медико-соціальну сутність проблеми, необхідно визначити деякі медико-біологічні моменти її інтерпретації. Вельми істотно, що будь-який лікарський засіб має свій діапазон терапевтичної дії. І якщо з фармакологічними препаратами ситуація більш-менш зрозуміла і для кожного препарату визначено відповідний режим дозування, то для натуральних засобів оздоровлення визначити терапевтичний діапазон досить складно — він завжди індивідуальний і варіабельний (залежно від віку, фізіологічних особливостей, умов життя та праці тощо). Зрозуміло, що фізичні вправи є ефективним лікарським засобом, однак якщо їх виконують у недостатньому обсязі (наприклад, проста ходьба як піша прогулянка для особи віком 40–50 років)¹, то вони зазвичай не мають жодного терапевтичного впливу, а якщо фізичної активності забагато (щоденні інтенсивні тренування), вона може нашкодити здоров'ю.

Проте навіть для вибору лікувального режиму фізичної активності та його виконання на практиці необхідні індивідуальна воля, дисципліна і певна сміливість. Пацієнт повинен сам взяти на себе відповідальність, бо лікар, щоб уникнути провокації судинної катастрофи, зазвичай рекомендує занижений обсяг

¹ Однак це не стосується ходьби у спеціальному режимі, особливо так званої скандинавської ходьби.

навантажень¹. Ризик завжди існує, хоча в разі вибору відповідного режиму навантажень, поступеневого підвищення активності та комбінації різних методів оздоровлення цей ризик є мінімальним.

Проте в разі застосування інших методів оздоровлення, які потребують ще більше зусиль і персональної дисципліни, ситуація видається ще скрутнішою. Примітно, що сучасні лікарі лікувальне голодування навіть не сприймають як потенційний метод лікування, незважаючи на певні успіхи їхніх попередників.

Щодо практики використання цієї методики у світовій науковій літературі (за даними PubMed) накопичено вже понад 10 000 публікацій, і кількість їх щороку зростає (Кандрычын, 2015). Однак складається враження, що цей метод перебуває не лише не в тренді сучасної медицини, він поза її усвідомленням, поза її ідеологією. І таке ідеологічне переформатування відбулося впродовж всього кількох десятиліть. У результаті цього зсуву створилася ситуація, коли ніякі результати клінічних спостережень, ніякі наукові публікації, а тим паче ніякий індивідуальний досвід не здатні подолати рамки клінічних протоколів².

Показовою в цьому плані стала розмова з одним завідувачем відділення, який сам майже 20 років тому порадив моєму родичу, який страждав на atopічний дерматит, голодувати (результати 14-денного курсу голодування тоді були успішними). Плануючи розмову, я сподівався, що цей же лікар вже через 20 років поділиться досвідом використання методу в лікуванні інших пацієнтів, але результат виявився прямо протилежним. Він заявив, що ніколи не стикався з використанням методу голодування на практиці й загалом не розуміє, «як він міг таке порадити».

Це приклад того, як протокольна медицина витісняє всі інші методи лікування зі свідомості фахівця. Крім того, це відомий у соціальній психології прояв моди. Кожен лікар може помітити, що він частіше вдається до призначення популярніших форм лікування та широко розрекламованих наразі препаратів, ніж їх аналогів, які він використовував у своїй практиці 10–20 років тому. Показово, що коли фармацевтична компанія веде розмову з лікарями про новий препарат (коли «пройдуться по кабінетах» з рекламою), продаж цього препарату, за словами фармацевтів, у найближчих аптеках зростає у рази.

Істотним доповненням до цього є думка молодого лікаря, який відкрито заявив, що він багато в чому поділяє погляди прихильників природного лікування, але сам не стане вдаватися до використання їх на практиці, оскільки прагне «досягти відповідного становища в суспільстві та гідного заробітку». (Така позиція увиразнює соціальний зміст проблеми.)

¹ Діалог лікаря з хворим і його родичами звучить приблизно так: «А якщо мій чоловік побіжить і отримає інфаркт? Хто буде винен?» — «Гаразд, тоді нехай робить піші прогулянки...»

² Таку проблему підтверджує зізнання одного лікаря (яке він розмістив в інтернеті) в тому, що у своїй багаторічній практиці в процесі лікування різних захворювань він неодноразово стикався з позитивними прикладами використання лікувального голодування, хоча не може їх рекомендувати, оскільки таких методів немає у затверджених клінічних протоколах та службових інструкціях. (Варто зауважити, що інтереси пацієнта вислизують з контексту цього повідомлення.)

Проте якщо стосовно використання методу лікувального голодування існують реальні обмеження (не всі люди здатні скористатися цим методом через фізіологічні особливості чи слабку волю), то причини нехтування з боку офіційної медицини методами дихальної гімнастики видаються цілком абсурдними, тим паче, що артеріальна гіпертензія і пароксизмальна миготлива аритмія є дуже поширеними в популяції. Дихальні тренажери¹ дають змогу методологічно правильно застосовувати цей метод і досягти тривалого результату. Зауважимо, що сьогодні широке використання методів дихальної гімнастики може послабити позиції фармакологічної та інтервенційної медицини, але пацієнти й окремі лікарі змушені задля цього звертатися лише до інформації, що міститься в інтернеті, а не до затверджених рекомендацій.

Проблема з лікуванням миготливої аритмії заслуговує на особливу увагу. У протоколи лікування цього захворювання входять антикоагулянти (лікарські засоби, що запобігають розвитку тромботичних ускладнень), і серед найпопулярніших антикоагулянтів сьогодні «Апіксабан» та «Ривароксабан». Ці препарати справді варті уваги, оскільки вони сьогодні є лідерами по доходу від продажу. Варта подиву ситуація, коли препарат, який нічого не лікує, а лише здатен певною мірою знизити ризик утворення тромбів (зауважимо, що ефект їх далеко не 100%-й), а в деяких випадках здатен навіть вбити пацієнта або викликати раптову й сильну кровотечу², попри те посідає лідерські позиції на ринку продажу медпрепаратів. Клінічна драматургія тут така — на запитання, чи хоче пацієнт знизити для себе ризик розвитку інсульту, той зазвичай відповідає: «Так» (згадуючи, який вигляд мають хворі на інсульт).

Натомість дихальна гімнастика дає змогу домогтися стійкої компенсації хвороби, а отже, допомагає критично ставитися до рекомендацій щодо необхідності постійного вживання згаданих препаратів для пацієнтів з початковими формами захворювання, а такий стан компенсації може тривати десятиліттями.

Крім питань щодо застосування практик оздоровлення у розмові з лікарями йшлося про деякі допоміжні практики, особливо ті, що їх люди можуть застосовувати самостійно. Було розглянуто алгоритм самодопомоги в разі легких форм шлунково-кишкових розладів (дискомфорт, нудота, діарея), найпоширеніших симптомів, що виникають через вживання неякісної їжі й зазвичай розглядаються як кишкова інфекція.

Передбачалося, що, крім голодування (впродовж 1 доби), можна вживати невеликі дози міцного алкоголю (зазвичай 3 столові ложки або по 15–18 мл через 2–3 хв кожна). Цей простий спосіб стає актуальнішим за відсутності інших засобів допомоги (і використовують його не тільки в разі перших симптомів, а й у разі затяжного перебігу процесу, коли інші засоби не допомагають). Зазна-

¹ Деякі пацієнти, які вже опанували навички лікувального дихання, повідомляють, що подібного ефекту можна досягти й за допомоги порожньої пластикової пляшки.

² Загальна частота кровотеч у разі застосування препарату «Ривароксабан» становить 39,7 випадків щорічно на 1000 осіб, в тому числі й летальних інсультів 4,5 випадків на 1000 (Ray et al, 2021).

чалось, що це — не метод лікування, а засіб самодопомоги (один з етапів цієї допомоги), який може бути придатним лише в певних ситуаціях, тоді як в інших не дасть позитивного ефекту й може нашкодити організму (у разі важких токсикоінфекцій та отруєннях, наприклад грибами).

З'ясувалось, що молоді лікарі не знають цього методу (реагували недовіриливо та з посмішкою). Лікарі старшого віку частіше згадували про цей метод і розповідали про випадки з власного досвіду. Так, роз'яснив ситуацію досвідчений нарколога: «... цей метод самодопомоги справді ефективний, і ним повсюдно користуються, проте медицина ніколи не буде його пропагувати й не буде визначати показання для його використання, бо потенційно це може сприяти надуживанню алкоголю».

Справді, цей метод, крім дітей, вагітних та важкохворих, протипоказаний людям, які страждають на алкоголізм (бо може спровокувати запій). Так, на цьому прикладі видно, як медицина у своїх загальних підходах формально підлаштовується під окремі групи «слабкого» населення (тут — реальних та потенційних алкоголіків), проте навряд чи випадки використання цього методу самодопомоги здатні істотно вплинути на поширення проблем алкоголізму.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що сама постановка проблеми використання методів природного лікування та практик оздоровлення в медичній практиці є медико-соціальною, а не медико-біологічною і має значні складові психологічного та економічного ґатунку. У ширшому плані цю проблему треба розглядати з погляду індивідуального вибору або як персональну ідеологію оздоровлення.

Епідемія COVID-19 та успіхи фармакологічної індустрії

Епідемія COVID-19 стала справжнім випробуванням для більшості з нас і всього суспільства в цілому. В рамках нашої дискусії варто звернути увагу на те, що всі медикаментозні засоби профілактики коронавірусної інфекції (як і грипу) залишаються вторинними, лише додатковими в зіставленні з довгостроковим ефектом самостійних практик оздоровлення. Причому цей ефект комплексний за своєю природою, позаяк крім безпосереднього впливу на стан імунного захисту організму здійснюється вплив на всі основні фактори ризику і на розвиток хронічних захворювань, що сприяють вірусному захворюванню (ожиріння, цукровий діабет тощо).

У публічному дискурсі акцент зазвичай робиться на профілактичному впливі оздоровчих методик. Хіба що лікувальне голодування може розглядатися як засіб активної протидії вірусному захворюванню.

Адепти цього методу застосовували різні варіанти лікувального голодування як за перших проявів коронавірусної інфекції, так і в подоланні постковідного синдрому. Проведення поглиблених досліджень у цьому напрямі було суттєво обмежено. Проте вже з'явилися публікації про спостереження позитивного впливу деяких варіантів голодування на перебіг інфекції (Hannan et al., 2020, Ealey et al., 2021).

За результатами опитування в соціальних мережах можна стверджувати, що люди під час епідемії частіше вдавалися до того самого методу голодування, яким вони вже користувалися раніше (або рутинного для них) — водного, сухого або інтервального голодування. Деякі з опитаних визнавали позитивний ефект від застосування обраного ними методу, хоча багато хто утримувався від проведення голодування під час інфекції через побоювання можливих ускладнень.

Можливості використання методу сухого голодування (2–3 доби) у разі гострої вірусної інфекції давно обговорюються в експертних колах. Відповідно, інтерес до використання цього методу під час пандемії COVID-19 був зрозумілим. Автор особисто спостерігав позитивний результат після трьох діб сухого голодування, розпочатого ним в момент перших проявів вірусної інфекції (за попереднього досвіду використання методу впродовж 12 років). За результатами опитувань у групах Facebook з'ясувалося, що ще 34 учасники заявили про аналогічний позитивний ефект, досягнутий з використанням того самого методу під час епідемії. Такі спостереження можна розглядати тільки як «повідомлення про випадки», а не наукові докази, хоча вони можуть впливати на формування персональної позиції. Водночас увага громадськості була прикута до вакцин та противірусних препаратів.

Звісно, під час перших хвиль епідемії про «доказову медицину» не доводилось говорити, оскільки вірус абсолютно новий і має незрозумілі властивості. Лікарі у своїй роботі спиралися на попередній досвід, на знання загальних закономірностей, на синдромальні підходи в лікуванні й т.ін., а схеми лікування відпрацьовувалися вже в перебігу епідемії. Про якусь подобу доказової медицини можна було говорити тільки після першого року епідемії.

Водночас звернення до натуральних методів лікування, які спираються на не менший накопичений досвід і є універсальнішими за своїм впливом, у цьому публічному дискурсі не було помічено. Чи не тому, що кожна епідемія для фармакоіндустрії знаменує собою відкриття нового «сезону полювання», і остання не стала винятком.

Причому доходи фармацевтичних компаній ростуть на різних фазах епідемії: спочатку на етапі підготовки до епідемії, коли на зростання продажу впливають панічні настрої населення і прагнення забезпечити своїх близьких усім необхідним. Далі — на етапі розроблення вакцини та противірусних засобів лікування інфекції. Тут вступають у дію фармацевтичні гіганти, і доступні джерела інформації свідчать, що доходи цих компаній за два роки епідемії є справді істотні.

Специфічним етапом для епідемії COVID-19, що визначив додаткове зростання доходів фармкомпаній, став постковідний період, коли впродовж кількох місяців пацієнти мали набір неспецифічних скарг і ускладнень.

Щоб відповідно сфокусувати тему дискусії, звернімося до постковідного етапу. Методи надання медичної допомоги на цьому етапі були суто симптоматичними або були спрямовані на нормалізацію діяльності окремих параметрів і систем організму, але не могли вплинути на патологічні наслідки вірусної інфекції на клітинному і тканинному рівнях. Відповідно, відома теза «без лікуван-

ня застуда зазвичай відходить за тиждень, а з лікуванням за сім днів» трансформувалася у твердження про місяці та відповідну кількість днів.

Однак якщо пацієнти зверталися зі своїми проблемами до лікарів, то отримували лікування, основні складові якого не мали серйозного наукового підтвердження, але сам процес лікування йшов, і на цей процес витрачалися чималі кошти.

Справжній приклад соціальної (тут клінічної) драматургії: хворий звертається до лікаря й отримує лікування, від якого очікує поліпшення стану. Із плином часу і з проведеною терапією зазвичай за 1–2 місяці це поліпшення, як правило, відбувалося. Лікар у цьому процесі чесно виконував свою роль — він призначав офіційні препарати, які згідно з інструкцією можуть поліпшити самопочуття пацієнта після перенесеної вірусної інфекції, знизити ризик ускладнень, а те, що наукових доказів ефективності цих препаратів для постковідних пацієнтів бути не могло, не створювало перешкоди. Лікар сам був змушений повірити в ці ліки (інших не було), він призначав їх не тільки пацієнтам, а й своїм рідним, нерідко приймав сам.

Очевидно, що використання немедикаментозних методів, насамперед лікувального голодування, для боротьби з наслідками інфекції серед варіантів фактично не розглядалося.

А тепер про лідерів продажу.

На першому місці тут антикоагулянти, про які йшлося вище (або ліки які нічого не лікують, а тільки можуть запобігти судинній катастрофі). Їх призначення після перенесеної вірусної інфекції видається аргументованим, позаяк порушення мікроциркуляції і тромбози є типовими проявами цієї хвороби.

Наприклад, у Білорусі було видано інструкцію МОЗ, яка зобов'язувала призначати антикоагулянт (Ривараксабан) упродовж місяця вже після лікування ковідної пневмонії. Доказів ефективності цього препарату для таких випадків на той момент не було (фактично вони формувалися в процесі спостереження за пацієнтами), тому в багатьох країнах Європи (Польщі, Німеччині, Англії) такої практики призначення не існувало. Однак фірми-виробники ліків трохи «підметушилися» й запропонували свій продукт там, де була можливість. Зрештою, цей дорогий препарат на якийсь час навіть зник з аптек.

Слід розуміти, якщо інтереси фармацевтичних компаній збігаються з тимчасовими, але значними медичними проблемами, які спостерігаються під час епідемії, тема обговорення стає занадто чутливою (отже, самої проблеми вже не існує, і всі докази стають обмеженими). Іноді буває важко зорієнтуватися в різних часових проміжках, оскільки спочатку видаються локальні рекомендації, а вже потім з'являються відповідні свідчення про ефективність препарату. Проте заслуговує на увагу той факт, що національні рекомендації щодо широкого застосування згаданого дороговартісного препарату відрізнялися від рекомендацій щодо його застосування в країнах Європи (на користь виробника препарату).

Друга група препаратів, продаж яких зріс у постковідний період, — це антиоксиданти та кардіопротектор. Саме ці препарати (Тіотріазолін і Мілдронат) стали учасниками драматичного дійства, коли лікар змушений був щось пропи-

сати, щоб процес лікування відбувався. Наприклад, в електронній базі даних аптечної мережі Білорусі (tabletka.by) обидва ці препарати були серед лідерів пошуку під час епідемії.

Окреслена проблема досить поширена і потребує комплексного, міждисциплінарного аналізу. На цьому ж етапі можна лише підкреслити важливість тези про те, що регулярне використання оздоровчих практик є найнадійнішим засобом, і завчасно не занурюватися в цю тему, щоб не опинитися у сфері драматургічної дії сучасної медицини.

У пошуку здорової альтернативи

Здорова людина не дуже цікава для фармацевтичної промисловості, але держава має бути зацікавлена у здоров'ї та повноцінному житті громадян. Отже, державні інститути повинні сприяти поширенню сфери використання натуральних оздоровчих практик. А поки держава говорить про здоров'я вустами експертів, які випробовують щоразу нові фармацевтичні засоби лікування.

Очевидно, що здоров'я в повному його вимірі не може бути турботою якогось чиновника. Це самостійний і відповідальний вибір вільної людини. Сприяти цьому вибору, крім офіційних установ, мають різні громадські інститути, ресурси інтернет-спільноти, можливі системи волонтерської підтримки та діяльність місцевих громад.

Крім того, державні та громадські інститути повинні здійснювати контроль і накладати певні обмеження на поширення фармакологічних і хірургічних методів лікування, особливо в тих випадках, коли стійка компенсація може бути досягнута методами натурального (фізіологічного) оздоровлення. Людина має знати про існування можливих альтернатив і сама прийняти відповідальне рішення. Як показали результати опитування лікарів, більшість із них не використовує натуральних методів лікування і не має інформації про них.

З погляду сучасної медицини, припускається, що в деяких випадках хронічні захворювання можна подолати без допомоги фармакологічних засобів, однак, якщо увага лікарів сконцентрована на розвитку високотехнологічних методів, підходи, які не потребують підтримки сучасних технологій, виявляються непопулярними. З іншого боку, люди, які наважуються використовувати натуральні (фізіологічні) методи лікування та досягають результатів, більше не є споживачами послуг медичної галузі.

Сьогодні вже ніхто не заперечує важливість профілактичних заходів і вплив на здоров'я способу життя, але існують серйозні розбіжності в підборі індивідуальних програм і рівнів необхідного навантаження. Найбільш гострі розбіжності виникають в разі обговорення впливу таких методів, як інтенсивні фізичні вправи, лікувальне голодування, дихальна гімнастика, водне загартовування організму.

Представники офіційної медицини надають цим засобам в кращому разі хіба що доповняльного значення і часто відмовляються визнавати спроможності до лікування самого організму, посилаючись на відсутність «адекватних»

доказів (або доказів, отриманих на рівні всієї популяції, без проведення детальної диференціації).

Сучасна людина, яка має доступ до різних джерел інформації та відповідну мотивацію (як у випадку розвитку хронічного захворювання), здатна самотійно активувати внутрішні ресурси свого організму й досягти нормалізації стану здоров'я.

Слід визначити перелік причин для звернення до самотійних практик оздоровлення та натуральних (фізіологічних) методів лікування:

1. Таке лікування ґрунтоване на оптимізації фізіологічного захисту самого організму і позбавлене побічних ефектів, які можуть спостерігатися в разі медикаментозного лікування.

2. Це лікування фактично безкоштовне.

3. Таке лікування завжди комплексне і має цілісний ефект (може істотно впливати на всі органи та системи нашого організму). Це означає, що ефективне лікування, проведене за допомоги натуральних методів, забезпечує захист від розвитку різних захворювань. Тільки за такого підходу можна зупинити розвиток патологічного континууму та формування основи для множинних захворювань (коморбідності).

Головні принципи, на яких ґрунтується здатність до самооздоровлення:

1. *Можливість самотійного і відповідального вибору.* Інформація про можливі натуральні методи оздоровлення сьогодні широкодоступна. Особливо важливим є питання індивідуальної та творчої адаптації цього досвіду. Ключовою стає проблема вибору. Тут потрібно пам'ятати, що лікар працює згідно з чинними протоколами і зазвичай інформує тільки про перспективи медикаментозного лікування. Проте пацієнти часто звертаються до інших джерел. На підставі отриманої інформації пацієнт повинен зробити вибір. Ідеться не лише про вибір між різними методами лікування, а й про вибір ідеології оздоровлення.

2. *Фактор індивідуальних відмінностей.* Використання методів самооздоровлення пов'язане з проявом індивідуальності: фізіологічної, психологічної, культурної, соціальної. Чинник індивідуальних відмінностей означає неможливість упровадження загальних стандартів та оцінювання результатів природного лікування. Звідси — різноманітність методів оздоровлення і проблеми з перевіркою ефективності. Індивідуальна методика випрацьовується в самому процесі й орієнтована на досягнення ефекту в кожному конкретному випадку.

Крім того, найчастіше рекомендується використовувати кілька методів оздоровлення одночасно (наприклад, терапевтичне голодування та фізичні практики). А таке поєднання методів збільшує ефект різноманітності, ускладнює узагальнення (необхідне для наукового аналізу), а також практично виключає можливість зовнішнього управління. Лікар може тільки визначити загальні принципи цієї роботи, запропонувати новий метод, оцінити результати, далі вибір конкретних практик та їх виконання залишається прерогативою самого пацієнта.

3. *Формування певних особистих установок, спрямованих на виконання фізіологічної та духовної програми оздоровлення.* Психологічні консультації іноді

можуть бути корисними, але вони не скасовують ролі самостійної роботи на шляху до оздоровлення. Тому потрібно говорити не тільки про фізіологічну програму, а й про духовну. Обидва процеси не можна ізолювати.

4. *Регулярність занять і їх тривалість, відновлення здатності організму.* Якщо програма оздоровлення вже успішно розроблена — це вибір на все життя, від неї не варто відмовлятися, потрібно лише регулювати інтенсивність і набір методів (з урахуванням віку, погоди, актуального стану тощо). Жоден лікар не може виконувати цю функцію. Людина, яка тривалий час працювала зі своїм тілом, стає єдиним спеціалістом у цій (своїй) галузі.

5. *Подолання тиску з боку офіційної медицини.* Практично будь-яка людина, що використовує натуральні методи оздоровлення, так чи інакше змушена долати тиск офіційної медицини. Для багатьох людей, поганий результат лікування в медичному закладі є переконливим аргументом, щоб вдатися до натуральних методів.

Бар'єри можуть бути штучно створені навіть представниками натуральної медицини, наприклад заявами, що «лікувальне голодування завжди має проходити під наглядом лікаря». У деяких випадках такий контроль може бути необхідним (з урахуванням віку пацієнта, клінічного стану, психічних особливостей і т.ін.), але весь обсяг практик лікувального голодування не може підлягати медичному контролю. Як показують результати опитувань у групах Facebook, більшість учасників займаються лікувальним голодуванням самостійно, і тільки 5% учасників проводять голодування під контролем лікаря.

6. *Маніпулювання поняттям ризику і формування хибного ризику.* Це питання дуже важливе, і противники натурального лікування спотворюють його зміст. Відповідь проста — кожна людина повинна свідомо нести юридичну та моральну відповідальність за проблеми, пов'язані з лікуванням хронічних захворювань та застосуванням методів оздоровлення. Якщо людина боїться такої відповідальності, вона йде шляхом офіційної медицини й отримує поради на кшталт: «Сиди вдома — машина не розчавить».

Для прикладу звернімося до відмови від куріння. Загальновідомо, що курити шкідливо, і ніхто не поскаржиться на лікаря, якщо той порадить кинути курити. Водночас люди з тривалим стажем куріння після відмови від звички нерідко відчують серйозні порушення обміну речовин і швидко набирають вагу. Також відомі випадки виявлення раку легенів через кілька місяців після відмови від куріння. Про причини цього можна тільки здогадуватися: адже саме бажання припинити куріння могло бути першим симптомом захворювання чи могло стати чинником, що призводить до порушення обміну речовин, і це могло якось прискорити розвиток патологічного процесу, або це просто збіг. Однак у будь-якому разі пацієнт, який дотримувався лікарських рекомендацій, не очікував такого результату. Утім розумної альтернативи цьому не було, хоча хворий або його близькі ще не раз запитають: «А якби з цим курінням все залишилося по-старому, то, може, нічого страшного не сталося б?»

Усі можливі методи лікування мають побічні ефекти або несуть певний ризик при їх застосуванні. Але ускладнення, які можуть виникнути в разі природного лікування, пов'язані не з методом, а із самою хворобою, і її прояви не завж-

ди передбачувані. Це ще один аргумент на користь необхідності використання натуральних методів оздоровлення на ранніх стадіях захворювання, коли ризик ускладнень значно менший.

Звертаємо увагу, що натуральні методи є лікувальними засобами і мають певні показання та протипоказання, вимагають певного способу застосування та несуть певний ризик, але цей ризик такий же «натуральний», як і самі практики.

У багатьох випадках пацієнти чекають від лікаря спеціального дозволу на застосування практик оздоровлення, але лікар такого дозволу не дає, бо такі практики йому невідомі й не входять до протоколів. У результаті пацієнти стають заручниками чинних клінічних протоколів.

7. *Гармонійна взаємодія з офіційною медициною.* Людина, яка вже досягла певного результату в практиці оздоровлення, менше спілкується з лікарями і скептично ставиться до деяких рекомендацій. Однак така позиція може розцінюватися позитивно лише в окремих випадках і не стосується людей похилого віку і гострих захворювань. Зауважимо, що оздоровчі практики не можуть регулювати всі стани або замінити всі ліки. Достатньо згадати про профілактичний прийом антибіотиків після укусу кліща.

Можливості розширення сфери використання методів натурального оздоровлення поки що важко оцінити. За моїми спостереженнями, практично кожна четверта доросла людина може чудово реалізувати таку програму і практично кожна може певною мірою поліпшити загальний стан здоров'я, використовуючи ці методи. Найкращі перспективи є в людей, що займалися спортом в молодому віці. Їхня сила волі, а також практичний досвід можуть бути дуже корисними, особливо якщо здійснюється вибір між альтернативними стратегіями здоров'я. Колишнім спортсменам простіше зрозуміти саму ідею самостійного управління здоров'ям.

Перспективним напрямом для пацієнтів з хронічними захворюваннями є сфера самостійного контролю та управління здоров'ям (self-management) або формування набору індивідуальних навичок і досвіду збереження свого здоров'я та подолання захворювань, що передбачає формування індивідуальної відповідальності за своє здоров'я (Fisher, 1996; Grady, 2014).

Сучасний рівень інформаційного і культурного розвитку суспільства дозволяє і навіть заохочує стати на шлях індивідуальної роботи над здоров'ям. Сьогодні це шлях вільної людини — вільної не тільки від чиновницького свавілля, а й від власних слабкостей та страхів.

Джерела

Амосов, Н.М. (1987). *Раздумья о здоровье*. Москва: ФиС.

Винницький, М. (2022). Чому Кремль неправильно «прочитав» Україну і до чого тут бджоли: пояснює соціолог. Отримано з: <https://life.liga.net/poyasnennya/article/pochemu-kreml-nepravilno-prochital-ukrainu-i-pri-chem-zdes-pchely-obyasnyaet-sotsiolog>

Кандрычын, С.В. (2015). Колькасны аналіз навуковых публікацый па праблемі лячэбнага галадання ў гістарычнай перспектыве: па дадзеных сусветнага друку. *Военная медицина*, 1, 107–110.

Міхеєнко, О.І. (2017). Особиста відповідальність за стан свого здоров'я як стратегічний принцип оздоровчої практики. В: Ю.Д. Бойчук (ред.), *Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження* (сс. 238–244). Харків: Вид. Рожко С.Г.

Павленко, С.М. (1967). Учение о саногенезе — важнейшая проблема медицины. *Патологическая физиология и экспериментальная терапия*, 3, 91–95.

Пахолок, О. (2012). Трансформація культури здоров'я в цивілізаційному процесі. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 1, 115–132.

Романова, А.П., Красько, О.В. (2018). Влияние изменения возрастной структуры населения Республики Беларусь на гендерные различия смертности. *Медицинские новости*, 10, 52–60.

Лібанова, Е.М. (ред.). (2007). *Смертність населення України у трудоактивному віці*. Київ: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України.

Arney, W., Bergen, B. (1984). *Medicine and the Management of Living*. Chicago: Chicago University Press.

Arthur, W.B. (1988). Self-reinforcing mechanisms in economics. In: K. Arrow, P. Anderson (Eds.), *The Economy as an Evolving Complex System* (pp. 9-31). New York: Addison-Wesley.

Brainerd, E., Cutler, D. (2005). Autopsy on an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union. *Journal of Economic Perspectives*, 19, 107-130. <https://doi.org/10.1257/0895330053147921>

Dzau, V.J., Antman, E.M., Black, H.R. et al. (2006). The cardiovascular disease continuum validated: clinical evidence of improved patient outcome. Part II: Clinical trial evidence (acute coronary syndromes through renal disease) and future directions. *Circulation*, 114, 2871-2891.

Ealey, K.N., Phillips, J., Sung, H.K. (2021). COVID-19 and obesity: fighting two pandemics with intermittent fasting. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 32(9), 706-720. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2021.06.004>

Eyre, H., Kahn, R., Robertson, R.M. (2004). Preventing Cancer, Cardiovascular Disease, and Diabetes. A common agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association. *Diabetes Care*, 27, 1812-1824.

Fisher, D.B. (1996). Self-Managed Care: The most cost effective managed care. *National Empowerment Center Newsletter*, Spring. Retrieved from: http://www.power2u.org/articles/managed/managed_care.html

Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. New York: Pantheon Books.

Grady, P.A., Gough, L.L. (2014). Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. *American Journal of Public Health*, 104, e25-e31.

Hannan, M.A., Rahman, M.A., Rahman, M.S. et al. (2020). Intermittent fasting, a possible priming tool for host defense against SARS-CoV-2 infection: Crosstalk among calorie restriction, autophagy and immune response. *Immunology Letters*, 226, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.imlet.2020.07.001>

Kessler, D.P., McClellan, M.B. (1996). Do Doctors Practice Defense Medicine? *Quarterly Journal of Economics*, 111(2), 353-390.

Kessler, D.P., McClellan, M.B. (2002). How liability law affects medical productivity. *Journal of Health Economics*, 21(6), 931-955. [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(02\)00076-0](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(02)00076-0).

Meslé, F., Shkolnikov, V.M., Hertrich, V., Vallin, J. (1996). Tendences recentes de la mortalite par cause en Russie 1965-1994. *Serie: Donûes Statistiques*, 2, INED, Paris.

North, D. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.

Polterovich, V. (2007). Institutional Trap. *New Palgrave Dictionary of Economics*. Retrieved from: <https://ssrn.com/abstract=1751839>

Raposo, V.L. (2019). Defensive Medicine and the Imposition of a More Demanding Standard of Care. *Journal of Legal Medicine*, 39(4), 401-416. <https://doi.org/10.1080/01947648.2019.1677273>

Ray, W.A., Chung, C.P., Stein, C.M. et al. (2021). Association of Rivaroxaban vs Apixaban with major ischemic or hemorrhagic events in patients with atrial fibrillation. *JAMA*, 326(23), 2395-2404. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.21222>

Shapiro, R.S., Simpson, D.E., Lawrence, S.L. et al. (1989). A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. *Archives of Internal Medicine*, 149(10), 2190-2196.

Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ*, 310(6971), 27-29. <https://doi.org/10.1136/bmj.310.6971.27>

Tancredi, L.R., Barondess, J.A. (1978). The problem of defensive medicine. *Science*, 200(4344), 879-882. <https://doi.org/10.1126/science.644329>

Отримано 18.11.2022

References

Amosov, N.M. (1987). *Thought About Health*. [In Russian]. Moscow: Physical Culture and Sports. [=Амосов 1987]

Arney, W., Bergen, B. (1984). *Medicine and the Management of Living*. Chicago: Chicago University Press.

Arthur, W.B. (1988). Self-reinforcing mechanisms in economics. In: K. Arrow, P. Anderson (Eds.), *The Economy as an Evolving Complex System* (pp. 9-31). New York: Addison-Wesley.

Brainerd, E., Cutler, D. (2005). Autopsy on an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union. *Journal of Economic Perspectives*, 19, 107-130. <https://doi.org/10.1257/0895330053147921>

Dzau, V.J., Antman, E.M., Black, H.R. et al. (2006). The cardiovascular disease continuum validated: clinical evidence of improved patient outcome. Part II: Clinical trial evidence (acute coronary syndromes through renal disease) and future directions. *Circulation*, 114, 2871-2891.

Ealey, K.N., Phillips, J., Sung, H.K. (2021). COVID-19 and obesity: fighting two pandemics with intermittent fasting. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 32(9), 706-720. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2021.06.004>

Eyre, H., Kahn, R., Robertson, R.M. (2004). Preventing Cancer, Cardiovascular Disease, and Diabetes. A common agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association. *Diabetes Care*, 27, 1812-1824.

Fisher, D.B. (1996). Self-Managed Care: The most cost effective managed care. *National Empowerment Center Newsletter*, Spring. Retrieved from: http://www.power2u.org/articles/managed/managed_care.html

Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. New York: Pantheon Books.

Grady, P.A., Gough, L.L. (2014). Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. *American Journal of Public Health*, 104, e25-e31.

Hannan, M.A., Rahman, M.A., Rahman, M.S. et al. (2020). Intermittent fasting, a possible priming tool for host defense against SARS-CoV-2 infection: Crosstalk among calorie restriction, autophagy and immune response. *Immunology Letters*, 226, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.imlet.2020.07.001>

Kandrychyn, S.V. (2015). Quantity of scientific publication on therapeutic fasting in historical perspective: A global survey. [In Belarussian]. *Military medicine*, 1, 107-110. [=Кандрычын 2015]

Kessler, D.P., McClellan, M.B. (1996). Do Doctors Practice Defense Medicine? *Quarterly Journal of Economics*, 111(2), 353-390.

Kessler, D.P., McClellan, M.B. (2002). How liability law affects medical productivity. *Journal of Health Economics*, 21(6), 931-955. [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(02\)00076-0](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(02)00076-0)

Libanova, E.M. (Ed.). (2007). *Mortality of Workable Population in Ukraine*. [In Ukrainian]. Kyiv: Institute of Demography and Social Studies, NAS of Ukraine. [=Лібанова 2007]

Meslé, F., Shkolnikov, V.M., Hertrich, V., Vallin, J. (1996). Tendences recentes de la mortalite par cause en Russie 1965-1994. *Serie: Donües Statistiques*, 2, INED, Paris.

Mikheenko, O.I. (2017). Personal responsibility for own health as a strategic principle of health practice. [In Ukrainian]. In: Yu.D. Boychuk (Ed.), *General theory of health and healthcare: a collective monograph* (pp. 238-244.). Kharkiv: Publisher Rozhko S.G. [=Міхеєнко 2017]

North, D. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Pakholok, O. (2012). Transformation of culture of health in civilization process. [In Ukrainian]. *Sociology: Theory, Methods, Marketing*, 1, 115-132. [=Пахолук 2012]
- Pavlenko, S.M. (1967). The doctrine of sanogenesis — the most important issue of Medicine. [In Russian]. *Pathological Physiology and Experimental Therapy*, 7, 11(3), 91-95. [=Павленко 1967]
- Polterovich, V. (2007). Institutional Trap. *New Palgrave Dictionary of Economics*. Retrieved from: <https://ssrn.com/abstract=1751839>
- Raposo, V.L. (2019). Defensive Medicine and the Imposition of a More Demanding Standard of Care. *Journal of Legal Medicine*, 39(4), 401-416. <https://doi.org/10.1080/01947648.2019.1677273>
- Ray, W.A., Chung, C.P., Stein, C.M. et al. (2021). Association of Rivaroxaban vs Apixaban with major ischemic or hemorrhagic events in patients with atrial fibrillation. *JAMA*, 326(23), 2395-2404. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.21222>
- Romanova, A.P., Krasko, O.V. (2018). The influence of change in age structure on gender-specific mortality rate differences in the context of the demographic transition. [In Russian]. *Meditsinskie novosti*, 10, 52-60. [=Романова, Красько 2018]
- Shapiro, R.S., Simpson, D.E., Lawrence, S.L. et al. (1989). A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. *Archives of Internal Medicine*, 149(10), 2190-2196.
- Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ*, 310(6971), 27-29. <https://doi.org/10.1136/bmj.310.6971.27>
- Tancredi, L.R., Baroness, J.A. (1978). The problem of defensive medicine. *Science*, 200(4344), 879-882. <https://doi.org/10.1126/science.644329>
- Vynnytskyi, M. (2022). *Why the Kremlin read Ukraine incorrectly and where does the bees: sociologist explains*. [In Ukrainian]. LIGA.net. [electronic resource]. Retrieved from: <https://life.liga.net/poyasnennya/article/pochemu-kreml-nepravilno-prochital-ukrainu-i-pri-chem-zdes-pchely-obyasnyayet-sotsiolog>. [=Винницький 2022]

Received 18.11.2022

СЯРГЕЙ КАНДРИЧИН

Здоров'я поза рамками клінічного протоколу: інституційні пастки та обмеження сучасної медицини

Метою статті є опис дії обмежувальних інституційних механізмів у сучасній медицині, витратних щодо використання бюджетних коштів та пошук шляхів їх подолання. Розглянуто деякі варіанти стійких інституційних дисфункцій (або інституційних пасток) у медичній практиці. Обговорюється необхідність самостійного використання натуральних методів оздоровлення. У розвідці поєднуються кілька якісних методів: нестандартизоване опитування експертів (лікарів), включене спостереження (25 років роботи лікарем і самостійне використання натуральних методів оздоровлення впродовж останніх 12-ти років), аналіз документів, літературних джерел і повідомлень з проблематики самостійного оздоровлення у відповідних групах Facebook. Темою інтерв'ю з лікарями були самостійна робота над здоров'ям і практики оздоровлення (фізичні вправи, лікувальне голодування, дихальна гімнастика). У результаті з'ясовано, що позитивний досвід використання лікувального голодування та дихальної гімнастики (як особистий, так і клінічний) мають лише деякі старші лікарі зі стажем понад 25 років, а молоді лікарі, які працюють у медицині 10–20 років, з цими методами не знайомі («бо їх немає в клінічних протоколах, а ми лікуємо за сучасними протоколами»). Обговорюються найбільш проблемні моменти щодо застосування оздоровчих практик та їх поширення в сучасному суспільстві. Зроблено висновок, що як в інституційному, так і в ідеологічному аспекті окремі складові суспільного інституту здоров'я мають бути поза сферою впливу офіційної медицини, яка спрямована на використання медикаментозних і високотехнологічних засобів профілактики та лікування.

Ключові слова: сучасна медицина, інституційні пастки, самостійні практики оздоровлення, лікувальне голодування, дихальна гімнастика

SIARHEI KANDRYCHYN

Health beyond clinical protocol: institutional traps and limitations of modern medicine

The article is aimed to describe the ineffective health care mechanisms and find ways to overcome them. Some variants of institutional dysfunctions (or institutional traps) in medical practice are considered. The resort to natural methods of healing and self-healing is regarded as a way to overcome various institutional dysfunctions. The work combines several qualitative methods: a non-standardized survey of experts (doctors), included observation (25 years of work as a doctor and independent use of natural healing methods for the past 12 years), and analysis of documents, literary sources and messages on the topic of self-healing in relevant Facebook groups. The themes of the talks with doctors were health self-management and alternative healing practices (intensive physical exercises, medical fasting, and breathing exercises). During conversations with the doctors found that only some senior doctors have positive experience of using therapeutic fasting and breathing exercises (both personal and clinical), and young doctors who have been working in medicine for over 10-20 years are not familiar with these methods («because this treatment is not carried out according to the approved clinical protocols», and “we treat according to modern protocols»). The most problematic points of the use of such health practices and the reasons for their increase in society are discussed. It is concluded that both in the institutional and ideological aspect, the essential component of the public health institute should be outside the scope of official medicine, which is aimed at the use of medicinal and high-tech means of treatment and prevention.

Keywords: modern medicine, institutional traps, self-healing, therapeutic fasting, respiratory gymnastics