

ИСТОРИЯ ПОПУЛЯЦИОННОГО ЗДОРОВЬЯ

Рецензия на книгу «История здоровья населения: рост и падение заболеваемости в Европе»

ВАСИЛИЙ ВЛАСОВ

Рецензия на монографию Йохана Макенбаха, освещающего историю и механизмы формирования здоровья и долголетия популяций Европы в течение двух столетий.

Ключевые слова: история, демография, эпидемиология, заболеваемость, здоровье популяции.

Уведомление: Я годами сотрудничал с автором этой книги. При впечатляющем отсутствии у автора личного стремления к популярности и лидерству в общественном мнении его труды серьезны, производят на меня глубокое впечатление, которое отражается и в моем понимании этой книги. Кроме того, именно такую книгу я хотел бы когда-нибудь написать и теперь мне придется искать другой предпенсионный план. Надеюсь, что эти два мотива компенсируют друг друга и мои комментарии к книге будут объективными.

Необходимо начать с формата этой прекрасной книги. Она, объемом 442 страницы, воспринимается как компактная. Это есть следствие стройного изложения и продуманного деления текста на разделы удобной для читателя величины. Чтобы еще более облегчить задачу читателя, автор использовал редкий ныне прием – ссылки на литературу не отсылают вас в длинный список у задней обложки, а ведут в нижнюю сноску, где вы обнаруживаете не просто библиографическое описание, а еще и комментарий, который подсказывает, почему это важно и как дальше развивалась идея упомянутой книги/статьи и соответствующие дополнительные ссылки. В результате основной текст становится еще более компактным, поскольку примечания для читателя, знакомого с предметом, легко остаются за бортом, а для читателя неиспорченного служат прекрасным средством самообразования.

У этой книги будет много таких читателей – нуждающихся в кратком изложении дискуссий столетней или пятидесятилетней давности. Причина – междисциплинарный характер книги. Она ложится прежде всего на поле исследований здоровья популяций, но, поскольку на этом поле живут множество дисциплин, если не наук (демография, социология, менеджмент, история в разных ее ипостасях, антропология, медицина, эпидемиология, биология...), постольку почти каждый из представителей их найдет в книге нечто, дополняющее его представления об объекте исследования. Из этого вытекает и неизбежное использование отдельных концепций и терминов, которые в рамках одной из дисциплин воспринимаются как чуждые, а в другой выглядят добротным рабочим инструментом. Таково, например, использование «гендер» вместо «пол», не подходящее для большинства демографов.

Василий Викторович Власов (vlassov@hse.ru), Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Россия.

Статья поступила в редакцию в июле 2021 г.

Методология исследования ясна из названия книги: история изменений здоровья населения и, прежде всего, продолжительности жизни и причин смерти, используется для построения гипотез, точнее, непротиворечивой картины взаимодействия природных и социальных сил в их влиянии на здоровье и долголетие человека. Для этого нужно очертить надежную базу данных для исследования. Естественным образом оказывается, что такие данные ограничены в основном Европой и последними двумя столетиями. Иногда автор делает вылазки в более далекое прошлое и иные страны, но весьма деликатен в этом. Более того, автор намеренно пытается смотреть на «большую картину», избегая исследования «малых событий», справедливо предполагая, что таким образом удастся реже путать закономерное со случайным. Лишь во второй части книги, адресуясь к более современным и частным проблемам, автор меняет оптику, снижаясь к некоторой детализации, также справедливо полагая, что данные для этого времени более надежны.

Избранная и фактически единственная методология накладывает на автора и всех нас ограничения. Мы вынуждены в своих выводах опираться в основном на совпадения во времени, последовательности и корреляции, т. е. на видимые закономерности, которые в областях знания, где доступно экспериментирование, являются аргументами слабыми. Автор делает все для того, чтобы, используя доступные данные, лучшие из них, все же не попасть в ловушку правдоподобных суждений. Это не всегда удается. Одно из решений, принятых автором для защиты от возможных ошибок – отказ от любых манипуляций со шкалами в пользу представления данных только на линейной шкале и почти полный отказ от статистического моделирования. В результате в отдельных случаях, например при обсуждении кривой Престона, автор отрицает наличие зависимости там, где она наиболее сильна (в бедных странах) и была бы ясно видна при линеаризации на логарифмической шкале или при моделировании (рисунок 6)¹.

Частный пример с отказом от моделирования не должен создавать впечатления неточности или несбалансированности книги. Напротив, книга чрезвычайно стройна и безусловно стоит в ряду лучших трудов по общественному здоровью, демографии, эпидемиологии. При всем несовершенстве методов обсервационной эпидемиологии (так лучше всего можно охарактеризовать совокупность методов, используемых автором для анализа недавнего прошлого) автору удалось довольно убедительно показать роль отдельных технологий в преодолении волны распространения заболеваний. В другом случае показано, как страны, отстающие в прогрессе долголетия, догоняют передовые страны путем заимствования технологии. Таким образом, они получают по показателям состояния здоровья результаты лучше, чем соответствующие их уровню экономического развития.

Используемый инструментарий всегда накладывает отпечаток на получаемый результат и формирует мировоззрение исследователя. В этом смысле мы все ограничены тем, каким инструментарием мы владеем, и тем, какие концепции согласуются, увязываются с этим инструментом и получаемыми с его помощью результатами. Популяционное здоровье очевидным образом не та сфера, где обильны результаты, получаемые в контролируемых испытаниях. Однако при рассмотрении некоторых

¹ Здесь и далее – ссылки на рецензируемое издание.

изменений в заболеваемости и смертности мы выходим на вопросы, которые изучены в контролируемых испытаниях. И соответственно, обсуждая нарастающий инцидент и превалент злокачественных новообразований, мы можем не просто указать, что частично это объясняется как результат скрининга. Мы можем также утверждать, что при скрининге неизбежно имеет место гипердиагностика – выявление случаев целевого состояния, которые, будучи невыявленными, не привели бы к нежелательному исходу. Например, случаи медленно развивающихся опухолей. Конечно, таков результат скрининга не только в отношении опухолей. Автор не использует термин «гипердиагностика», но отмечает факт, это очевидное следствие скринингов. Поскольку автор не использует концепцию гипердиагностики, не возникает и вопрос о вредных последствиях скринингов. Более того, автор принимает за данное, что скрининги, в частности скрининг на рак молочной железы, увеличивают продолжительность жизни. Между тем для онкологических скринингов существуют данные рандомизированных контролируемых испытаний, показывающие вполне надежно, что ни один из них не приводит к увеличению продолжительности жизни. На мой взгляд, принятие за факт позитивного вклада скринингов в увеличение продолжительности жизни есть одно из последствий попытки построить максимально непротиворечивую картину.

С известной долей упрощения можно сказать, что наблюдение благоприятных изменений заболеваемости и смертности, параллельных с внедрением вмешательств, нацеленных на это, создает соблазн увязывать наблюдаемое в желанную и понятную причинно-следственную картину. Это не только следствие естественного желания сформулировать причинно-следственные отношения, но и естественное уважение к многолетним усилиям коллег, учителей, гигантов, работавших в сфере общественного здоровья. Некоторые из связей, казавшихся причинно-следственными и установленными надежно всего 40 лет назад, сегодня после значительных колебаний забыты и редко упоминаются (связь возникновения новообразований с психологическими особенностями людей, количеством жира в пище, с потреблением витаминов А и D, аналогичный ряд факторов риска применительно к сердечно-сосудистым заболеваниям). Другие продолжают находиться в поле современных дискуссий, хотя их роль в лучшем случае не выглядит значительной. Например, количество употребляемой с пищей соли в современных когортных исследованиях не выявляется как значимый фактор риска хронических заболеваний и продолжительности жизни. Автор же неоднократно упоминает изменение употребления соли в истории отдельных стран в связи особенностями их заболеваемости и смертности. Возможно, он прав. Возможно уже потому, что фактор, сыгравший свою роль при изменении диеты десятилетия назад в Португалии или Японии, не обязательно значим сегодня и потому не может быть выявлен в современном обществе с применением современных более эффективных дизайнов исследования. В этом смысле то, что современные исследования не выявляют существенного повышения риска хронических заболеваний и смертности у потребляющих больше соли и не обнаруживают пользы от ограничения потребления соли, не обязательно противоречит гипотезе о значении снижения потребления соли в прошлом.

В споре с Томасом Маккеоуном автор противостоит ему в оценке роли медицины в здоровье народов, высоко оценивая *cure* (излечение), а не *care* (уход, обеспечение благополучия). Пожалуй, утверждая возможности профилактики, автор занимает самую

экстремальную позицию (с.335): большая часть нынешних сердечно-сосудистых болезней, рака, травм и других проблем здоровья просто бы не наблюдались, если бы мы элиминировали их хорошо известные поведенческие и экологические детерминанты. С моих более скептических позиций я замечу, что даже применительно к коронарной болезни сердца, несмотря на 70 лет беспрецедентных усилий человечества, детерминанты, влияние на которые могло бы существенно, хотя бы вполовину, уменьшить ее убийственную силу, не найдены. Ситуация со злокачественными новообразованиями много более туманна.

Конечно, для того, чтобы утверждать, что вклад общественного здоровья в увеличение продолжительности жизни и ее качества велик, автору не нужно указывать на эффективность медицинских вмешательств, например на медицинские скрининги. Напротив, критический взгляд на результативность медицинской помощи мне видится более продуктивным. Хороший пример для этого – ишемический инсульт, довольно детально обсуждаемый на страницах книги. Автор приводит в качестве ключевого достижения в ведении пациентов с инсультом быстрое помещение их в специализированное отделение и тромболизис. Между тем в лучших контролируемых испытаниях показано, что тромболизис, рассматриваемый обычно как ключевое вмешательство, вокруг предоставления которого вся помощь организована, не приводит к снижению летальности в течение года, а в течение первого месяца приводит к увеличению летальности. Привлекательным результатом является увеличение доли пациентов, которые через год-два находятся в хорошем функциональном состоянии. Достигается ли это тромболизисом? Возможно, но эффективным оказывается именно комплексное вмешательство в специализированном отделении, включающее тромболизис, но не он сам по себе. То есть в значительной степени уход, реабилитация – care.

С примером инсульта связана еще одна особенность корреляционного анализа, в том числе применительно к России. Автор рассматривает периоды повышения смертности от инсульта в недавней российской истории в связи с известными факторами риска и ищет специфические объяснения. Другие авторы, впрочем, много раз делали это применительно к другим причинам смерти. Между тем эти периоды были периодами повышения смертности от всех причин и, соответственно, поиск причин должен нас приводить к причинам глобальным, путь к которым скорее указывает нам Маккеоун.

Естественно, автор субъективен, как ему и положено быть, в той мере, в какой он это понимает и полагает нужным. Естественно, в этой точке при несовпадении субъективностей у рецензента появляется желание с автором поспорить. Так срабатывает мой опыт жизни под советской властью. Мне кажется невозможным, отметив «глубочайшее падение продолжительности жизни на Украине в голод 1933 года» и зная об умерщвлении миллионов, после этого написать, что, «поскольку параллельно с репрессиями быстро шло улучшение общественного здоровья, постольку сбалансированное моральное суждение почти невозможно... стремление к улучшению здоровья иногда шло рука в руку с жестокими репрессиями. ... реформы русского общества в итоге спасли жизни миллионов». Полагаю, что большинство специалистов, изучающих советский период России, не согласятся с этим суждением. Думаю, что в процитированном сказывается не только принципиальная

слабость корреляционного анализа, но и дистанция до Воркуты. Эта моя «географическая» гипотеза подтверждается тем, что автор не затрудняется в моральной оценке реалий нацистской Германии, успехи которой в «социальной медицине» были бесподобны.

В отличие от многих других исследователей, автор не игнорирует проблемы восточной Европы, менее знакомые ему. Не могу не заметить, что, описывая голод в Нидерландах под немецкими оккупантами, автор упоминает о том, что частично он был вызван забастовкой железнодорожников – участников сопротивления. Но описывая голод в окруженном Ленинграде автор не упоминает о том, что из Ленинграда вывозили продовольствие в 1941 г. и что блокада никогда не была полной. Голод на Украине и в России в 1927-1933 гг. описывается как результат «засухи и катастрофической политики». Все советское время было несатытым. Однако в 1927-1930 гг. засухи на Украине не было. А голод был в 1931-1933 и не был связан с засухой, а почти полностью с изъятием продовольствия у крестьян. Впрочем, деталь, которая кажется важной и болезненной рецензенту, не обязательно важна или даже известна автору, который со всем почтением к памяти даже поместил в этой книге фотографию похоронной команды в Ленинграде. Сложные закоулки русской истории и политики трудно понять. Легко заметить часто упоминаемого «прогрессивного врача Николая Семашко», но тот факт, что он строил здравоохранение на классовых принципах, требовал ограничивать доступ к помощи бывшим правящим классам, сегодня редко упоминается и не замечен автором. Впрочем, достойно восхищения, что автор уделил много внимания России, находящейся на периферии изучаемого им региона и не отличающейся высоким качеством источников данных о здоровье и смертности в изучаемый период.

Я не сомневаюсь, что рецензируемая «История популяционного здоровья» должна занять свое место в списке литературы для студентов-демографов и эпидемиологов, и предполагаю, что она будет пользоваться успехом и вызывать живые дискуссии.

ЛИТЕРАТУРА

Mackenbach J.P. (2020). *A history of population health: rise and fall of disease in Europe*. Brill |Rodopi.

A HISTORY OF POPULATION HEALTH

Review of the book «A history of population health: rise and fall of disease in Europe»

VASILY VLASOV

A review of a monograph by Johan Mackenbach devoted to the history and mechanisms of the health and longevity of populations in Europe over two hundred years.

Key words: *history, demography, epidemiology, morbidity, population health.*

VASILY VLASOV (vvaslov@hse.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

DATE RECEIVED: JULY 2021.

REFERENCES

Mackenbach J.P. (2020). *A history of population health: rise and fall of disease in Europe*. Brill |Rodopi.